



**Sindicatura de  
Comptes**

Ejercicios 2009 - 2015

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





**AUDITORÍA OPERATIVA DE LA CONCESIÓN DE LA  
ASISTENCIA SANITARIA INTEGRAL EN EL  
DEPARTAMENTO DE SALUD DE MANISES**

**EJERCICIOS 2009-2015**



<b>ÍNDICE</b>	<b>Página</b>
<b>0. MAGNITUDES CLAVES Y HECHOS RELEVANTES</b>	<b>8</b>
<b>1. OBJETIVOS Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA</b>	<b>9</b>
<b>2. CONCLUSIONES</b>	<b>13</b>
<b>3. RECOMENDACIONES</b>	<b>25</b>
<b>APÉNDICE 1. ANÁLISIS DEL ENTORNO</b>	<b>27</b>
<b>APÉNDICE 2. ENFOQUE METODOLÓGICO</b>	<b>34</b>
<b>APÉNDICE 3. OBSERVACIONES SOBRE LOS PRINCIPIOS DE EFICIENCIA, EFICACIA Y ECONOMÍA EN LA GESTIÓN</b>	<b>37</b>
<b>APÉNDICE 4. OBSERVACIONES SOBRE EL CONTROL DE LA PRESTACIÓN POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN</b>	<b>69</b>
<b>APÉNDICE 5. OBSERVACIONES SOBRE EL PRECIO FINAL DEL CONTRATO</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO I</b> Gasto corriente sanitario público por departamento y por habitante	105
<b>ANEXO II</b> Obligaciones reconocidas imputadas al presupuesto corriente del ejercicio 2015 en programas de asistencia sanitaria. Capítulos 1 y 2	108
<b>ANEXO III</b> Gasto corriente sanitario público en programas presupuestarios destinados a tratamiento de drogodependencias y conductas adictivas, y a salud mental y hospitales crónicos y de larga estancia (gastos supradepartamentales). Por habitante	111
<b>ANEXO IV</b> Asistencias interdepartamentales en 2015 cuantificadas a tarifas de compensación	113
<b>ANEXO V</b> Población protegida por Departamento de Salud en el ejercicio 2015 (datos al último día de cada mes)	117
<b>ANEXO VI</b> Anuncios de licitación y adjudicación de contratos relacionados con la construcción del nuevo Hospital de Gandia	119
<b>ANEXO VII</b> Desglose por categoría personal laboral en EYPHM. Ejercicio 2015	121
<b>ANEXO VIII</b> Coste medio de personal. Ejercicio 2015	123
<b>ANEXO IX</b> Hipótesis subyacentes al cálculo de retribuciones de un facultativo especialista	125



<b>ANEXO X</b>	Facultativos en atención primaria y especializada por 1.000 habitantes	128
<b>ANEXO XI</b>	Camas hospitalarias por 1.000 habitantes	130
<b>ANEXO XII</b>	Dotación tecnológica. Equipos en funcionamiento	132
<b>ANEXO XIII</b>	Dotación tecnológica. Equipos en funcionamiento por 100.000 habitantes	134
<b>ANEXO XIV</b>	Esfuerzo inversor en equipamiento tecnológico	136
<b>ANEXO XV</b>	Demora media de lista de espera quirúrgica estructural. Diciembre 2015	139
<b>ANEXO XVI</b>	Demora media de lista de espera consultas externas. Diciembre 2015	141
<b>ANEXO XVII</b>	Puntuación obtenida en los indicadores de calidad, asistencial y gestión por los departamentos de salud según la evaluación de los Acuerdos de Gestión 2015	144
<b>ANEXO XVIII</b>	Informe de evaluación de los Acuerdos de Gestión del Departamento de Salud de Manises (2015)	146
<b>ANEXO XIX</b>	Propuestas de liquidaciones presentadas por la Conselleria	149
<b>ANEXO XX</b>	Propuestas de liquidaciones presentadas por el concesionario	151
<b>ANEXO XXI</b>	Determinación de la cápita definitiva según la Conselleria	153
<b>ANEXO XXII</b>	Determinación de la cápita definitiva según la Sindicatura de Comptes	155
<b>ANEXO XXIII</b>	Cuantificación del impacto en la cápita definitiva (respecto a la propuesta de la Conselleria)	157
<b>ANEXO XXIV</b>	Cuantificación del impacto en la cápita definitiva (respecto a la propuesta del concesionario)	159
<b>TRÁMITE DE ALEGACIONES</b>		<b>161</b>
<b>APROBACIÓN DEL INFORME</b>		
<b>ANEXO XXV</b>	Alegaciones presentadas por los cuentadantes	
<b>ANEXO XXVI</b>	Informe sobre las alegaciones presentadas	

## 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 la calidad (20 puntos), con la asistencia (30) y con la gestión (50). La evaluación se realiza con carácter anual, mediante la observación de 51 indicadores.

**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.

**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.

**Coefficiente 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. La comisión debe estar compuesta por cuatro representantes de la Conselleria y dos del 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.

**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 de 2015, sean o no propiedad del departamento 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.

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

**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”, 412.28 “Salud Mental y atención Sanitaria de Media y Larga Estancia”), descontado el gasto en oxigenoterapia y servicios de ambulancia.

A los datos anteriores, se ha incorporado el efecto económico de las asistencias interdepartamentales y otros ajustes extracontables para reflejar el gasto real (obligaciones reconocidas en 2015 que corresponden a gastos de ejercicios anteriores, gastos del ejercicio que no han sido imputados al presupuesto del ejercicio corriente y los fondos estatales de asistencia sanitaria aportados para la financiación de los consorcios hospitalarios provinciales).

**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 básicamente dirigidos 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 2015. Se distingue entre hospital comarcal, hospital de referencia 1, hospital de referencia 2 y hospital en régimen de concesión:

#### Cuadro 1. Departamentos de salud en la Comunitat Valenciana

Departamento de Salud			
Comarcal	Referencia 1	Referencia 2	Concesión
1 - Vinaròs	2 - Castellón	5 - Valencia-Clínico-Malvarrosa	11 -La Ribera
3 - La Plana	7 - Valencia-La Fe	9 - Valencia-Hospital General	13 -Dénia
4 - Sagunto	19 -Alicante-Hospital General	10 -Valencia-Doctor Peset	22 -Torrevieja
6 - Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria		17 -Alicante-Sant Joan d'Alacant	23 -Manises
8 - Requena		20 -Elx-Hospital General	24 -Elx-Crevillent
12 -Gandia			
14 -Xàtiva-Ontinyent			
15 - Alcoy			
16 -Marina Baixa			
18 -Elda			
21 - Orihuela			

Fuente: Informes de evaluación de Acuerdos de Gestión 2015.



## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS**

AVS	Agencia Valenciana de Salud
EYPHM	Especializada y Primaria L'Horta-Manises, SA
GRD	Grupos relacionados por el diagnóstico
HACLE	Hospital de atención a crónicos y larga estancia
IPC	Índice de Precios al Consumo
PCAP	Pliego de cláusulas administrativas particulares
PPTP	Pliego de prescripciones técnicas particulares
SUH	Servicio de urgencias hospitalarias
TIR	Tasa interna de rentabilidad
TRLCAP	Texto Refundido de la Ley de Contratos de Administraciones Públicas



## 0. MAGNITUDES CLAVES Y HECHOS RELEVANTES\*

### En relación con los principios de eficiencia, eficacia y economía de la gestión

- **Inconsistencia** en la determinación de la cápita inicial: mismo precio que otras concesiones (basado fundamentalmente en el criterio de ahorro económico y flexibilidad contractual), pero distintas obligaciones.
- **25% de ahorro** en el gasto corriente sanitario público con relación a los hospitales comarcales: 42,5 millones de euros anuales.
- **Coste: 721 euros** por habitante, de los cuales aproximadamente 47 euros son por inversiones (894 euros de gasto corriente en departamentos con hospital comarcal).
- **Menor coste por empleado: 44.722 euros** el coste medio por empleado laboral en la concesión (49.453 euros el coste del personal estatutario en comarcales).
- **Menos facultativos: 2,33 facultativos** por cada 1.000 habitantes (2,75 de media en comarcales). 4.074 horas de facultativo por cada 1.000 habitantes (4.370 horas de media en comarcales).
- **Mayor dotación tecnológica: 29 euros** por habitante en equipamiento de alta tecnología sanitaria (15 euros de media en comarcales).
- **67 especialidades** en su cartera de servicios (48 de media en comarcales).
- **67% cumplimiento** de objetivos (56% en comarcales).
- **85% de los pacientes** declaran estar satisfechos o muy satisfechos con la atención sanitaria recibida (81% en total Comunitat Valenciana).
- **111 millones de euros** en inversiones realizadas por el concesionario (99% de cumplimiento). Total inversión comprometida final concesión: 137 millones de euros.

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

- **Ausencia** en el contrato de concesión de clausulado específico sobre indicadores de resultados y su sistema de evaluación, que dificulta el análisis y seguimiento permanente de la ejecución del servicio que se presta.
- Solo **12 reuniones** de la Comisión Mixta de Seguimiento en siete años. **Ineficaz** como órgano de control. **Atribuidas competencias** propias del órgano de contratación, cuando no tiene tal condición.
- **Incumplimiento** de medidas de control: inversiones, contratación de personal directivo, rentabilidad.



### En relación con el precio del contrato

- **Inexistencia** de un procedimiento claro de liquidación, lo cual conlleva dificultades significativas para aprobar las liquidaciones anuales.
- **36,4 millones de euros** cuestionados por la inobservancia del techo máximo en el cálculo de los pagos a cuenta (periodo 2014-2016).
- **29% de incremento** vía modificación contractual por asunción posterior de la zona de salud de Mislata: obstáculo a la concurrencia y dudas sobre el mantenimiento del equilibrio financiero.
- **75 días** de plazo medio de pago. El concesionario reclama 10,8 millones de euros en intereses de demora.
- **179,8 millones de euros** de diferencia global entre propuestas de liquidación de la Administración y el concesionario (a favor de la Administración, periodo 2009-2013).
- **Pendiente resolución judicial** del litigio en el TSJCV.
- **Expedientes de resarcimiento** de daños como alternativa a la resolución de las discrepancias.
- **39,2 millones de euros** de exceso en la contraprestación capitativa por aplicación no literal de la cláusula de revisión prevista en los pliegos (periodo 2009-2013).



\* Este apartado pretende resumir los resultados de nuestro Informe y facilitar la labor a los lectores y a los medios de comunicación. No obstante, el Informe completo se encuentra accesible en la página web de la Sindicatura de Comptes de la Comunitat Valenciana ([www.sindicom.gva.es](http://www.sindicom.gva.es)). Recomendamos leerlo para conocer el verdadero alcance del trabajo realizado.

## 1. OBJETIVOS Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA

La Mesa de Les Corts, en su reunión de 16 de febrero de 2016, acordó remitir a esta Institución la solicitud de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Publica (en adelante la Conselleria de Sanitat o la Conselleria), de 1 de febrero de 2016, para que la Sindicatura de Comptes realizara la auditoría operativa de la concesión administrativa sanitaria adjudicada a la sociedad "Especializada y Primaria L'Horta-Manises, SA" (en adelante EYPHM o el concesionario). En la solicitud se hacía hincapié en el análisis de determinadas características, entre ellas, las modificaciones producidas en la población asignada y los recursos materiales adscritos, además de las operadas en su configuración societaria.

Por ello, el Consell de la Sindicatura de Comptes acordó en su reunión de 25 de febrero de 2016 que era necesario realizar una auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Manises, con el fin de concretar y completar el Programa Anual de Actuación de 2016 (PAA 2016) y en desarrollo de lo previsto en el apartado d) del punto 4 del citado Programa Anual de Actuación, aprobado por el Consell el 23 de diciembre de 2015.

Además de las funciones referidas al control externo de la gestión económico-financiera del sector público valenciano y de sus cuentas, el artículo 5 de la Ley 6/1985 de Sindicatura de Comptes incluye también entre sus funciones 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, exigibles al sector público. Por otra parte, el artículo 8.3 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 Manises, encomendada mediante concesión administrativa a la sociedad "Especializada y Primaria L'Horta-Manises, SA". 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 Manises 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 2. Objetivos, subobjetivos y criterios de auditoría**

Objetivos	Subobjetivos	Criterios
1. ¿Se han adquirido las prestaciones sanitarias en el Departamento de Salud de Manises 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 - Gasto de personal por empleado - Coste retributivo por hora de facultativo especialista
	1.3 ¿Son suficientes los recursos sanitarios puestos a disposición de la población protegida del departamento?	- Número medio de facultativos y de horas de facultativos por cada 1.000 habitantes. - Número de camas por cada 1.000 habitantes. - Esfuerzo inversor en dotación tecnológica por habitante
	1.4 ¿El acceso a las prestaciones sanitarias se realiza en condiciones de igualdad efectiva en el departamento de Manises respecto al resto de departamentos?	- Número de servicios de atención especializada (cartera de servicios) - % de pacientes satisfechos con la atención sanitaria recibida - Índice de cumplimiento de los objetivos establecidos en los Acuerdos de Gestión del ejercicio 2015 - Demora media de lista de espera quirúrgica estructural - Demora media de lista de espera consultas externas - Porcentaje de pacientes atendidos en tiempo en urgencias - Tasa retorno a urgencias a 72 h - Otros indicadores
	1.5 ¿El volumen de inversiones realizado se corresponde con el compromiso adquirido?	- % de inversión ejecutada sobre inversión comprometida
	1.6 ¿El centro hospitalario contribuye desde el punto de vista docente a la formación sanitaria especializada?	- Número de facultativos MIR por 1.000 habitantes

Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Manises. Ejercicios 2009-2015

Objetivos	Subobjetivos	Criterios
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
	2.2 ¿Se ha realizado un control efectivo por parte de la Comisión Mixta?	- Facultades ejercidas por la Comisión Mixta
	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 ¿Se ha actualizado anualmente la prima per cápita de acuerdo con el pliego de cláusulas administrativas particulares?	- Cápita provisional
	2.5 ¿La Administración ha realizado el seguimiento y control de las obras de construcción y equipamiento del nuevo hospital?	- Actas de dimensión de inversiones
	2.6 ¿Se han autorizado las propuestas de inversiones?	- Autorizaciones de inversiones
	2.7 ¿La Administración ha autorizado la contratación del personal directivo?	- Autorizaciones de nombramientos
	2.8 ¿Se ha cumplido con el principio de sostenibilidad del modelo?	- Tasa interna de rentabilidad de la concesión
	2.9 ¿El concesionario ha sido sometido a una auditoría integral anual realizada por la Administración?	- Número de auditorías realizadas por la Conselleria
	2.10 ¿Se ha producido alguna modificación en la estructura societaria del concesionario?	- Autorizaciones administrativas
	2.11 La modificación de la prestación de servicios al incluir población no prevista inicialmente, ¿se ha realizado de acuerdo con la legalidad prevista?	- Análisis cualitativo y cuantitativo de la modificación contractual
	2.12 ¿Se han ejercido las funciones de inspección en el Departamento de Salud?	- 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 liquidación
	3.2 ¿La Administración cumple con el régimen de pagos establecido contractualmente?	- Periodo medio de pago
	3.3 ¿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 2 de este Informe contiene las conclusiones más relevantes que se formulan para cada uno de los objetivos antes citados. El apartado 3 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 Manises.

El Informe incluye también cinco 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 Manises.
- 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.

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 (2015).

El trabajo se ha desarrollado de acuerdo con las directrices 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 Manises, 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.

Agradecemos la colaboración prestada en la realización del trabajo al personal de los servicios centrales de la Conselleria de Sanitat y al equipo directivo de la sociedad mercantil "Especializada y Primaria L'Horta-Manises, SA", así como a la Viceintervención General de Control Financiero y Auditorías.

## 2. 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. Un resumen de las mismas se detalla esquemáticamente en el apartado 0 de este Informe, “Magnitudes claves y hechos relevantes”.

### En relación con los principios de eficiencia, eficacia y economía

#### a) Determinación de la cápita inicial

De acuerdo con la información contenida en el expediente de contratación, no se puede garantizar que el presupuesto del contrato de concesión, que se convierte en su precio según la oferta seleccionada, se haya elaborado con arreglo a un sistema que sea el más adecuado para valorar en términos económicos las prestaciones objeto del contrato.

Esta Sindicatura cuestiona el hecho que el procedimiento o sistema utilizado para fijar la prima inicial haya consistido en equiparar las condiciones económicas a las del resto de contratos de concesión similares vigentes en el momento de la formalización, obviando en su determinación el plazo de la concesión, el plazo de ejecución de las obras y el resto de obligaciones asumidas por el contratista, en particular el volumen de la inversión comprometida, las prestaciones sanitarias incluidas y las características de la población protegida (ver apartado 1 del apéndice 3).

### Cuadro 3. Comparación de obligaciones contractuales

Concesión	Coefficiente de transferencia de servicios (facturación intercentros)	Volumen mínimo de inversiones (millones de euros)	Plazo construcción hospital (meses)	Previsiones iniciales de población protegida	Cartera de servicios <sup>1</sup>
Manises	0,85	80	25	139.514	67
La Ribera	0,80	50	18 <sup>2</sup>	232.750	73
Dénia	0,85	80	25	132.824	68
Elx - Crevillent	0,84	85	25	131.358	60
Torrevieja	0,85	70	30	110.000	67

Fuente: Contratos y pliegos disponibles en <http://www.gvaoberta.gva.es/>.

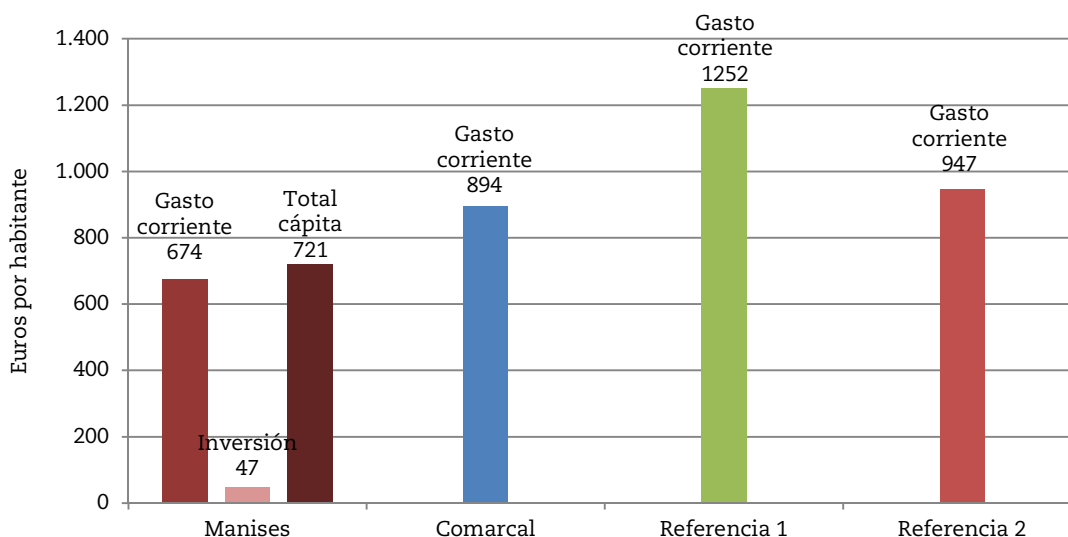
<sup>1</sup> Número de servicios y especialidades que componen la cartera de servicios (Fuente: Memoria Anual 2015 Conselleria Sanitat).

<sup>2</sup> Plazo de construcción del centro de salud. Este contrato incluye la particularidad de una aportación inicial extraordinaria de 72 millones de euros, al inicio de la concesión, que sirve para compensar los gastos relativos a las inversiones previamente realizadas por el anterior concesionario y por la propia Administración.

b) Gasto corriente sanitario público destinado a financiar la concesión

El gasto soportado por la Administración por la asistencia sanitaria integral prestada en el Departamento de Salud de Manises (674 euros por habitante, excluyendo una estimación capitativa de la inversión prevista por el concesionario durante la vigencia del contrato) es un 24,6% inferior <sup>3</sup>al gasto corriente público en asistencia sanitaria en el conjunto de departamentos de gestión pública catalogados como comarcales (894 euros por habitante).

**Gráfico 1. Coste capitativo (gasto corriente): Manises, hospital medio comarcal y hospitales de referencia**



Fuente: Ver anexo I y cuadro 12. Para el caso de hospitales comarcales, referencia 1 y 2: incluyen cápitras calculadas en el anexo I (873 euros, 1.231 euros y 926 euros, respectivamente) más el gasto de las prestaciones realizadas a nivel supradepartamental, como son las relacionadas con la drogodependencia (1,68 euros), así como con la salud mental y la atención sanitaria de media y larga estancia (19,15 euros).

Esto significa que -tomando como referencia el gasto medio por habitante de los departamentos con hospital comarcal- la asunción con medios públicos de la asistencia sanitaria integral de la población protegida del departamento de Manises implicaría un mayor desembolso anual por gasto corriente sanitario en torno a 42,5 millones de euros (ver apartado 2 del apéndice 3).

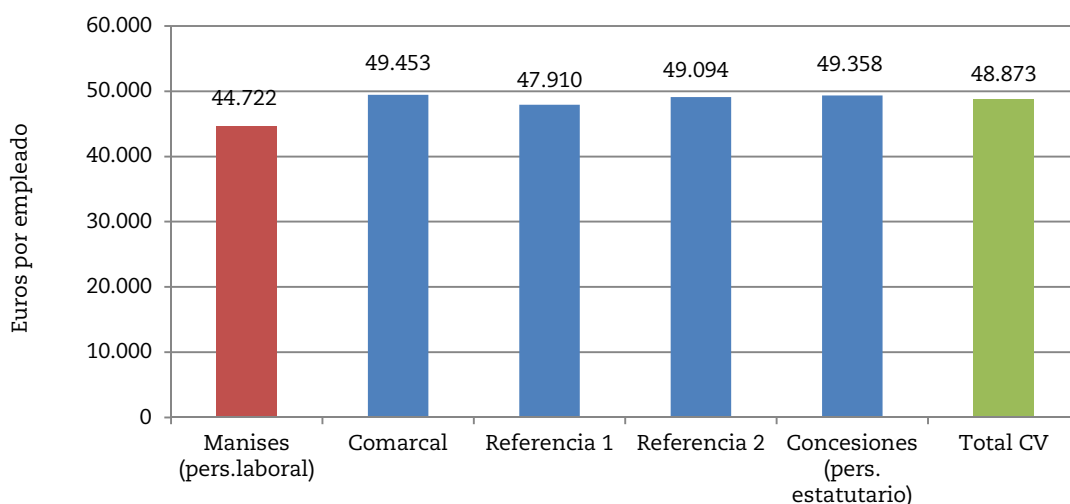
c) Coste de personal por empleado

El gasto de personal medio por empleado con contrato laboral en el departamento de Manises, asciende a 44.722 euros, un 9,6% inferior

<sup>3</sup> Este porcentaje podría verse afectado por las liquidaciones pendientes del precio del contrato, dadas las circunstancias litigiosas existentes entre el concesionario y la Conselleria de Sanitat (ver apartados 1 y 3 del apéndice 5).

al coste medio por empleado en hospitales comarcales (49.453 euros) y un 8,5% inferior al coste medio por empleado en el conjunto de la Comunitat (48.873 euros) (ver apartado 2 del apéndice 3).

**Gráfico 2. Coste medio por empleado en 2015**



Fuente: Elaboración propia a partir del anexo VIII (excepto columna "Manises" que se ha obtenido de las Cuentas Anuales e información adicional facilitada por EYPHM).

d) Dotación de facultativos

El ratio de facultativos por cada 1.000 habitantes en el Departamento de Salud de Manises es 2,33, el menor entre los 24 departamentos de salud de la Comunitat. La media en los hospitales comarcales es 2,75 facultativos por cada 1.000 habitantes.

**Cuadro 4. Facultativos por cada 1.000 habitantes**

Hospitales Comunitat Valenciana					
Manises	Comarcal	Referencia 1	Referencia 2	Concesiones	Total CV
2,33	2,75	4,98	3,39	2,59	3,26

Fuente: Ver anexo X.

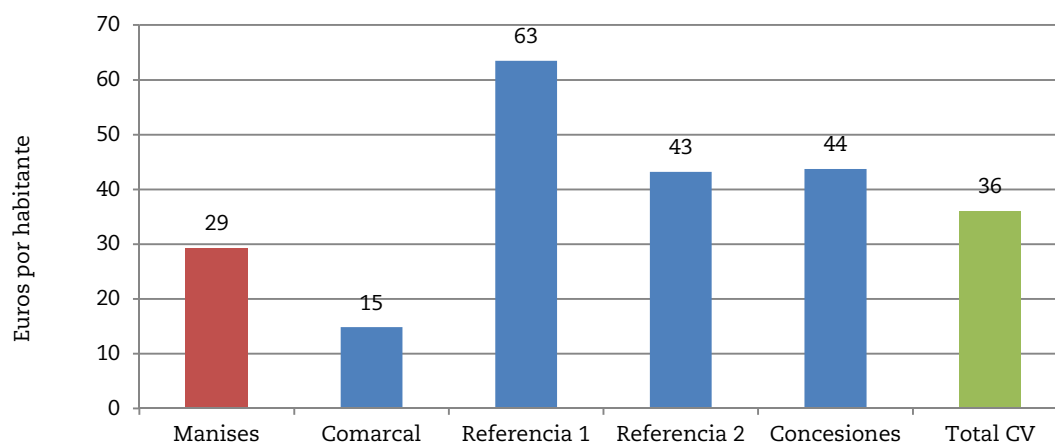
Esto supone que el Departamento de Salud de Manises dispone de 4.074 horas de facultativo por cada 1.000 habitantes, inferiores a las 4.370 horas de media de los hospitales comarcales (ver apartado 3 del apéndice 3).



e) Dotación tecnológica

El esfuerzo inversor en equipamiento tecnológico en el Departamento de Salud de Manises se estima en 29 euros por habitante, superior a los 15 euros de media en los hospitales comarcales, pero inferior al segmento de concesiones y al conjunto de la Comunitat. La diferencia fundamental radica en que Manises no dispone de servicio de radioterapia y, por tanto, no cuenta con un acelerador de partículas, que tiene un valor aproximado de tres millones de euros (ver apartado 3 del apéndice 3).

**Gráfico 3. Esfuerzo inversor en alta tecnología por habitante**



Fuente: Ver anexo XIV.

f) Cartera de servicios

El departamento de Manises ofrece una asistencia sanitaria completa, mediante una cartera de servicios de 67 especialidades, un número superior al resto de hospitales comarcales, y muy similar a la cartera de los hospitales de referencia (ver apartado 4 del apéndice 3).

**Cuadro 5. Número de servicios que componen la cartera de asistencia especializada**

Hospitales Comunitat Valenciana					
Manises	Comarcal	Referencia 1	Referencia 2	Concesiones	Total CV
67	48	69	71	67	59

Fuente: Elaboración propia a partir de la Memoria Anual 2015 de la Conselleria de Sanitat (apartado "8.3.1 Cartera de servicios por hospital").

g) Satisfacción del paciente

El 84,8% de los pacientes del departamento de Manises declararon en 2015 estar satisfechos o muy satisfechos con la atención sanitaria recibida. La media en el conjunto de la Comunitat Valenciana se situó en 81,0% (ver apartado 4 del apéndice 3).

h) Consecución de resultados

El departamento de Manises ha alcanzado en el ejercicio 2015 un índice de consecución del 67,3% de los objetivos fijados en los Acuerdos de Gestión, por encima del conjunto de departamentos de salud de la Comunitat Valenciana, que se quedó en un índice de consecución del 58,6% (ver apartado 4 del apéndice 3).

En el cuadro siguiente se muestran algunos de los indicadores asistenciales monitorizados por los servicios centrales de la Conselleria, desde donde nos han sido facilitados:

**Cuadro 6. Indicadores asistenciales**

Indicador	Manises	Total CV
1. Demora media de lista de espera quirúrgica estructural	36	67
2. Demora media de lista de espera consultas externas	22	45
3. Porcentaje de pacientes atendidos en tiempo en urgencias	95,43	81,46
4. Tasa retorno a urgencias a 72 h	6,04	5,87
5. Hospitalización. Estancia Media	4,58	5,71
6. Hospitalización. Índice de ocupación	87,95	75,33
7. Actividades quirúrgicas. Índice de Ambulatorización	62,22	58,82
8. Actividades quirúrgicas. % suspendidas	1,56	3,99
9. Actividades quirúrgicas. Rendimiento quirúrgico	86,55	76,16

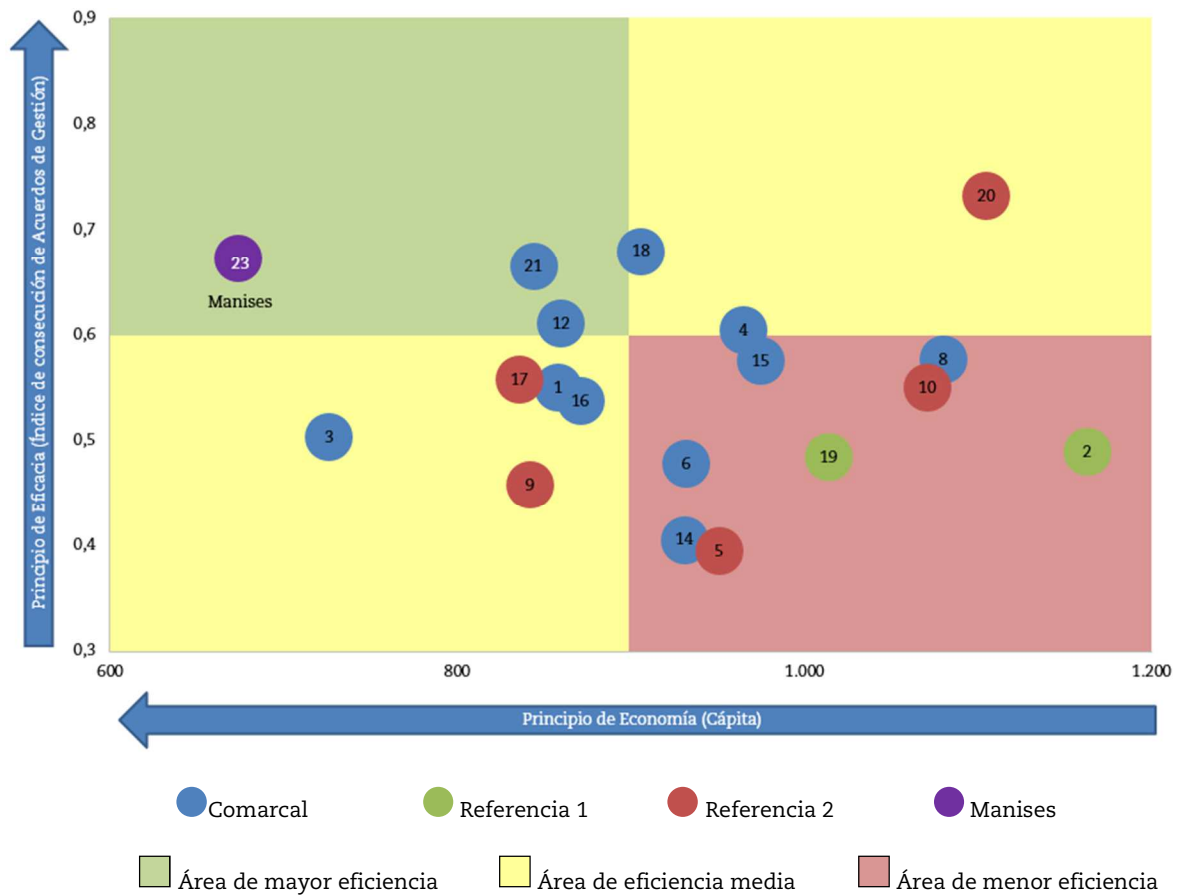
Fuente: ALUMBRA. Informe mensual (diciembre 2015), Servicio de Análisis de Sistemas de Información Sanitaria.

En el apartado 4 del apéndice 3, mostramos un análisis detallado y comparativo por tipo de hospital de los cuatro primeros indicadores, que hemos considerado oportuno destacar. El resto de índices que se incluyen en el cuadro anterior, solamente comparan a nivel global el Departamento de Salud de Manises con el total de la Comunitat Valenciana.

i) Principio de eficiencia

De forma gráfica, al evaluar conjuntamente el principio de economía (ver apartado 2 del apéndice 3) y el principio de eficacia (ver apartado 4 del apéndice 3), podemos concluir que Manises es uno de los departamentos de salud más eficientes.

**Gráfico 4. Posicionamiento del principio de eficiencia**



Nota: Los números en el interior de los círculos identifican a cada uno de los departamentos de salud. Ver gráfico 8 y anexo XVII.

En la comparación gráfica anterior, se han excluido el Departamento de Salud 7 Valencia La Fe -por considerarse un “outlier” (excepción)- y el resto de concesiones. El gasto per cápita de dicho Departamento de Salud 7, es significativamente mayor que el resto debido a que el Hospital Universitari i Politènic 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 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.

En cuanto al resto de concesiones, se han excluido debido a que no tenemos información del importe de las inversiones realizadas por las mismas y, en consecuencia, la incidencia que tendría para poder calcular sus cápitras respectivas por gasto corriente, que son las que

han sido tomadas como referencias para el resto de departamentos de salud<sup>4</sup>.

Resulta muy complejo definir la eficiencia en el marco de los servicios sanitarios, ya que convendría medir aquellos cambios en el estado de salud de la población debidos al gasto sanitario. Por tanto, los resultados relevantes deberían medirse a partir de resultados finales (*outcomes*) como son la esperanza de vida, las tasas de mortalidad, las muertes evitables o incluso indicadores de mayor complejidad como son los años de vida ajustados por calidad. No obstante, no disponemos de estos indicadores con el nivel de desagregación necesario para comparar entre departamentos de salud.

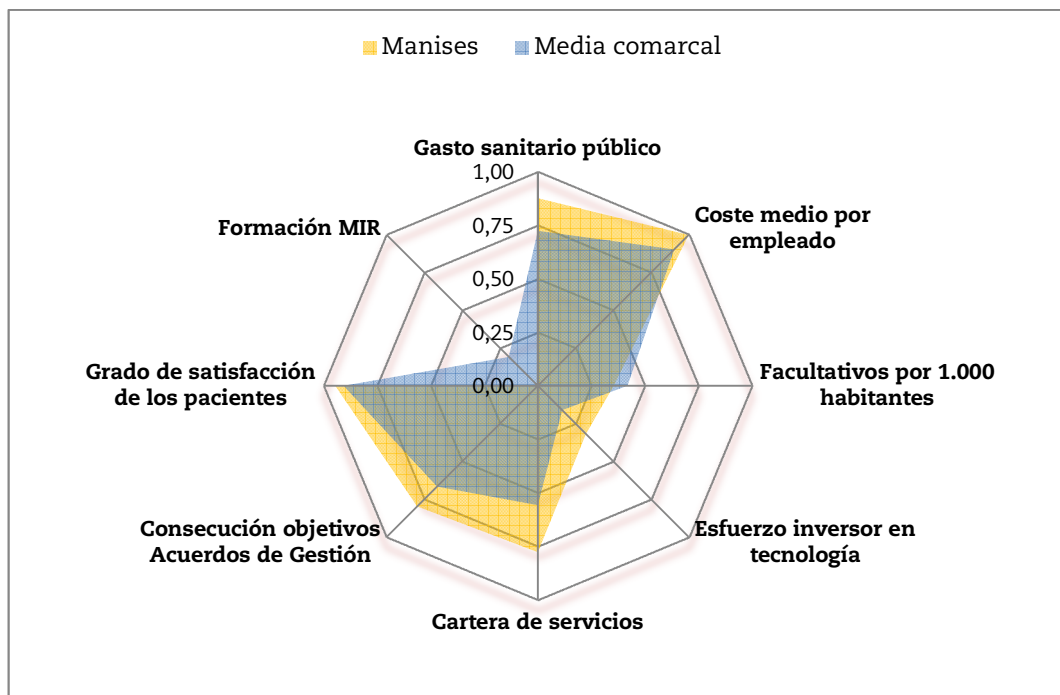
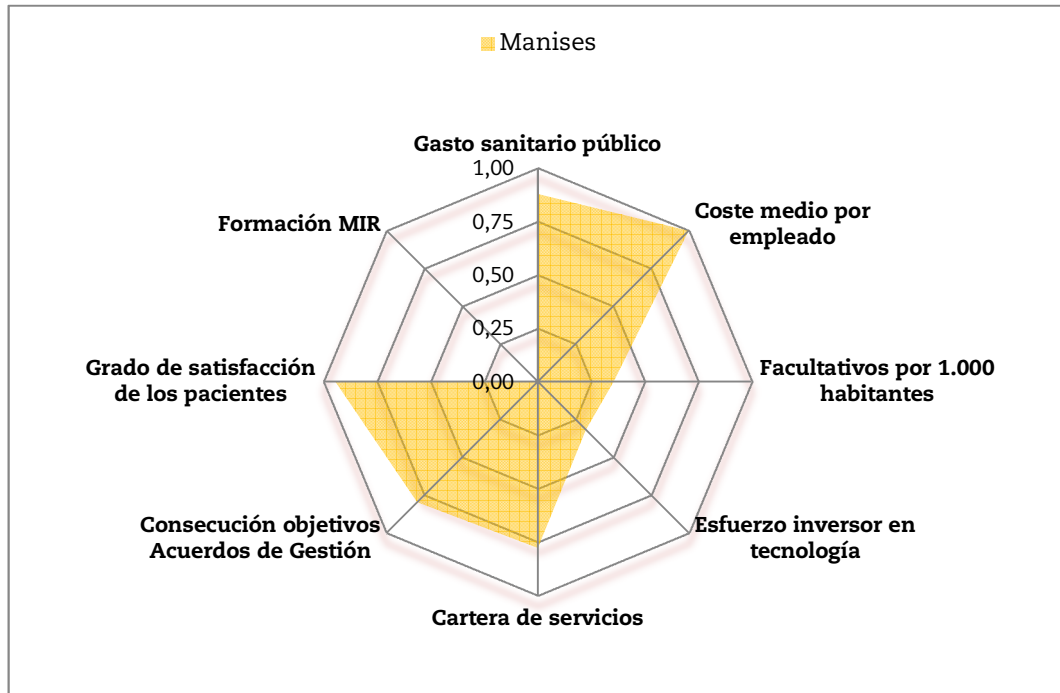
Por todo ello y dado que medir el nivel de eficiencia en términos cuantitativos también es complejo, resulta útil utilizar una escala relativa para analizar los resultados de la gestión del departamento de Manises, a partir de los indicadores facilitados por la Conselleria comparados con los resultados medios de los departamentos comarcales.

El gráfico siguiente muestra como la Sindicatura ha posicionado los criterios de auditoría del objetivo 1, evaluando el grado de consecución de dichos criterios entre 0 y 1, donde 0 indica que el resultado de Manises es el peor entre los resultados de todos los departamentos, y 1 representa que el resultado del departamento auditado es el mejor del conjunto de la Comunitat Valenciana:

---

<sup>4</sup> En el anexo I se detalla el cálculo del gasto total por cápita para las concesiones.

**Gráfico 5. Evaluación global**



Fuente: Elaboración propia a partir de las observaciones recogidas en el apéndice 3.

La Conselleria de Sanitat justifica que las diferencias en los resultados mostrados por la Sindicatura están motivadas por aspectos tales como la mayor antigüedad media de los hospitales

de gestión pública, la existencia de plantillas más jóvenes, con mayor rotación y menores retribuciones en los departamentos de concesión, las características de la población (edad, morbilidad) y del territorio (dispersión poblacional, extensión) y la diferencia del régimen jurídico para la contratación y adquisición de bienes y servicios aplicable, que implica mayores dificultades de seguimiento y control de las actuaciones de gasto por parte del regulador sobre las empresas concesionarias.

j) Inversiones realizadas

Las inversiones ejecutadas hasta el año 2015 por el concesionario, representan el 98,8% de las inversiones comprometidas hasta dicha fecha y el 81,4% de las inversiones totales comprometidas hasta la finalización del contrato (ver apartado 5 del apéndice 3).

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

k) Clausulado sobre indicadores

Un proceso de externalización requiere un contrato bien diseñado que contemple acuerdos sobre los niveles de servicios relevantes y medibles, de modo que permita a la Administración realizar un seguimiento permanente de la ejecución del servicio y así garantizar que no se esté perjudicando la calidad.

En el caso de la concesión administrativa del Departamento de Salud de Manises, no hay cláusulas que definan aspectos como los indicadores específicos de calidad, el plan de evaluación de los mismos o el régimen de penalizaciones en el supuesto de no cumplir los indicadores establecidos (ver apartado 1 del apéndice 4).

l) Comisión Mixta de Seguimiento

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 (12 en más de siete años), y porque, según se desprende de la lectura de las actas de las reuniones celebradas, consideramos que tan sólo se ha cumplido uno de los trece cometidos encomendados a la misma, y que están detallados en las cláusulas contractuales. La casi totalidad de los acuerdos adoptados giran en torno a "la resolución de cuestiones de facturación entre Conselleria y concesionario" (ver apartado 2 del apéndice 4). A este respecto, y tal como hemos descrito en el apéndice 5, la Comisión Mixta no puede atribuirse competencias propias del órgano de contratación.

m) Techo máximo de la cápita

Como resultado de aplicar la literalidad de la cláusula 19ª del PCAP en relación con la revisión de precios, consideramos que los pagos a cuenta al concesionario correspondientes a los ejercicios 2014, 2015 y 2016 estarían sobrevalorados en aproximadamente 36,4 millones de euros. La diferencia se debe al hecho de no respetarse el techo máximo, que con carácter provisional lo constituye el presupuesto sanitario público del Estado para el ejercicio en cuestión.

Según nos informa la Dirección General de Recursos Humanos y Económicos de la Conselleria de Sanitat, el órgano de contratación decidió, en base al dictamen del Consell Jurídic Consultiu de 19 de enero de 2012, no aplicar los límites máximos establecidos en el PCAP para evitar diferencias cuantiosas en las liquidaciones definitivas cuando se ajustara el precio del contrato, (ver apartado 4 del apéndice 4).

n) Medidas de control

La Administración no ha ejercido una tutela efectiva sobre el concesionario en materia de inversiones, pues no consta que se hayan aprobado formalmente ninguno de los planes de inversión, ni los quinquenales ni los anuales. Ni siquiera ha exigido una información detallada que le permitiera conocer las actuaciones a realizar, cuyo objeto debe ser tanto la reposición del equipamiento de los centros existentes, como la adquisición de nuevas instalaciones o la renovación de los inmuebles en uso.

La falta de control en este aspecto se resume en la ausencia de las actas de dimensión de inversiones, exigibles por los preceptos contractuales (ver apartados 5 y 6 del apéndice 4)

Otras debilidades de control que se han puesto de manifiesto en el transcurso de nuestro trabajo son las siguientes: no constan las autorizaciones expresas de las contrataciones del personal directivo, ni que se haya supervisado la tasa interna de rentabilidad de la concesión y tampoco que se hayan realizado auditorías integrales, obligaciones todas ellas impuestas en las cláusulas contractuales (ver apartados 7, 8 y 9 del apéndice 4).

o) Modificación contractual

El 28 de marzo de 2012 se formalizó una modificación contractual que implicó incrementar un 29% la población protegida del departamento de Manises, ya que se le asigna al concesionario la asistencia sanitaria integral de la zona básica de salud de Mislata y, en consecuencia, se modifica el precio del contrato. Sin embargo, durante un plazo de dos años, previos a dicha fecha, se realizó la

prestación sanitaria objeto de la modificación sin el adecuado soporte contractual.

Si bien la legislación en materia de contratación admite la posibilidad de modificaciones de los contratos, esta Sindicatura considera que hay que poner límites a las posibilidades de modificación de los contratos puesto que “celebrada mediante licitación pública la adjudicación de un contrato, la solución que presenta la adjudicación para el adjudicatario en cuanto a precio y demás condiciones, no puede ser alterada sustancialmente por vía de modificación consensuada, ya que ello supone un obstáculo a los principios de libre concurrencia y buena fe que deben presidir la contratación de las Administraciones Públicas, teniendo en cuenta que los licitadores distintos del adjudicatario podían haber modificado sus proposiciones si hubieran sido concededores de la modificación que ahora se produce”.

Adicionalmente, no parece razonable que el precio de esta modificación contractual se fije de manera proporcional respecto al contrato inicial. La modificación ha derivado nuevos derechos económicos a favor del concesionario, pero no ha conllevado las mismas obligaciones que sustentaban el equilibrio financiero del contrato inicial (ver apartado 11 del apéndice 4).

### **En relación con el precio del contrato**

#### **p) Procedimiento de liquidación**

El contrato junto con los pliegos establecen un sistema concreto de determinación del precio final. Por tanto, las liquidaciones deberían recoger y cuantificar exclusivamente los conceptos que la literalidad de las obligaciones contractuales ha definido. Ahora bien, si concurrieran circunstancias que modificaran el equilibrio financiero del contrato, podría surgir la obligación de resarcimiento al tercero por el desequilibrio patrimonial ocasionado, para lo cual la Conselleria debería tramitar los correspondientes expedientes.

Si bien la competencia para aprobar las liquidaciones recae en el órgano de contratación, el concesionario ha presentado unas propuestas de liquidaciones alternativas, motivando las mismas en acuerdos adoptados en el seno de la Comisión Mixta de Seguimiento. La diferencia global de las propuestas de liquidación realizadas por ambas partes asciende aproximadamente a 179,8 millones de euros, a favor de la Administración (ver apartado 3 del apéndice 5).

La ausencia de un procedimiento claro y acordado entre ambas partes para determinar el precio del contrato, 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 su aprobación, ha llevado a una situación litigiosa y enfrentada entre la Administración y el concesionario, cuya resolución pasa previsiblemente por una futura sentencia judicial (ver apartado 1 del apéndice 5). En concreto, el Tribunal Superior de Justicia de la Comunitat Valenciana debe pronunciarse sobre la validez de algunos acuerdos de la Comisión Mixta de Seguimiento, que implican compensaciones económicas significativas entre las partes.

Una de las discrepancias más relevantes se refiere a parte de la facturación intercentros de asistencias y prestaciones realizadas a la población del departamento de Manises en otros centros sanitarios. El rechazo del concesionario a sufragar parte del gasto incurrido por el servicio prestado a los pacientes de su población protegida pero atendidos en otro departamento, implica que la Administración asume doblemente el coste: la cápita pagada y el coste de la prestación realizada (ver apartado 3 del apéndice 5).

En consecuencia, esta Sindicatura no puede concluir sobre el resultado final de las liquidaciones del contrato desde el inicio de la concesión, puesto que en la fecha de elaboración de este Informe, existe incertidumbre jurídica sobre la validez o no de los acuerdos que sustentan determinados conceptos que componen el precio final del contrato (ver apartados 1 y 3 del apéndice 5).

q) Contraprestación capitativa

Con independencia del desenlace judicial mencionado en el párrafo anterior, la Conselleria no ha efectuado la revisión de la cápita definitiva de conformidad a la literalidad de los pliegos, sino que se ha realizado en base al dictamen del Consell Jurídic Consultiu de 19 de enero de 2012, que interpreta que la referencia de actualización es el presupuesto liquidado en asistencia sanitaria de la Generalitat y no las previsiones iniciales contenidas en la Ley de Presupuestos. Si bien dicha referencia hubiese gozado de mayor lógica desde el punto de vista económico, la literalidad de los pliegos del contrato es clara.

Esta Sindicatura estima que sobre la base del dictamen citado la prima o cápita definitiva en el periodo 2009-2013, conlleva un sobreprecio de 39,2 y 42,7 millones de euros respecto de la contraprestación capitativa que figura en las propuestas de liquidación de la Conselleria y del concesionario, respectivamente (ver apartado 3 del apéndice 5).

r) Pagos a cuenta. Intereses de demora

La Conselleria de Sanitat, que es la obligada al pago de la deuda dineraria surgida como contraprestación en operaciones comerciales, ha incurrido en mora y debería haber pagado el interés pactado en el contrato, sin necesidad de aviso de vencimiento ni intimación alguna por parte del acreedor.

El 30 de septiembre de 2016, el concesionario ha presentado un escrito ante el órgano de contratación, reclamando el abono de 3.806.030 euros en concepto de intereses de demora. El concesionario nos ha informado que va a presentar un segundo escrito solicitando 7.002.110 euros adicionales.

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

### 3. **REGOMENDACIONES**

#### **En relación con los principios de eficiencia, eficacia y economía**

- a) La Conselleria debe adoptar las medidas necesarias y los procedimientos y métodos de análisis que considere más convenientes para llevar a cabo sus funciones de control y seguimiento, de tal forma que le permitan evaluar la eficiencia y eficacia de la utilización de los recursos públicos que se ponen en manos de un tercero. En particular, debe realizar un estudio de eficiencia que se formule desde un enfoque proveniente de la gestión sanitaria y clínica, empleando métodos estadísticos paramétricos y no paramétricos (ver apéndice 4).
- b) Si bien los resultados asistenciales son aceptables y los pacientes muestran un elevado grado de satisfacción, el Departamento de Salud de Manises debe trazarse nuevas metas y adoptar las medidas que, además de garantizar los logros ya alcanzados, contribuyan a la constante superación del sistema sanitario, de tal forma que aumente el índice de consecución de sus objetivos (ver apartados 2, 3 y 4 del apéndice 3).

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

- c) La Conselleria de Sanitat debe definir un procedimiento adecuado de comunicación y de autorización de inversiones, detallando los canales de información a utilizar, el contenido de la información, la periodicidad y los órganos competentes para la aprobación (ver apartado 6 del apéndice 4).
- d) Recomendamos que la Conselleria destine los recursos oportunos para comprobar efectivamente las inversiones realizadas y que se

elaboren con carácter inmediato las actas de dimensión de inversiones, dada la importancia de las mismas. Teniendo en cuenta que a la finalización del plazo de concesión del servicio, todas las inversiones realizadas por el concesionario deben revertir a la Administración, la Conselleria debe realizar sin dilación las comprobaciones oportunas e instar al concesionario a disponer de un sistema adecuado de identificación de los activos (ver apartados 5 y 6 del apéndice 4).

- e) La Comisión Mixta de Seguimiento debe constituirse como un órgano de control eficaz, para lo cual debe celebrar las reuniones con una periodicidad razonable y abordar todos los cometidos que le han sido asignados (ver apartados 5, 6, 7 y 8 del apéndice 4).
- f) Conforme a lo recogido en el Decreto 156/2015, recomendamos que se incluya dentro del Plan de Inspección de Servicios Sanitarios para el año 2017, en relación con el departamento de Manises, aspectos como 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 (ver apartado 12 del apéndice 4).

#### **En relación con el precio del contrato**

- g) El órgano de contratación debe definir un procedimiento claro, con el consenso del concesionario, para determinar el precio del contrato, 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 apartado 1 del apéndice 5).
- h) Las liquidaciones deben recoger y cuantificar exclusivamente los conceptos que la literalidad de las obligaciones contractuales ha definido. Si concurren circunstancias que hayan modificado el equilibrio financiero del contrato, la Administración está obligada al resarcimiento por el desequilibrio patrimonial ocasionado, para lo cual la Conselleria debería tramitar los correspondientes expedientes (ver apartado 3 del apéndice 5).

## **APÉNDICE 1. ANÁLISIS DEL ENTORNO**

### **1. Aspectos básicos del mapa sanitario valenciano**

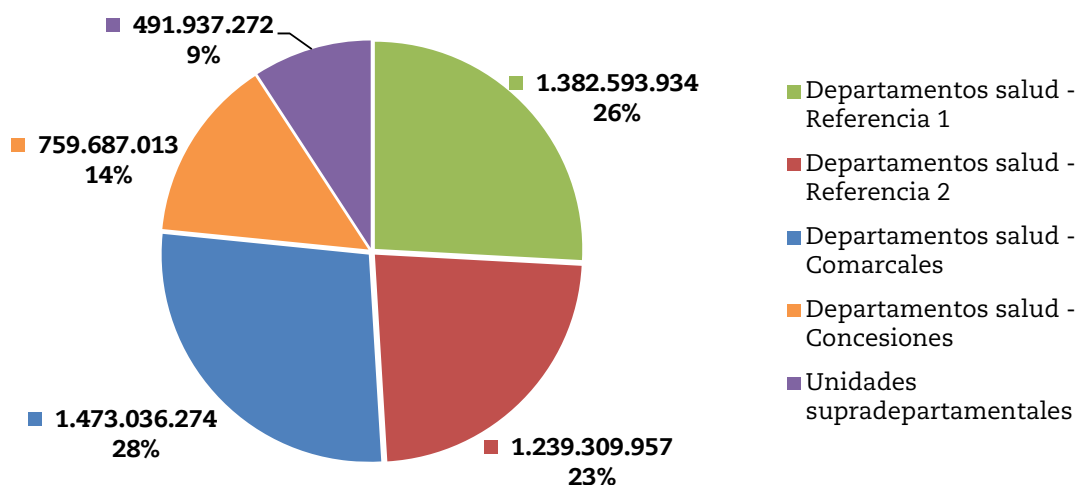
El artículo 13 de la Ley 10/2014 de Salud de la Comunitat Valenciana determina que el Sistema Valenciano de Salud se ordena en departamentos de salud, que equivalen a las áreas de salud previstas en la legislación básica estatal. Dichos departamentos de salud son definidos como las estructuras fundamentales 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.

A efectos de nuestro análisis y con el fin de realizar comparaciones más precisas, se ha optado por segmentar los resultados de los distintos criterios de auditoría en función de la clasificación que utilizaba hasta el año 2015 la propia Conselleria de Sanitat para comparar las puntuaciones de los Acuerdos de Gestión, de tal forma que distinguiremos entre hospitales de referencia 1, hospitales de referencia 2, hospitales comarcales y hospitales en régimen de concesión (ver cuadro 1 del Informe).

De forma gráfica, el gasto gestionado por esta Dirección General se ha distribuido de la siguiente forma:

**Gráfico 6. Gasto corriente contable<sup>5</sup> por unidades orgánicas. Ejercicio 2015. En euros**



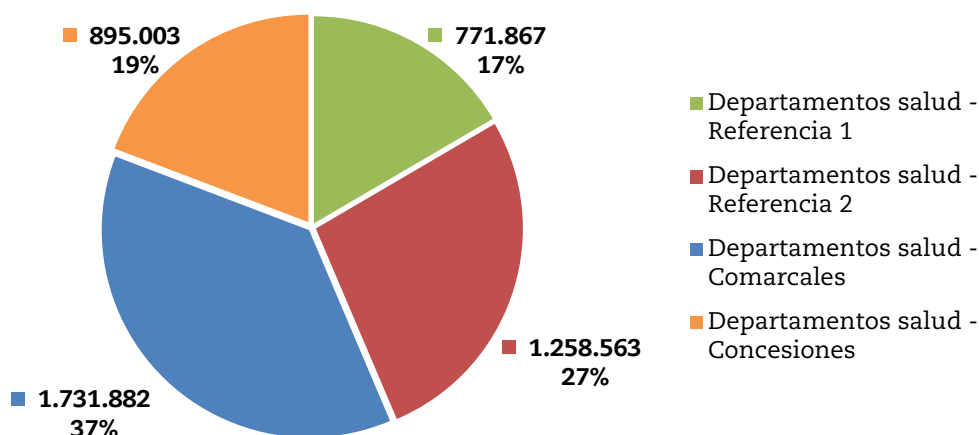
Fuente: Elaboración propia a partir del diario de operaciones del presupuesto corriente 2015.

En 2015, 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 están 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).

<sup>5</sup> 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”, 412.28 “Salud Mental y atención Sanitaria de Media y Larga Estancia”).

En el caso de las concesiones, el gasto no es exclusivamente corriente, ya que incluye también el de las inversiones comprometidas. En los apartados posteriores de este Informe se realizan comparaciones en términos homogéneos.

**Gráfico 7. Población protegida. Ejercicio 2015**



Fuente: Elaboración propia a partir del Sistema de Información Poblacional (SIP).

En definitiva, los departamentos de salud con financiación pública y gestión privada atienden un 19% de la población valenciana y representan aproximadamente un 14% del gasto; si bien debe recordarse que un 9% del gasto lo realizan unidades supradepartamentales (gráfico 6).

## 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 prestar el servicio objeto del contrato de concesión<sup>6</sup>. Con ello se pretende que la Intervención General analice el estado real de la situación del equilibrio económico de las concesiones, el

<sup>6</sup> 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.



análisis de su tasa interna de rentabilidad, la legalidad de los acuerdos adoptados por las Comisiones Mixtas de Seguimiento, así como que se valore adecuadamente el alcance de las obligaciones derivadas de las relaciones contractuales y extracontractuales.

### **3. Características básicas de la concesión administrativa sanitaria del Departamento de Salud de Manises**

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

### Cuadro 7. Características básicas del contrato 555/2006 de gestión de servicios públicos por concesión

Concepto	Contenido concesión Manises
Naturaleza del contrato	Gestión de servicios públicos por concesión
Expediente de contratación	555/2006
Objeto del contrato	Prestación de asistencia sanitaria integral (incluye construcción hospital)
Concesionaria	Especializada y Primaria L'Horta Manises, S.A.
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: 25 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 (2006)	494,72 €
Actualización de la prima	Crecimiento anual del presupuesto sanitario de la Generalitat, con el mínimo de IPC y máximo de gasto sanitario del Estado
Coefficiente 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
Puesta en funcionamiento	01/01/2009 (fecha límite) – 01/05/2009 (fecha real)
Presupuesto licitación (euros)	69.020.366 euros anuales
Fecha contrato	27/12/2006
Punto de equilibrio concesional (TIR)	7,50%
Plan de inversiones	Anual. Mínimo inversiones: 80 millones de euros. Inversión comprometida según oferta económica: 137 millones de euros
Órganos de control	Comisión Mixta de Seguimiento + Comisionado
Requisitos de control de calidad	No especificados en contrato

Fuente: Expediente 555/2006 (contrato y pliegos disponibles en <http://www.gvaoberta.gva.es/>).



Comentamos a continuación determinados aspectos referidos a las cláusulas de este contrato:

- El precio se establece sobre una “base capitativa”, es decir, se fija una prima por persona y año. Dicho precio incluye los costes de prestación de la asistencia sanitaria, los costes de la construcción y financiación del nuevo hospital, así como las inversiones, tanto en asistencia especializada como en atención primaria.

Asimismo, el concesionario se compromete al mantenimiento de dichas inversiones, así como al de las ya existentes en todos los centros sanitarios dependientes de la “concesión” y sufraga el coste del personal dependiente de la Conselleria que presta sus servicios en los centros gestionados por el concesionario.

- Los “procesos y actos médicos” realizados por centros dependientes de la Conselleria (por ejemplo, una intervención quirúrgica realizada en un hospital público de Castellón a una persona “protegida” que está adscrita al departamento objeto de la concesión), se facturarán al concesionario y, de forma recíproca, el concesionario facturará a la Conselleria los servicios sanitarios prestados a los pacientes que no pertenecen a la población “protegida” del Departamento de Salud de la concesión administrativa.

En esta facturación “intercentros”, el coeficiente de “transferencia de servicios” será para el concesionario igual o inferior a 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.

- Se limita la rentabilidad que se pueda obtener por la concesión. Esto supone que la Tasa Interna de Rentabilidad (TIR) sobre la inversión realizada por el concesionario no podrá ser superior al 7,5% anual, teniendo en consideración la duración de la concesión. El cálculo de la TIR lo realizará el concesionario de acuerdo con los cash-flows (flujos de caja) previstos para cada año de la concesión.

Un auditor externo (nombrado por consenso entre la Administración y el concesionario) revisará cada cinco años la rentabilidad conseguida por el concesionario en ese período, y las variaciones de rentabilidad (TIR) que hubiere se ajustarán mediante la programación de inversiones.

- Como fórmula de actualización de la prima per cápita se establece la referencia con el crecimiento anual del presupuesto sanitario expresado en los Presupuestos de la Generalitat.

El resultado de la aplicación de la fórmula de actualización del precio prevista, en ningún caso podrá ser inferior a la actualización en función del IPC, ni superior al porcentaje de incremento anual del gasto total sanitario público consolidado del Estado para dicho ejercicio.

Finalizado el plazo de la concesión, el servicio revertirá a la Administración, así como la propiedad libre de cargas del hospital y todo su equipamiento. El concesionario entregará el edificio, instalaciones y equipamiento, en el estado de conservación y funcionamiento adecuados. Igualmente revertirán en las mismas condiciones, el resto de centros y equipamientos gestionados por el concesionario, así como todas las inversiones realizadas por el mismo, de acuerdo con los programas aprobados por la Conselleria.

## **APÉNDICE 2. ENFOQUE METODOLÓGICO**

### **1. Evaluación del riesgo**

Se han aplicado procedimientos de valoración del riesgo (a partir del conocimiento del entorno en que se desenvuelve la actividad, incluido su control interno), con el objetivo de identificar y valorar los riesgos relacionados con la actividad objeto de la auditoría, y así delimitar aquellas áreas sobre las que se han desarrollado procedimientos de auditoría para reducir el riesgo a un nivel adecuado. Con dicho fin se ha aplicado la metodología desarrollada para la auditoría financiera en las Normas Técnicas del ICAC y en el *Manual de fiscalización* de esta Sindicatura, en la sección 1315 y siguientes, y que es plenamente aplicable a la auditoría operativa con las adaptaciones necesarias por los objetivos particulares de esta: la eficiencia, la economía y la eficacia.

Con objeto de delimitar el trabajo a realizar -para que la auditoría operativa sea útil y viable- y de acuerdo con los medios y recursos disponibles por la Sindicatura de Comptes, el equipo de auditoría ha valorado los riesgos que podrían derivarse de los siguientes factores:

- La complejidad de los cálculos para determinar el precio del contrato y, en particular, el procedimiento de revisión de la prima anual per cápita.
- El sistema de control de las derivaciones de pacientes a centros de otros departamentos y las compensaciones presupuestarias correspondientes.
- La ausencia de indicadores específicos de la calidad del servicio prestado.
- Las cuestiones litigiosas surgidas entre la Administración y el concesionario.

### **2. Criterios de auditoría y sus fuentes**

Una vez concretado el objeto de la auditoría, el ámbito y su alcance, una parte fundamental en el desarrollo de esta es la definición de los criterios de auditoría que se utilizarán. Los criterios de auditoría son unidades de medida que sirven para evaluar la eficiencia, la eficacia y la economía del área o actividad auditada, mediante la comparación con su situación real.

Como ya hemos señalado anteriormente, para realizar comparaciones más precisas, se ha optado por segmentar los resultados de los distintos criterios de auditoría en función de la clasificación que utilizaba hasta el año 2015 la propia Conselleria de Sanitat para comparar las puntuaciones de los Acuerdos de Gestión (ver apartado 1 del apéndice 1).

En relación con la actividad auditada, hay que señalar como cuestión previa, que la Conselleria de Sanitat dispone de un panel completo de indicadores, disponible en la plataforma ALUMBRA. Adicionalmente, la Conselleria fija unos objetivos a nivel departamental (Acuerdos de Gestión), que son anualmente evaluados.

Sin embargo, el contrato que formaliza la prestación del servicio con el concesionario carece de cláusulas específicas que definan los mecanismos de control de calidad de los servicios de la concesión, aspecto que dificulta el cumplimiento de las funciones que recaen en el Servicio de Inspección Sanitaria de Servicios Públicos en Régimen de Concesión, que tiene, entre otras competencias las siguientes:

- Verificación, seguimiento e inspección del cumplimiento de las cláusulas de explotación.
- Evaluación de los mecanismos y resultados de control de calidad de los servicios de la concesión.
- Evaluación de los indicadores y datos de actividad asistenciales, de resultados y económicos.

### **3. Enfoque y metodología utilizada. Naturaleza de las pruebas y obtención de evidencia**

El enfoque basado directamente en los resultados se considera el más adecuado para dar respuesta al objetivo 1 de auditoría propuesto en el apartado 1 del Informe, puesto que es factible recopilar información referente a los criterios de auditoría desglosados en dicho apartado. Ahora bien, ante la posibilidad de no disponer de información de gestión comparable, se han definido indicadores alternativos, que han sido elaborados por esta Sindicatura y que nos permiten obtener una base objetiva para concluir sobre el nivel de eficacia, eficiencia y economía.

Para dar respuesta a los objetivos 2 y 3 se ha aplicado un enfoque basado en los sistemas de control, consistente en evaluar la existencia y la efectividad del sistema de control de que dispone la Conselleria de Sanitat para supervisar todos los aspectos que la normativa y las cláusulas del contrato de concesión le otorgan. Se ha analizado la documentación pertinente suministrada por distintos servicios de la Conselleria y por el propio concesionario, y se han mantenido entrevistas y reuniones de trabajo, tanto con los gestores públicos, como con el equipo directivo del Hospital de Manises.

Se ha contado con la colaboración de los siguientes servicios de la Conselleria, que nos han facilitado la información necesaria para realizar pruebas numéricas de carácter analítico (tendencias y coeficientes) y pruebas descriptivas basadas en comparaciones cualitativas:

## Cuadro 8. Fuentes de información

Información facilitada	Origen
Información genérica	Servicio de Inspección Sanitaria de Servicios Públicos en Régimen de Concesión (DG de Alta Inspección Sanitaria)
Información sobre población protegida	Servicio de Aseguramiento Sanitario (DG de Asistencia Sanitaria)
Acuerdos de Gestión (definición y evaluación)	Servicio de Integración Asistencial (DG de Asistencia Sanitaria)
Informe mensual de resultados (ALUMBRA)	Servicio de Análisis de Sistemas de Información (DG de Asistencia Sanitaria)
Liquidaciones anuales	Servicio de Gestión Presupuestaria (DG de Recursos Humanos y Económicos)
Facturación intercentros (COMPAS)	Servicio de Análisis e Información Económica (DG de Recursos Humanos y Económicos)
Expediente de contratación e inversiones	Servicio de Aprovisionamientos y Contratación (DG de Recursos Humanos y Económicos)

Fuente: Elaboración propia.

Adicionalmente a la información facilitada, ha resultado de particular interés la Memoria de Gestión Anual 2015, publicada recientemente por la Conselleria de Sanitat. Este documento representa una radiografía muy completa del sistema sanitario valenciano, y la propia Administración la considera como “un instrumento de control interno y de evaluación de la actividad desarrollada, así como una herramienta de gestión, sumamente eficaz a la hora de tomar decisiones”.

Los resultados de las comprobaciones realizadas se detallan en los apéndices 3, 4 y 5.

### 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 Manises en la cantidad, calidad y coste más adecuado?

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

Los contratos deben tener siempre un precio cierto y el órgano de contratación debe cuidar que el mismo sea adecuado al mercado<sup>7</sup>. La adecuada determinación del precio contractual es un elemento esencial para la conformación de la voluntad de las partes del contrato administrativo que permite garantizar tanto a la Administración como al contratista una correcta ejecución de las prestaciones objeto del contrato, ya que permite establecer la justa correspondencia entre los derechos y obligaciones asumidas por cada una de las partes. El órgano de contratación debe, tanto al determinar el presupuesto del contrato, como al establecer las prestaciones y contraprestaciones entre la Administración y el contratista, realizar los estudios económicos necesarios que permitan garantizar que el precio del contrato sea el adecuado al mercado, incorporando dichos estudios como parte de los expedientes de contratación.

En los contratos de gestión de servicios públicos, el equilibrio económico de la concesión debe entenderse como la búsqueda de una igualdad entre las ventajas concedidas al concesionario y las obligaciones que le son impuestas, compensando así los beneficios probables y las pérdidas previsibles, persiguiendo una honesta equivalencia entre lo concedido y lo exigido al mismo. Por tanto, si no existiera un equilibrio concesional debido a que el estudio económico no ha sido realizado correctamente, ello podría dar lugar a la falta de beneficios e incluso pérdidas en la prestación del servicio, ocasionando una deficiente prestación o abandono del mismo, o bien por otra parte, un excesivo beneficio para el concesionario, dando lugar a un grave perjuicio para la Hacienda Pública.

El contrato objeto de esta auditoría operativa ha fijado una contraprestación económica basada en una prima anual per cápita de 494,72 euros para el ejercicio 2006, y que es actualizada por referencia al crecimiento anual del presupuesto sanitario de la Generalitat para asegurar la correcta financiación de las prestaciones sanitarias gestionadas por la concesión, con el límite máximo del crecimiento del gasto sanitario consolidado del Estado y el límite mínimo de la variación del Índice de Precios al Consumo.

<sup>7</sup> Artículo 14 del Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas.

Se ha requerido a la Conselleria el expediente del contrato 555/2006 para verificar la existencia de los estudios económicos que justifiquen la determinación del precio inicial. En dicho expediente no se ha identificado ningún informe económico en el que se relacionen las obligaciones impuestas y los derechos económicos. Según nos indican desde la Conselleria, el precio de este contrato se fijó a partir de la prima anual per cápita de otros contratos de concesión similares vigentes en el momento de la formalización. En concreto, se determinó el precio unitario a partir del precio establecido en los contratos de gestión de servicios públicos por concesión administrativa de la prestación de servicios de atención sanitaria integral de los departamentos de salud de Torrevieja y La Ribera, celebrados el 21 y 31 de marzo de 2003, y que fueron actualizados un 30,53% hasta fijar la prima per cápita inicial del año 2006 en 494,72 euros.

En alegaciones, la Conselleria de Sanitat nos ha indicado que para determinar la cápita inicial en la licitación del Departamento de Salud de La Ribera, que sirvió de referencia para todas las licitaciones y adjudicaciones posteriores, el informe económico de 11 de noviembre de 2002, anexo al anteproyecto de explotación del contrato, concluía que la prima inicial (379 euros) se determinó aplicando un coeficiente corrector en torno al 0,80-0,85 sobre el gasto que la sanidad pública debía realizar para poder prestar el servicio de que se trataba en condiciones similares, utilizando como referencia el gasto sanitario público per cápita según el presupuesto del año 2002.

Por ello, la Conselleria señala en sus alegaciones, que son el ahorro económico y la flexibilidad contractual que tiene la gestión a través de la empresa privada los principales y casi únicos argumentos que justificaron el acceso a este modelo concesional.

#### **Cuadro 9. Prima anual per cápita inicial de los contratos por concesión administrativa de la prestación de servicios de atención sanitaria integral**

Concepto	Fecha contrato	Euros
Torrevieja	21/03/2003	379,00
La Ribera	31/03/2003	379,00
Dénia	14/03/2005	413,11
Manises	27/12/2006	494,72
Elx-Crevillent	05/09/2007	494,72

Fuente: Contratos de las concesiones administrativas.

**Cuadro 10. Variación de la prima anual per cápita inicial de los contratos por concesión administrativa de la prestación de servicios de atención sanitaria integral en el periodo previo a la firma del contrato de la concesión de Manises**

Año	Euros	Variación anual
2003	379,00	-
2004	413,11	9,00%
2005	454,83	10,10%
2006	494,72	8,77%

Fuente: Servicio de Gestión Presupuestaria (DG de Recursos Humanos y Económicos).

Con arreglo a la información disponible y a los cálculos realizados por esta Sindicatura, la prima anual provisional para el año 2006, resultante de aplicar las cláusulas de revisión establecidas a la prima inicial del año 2003, y que serían aplicables para todos los contratos de concesión, no difiere significativamente de las cantidades reflejadas en el cuadro anterior.

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. Esta Sindicatura cuestiona el hecho de que el procedimiento o sistema utilizado para fijar la prima inicial, haya consistido simplemente en equiparar las condiciones económicas a las del resto de contratos de concesión similares vigentes en el momento de la formalización. En la determinación de la prima inicial debería haberse considerado el plazo de la concesión, el plazo de ejecución de las obras y el resto de obligaciones asumidas por el contratista, en particular el volumen de la inversión comprometida, las prestaciones sanitarias incluidas y las características de la población protegida.

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

Para responder a esta pregunta, se han definido como criterios de auditoría los siguientes indicadores:

- Gasto público en asistencia sanitaria: Gasto corriente sanitario público (capítulo 1 y 2) por habitante.
- Infraestructura: Coste de inversión en construcción del hospital (euros por cama instalada).



- Recursos humanos: Gasto de personal por empleado y coste retributivo por hora de facultativo especialista.

#### *Gasto público en asistencia sanitaria*

Las organizaciones hospitalarias que tienen unos costes más elevados tienden a justificarlos alegando que tratan a un conjunto de pacientes más complejos. El concepto de complejidad de la casuística (“case mix” de un hospital) se refiere a un conjunto interrelacionado pero bien distinto de atributos de los pacientes que incluyen la gravedad de la enfermedad, su pronóstico, dificultad de tratamiento, necesidad de actuación médica e intensidad de consumo de recursos.

La pretensión de considerar una organización sanitaria como una organización empresarial que permita estandarizar los servicios prestados es altamente difícil de conseguir. El producto hospitalario final, que es el paciente atendido, depende de las características únicas de los propios pacientes y de los tratamientos y pruebas realizadas, e incluso de aspectos intangibles que intervienen en el proceso (por ejemplo, la atención personal).

Esto implica que un hospital genera tantos productos como pacientes diagnóstica y trata, aspecto que dificulta la evaluación de la actividad del hospital. Por ello es necesario reducir el número de posibles casos que se reciben a un número más reducido y manejable, que sea útil desde el punto de vista de la gestión. Esa es la idea que subyace a los grupos relacionados por el diagnóstico (en adelante, GRD).

Los GRD se definen como un sistema de clasificación de pacientes, a partir del cual se relacionan los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital con el coste que representa su asistencia. Para la obtención de los GRD, se parte de los datos de los pacientes dados de alta hospitalaria (Conjunto Mínimo Básico de Datos o CMBD), clasificándolos en base a datos individuales, como la edad, sexo, circunstancias del alta, diagnóstico principal, intervenciones realizadas durante el ingreso hospitalario, tanto médicas como quirúrgicas, y diagnósticos secundarios que coexisten con el principal. A partir de esta información, el algoritmo de los GRD clasifica todos los episodios en grupos de pacientes con características demográficas, diagnósticas, terapéuticas y de consumo de recursos similares (costes).

Los GRD permiten analizar la actividad desarrollada en un centro (su producto sanitario), obtener indicadores sobre la calidad de la asistencia (como la duración de la estancia o la tasa de reingresos) y analizar costes y presupuestos del centro. Los GRD, pues, serían los mejores indicadores para medir los aspectos definidos en los objetivos de nuestra fiscalización. Sin embargo, y debido a las limitaciones para obtener información comparativa, se ha optado por realizar un análisis global del

gasto público destinado a la asistencia sanitaria, medido en términos de habitante.

El concesionario está obligado, al igual que el resto de departamentos de salud, a prestar la asistencia sanitaria de acuerdo al Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Sin embargo, los centros hospitalarios difieren en diversas variables como es la dotación de recursos (camas, médicos, equipamiento tecnológico), la cartera de servicios, la complejidad de la actividad o la intensidad docente.

De conformidad a las cláusulas contractuales, el concesionario debe prestar los servicios de atención sanitaria integral a la población protegida del Departamento de Salud de Manises. Esto abarca la atención primaria y la atención especializada, así como la atención de urgencias, atención sociosanitaria, la prestación farmacéutica en los centros sanitarios, salud mental y los servicios prestados por las unidades de conductas adictivas. Quedan excluidas las prestaciones de farmacia dispensadas en las oficinas de farmacia mediante receta oficial, la oxigenoterapia ambulatoria, el coste de las prótesis y el transporte sanitario.

Las prestaciones objeto del contrato son asumidas por el concesionario respecto de su coste económico, y son retribuidas mediante el pago de una prima anual per cápita. Los pagos a cuenta del año 2015<sup>8</sup> -que es el gasto sanitario público soportado por la Administración por la concesión- han ascendido a 143.247.074,88 euros.

Hemos considerado como magnitud relevante, para cuantificar el gasto corriente sanitario público en el conjunto de la Comunitat Valenciana, las obligaciones reconocidas del ejercicio 2015 de los programas presupuestarios de la Dirección General de Asistencia Sanitaria<sup>9</sup> que se refieren a prestaciones homogéneas con el objeto del contrato<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> Hemos optado por utilizar los pagos a cuenta para cuantificar el gasto sanitario público incurrido en los departamentos gestionados mediante concesión, si bien, tal y como se refleja en el apéndice 5 de este Informe, las liquidaciones anuales resultan en saldos a favor de la Conselleria, por lo que el gasto real sería incluso inferior.

<sup>9</sup> Esta Dirección General ejerce las competencias relativas a la planificación y gestión de los recursos asistenciales, programas y servicios sanitarios, de la gestión integrada de la actividad asistencial, gestión de centros sanitarios, atención sanitaria a la cronicidad, drogodependencia, salud mental y urgencias. Dispone de los siguientes programas presupuestarios:

- 313.20 “Drogodependencias y otras adicciones”
- 412.22 “Asistencia sanitaria”
- 412.24 “Prestaciones externas”
- 412.26 “Personal sanitario residente”
- 412.28 “Salud mental y atención sanitaria de media y larga estancia”

<sup>10</sup> Hemos considerado los gastos de los programas 313.20, 412.22, 412.24 y 412.28. No consideramos el programa 412.26 porque el Hospital de Manises no tiene la acreditación docente. El objeto del contrato no incluye las prestaciones farmacéuticas ni ortoprotésicas. El gasto relacionado a estas prestaciones se imputan en los programas 412.23 y 412.27, adscritos a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

Para garantizar la máxima homogeneidad posible, se han considerado únicamente los gastos corrientes en personal, bienes y servicios (capítulos 1 y 2), excluyendo las inversiones anuales (capítulo 6) para evitar posibles distorsiones a consecuencia de decisiones coyunturales. Se ha descontado el gasto en oxigenoterapia y servicios de ambulancia, para delimitar el concepto de gasto al objeto del contrato.

La fuente primaria de información ha sido la liquidación del presupuesto de gastos<sup>11</sup>, si bien con el objeto de reflejar una estimación más próxima al gasto real, los datos contables han sido rectificadas por los flujos económicos derivados de las asistencias prestadas entre departamentos<sup>12</sup> y por otros ajustes extracontables<sup>13</sup> (obligaciones reconocidas en 2015 que corresponden a gastos de ejercicios anteriores, gastos del ejercicio que no han sido imputados al presupuesto del ejercicio corriente y los fondos estatales de asistencia sanitaria aportados para la financiación de los consorcios hospitalarios provinciales). El gasto corriente neto estimado para los departamentos de gestión pública se ha comparado con los pagos a cuenta satisfechos al concesionario<sup>14</sup>, también corregidos por las asistencias interdepartamentales y por la parte de la cápita dedicada a inversiones.

Como ya hemos comentado en otros apartados de este Informe, para poder establecer comparaciones más precisas entre los departamentos de gestión pública directa y la concesión administrativa de gestión privada, se ha optado por segmentar los mismos en función de la clasificación utilizada por la propia Conselleria para comparar los resultados de los Acuerdos de Gestión (hospitales de referencia 1, de referencia 2, comarcal y concesión).

Según la información disponible, el gasto corriente soportado por la Administración por la asistencia sanitaria prestada en el Departamento de Salud de Manises (721 euros por habitante, de los cuales aproximadamente 47 euros corresponden a la cobertura de la inversión) es un 24,6%<sup>15</sup> inferior al gasto corriente público en asistencia sanitaria en el conjunto de departamentos de gestión pública catalogados como comarcales (894 euros por habitante).

---

<sup>11</sup> Diario de operaciones del presupuesto corriente 2015.

<sup>12</sup> Facturación intercentros, obtenida de la aplicación COMPAS, que es un sistema de compensación de la asistencia sanitaria, que permite el análisis de los flujos de pacientes entre centros hospitalarios.

<sup>13</sup> Los ajustes se han estimado a partir de la información facilitada por la Dirección General de Recursos Humanos y Económicos de la Conselleria de Sanitat, y no difieren significativamente de los cálculos realizados por esta Sindicatura.

<sup>14</sup> En la liquidación del presupuesto de la Conselleria, los pagos a cuenta están aplicados en unidades orgánicas específicas. En otras unidades orgánicas diferentes, se refleja la remuneración del personal transferido. La nómina es pagada por la Administración y posteriormente repercutida a los concesionarios vía liquidación del contrato.

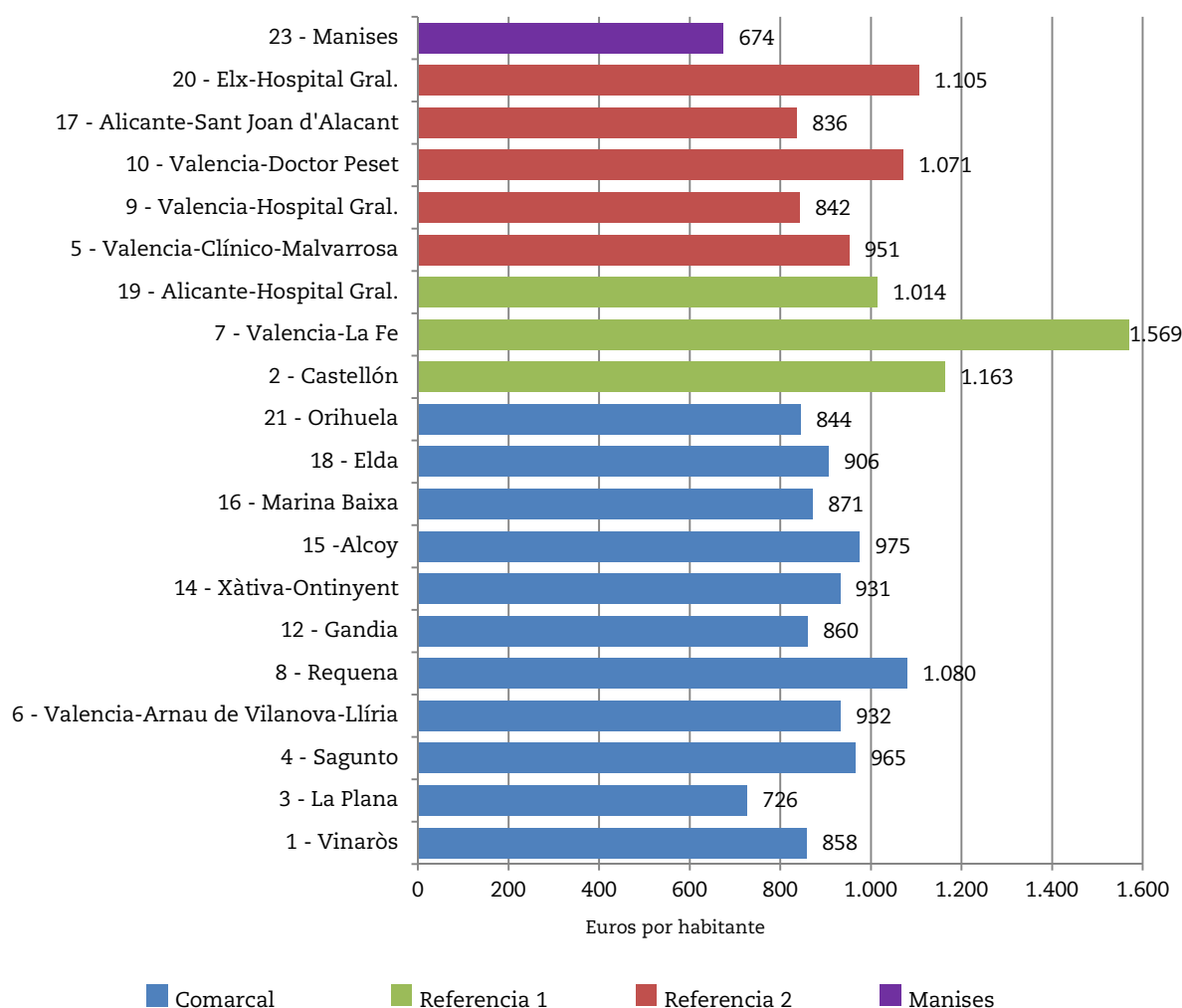
<sup>15</sup> Este porcentaje podría verse afectado por las liquidaciones pendientes del precio del contrato, dadas las circunstancias litigiosas existentes entre el concesionario y la Conselleria de Sanitat (ver apartados 1 y 3 del apéndice 5).

**Cuadro 11. Gasto corriente sanitario público (capítulo 1 y 2) por habitante. Clasificación por tipo de hospital**

Hospitales Comunitat Valenciana <sup>16</sup>			
Manises	Comarcal	Referencia 1	Referencia 2
674	894	1.252	947

Fuente: Ver anexo I y cuadro 12. Para el caso de hospitales comarcales, referencia 1 y 2: incluyen cápitas calculadas en el anexo I (873 euros, 1.231 euros y 926 euros, respectivamente) más el gasto de las prestaciones realizadas a nivel supradepartamental, como son las relacionadas con la drogodependencia (1,68 euros), así como con la salud mental y la atención sanitaria de media y larga estancia (19,15 euros).

**Gráfico 8. Gasto corriente sanitario público (capítulos 1 y 2) por habitante. Clasificación por departamento**



Fuente: La misma que la descrita en el cuadro 11.

<sup>16</sup> En cuanto al resto de concesiones, se han excluido debido a que no tenemos información del importe de las inversiones realizadas por las mismas y, en consecuencia, la incidencia que tendría para poder calcular sus cápitas respectivas por gasto corriente. En el anexo I se detalla el cálculo del gasto total por cápita para las concesiones.

Por tanto, tomando como referencia el coste medio por habitante de los departamentos con hospital comarcal, la asunción con medios públicos de la asistencia sanitaria integral de la población protegida del departamento de Manises implicaría un mayor coste anual en gasto corriente en torno a 42,5 millones de euros:

**Cuadro 12. Cuantificación de las diferencias de gasto corriente sanitario público: Manises versus hospital comarcal medio**

<b>Diferencia en gasto corriente sanitario público</b>	
Población Manises (a)	193.582
Cápita media por asistencia sanitaria en hospitales comarcales (i)	873,00
Cápita media por drogodependencias y otras adicciones (ii)	1,68
Cápita media por salud mental y hospitales crónicos (iii)	19,15
Total cápita asistencia integral hospitales comarcales (b = i + ii + iii)	893,83
Cápita media por asistencia sanitaria en Manises (x)	721,00
Estimación inversión por habitante y año (y) <sup>17</sup>	47,00
Cápita media (gasto corriente) en Manises (c = x - y)	674,00
Diferencia de cápita (d = b - c)	219,83
<b>Cuantificación en euros diferencia en términos anuales (e = a x d)</b>	<b>42.555.131</b>

Fuente: Ver anexos I, III y V.

**Infraestructuras**

Para poder evaluar si la adquisición de los medios físicos se ha realizado con criterios de economía, se ha comparado el coste de la infraestructura inicial del hospital en el que ha incurrido el concesionario y el coste de construcción de un hospital público. Para ello, hemos solicitado a la Conselleria información sobre el coste real de la inversión realizada en el nuevo Hospital de Gandia, al ser uno de los últimos hospitales comarcales puestos en marcha.

**Cuadro 13. Coste de inversión en construcción del hospital: euros por cama instalada**

	<b>Gandia</b>	<b>Manises</b>	<b>Diferencia absoluta</b>	<b>Diferencia relativa</b>
Coste de la infraestructura inicial <sup>18</sup>	67.261.773	68.835.431	1.573.658	2,3%
Camas instaladas	315	348	33	10,5%
<b>Coste por cama</b>	<b>213.529,44</b>	<b>197.802,96</b>	<b>-15.726,48</b>	<b>-7,4%</b>

Fuente: Ver anexos VI y XI. Inventario de inversiones facilitado por la Dirección de EYPHM.

<sup>17</sup> Calculado considerando el plazo temporal de la concesión (15 años), la inversión total comprometida (137.088.849 €) y la población protegida del Departamento de Salud de Manises (193.582 hab.).

<sup>18</sup> Incluye exclusivamente inversiones relacionadas con el inmueble (no se incluye coste en mobiliario, equipamiento u otros suministros).

Según los datos obtenidos, el coste relativo por cama de construir un centro hospitalario mediante el contrato de concesión ha sido un 7,4% más económico que si la construcción hubiera sido realizada directamente por la Administración; aunque esta diferencia es poco significativa y referida tan solo a la comparación con un único hospital de características similares. 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.

#### Recursos humanos

El departamento de Manises dispone de dos regímenes de empleo: el personal laboral directamente contratado por la mercantil EYPHM y el personal estatutario transferido de la Administración.

La plantilla media del Departamento de Salud en el año 2015 fue la siguiente:

#### Cuadro 14. Plantilla por régimen de contratación

Régimen	Plantilla media	%
Laboral	1.249	81,3%
Estatutario	288	18,7%
<b>Total</b>	<b>1.537</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: EYPHM.

El gasto de personal medio por empleado con contrato laboral en el departamento de Manises asciende a 44.722 euros, un 9,6% inferior al coste medio por empleado en hospitales comarcales (49.453 euros) y un 8,5% inferior al coste medio por empleado en el conjunto de los departamentos de salud (48.873 euros):

#### Cuadro 15. Coste medio por empleado en 2015

Hospitales Comunitat Valenciana <sup>19</sup>					
Manises <sup>20</sup>	Comarcal	Referencia 1	Referencia 2	Concesiones <sup>21</sup>	Total CV
44.722	49.453	47.910	49.094	49.358	48.873

Fuente: Elaboración propia a partir del anexo VIII (excepto columna "Manises" que se ha obtenido de las cuentas anuales e información adicional facilitada por EYPHM).

<sup>19</sup> Importes que incluyen la totalidad de obligaciones reconocidas según liquidación del presupuesto 2015 (capítulo 1 de los programas presupuestarios 412.22 "Asistencia sanitaria" y 412.26 "Personal sanitario residente"). Incluye la regularización realizada por la paga extra de diciembre de 2012.

<sup>20</sup> Incluye gastos por los siguientes conceptos: sueldos y salarios (retribución fija y variable), indemnizaciones, coste Seguridad Social y otros gastos sociales, obtenido de información contable de la sociedad EYPHM.

<sup>21</sup> Exclusivamente personal estatutario transferido a las concesiones administrativas.

Las diferencias en el coste medio de personal son debidas a factores tales como la estructura organizativa de mandos directivos e intermedios, las tablas retributivas aplicables a cada colectivo, los índices de absentismo del personal y la antigüedad media de la plantilla.

Por este motivo, y para tener un indicador más cercano que nos permita evaluar el cumplimiento del principio de economía, hemos realizado un ejercicio teórico de comparar la retribución por hora para el colectivo de facultativos especialistas:

**Cuadro 16. Retribuciones ejercicio 2016 facultativo especialista**

	Facultativo especialista	
	Laboral	Estatutario
Retribución fija bruta anual	46.000	47.407
Antigüedad	0	1.140
Complemento de carrera y desarrollo profesional	0	3.122
Incentivo variable <sup>22</sup>	5.244	0
<b>Total retribuciones</b>	<b>51.244</b>	<b>51.670</b>
Jornada anual (horas)	1.780	1.589
<b>Retribución por hora</b>	<b>28,79</b>	<b>32,52</b>

Fuente: Elaboración propia. Ver anexo IX.

El facultativo especialista en régimen laboral tiene una retribución anual similar al estatutario, si bien su jornada anual es un 12% superior a la jornada del personal estatutario, lo que supone que su coste retributivo por hora es inferior (28,79 euros/hora) que el estatuario (32,52 euros/hora), un 11,5% inferior.

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

Una prestación sanitaria de alta calidad requiere de la disponibilidad de recursos suficientes para satisfacer las necesidades de la población. La capacidad del sistema hace referencia a los recursos económicos, infraestructura y equipamiento, recursos humanos, productos sanitarios y medicamentos, así como a las tecnologías al servicio de la salud, incluidas las tecnologías de la información y la comunicación.

Los indicadores relacionados a continuación constituyen criterios de auditoría para evaluar la dotación y capacidad del departamento:

- Número medio de facultativos por cada 1.000 habitantes.

<sup>22</sup> El concesionario nos ha indicado que el porcentaje de cobro de la retribución variable anual de los profesionales que cuentan con este sistema retributivo ha sido del 57% en el año 2015. El importe máximo anual de este incentivo variable es del 20 % de la retribución fija anual.

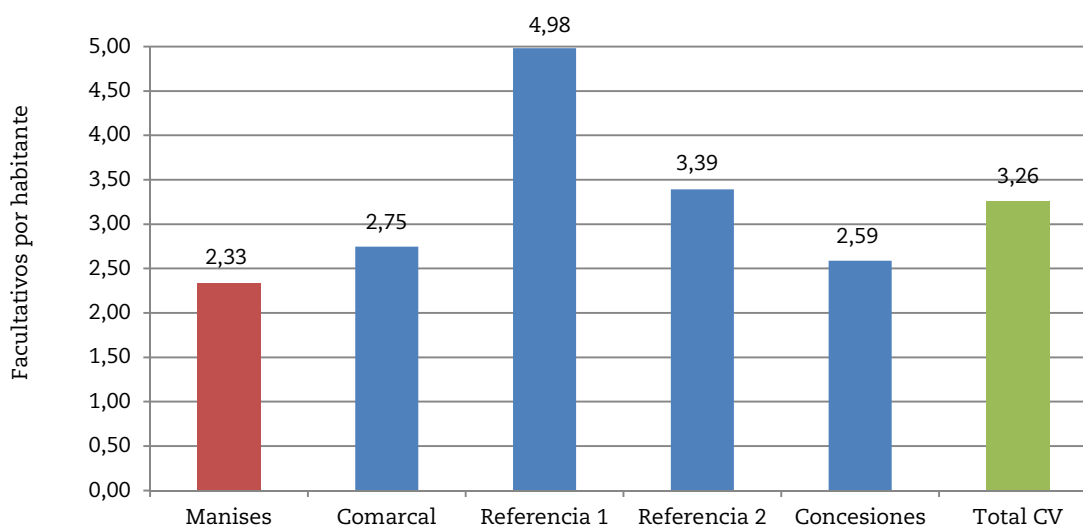
- Número medio de horas de facultativo por cada 1.000 habitantes.
- Número de camas por cada 1.000 habitantes.
- Esfuerzo inversor en dotación tecnológica por habitante.
- Equipos de alta tecnología por cada 1.000 habitantes.

### Facultativos

Uno de los pilares básicos para evaluar la suficiencia de recursos es conocer el personal sanitario disponible en cada departamento. A este respecto, hemos evaluado el número de facultativos, colectivo que incluye tanto los médicos especialistas como los médicos de medicina general y pediatría, y su número medio de horas.

Dado que en las cinco concesiones administrativas, concurre personal en régimen estatutario y en régimen laboral, hemos agregado ambos colectivos en nuestra tabla comparativa<sup>23</sup> (anexo X).

### Gráfico 9. Facultativos por cada 1.000 habitantes

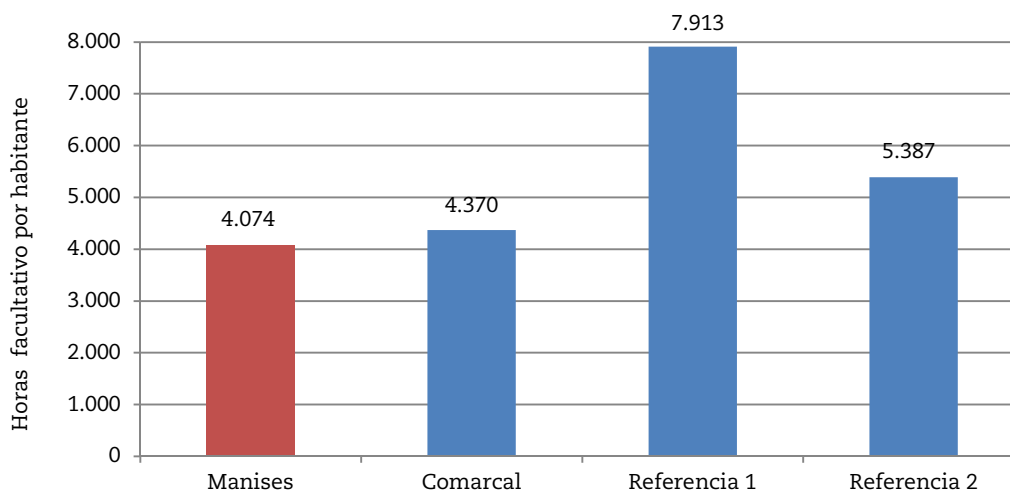


Fuente: Ver anexo X.

<sup>23</sup> También se ha incluido el personal facultativo gestionado por los consorcios provinciales de Valencia y Castellón.



**Gráfico 9.bis. Número de horas de facultativo por cada 1.000 habitantes<sup>24</sup>**



Fuente: Ver anexo X y cuadro 16 (jornada anual horas).

Según la información disponible<sup>25</sup>, el total de facultativos en el departamento de Manises era de 452<sup>26</sup>, lo que supone una ratio de 2,33 facultativos por cada 1.000 habitantes, frente a la media de 2,75 facultativos por cada 1.000 habitantes en los hospitales comarcales, siendo el departamento con menor ratio entre los 24 que componen el mapa sanitario de la Comunitat Valenciana. Esto supone que el Departamento de Salud de Manises dispone de 4.074 horas de facultativo por cada 1.000 habitantes, inferiores a las 4.370 horas de media de los hospitales comarcales.

#### Número de camas

El informe sobre los indicadores clave del Sistema Nacional de Salud define como “cama en funcionamiento” aquella dotación de camas que ha estado funcionando de manera efectiva durante el año. Se considera el promedio anual de las camas que hayan estado en servicio, con independencia del grado de utilización u ocupación que haya tenido. Por tanto, no incluye aquellas camas que no estén en condiciones de funcionar por no contar con el personal y/o equipamiento necesario, estar fuera de servicio por obras o cualquier otra causa.

El número de camas hospitalarias proporciona una medida de la capacidad del sistema sanitario para proporcionar servicios a los pacientes ingresados en los hospitales. Sin embargo, es un indicador

<sup>24</sup> No hemos incluido el resto de concesiones ya que no disponemos de información del número de horas de su jornada anual.

<sup>25</sup> No hemos podido obtener la información a una misma fecha, pero dada la evolución de estas masas, consideramos que los resultados relativos son igualmente válidos.

<sup>26</sup> El personal laboral de la concesión tiene una jornada anual superior al personal estatutario. En este departamento no hay médicos residentes.

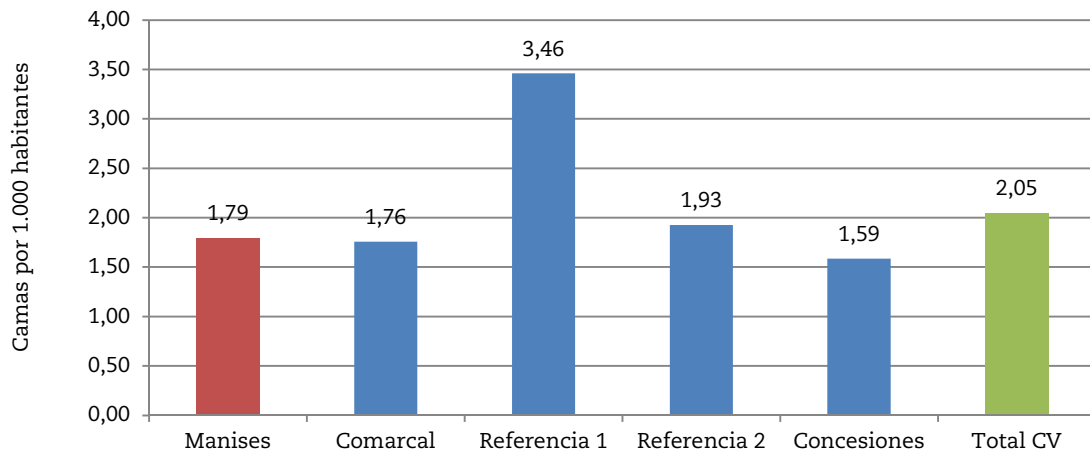
sometido a una profunda transformación en los últimos tiempos en el sentido de que sea considerado un indicador principal para monitorizar la calidad de la capacidad hospitalaria instalada y de la oferta de servicios hospitalarios.

Existen factores de distinta índole que pueden justificar las variaciones de este indicador entre hospitales:

- El incremento y peso relativo de la actividad ambulatoria, es decir, la que no requiere ingreso en el hospital.
- 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

A partir de los datos analizados se desprende que el departamento de Manises tiene una dotación de camas instaladas por habitante similar al segmento de hospitales comarcales:

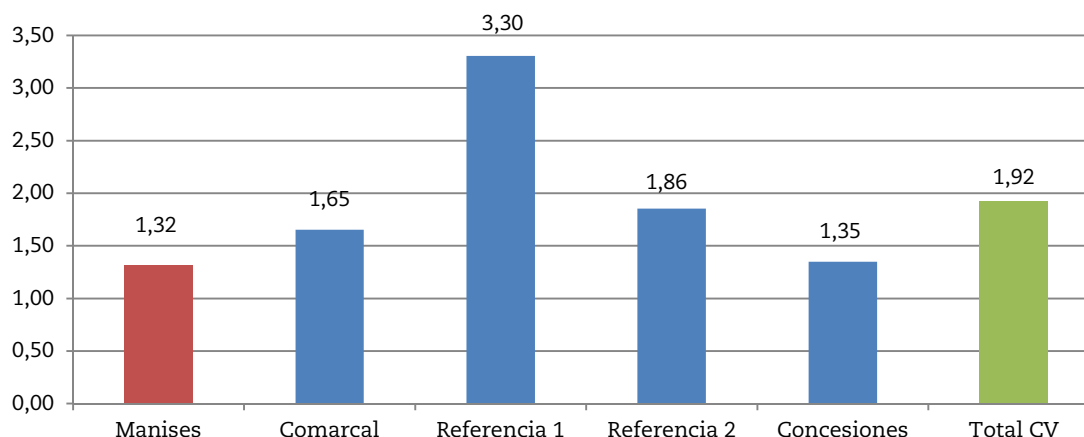
**Gráfico 10. Camas hospitalarias instaladas por 1.000 habitantes**



Fuente: Ver anexo XI.

La proporción de camas en funcionamiento en el departamento de Manises alcanzó el 73,6%, frente al 94,0% en los hospitales comarcales. Por tanto, el número de camas en funcionamiento por 1.000 habitantes en este departamento es sensiblemente inferior a los hospitales de gestión pública.

**Gráfico 11. Camas hospitalarias en funcionamiento por 1.000 habitantes**



Fuente: Ver anexo XI.

### Equipos de alta tecnología

La inversión en equipos de tecnología avanzada contribuye a mejorar la calidad de la atención sanitaria y los resultados asistenciales.

A partir de la información disponible en el Catálogo Nacional de Hospitales a 31 de diciembre de 2015, se ha estimado el valor económico de la dotación tecnológica con la que cuentan los departamentos de salud de la Comunitat Valenciana. Según nuestras estimaciones, el Hospital de Manises dispone de un equipamiento de alta tecnología muy superior al segmento de hospitales comarcales, pero inferior al de hospitales de referencia de nivel 2 y el conjunto de concesiones:

**Cuadro 17. Esfuerzo inversor<sup>27</sup> en alta tecnología por habitante (euros)**

Hospitales Comunitat Valenciana					
Manises	Comarcal	Referencia 1	Referencia 2	Concesiones	Total CV
29	15	63	43	44	36

Fuente: Ver anexo XIV.

La diferencia en este indicador se debe, fundamentalmente, a que el Hospital de Manises no dispone de un servicio de radioterapia y, en consecuencia, no cuenta en su catálogo con un acelerador lineal de partículas (valor estimado: 3 millones de euros). Si detraemos de la comparativa el valor de dichos equipos (cinco situados en hospitales de referencia 1, cinco en hospitales de referencia 2 y dos en el departamento

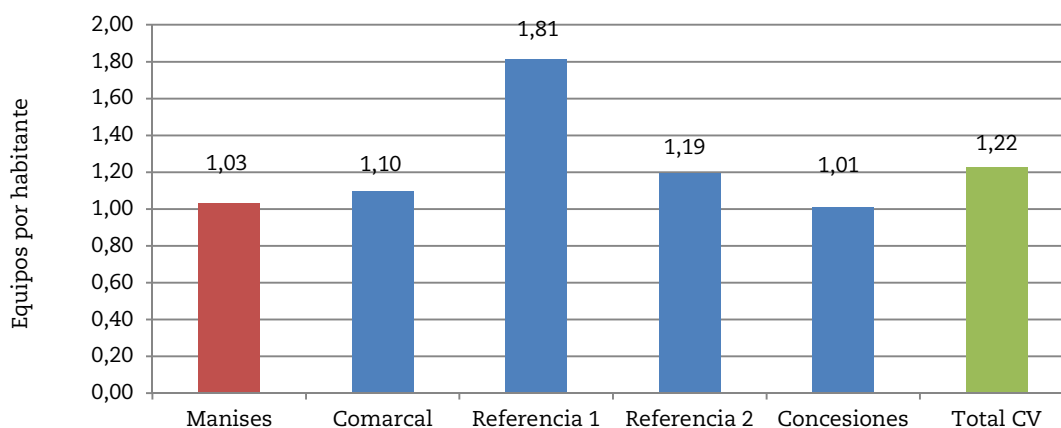
<sup>27</sup> Este indicador ofrece una visión global del equipamiento instalado, con independencia de la intensidad del uso del mismo (no disponemos de información suficiente para mostrar el número de actuaciones realizadas por cada equipo y el número de turnos que están en funcionamiento).

de La Ribera), el esfuerzo inversor medio en la Comunitat se situaría en 28 euros, similar al del Hospital de Manises.

En cuanto al resto de equipamiento, a 31 de diciembre de 2015, se encontraban en funcionamiento en hospitales públicos (incluidos las concesiones administrativas), entre otros equipos tecnológicos, 57 equipos de tomografía axial computerizada (TAC), 33 equipos de resonancia magnética (RM), 17 salas de hemodinámica, 33 mamógrafos y 25 densitómetros óseos.

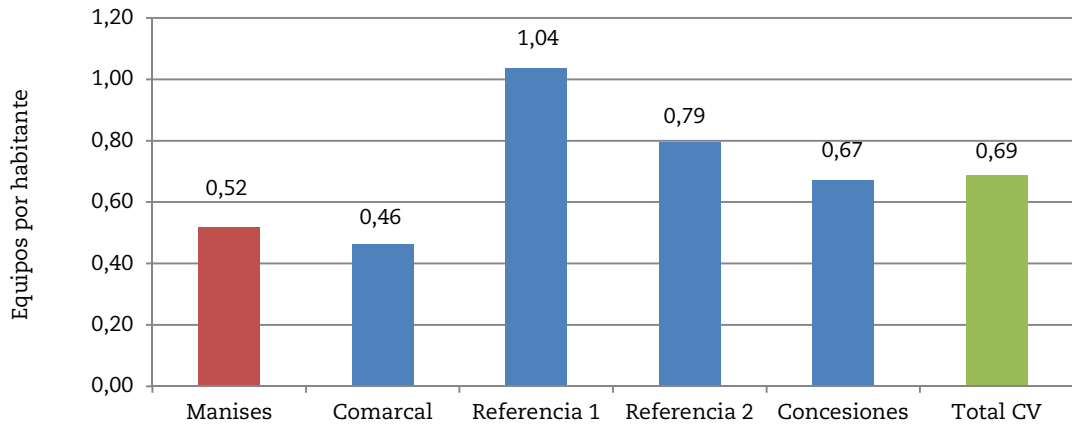
La ratio de TAC por 100.000 habitantes en el departamento de Manises es inferior al resto de hospitales de la Comunitat Valenciana, tanto comarcales como de referencia. Sin embargo, la ratio del resto de equipos más representativos de la alta tecnología sanitaria (equipos de resonancia magnética, mamógrafos, salas de hemodinámica y densitómetros óseos) es superior a los hospitales comarcales, e incluso, en algún caso, a algunos hospitales de referencia.

**Gráfico 12. Equipos TAC en funcionamiento por 100.000 habitantes**



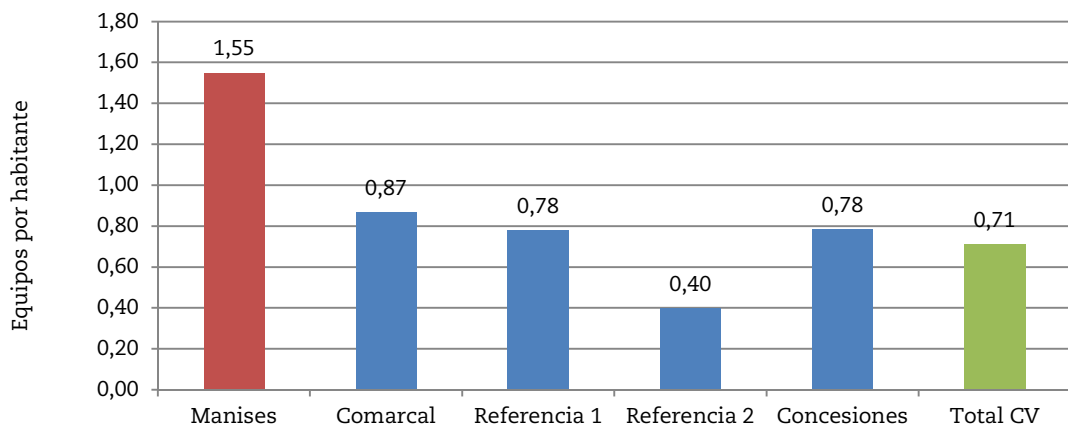
Fuente: Ver anexo XIII.

**Gráfico 13. Equipos de resonancia magnética en funcionamiento por 100.000 habitantes**



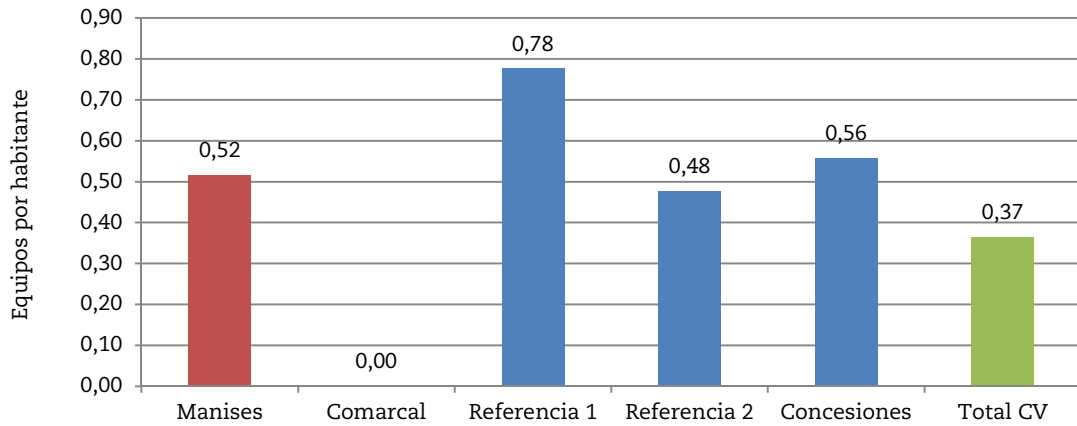
Fuente: Ver anexo XIII.

**Gráfico 14. Mamógrafos en funcionamiento por 100.000 habitantes**



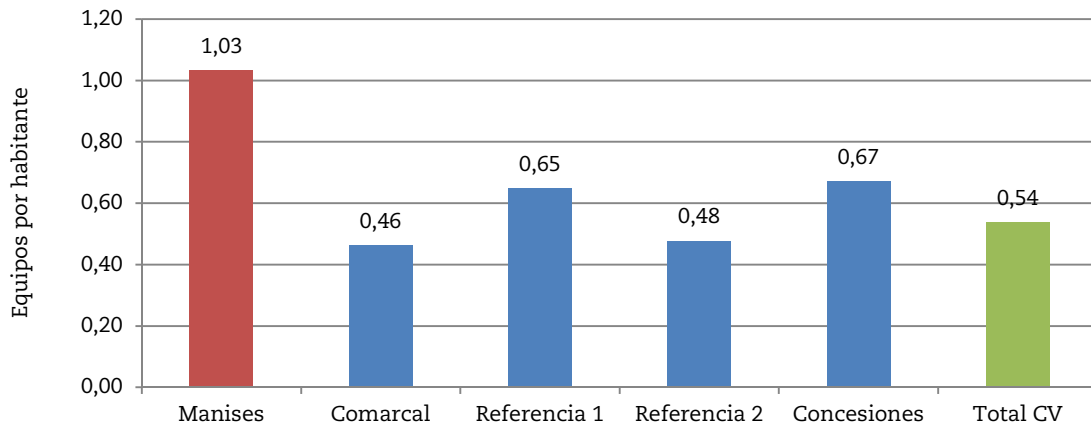
Fuente: Ver anexo XIII.

**Gráfico 15. Salas de hemodinámica en funcionamiento por 100.000 habitantes**



Fuente: Ver anexo XIII.

**Gráfico 16. Densitómetros óseos en funcionamiento por 100.000 habitantes**



Fuente: Ver anexo XIII.

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

La respuesta a este punto se ha realizado mediante el análisis de tres aspectos:

- Disponibilidad de servicios
- Percepción del servicio recibido
- Resultados asistenciales

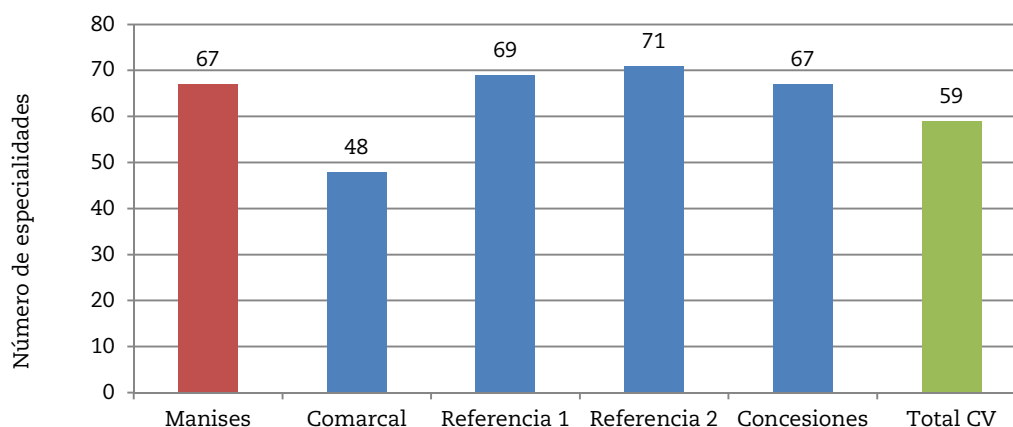
### Disponibilidad de servicios

La cartera de servicios es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos mediante los que se hacen efectivas las prestaciones de salud pública a que tiene derecho toda la población de la Comunitat Valenciana. Por tanto, la cartera desempeña un papel fundamental como elemento vehicular que define las características de la asistencia sanitaria prestada al ciudadano.

En nuestro ámbito autonómico, el artículo 9 de la Ley 10/2014, de Salud de la Comunitat Valenciana establece que la cartera de servicios del Sistema Valenciano de Salud estará formada por la cartera común del Sistema Nacional de Salud y por la cartera complementaria que, en su caso, se pueda aprobar de conformidad con la normativa básica estatal y siempre que quede garantizada la suficiencia financiera en el marco del cumplimiento de los criterios de estabilidad presupuestaria.

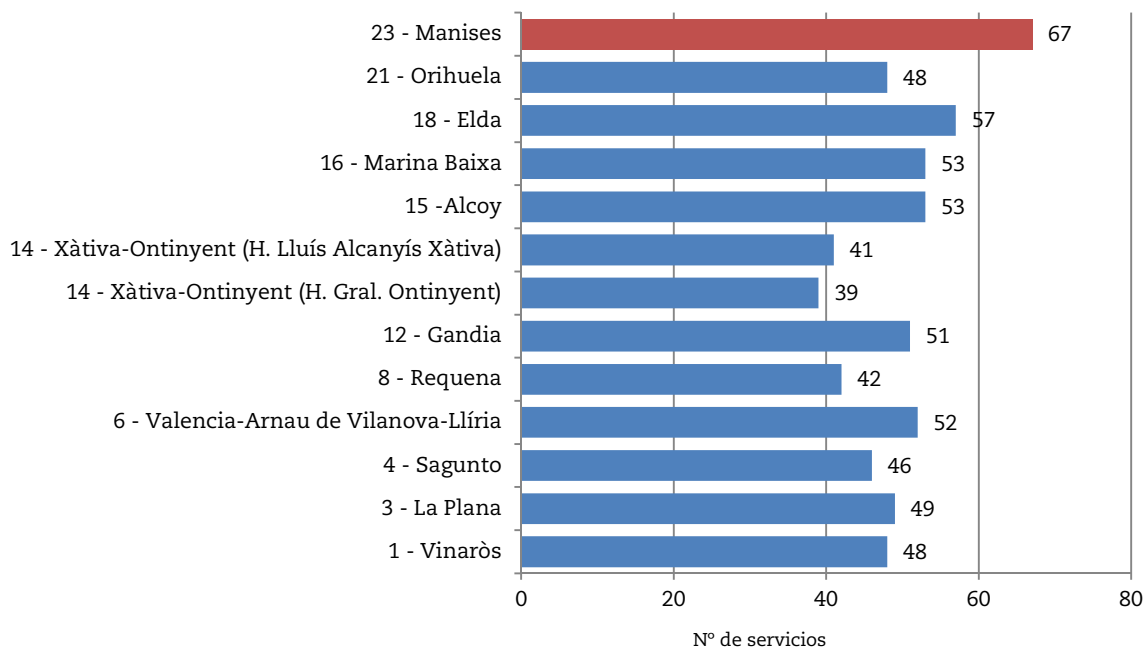
El departamento de Manises ofrece una asistencia sanitaria completa, mediante una cartera de servicios de 67 especialidades, un número superior al resto de hospitales comarcales, y muy similar a la cartera de los hospitales de referencia:

**Gráfico 17. Número promedio de servicios que componen la cartera de asistencia especializada**



Fuente: Elaboración propia a partir de la Memoria Anual 2015 de la Conselleria de Sanitat (apartado "8.3.1 Cartera de servicios por hospital").

**Gráfico 18: Número de servicios que componen la cartera de asistencia especializada de hospitales comarcales y Hospital de Manises**



Fuente: Elaboración propia a partir de la Memoria Anual 2015 de la Conselleria de Sanitat (apartado "8.3.1 Cartera de servicios por hospital").

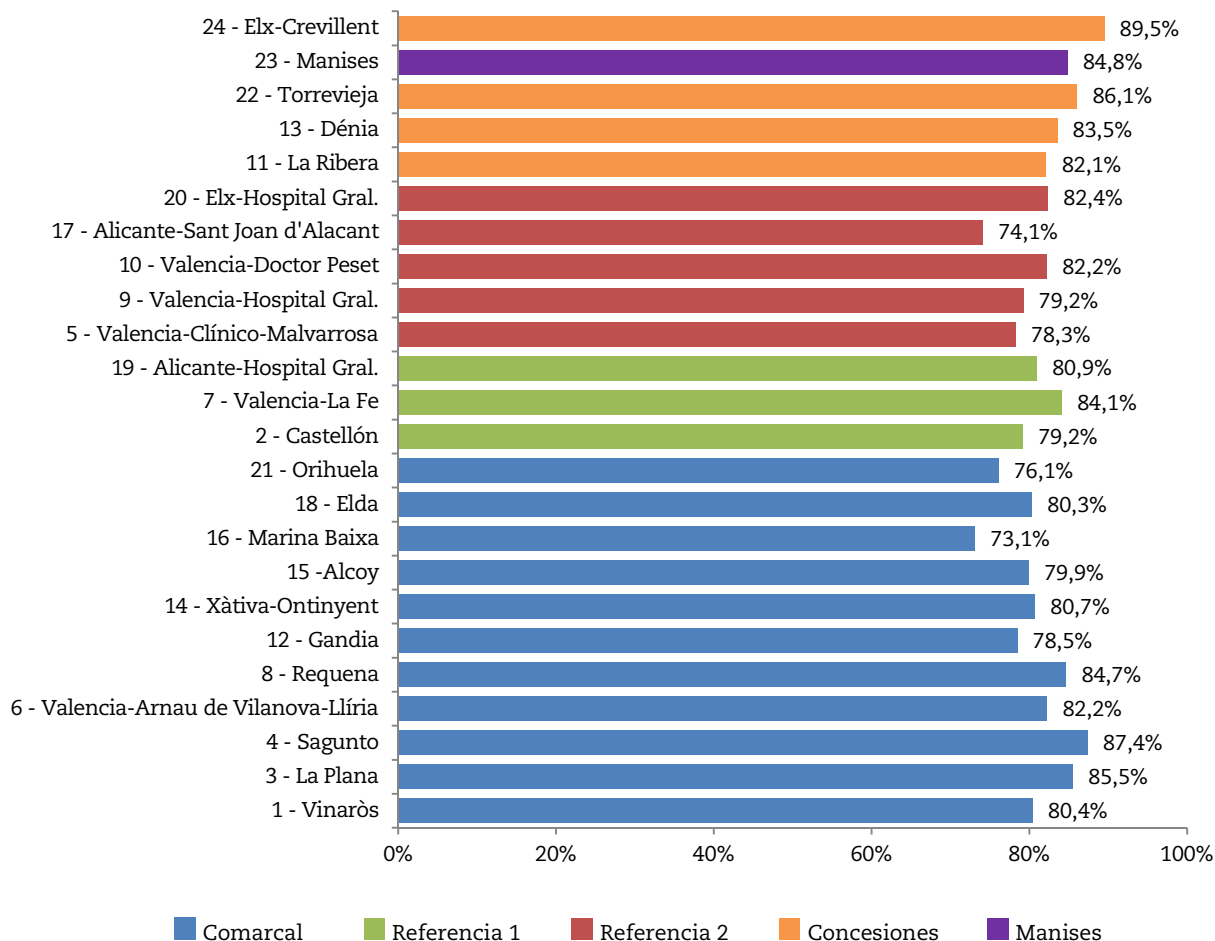
#### Percepción del servicio recibido

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 2015 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 el período 2014-15 se ha situado en el 81,0%; oscilando, entre el 73,1% y el 89,5%, según el Departamento de Salud.

En el gráfico siguiente se muestra esta distribución, siendo los departamentos mejor valorados Elx-Crevillent (89,5%), Sagunto (87,4%), Torrevieja (86,1%), la Plana (85,5%), Manises (84,8%) y Requena (84,7%):



**Gráfico 19. Porcentaje de pacientes satisfechos o muy satisfechos**



Fuente: Elaboración propia a partir de la Memoria Anual 2015 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

Con independencia del cumplimiento de las obligaciones específicas que emanan del contrato formalizado, EYPHM debe cumplir los objetivos que de forma común se establecen para el conjunto de departamentos de salud, en el marco de los Acuerdos de Gestión.

Los Acuerdos de Gestión de departamentos de salud establecen los compromisos de objetivos comunes de mejora para el conjunto del sistema sanitario y sirven de instrumento para:

- Alinear las actuaciones estratégicas de la Conselleria con las líneas de actuación de los departamentos de salud, expresadas en objetivos concretos y medibles.

- Incentivar económicamente a los profesionales que atienden a la población de un departamento orientando la diferenciación retributiva en función del cumplimiento de objetivos de calidad y eficiencia (productividad variable y sistema de carrera profesional del personal).

En estos acuerdos se fijan objetivos particulares para cada departamento sobre aspectos relacionados con la calidad (20 puntos), con la asistencia (30) y con la gestión (50). La evaluación se realiza con carácter anual, mediante la observación de 51 indicadores.

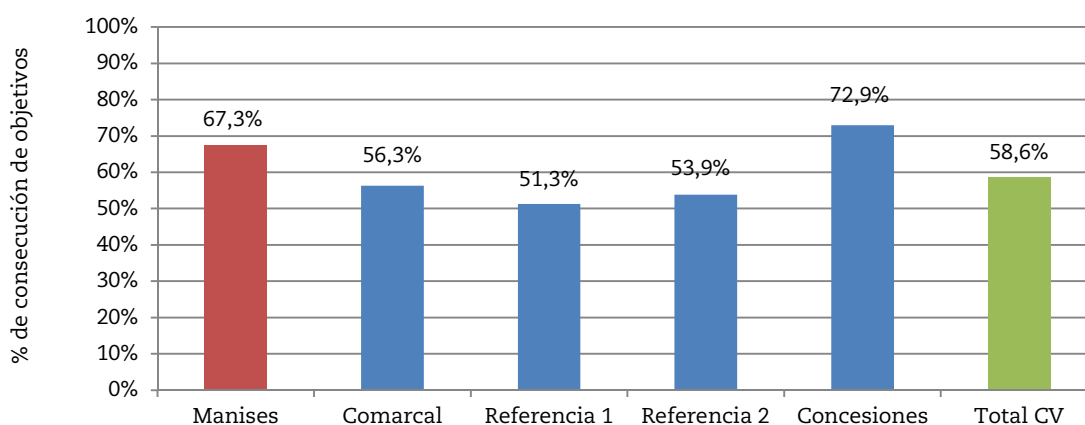
Por este motivo, hemos tomado como criterio de auditoría el índice de cumplimiento de los objetivos establecidos en los Acuerdos de Gestión del ejercicio 2015, como resultado de la siguiente fórmula:

$$\text{Índice de consecución} = \text{puntos obtenidos} / \text{puntos totales evaluados}$$

El departamento de Manises, según el informe de evaluación emitido tras el periodo de alegaciones, ha alcanzado en el ejercicio 2015 un índice de consecución del 67,3%, por encima del conjunto de departamentos de salud de la Comunitat Valenciana, que se quedó en un índice de consecución del 58,6%.

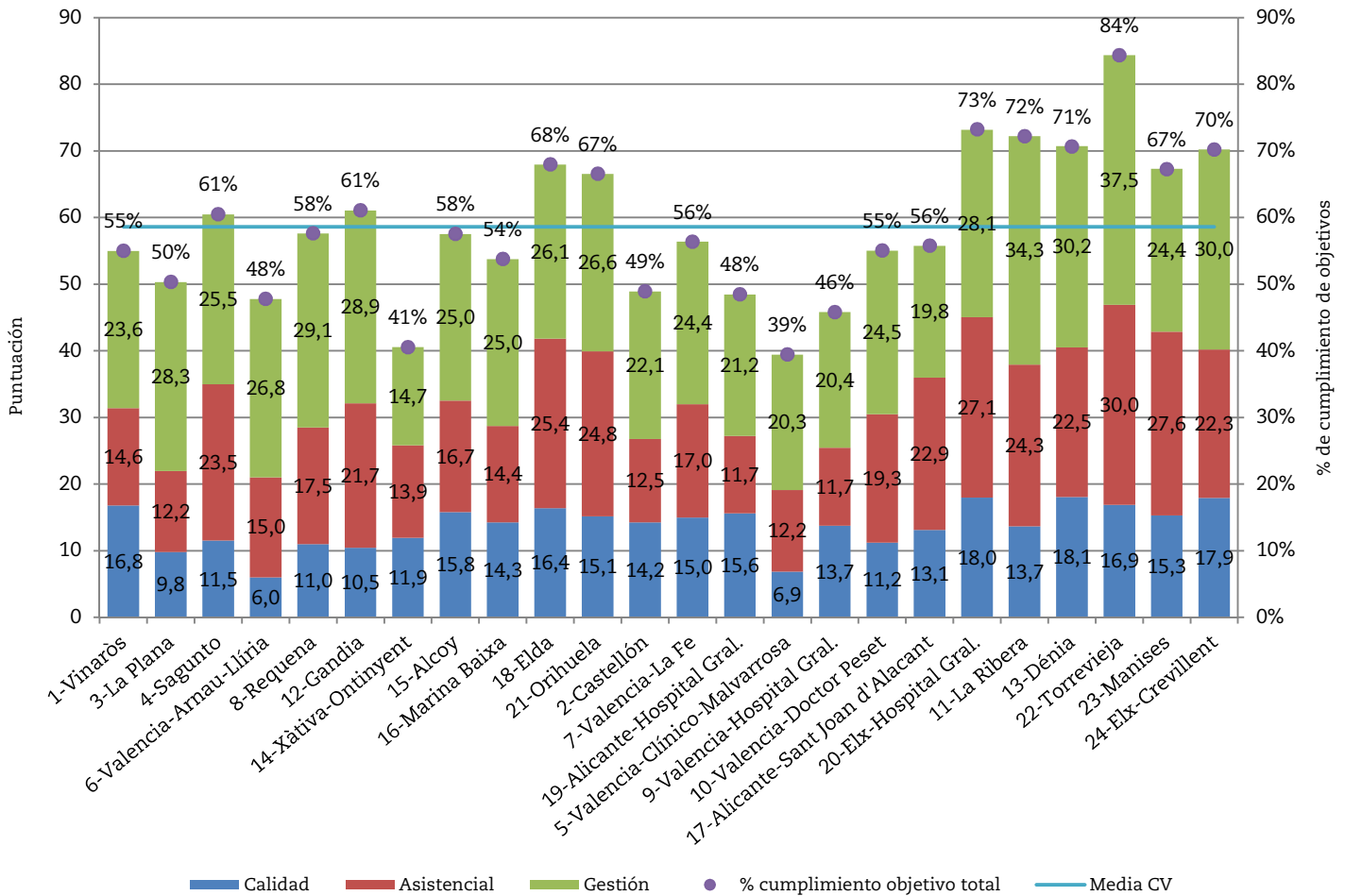
En el anexo XVIII se detalla el informe de evaluación del departamento de Manises.

**Gráfico 20. Porcentaje de consecución de los objetivos establecidos según los Acuerdos de Gestión 2015. Por segmento de hospital**



Fuente: Ver anexo XVII.

**Gráfico 21. Puntuación por apartado y porcentaje de consecución de los objetivos establecidos según los Acuerdos de Gestión 2015. Por departamento**



Fuente: Ver anexo XVII.

Por otra parte, la Conselleria dispone de un completo cuadro de mandos elaborado a partir de la aplicación ALUMBRA, que integra la información más relevante de los distintos sistemas sanitarios, tanto asistenciales como de gestión, constituyendo un sistema único, accesible y fiable y que ofrece a los diferentes usuarios un entorno común de análisis que les sirve de apoyo para la gestión. A partir de esta rica información, el Servicio de Análisis de Sistemas de Información Sanitaria elabora y distribuye un informe mensual con los principales indicadores relacionados con hospitalización, actividad quirúrgica, consultas externas, lista de espera quirúrgica, lista de espera de consultas externas, urgencias hospitalarias, atención primaria y hospitalización a domicilio.

Dado que dicho panel de indicadores es muy extenso, hemos considerado oportuno destacar únicamente los resultados comparativos detallados por tipo de hospital de algunos índices, en concreto:

- Demora media de lista de espera quirúrgica estructural
- Demora media de lista de espera de consultas externas
- Porcentaje de pacientes atendidos en tiempo en urgencias
- Tasa de retorno a urgencias a las 72 h.

El resto de indicadores que se incluyen en el cuadro 6 de este Informe (apartado 2, Conclusiones), comparan a nivel global el Departamento de Salud de Manises con el total de la Comunitat Valenciana.

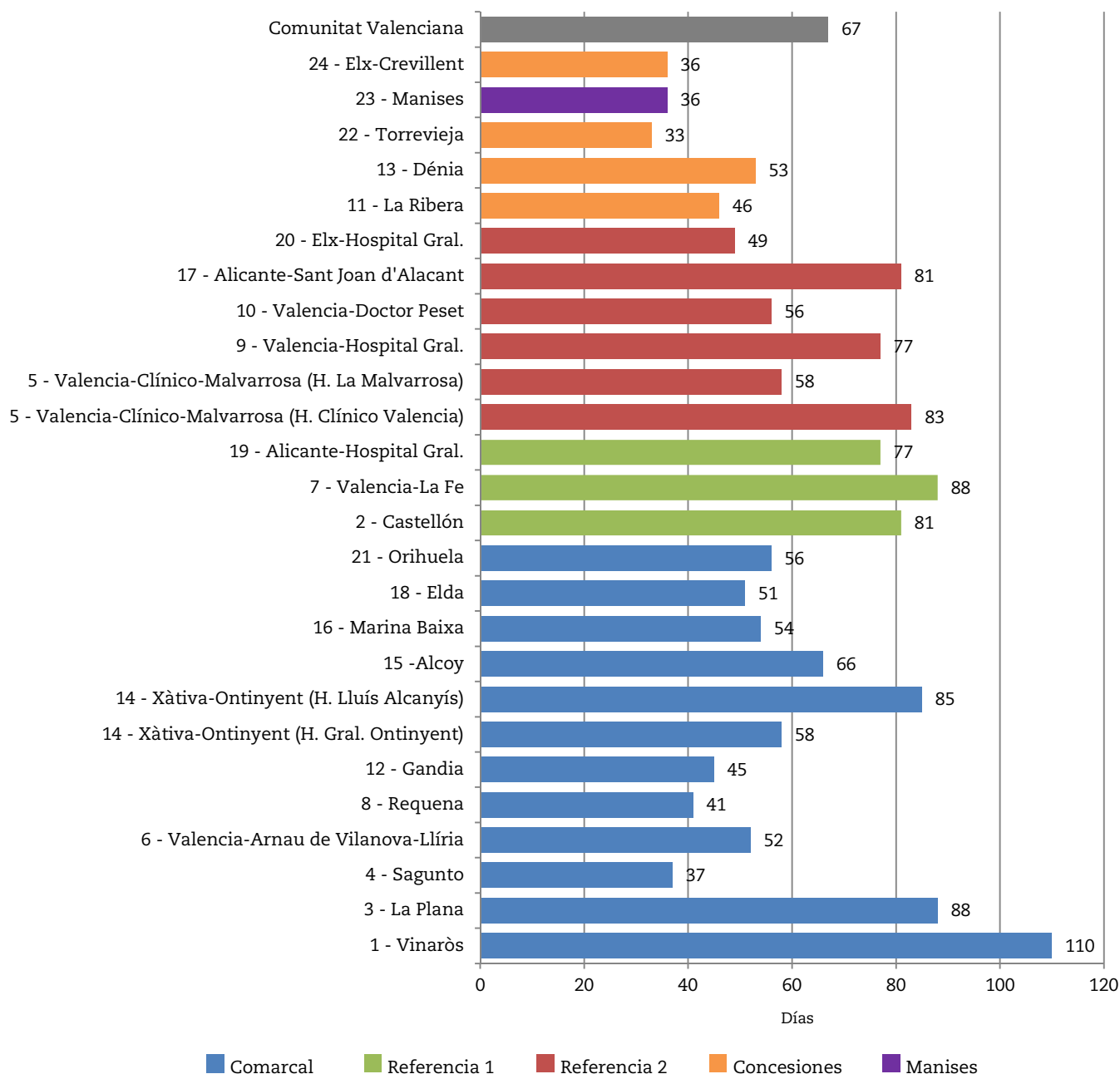
La demora media es el tiempo medio que llevan esperando los pacientes activos de lista de espera. Se calcula a partir de la suma de los días que lleva esperando cada paciente (diferencia en días entre fecha de entrada y fecha de análisis) dividido por el número de pacientes en lista de espera.

La demora media de lista de espera quirúrgica estructural<sup>28</sup> a finales del año 2015 en la Comunitat Valenciana fue de 67 días, mientras que en el departamento de Manises la demora fue de 36 días:

---

<sup>28</sup> Los pacientes en espera estructural son aquellos pacientes que, en un momento dado, se encuentran en situación de ser intervenidos quirúrgicamente y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles. No incluye, por tanto, aquellos pacientes cuya espera es motivada por haber rechazado una oferta de intervención por plan de choque en un centro concertado, por haber rechazado su traslado a otro hospital público, o tras haber demorado su intervención voluntariamente por motivos personales.

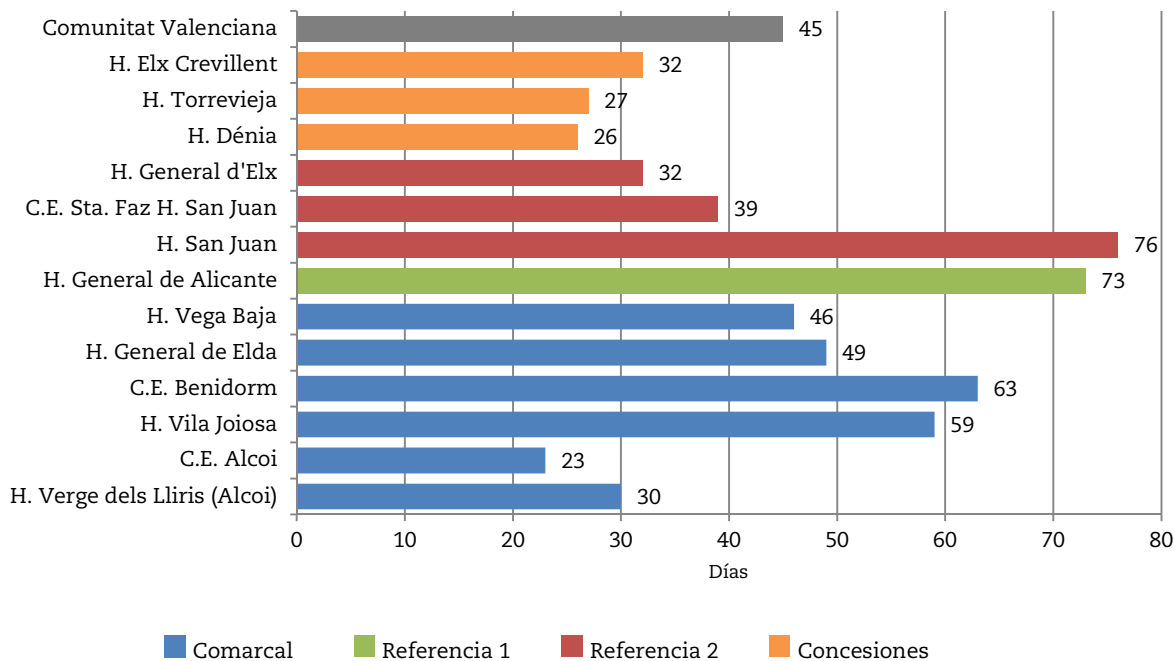
**Gráfico 22. Demora media de lista de espera quirúrgica estructural. Diciembre 2015**



Fuente: ALUMBRA. Informe mensual (diciembre 2015), Servicio de Análisis de Sistemas de Información Sanitaria.

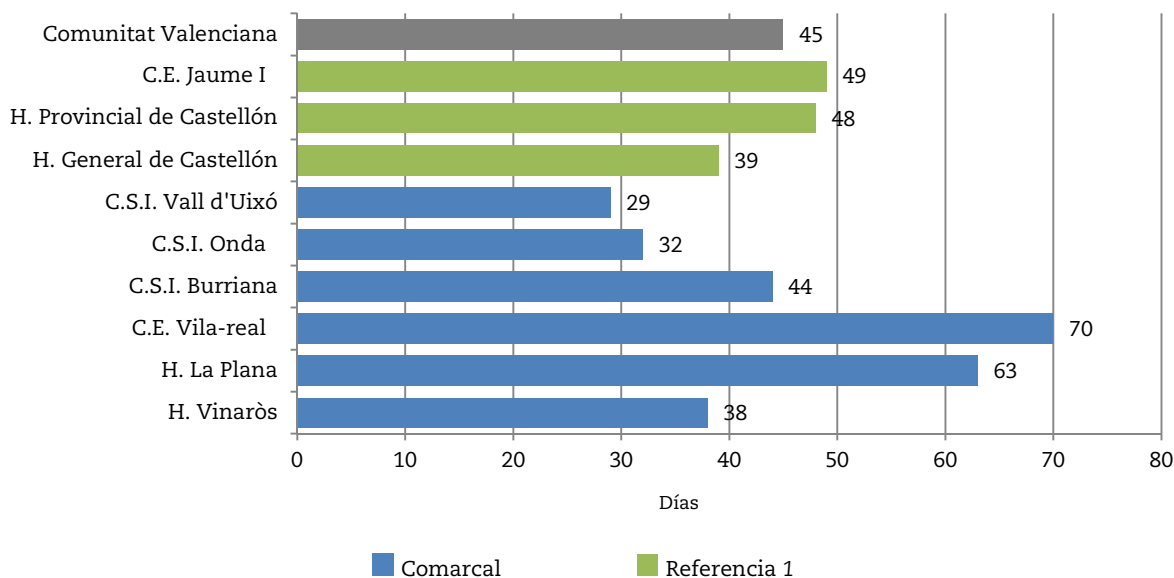
La demora media de lista de espera de consultas externas a finales del año 2015 en la Comunitat Valenciana fue de 45 días. En el Hospital de Manises la demora se situó en 22 días, y en los centros de especialidades de Aldaia y Mislata (ambos del departamento de Manises) en 17 días:

**Gráfico 23. Demora media de lista de espera consultas externas (centros en Alicante)**



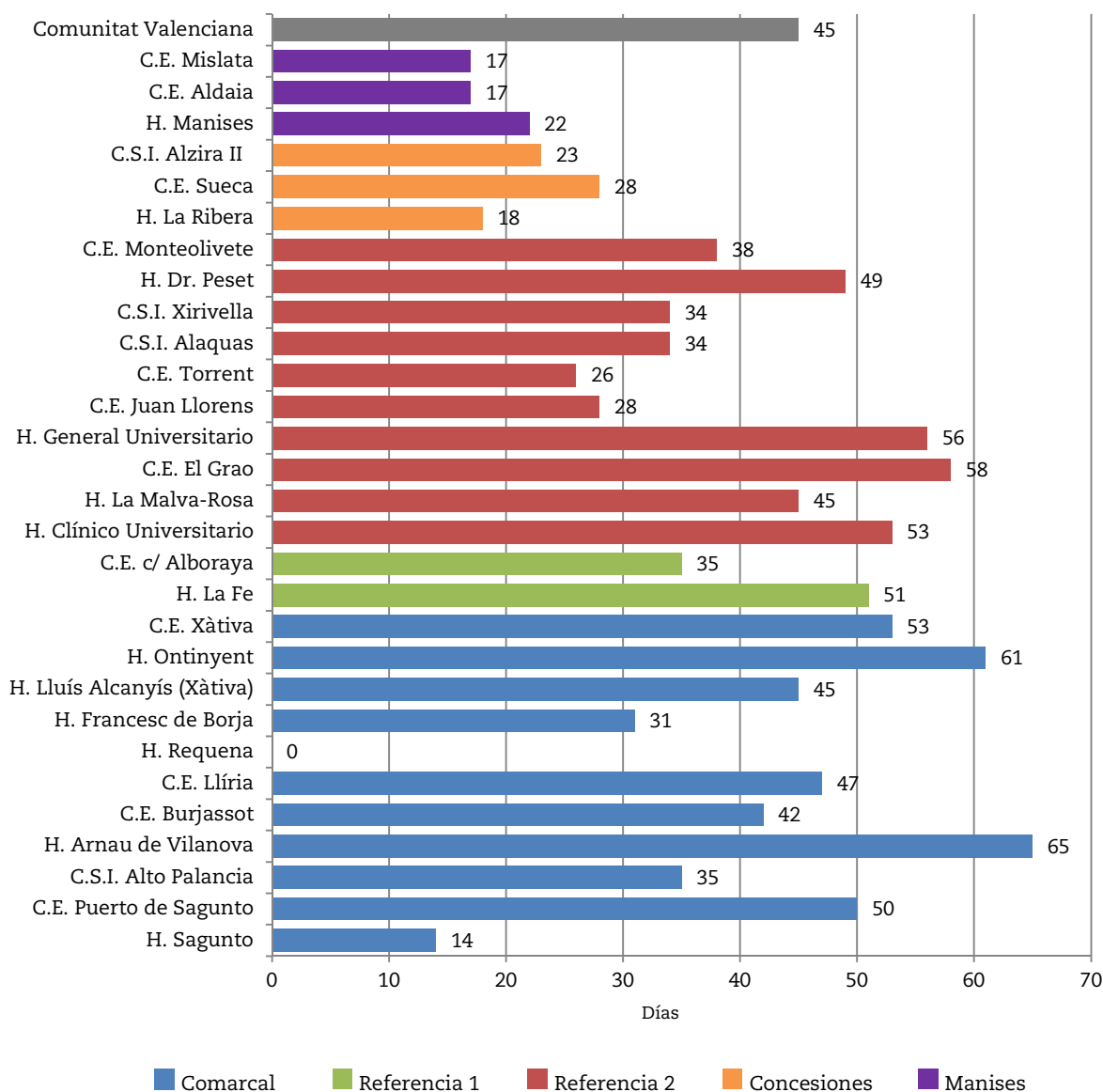
Fuente: ALUMBRA. Informe mensual (diciembre 2015), Servicio de Análisis de Sistemas de Información Sanitaria.

**Gráfico 24. Demora media de lista de espera consultas externas (centros en Castellón)**



Fuente: ALUMBRA. Informe mensual (diciembre 2015), Servicio de Análisis de Sistemas de Información Sanitaria.

**Gráfico 25. Demora media de lista de espera consultas externas (centros en Valencia)**

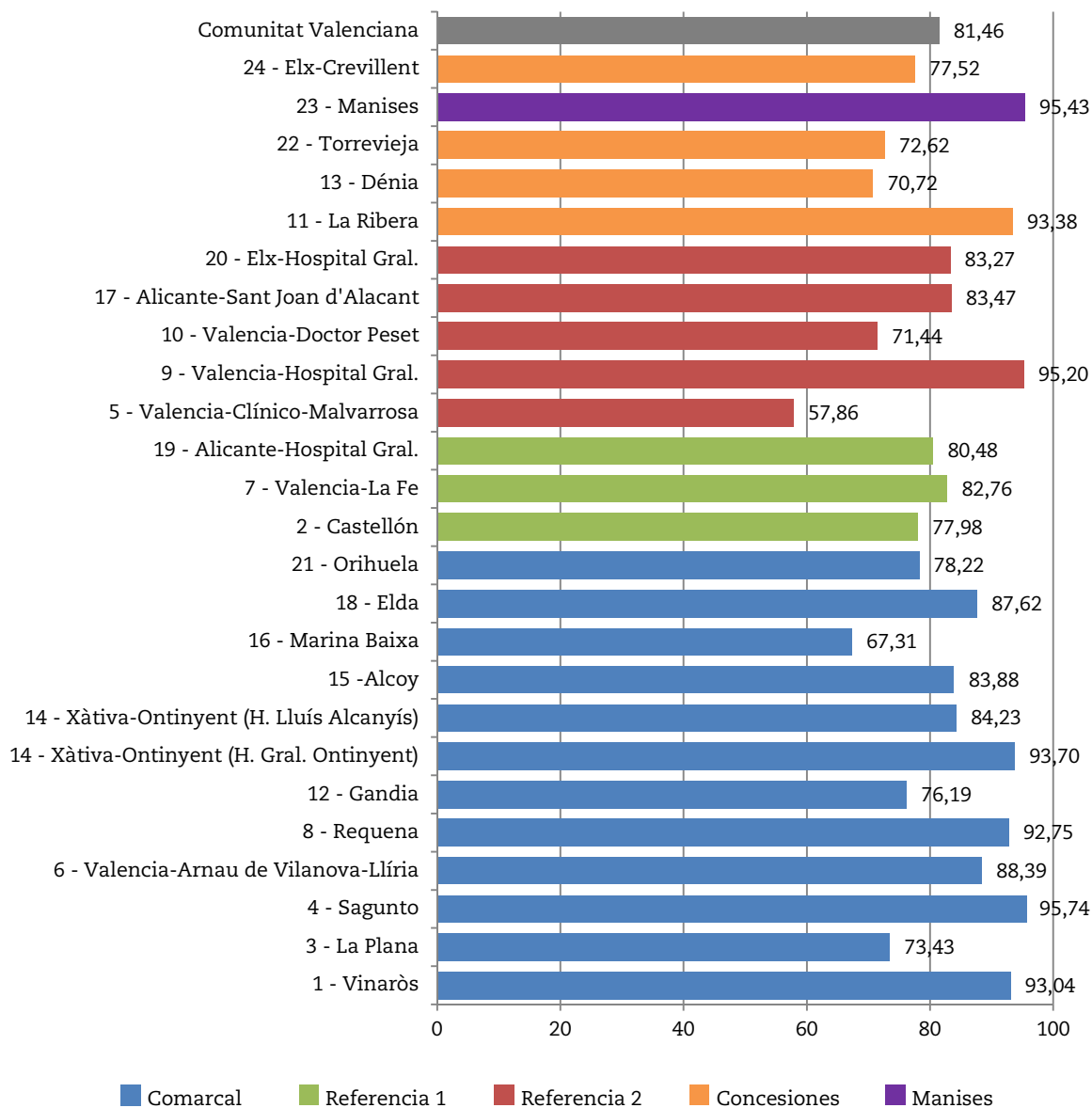


Fuente: ALUMBRA. Informe mensual (diciembre 2015), Servicio de Análisis de Sistemas de Información Sanitaria.

Para medir si se presta una atención rápida y adecuada en urgencias, los Acuerdos de Gestión han definido el indicador de “Porcentaje de pacientes atendidos en tiempo”, que es el porcentaje de pacientes atendidos en tiempo respecto del total de pacientes, en función del nivel de severidad.

En el Hospital de Manises, 95 pacientes de cada 100 son atendidos en tiempo razonable<sup>29</sup> según su severidad, mientras que en el conjunto de la Comunitat Valenciana, la ratio se sitúa en 81 pacientes de cada 100:

**Gráfico 26. Porcentaje de pacientes atendidos en tiempo. Diciembre 2015**



Fuente: ALUMBRA. Informe mensual (diciembre 2015), Servicio de Análisis de Sistemas de Información Sanitaria.

Otro indicador relacionado con el nivel de servicio en urgencias hospitalarias (SUH) es la tasa de retorno, que mide la cantidad de

<sup>29</sup> La razonabilidad del tiempo de espera se estipula en función de su nivel de severidad: pacientes con nivel de severidad 1 atendidos antes de 1 minuto, nivel de severidad 2 atendidos antes de 10 minutos, nivel de severidad 3 atendidos antes de 60 minutos, nivel de severidad 4 atendidos antes de 120 minutos y nivel de severidad 5 atendidos antes de 240 minutos.



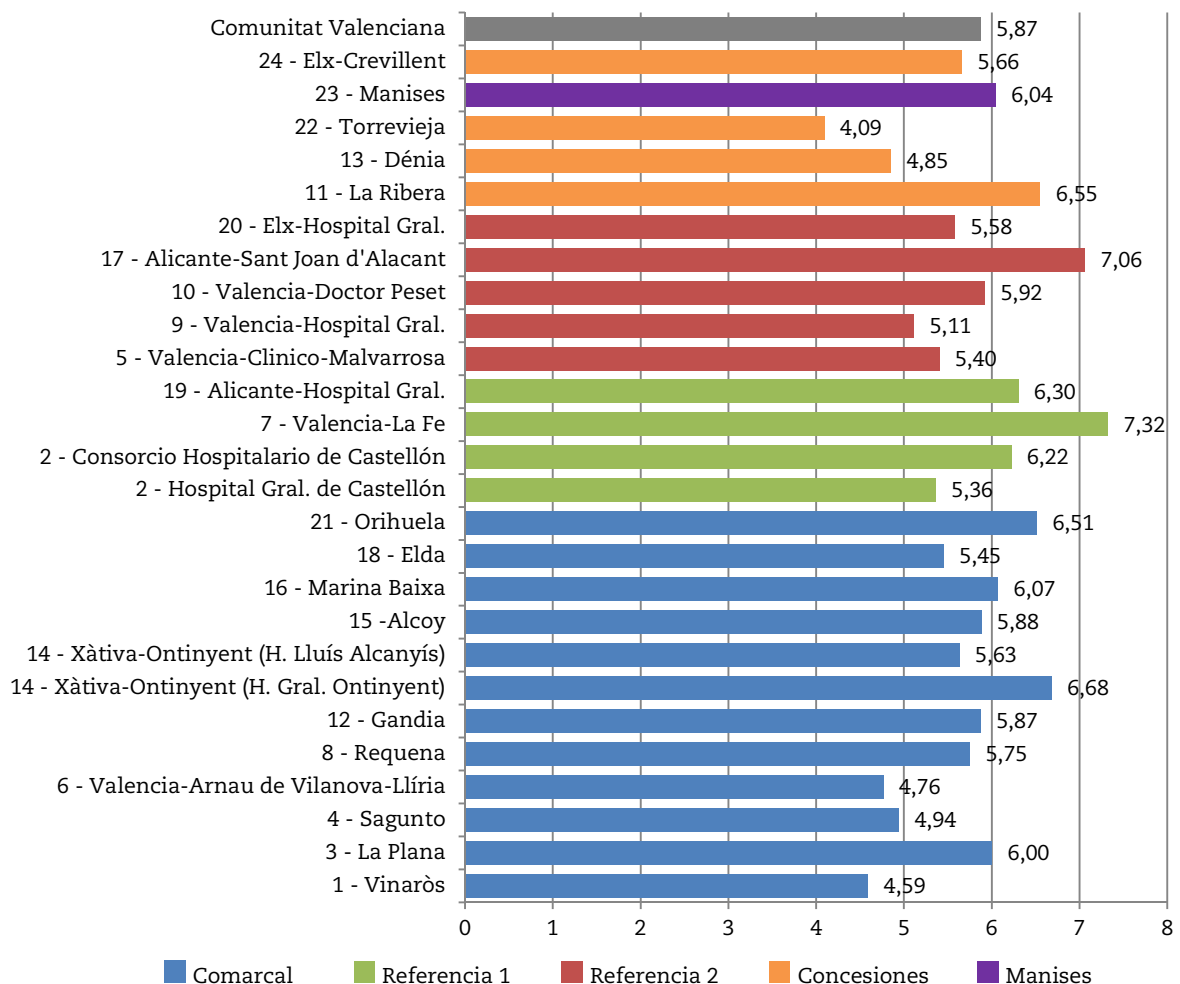
pacientes que -tras ser atendidos y ser dados de alta- regresa a urgencias en las 72 horas siguientes por cualquier causa. Indirectamente da una medida de la calidad técnica de las soluciones dadas por el servicio de urgencias hospitalario. Se mide mediante la siguiente fórmula:

Numerador: Número de pacientes que retornan al SUH en las 72 horas siguientes en un determinado período de tiempo.

Denominador: Número total de pacientes atendidos en el SUH en dicho período dividido por mil.

La tasa en el departamento de Manises se sitúa en 6,04 pacientes que retornan a urgencias cada 1.000 pacientes atendidos, por encima de la media de la Comunitat Valenciana (5,87):

**Gráfico 27. Tasa de retorno a urgencias a 72 horas. Diciembre 2015**



Fuente: ALUMBRA. Informe mensual (diciembre 2015), Servicio de Análisis de Sistemas de Información Sanitaria.

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

El contrato obliga al concesionario a realizar las inversiones por el importe total declarado en su oferta económica, distribuidas entre atención primaria y especializada. Según el plan de inversiones presentado por EHYPM junto con la oferta económica, el compromiso de inversiones es de 137,1 millones de euros.

Este plan de inversiones se plasma en propuestas anuales de inversiones que, según la cláusula 6.3 del PPTP deben ser presentadas ante la Conselleria durante el último trimestre del año anterior, para que las apruebe el órgano de contratación. En el apartado 6 del apéndice 4 se realizan las observaciones oportunas en relación con la tutela ejercida por la Conselleria respecto a estas obligaciones.

Ante la inexistencia de actos formales por parte de la Conselleria que aprueben los planes anuales de inversión que han sido comunicados por el concesionario y la ausencia de comprobaciones materiales que se debieron plasmar en actas de dimensión de inversiones, esta Sindicatura ha optado por planificar y ejecutar pruebas sustantivas de auditoría que nos permitan obtener una seguridad razonable de las inversiones ejecutadas por el concesionario hasta el año 2015.

Según la información facilitada por el concesionario, las inversiones ejecutadas ascienden a 111,5 millones de euros:

### Cuadro 18. Resumen de inversiones realizadas por naturaleza

Concepto	Euros
<i>Inversión inicial construcción hospital</i>	
Coste adquisición	68.835.431
Gastos financieros activados construcción hospital	2.576.161
Gastos personal activados construcción hospital	110.447
<i>Inversiones posteriores</i>	
Otras construcciones e instalaciones	4.432.210
Tasa administrativa	2.598.712
Aplicaciones informáticas	5.282.225
Equipamiento informático	3.580.241
Equipamiento sanitario	16.536.241
Maquinaria, mobiliario y utillaje	7.611.669
<b>Total</b>	<b>111.563.337</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de la información facilitada por EYPPM.

Estas inversiones, ejecutadas hasta el año 2015, representan el 98,8% de las inversiones comprometidas hasta dicha fecha y el 81,4% de las inversiones totales comprometidas hasta la finalización del contrato:

**Cuadro 19. Compromiso inicial de inversiones e inversiones realizadas por año:**

Año	Importe inversión comprometida según contrato	Importe inversión realizada y verificada
2006-2009	101.970.850	94.376.684
2010	160.396	3.386.551
2011	3.692.278	2.350.065
2012	1.631.991	1.717.532
2013	1.207.447	5.152.648
2014	2.817.426	2.078.367
2015	1.484.036	2.501.491
2016	9.021.907	-
2017	1.645.063	-
2018	0	-
2019	7.974.957	-
2020	0	-
2021	2.656.012	-
2022	2.826.486	-
<b>Total</b>	<b>137.088.849</b>	<b>111.563.337</b>
<b>% Inversión ejecutada sobre inversión comprometida al 31-12-2015</b>		<b>98,8%</b>
<b>% Inversión ejecutada sobre inversión comprometida</b>		<b>81,4%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de la información facilitada por EYPHM.

En relación con el inventario valorado facilitado por el concesionario, hemos alcanzando una seguridad razonable de que las inversiones inventariadas están disponibles y en funcionamiento, salvo alguna excepción poco significativa, y por tanto, podemos concluir sobre la integridad de la inversión realizada, por un importe de 111.563.337 euros.

Sin embargo, en el transcurso de nuestro trabajo, hemos detectado como debilidad de control interno que el concesionario no dispone de un sistema de identificación de la totalidad de los activos fijos, que permita identificar indubitativamente los registros contables con los bienes físicos. La no disponibilidad de un inventario completo en el que se identifique cada elemento con una etiqueta identificativa, y por tanto con un código único, dificulta la recopilación y clasificación de todos los activos inventariados y, en especial, su seguimiento económico-contable.

Dado que a la finalización del plazo de concesión del servicio, todas las inversiones realizadas por el concesionario deben revertir a la

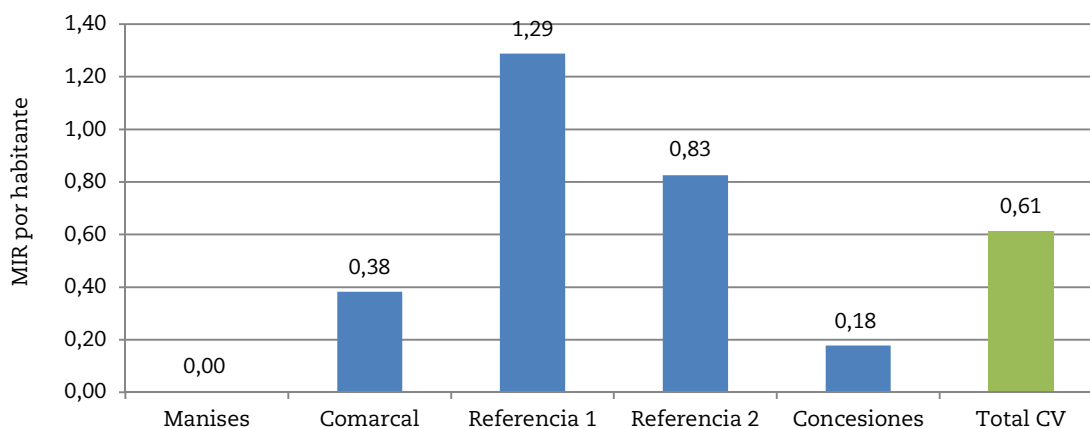
Administración, la Conselleria debe realizar sin dilación las comprobaciones oportunas e instar al concesionario a disponer de un sistema adecuado de identificación de los activos.

#### 6. Subobjetivo 1.6: ¿El centro hospitalario contribuye desde el punto de vista docente a la formación sanitaria especializada?

Para responder a esta pregunta, hemos calculado la ratio de facultativos MIR (personal en formación sanitaria especializada).

La distribución de los facultativos que se encontraban realizando la formación sanitaria especializada por departamentos de salud en la Comunitat Valenciana es la siguiente:

**Gráfico 28. Número de facultativos MIR por 1.000 habitantes**



Fuente: Ver anexo X.

Tal y como establece la Ley de Salud de la Comunitat Valenciana, todo el Sistema Valenciano de Salud debe estar en disposición de poder ser utilizado para la docencia pregraduada, especializada, postgraduada y continuada de los profesionales. Para el desempeño eficaz de la formación práctico-clínica es necesaria la actuación coordinada de los departamentos con competencia en materia de sanidad y educación.

Si bien existe una amplia variedad de fórmulas de colaboración entre la organización académica, la comunidad investigadora y el sistema sanitario, la característica de “universitario” no se otorga necesariamente a todos los centros y organizaciones del sistema de salud. El hecho que un hospital sea considerado como universitario conlleva unos costes directos de la docencia y la investigación, pero adicionalmente, también ocasiona unos costes indirectos de cuantificación, y unos costes inducidos (por ejemplo, el tiempo adicional destinado a una actividad asistencial cuando esta es objeto de un proyecto de investigación o de la docencia a estudiantes).

El Real Decreto 1558/1986, de 28 de junio, por el que se establecen las bases generales del régimen de conciertos entre las universidades y las instituciones sanitarias, establece que estas deben poseer la infraestructura material necesaria para el desarrollo de las funciones docentes e investigadoras que se derivan del establecimiento de un concierto con la universidad. Mediante la Orden de 31 de julio de 1987, los ministerios de Educación y Sanidad establecieron los requisitos que deben reunir aquellas instituciones sanitarias que puedan ser objeto de concierto para desarrollar la docencia en las distintas titulaciones o materias relacionadas con las ciencias de la salud. Dichos requisitos, cuya existencia debe ser comprobada por la comunidad autónoma correspondiente, deberán garantizar que las instituciones sanitarias posean la infraestructura necesaria para el desarrollo de las funciones docentes e investigadoras que se deriven del establecimiento de un concierto con la universidad.

Con fecha 27 de febrero de 2014, la Inspección Sanitaria emite un informe, en el que se indica que el Hospital de Manises reúne los requisitos exigidos para poder suscribir un convenio con la Universidad Católica San Vicente Mártir, para lo cual se le autoriza. El centro dispone de su propia unidad docente a la que corresponde la organización, programación y control de la actividad docente de segundo ciclo gracias a la firma de acuerdos con distintas universidades y organismos.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, mediante una Resolución de 11 de noviembre de 2016, ha acreditado provisionalmente por un periodo de un año el Hospital de Manises como centro docente. Transcurrido dicho plazo, se le realizará una auditoría docente.

El concesionario nos ha indicado en alegaciones que una vez obtenida esta acreditación por parte del Ministerio, se presentó ante la Conselleria la solicitud para que, tras los trámites oportunos, se dictara resolución por la que se reconociera el carácter y se declarara al Hospital de Manises como hospital asociado. En este sentido, la Dirección General de Investigación, Innovación, Tecnología y Calidad de la Conselleria de Sanitat resolvió el 27 de febrero de 2017, reconociendo al Hospital como hospital asociado para desarrollar las titulaciones o materias relacionadas con las ciencias de la salud para las que dispone autorización sanitaria.

#### **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, constituye una obligación de esta incluir determinadas disposiciones que garanticen la vigilancia, evaluación y control periódico del desarrollo y ejecución del servicio externalizado. Por este motivo un proceso de externalización requiere de 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 que no se está penalizando la calidad.

A este respecto, el contrato objeto de esta fiscalización 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.

Tal y como se ha descrito en el apartado 2 de este apéndice, la Comisión Mixta no ha adoptado ningún acuerdo en relación con dichas atribuciones. Resulta criticable que la Administración no haya incorporado un clausulado contractual más detallado que permita garantizar unos determinados niveles de calidad. Los pliegos 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.

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

La Conselleria nos ha facilitado las actas de 11 sesiones celebradas por la Comisión Mixta entre diciembre de 2009 y mayo de 2015. En mayo de 2016 se celebró otra reunión, pero a la fecha de este Informe, la Secretaría de la Comisión no nos ha facilitado el acta.

Si bien la redacción de las actas es, en algunos de los casos, muy escueta -omitiéndose determinados anexos que completaban las mismas-, esta Sindicatura ha alcanzado las siguientes conclusiones tras el análisis realizado:

- 1) Se incumple lo estipulado en los pliegos (cláusula 8 del PPTP) que establece que la Comisión debe constituirse por cuatro representantes de la Administración y dos representantes del concesionario.

El número de asistentes a las reuniones no respeta la composición descrita en los pliegos, excepto en las más recientes:

### Cuadro 20. Reuniones de la Comisión Mixta

Sesión nº	Fecha	Número de asistentes	
		Administración	Concesionario
1	17/12/2009	5	2
2	21/01/2010	5	2
3	09/06/2010	7	3
4	13/09/2010	5	5
5	26/11/2010	3	3
6	29/03/2011	3	3
7	24/08/2011	4	5
8	29/12/2011	3	7
9	06/11/2012	3	2
10	11/02/2015	4	2
11	18/05/2015	4	2
12	09/05/2016	N/d	N/d

Fuente: Actas.

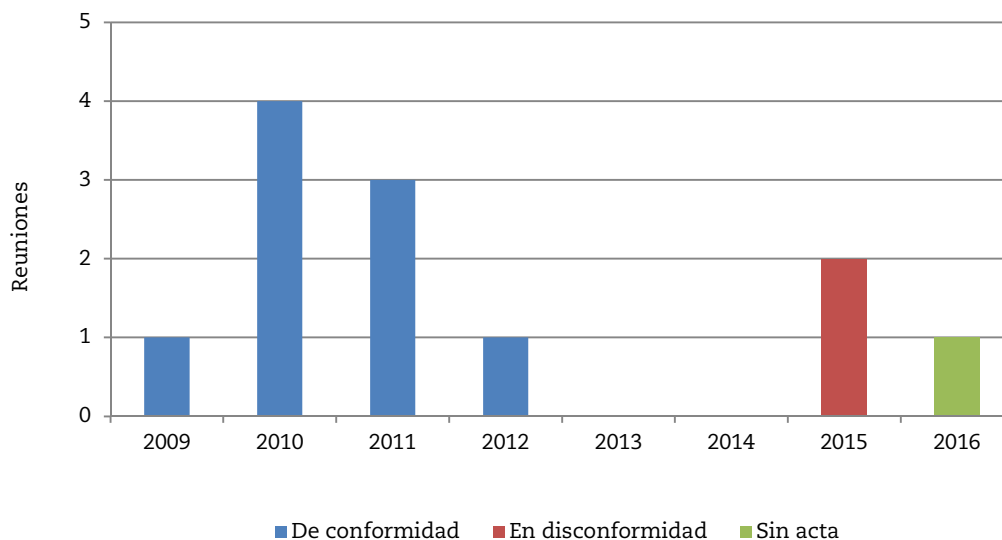
- 2) Las actas de las primeras reuniones adolecen de información básica, al no hacer constar en las mismas el cargo que ostenta cada uno de los asistentes.
- 3) En los pliegos no se regula la periodicidad con la que se tiene que reunir la Comisión. No obstante, en la reunión del día 29 de diciembre de 2011, la Secretaría Autónoma de la AVS propone

establecer una periodicidad mínima semestral para las convocatorias ordinarias.

Dicha periodicidad mínima no se cumple, dándose así la circunstancia que entre la novena (6 de noviembre de 2012) y la décima reunión (11 de febrero de 2015) transcurren más de 2 años. En 2013 y 2014 no se celebró ninguna reunión, y ha transcurrido un año entre la 11ª y la 12ª reunión.

Las actas de las reuniones celebradas en 2015 no han sido suscritas por los representantes del concesionario.

**Gráfico 29. Número de reuniones celebradas por la Comisión Mixta**



Fuente: Actas de la Comisión Mixta de Seguimiento.

- 4) De la lectura del acta de 9 de junio de 2010, se desprende que no es hasta esa fecha cuando se constituye la figura de comisionado. Con lo cual, las funciones que el PPTP le atribuye a esta figura, han sido desatendidas.
- 5) Hemos verificado si la Comisión ha cumplido los cometidos que le atribuye el PPTP (cláusula 8.2). En el cuadro siguiente se resume la verificación de dichos cometidos:



**Cuadro 21. Resumen del contenido de las actas de la Comisión Mixta de Seguimiento**

Cometidos de la Comisión		Sesión nº 1	Sesión nº 2	Sesión nº 3	Sesión nº 4	Sesión nº 5	Sesión nº 6	Sesión nº 7	Sesión nº 8	Sesión nº 9	Sesión nº 10	Sesión nº 11
a	Dirimir sobre las reclamaciones elevadas por los pacientes del Hospital y de los otros centros dependientes de la concesión a la Conselleria	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
b	Supervisar las obras de construcción del nuevo centro, controlando que se ajusten al proyecto aprobado	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
c	Vigilar el cumplimiento de las cláusulas de este contrato en todos sus aspectos	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
d	Proponer mejoras y perfeccionamiento en los sistemas de gestión y control	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✗	✗	✗
e	Dirimir sobre los problemas de personal surgidos y denunciados por el propio personal estatutario o no, pertenecientes a la Conselleria de Sanitat, analizar fórmulas de incentivos a propuesta de la Dirección de la concesión, y sancionar en caso de incumplimiento, tras la apertura del oportuno expediente	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
f	Ordenar encuestas de opinión o sondeos de satisfacción del cliente, que serán realizadas por el concesionario, y analizar sus resultados	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
g	Definir los controles de calidad que se consideren necesarios con el fin de garantizar la adecuada prestación sanitaria y la calidad asistencial	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
h	Analizar los resultados de la auditoría económico-financiera de la empresa	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
i	Ordenar y analizar las auditorías de actividad	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
j	Aceptar alternativas asistenciales propuestas por el comisionado de la Conselleria de Sanitat destinado en el Hospital para reducir o eliminar los retrasos en la programación	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
k	Resolución de cuestiones de facturación entre Conselleria y concesionario	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
l	La aprobación y control de los contratos auxiliares o complementarios que realice el adjudicatario que impliquen ocupación de dominio público	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
m	Control de las plantillas de personal	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✗	✗

Fuente: Actas de la Comisión Mixta de Seguimiento.

Como conclusión a dicha verificación, indicamos lo siguiente:

- 1) La primera reunión de la Comisión tiene lugar 7 meses después de la puesta en funcionamiento del hospital, con lo cual la obligación que se le encomienda de "supervisar las obras de construcción del nuevo centro, controlando que se ajusten al proyecto aprobado" no se ha cumplido.
- 2) El "control de las plantillas de personal", básicamente se refiere a la reestructuración de la plantillas del personal del antiguo hospital militar de Mislata.
- 3) Los temas tratados en lo referente a "proponer mejoras y perfeccionamiento en los sistemas de gestión y control", consisten en la externalización de diversos servicios, tales como el laboratorio del hospital y el servicio de neurocirugía, y la modificación de horarios en la atención a pacientes.
- 4) Desde la puesta en marcha de la Comisión, no se ha adoptado ningún acuerdo relevante que haya permitido adoptar medidas eficaces para el mejor control económico de las prestaciones.
- 5) Del mismo modo, tampoco se ha adoptado ningún acuerdo en el seno de la Comisión en relación con la definición de controles de calidad que permitan garantizar la adecuada prestación sanitaria y la calidad asistencial.

En conclusión, 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 (12 en más de siete años), y porque, según se desprende de la lectura de las reuniones celebradas, tan sólo consideramos que se ha cumplido uno de los 13 cometidos encomendados a la misma, y que están detallados en las cláusulas contractuales. La práctica totalidad de los acuerdos adoptados giran en torno a "la resolución de cuestiones de facturación entre Conselleria y concesionario". A este respecto, tal y como hemos descrito en el apéndice 5, la Comisión Mixta no puede atribuirse competencias propias del órgano de contratación.

**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?**

Según la cláusula 2ª del contrato "todas las prestaciones objeto del contrato deben ser asumidas por el concesionario respecto de su coste económico, debiendo realizar con medios propios aquellas que figuren en su propia oferta (Plan de Gestión y Calidad). El resto de prestaciones

incluidas en la cartera de servicios serán asumidas por el concesionario y prestadas con los medios propios de la Conselleria de Sanitat, o bien medios ajenos si fuera autorizado para ello".

Adicionalmente, la cláusula 22.1 del PCAP establece los siguientes requisitos para la subcontratación:

- La subcontratación solo podrá recaer sobre prestaciones accesorias, de conformidad con lo previsto en el artículo 170 del TRLCAP.
- En el caso de subcontratación de servicios sanitarios, la misma requerirá la autorización de la Administración sanitaria.
- Será condición necesaria que las prestaciones parciales que el adjudicatario subcontrate con terceros no exceda del 50% de la parte capítativa del precio durante la fase de explotación del servicio.

Las prestaciones que el concesionario realiza con medios ajenos se dividen en aquellas que realiza mediante subcontrataciones, haciendo uso de las instalaciones y recursos del propio Hospital de Manises y las derivaciones de pacientes a centros externos. El concesionario tiene subcontratadas un total de cinco prestaciones accesorias. Hemos comprobado la existencia de la oportuna petición de autorización realizada por el concesionario a la Conselleria, así como la autorización de esta para cada una de las subcontrataciones, excepto la solicitud de cirugía pediátrica que, si bien consta la oportuna petición cursada, no hemos dispuesto de la autorización correspondiente dictada por la Administración.

Para el caso de derivaciones de pacientes, la cláusula 4ª del PPTP establece que cualquier concierto que establezca el concesionario con hospitales o centros que no pertenezcan o estén concertados con la red de hospitales de la Conselleria de Sanitat, habrán de ser aprobados por esta. Las derivaciones de pacientes que ha realizado el Hospital han sido a centros a los que la Conselleria deriva también sus propios pacientes por tener acuerdos con ellos, no habiendo realizado el concesionario ningún nuevo concierto, sino que sólo ha alcanzado acuerdos tarifarios y de procedimiento de la derivación. Por ello, en este caso no es necesaria la autorización de la Conselleria. No obstante, el concesionario nos ha facilitado las comunicaciones que ha realizado a la Conselleria, a través de la Unidad del Comisionado, tanto de la lista de centros a los que se derivan pacientes como los acuerdos tarifarios y de procedimientos que han acordado.

El importe total facturado en 2015 en concepto de prestaciones realizadas con medios ajenos asciende a 6.028.639 euros, inferior al límite del 50% de la parte capítativa del precio para ese año.

## Cuadro 22. Prestaciones de servicios con medios ajenos

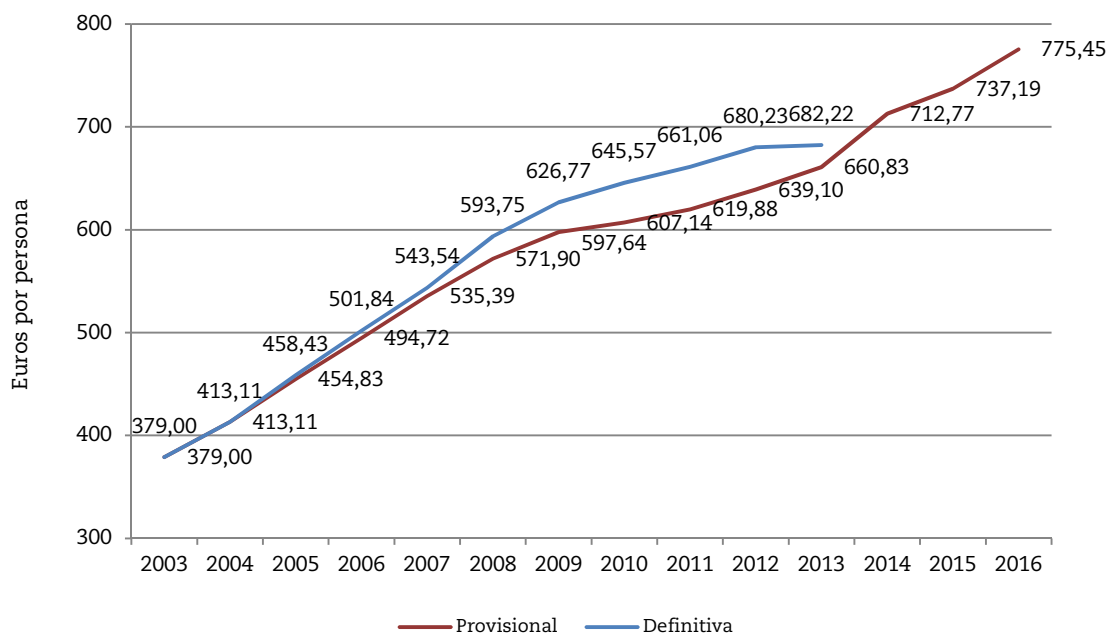
Servicio	Autorización Administración	Euros (ejercicio 2015)
Laboratorio análisis clínicos, anatomía patológica y servicio de transfusión	24/08/2011	3.177.258
Cirugía plástica y reconstructiva	17/01/2011	1.012.120
Cirugía cardíaca	04/05/2011	253.734
Neurocirugía	29/12/2011	112.801
Cirugía pediátrica	No consta	54.241
<b>Total subcontrataciones (a)</b>		<b>4.610.154</b>
Nefrología - Hemodiálisis ambulatoria	N/A	42.186
Oftalmología, tratamientos, pruebas y técnicas	N/A	62.368
Pruebas diagnósticas	N/A	3.632
Pruebas medicina nuclear	N/A	192.460
Pruebas radiológicas	N/A	561
Radioterapia	N/A	939.867
Ginecología, interrupciones voluntarias de embarazo	N/A	110.499
Tratamientos ambulatorios psiquiatría	N/A	10.007
Tratamientos neurorehabilitación daño cerebral sobrevenido	N/A	56.905
<b>Total derivaciones a otros centros (b)</b>		<b>1.418.485</b>
<b>Total prestaciones con medios ajenos (c = a + b)</b>		<b>6.028.639</b>
<b>Cápita 2015 (d)</b>		<b>143.247.075</b>
<b>% prestaciones sobre cápita (e = c / d)</b>		<b>4,2%</b>

Fuente: El concesionario.

#### 4. Subobjetivo 2.4: ¿Se ha actualizado anualmente la prima per cápita de acuerdo con el pliego de cláusulas administrativas particulares?

La Conselleria remite anualmente al concesionario una comunicación donde le indica el resultado de la fórmula de revisión de precios prevista en la cláusula 19 del PCAP que rige el contrato. 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 las diversas concesiones en el año 2003:

**Gráfico 30. 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).

El Consell Jurídic Consultiu emitió un informe no vinculante el 19 de enero de 2012, sobre consulta facultativa acerca del sistema de revisión de precios contenida en el PCAP del contrato de concesión de Denia, cuya redacción es idéntica al de Manises. Dicho Consell 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.

Según la información aportada por la Conselleria, la evolución de la prima per cápita provisional, utilizada para determinar el importe de los pagos a cuenta de cada ejercicio, es razonable en función de la Cláusula 19ª, en el periodo 2006-2013. Sin embargo, no se ha respetado en el periodo 2014-2016 el precepto incluido en la cláusula 19. Así, el incremento aplicado en el ejercicio 2014 (7,86%) supera el límite máximo que establece los pliegos, y que viene determinado por el incremento experimentado por el gasto total sanitario público consolidado<sup>30</sup> (-0,21%). La misma circunstancia ha tenido lugar en la revisión de la prima provisional de 2015 y 2016.

<sup>30</sup> La cláusula 19ª indica que “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”.

**Cuadro 23. Razonabilidad de la prima per cápita provisional aplicable en el periodo 2006-2016**

Año	Datos Conselleria					Datos calculados por Sindicatura			Diferencia
	Prima per cápita provisional	Variación prima provisional	Variación ppto. Caputivo GVA anual año n	Variación máxima (presupuesto inicial sanitario del Estado) año n	Variación mínima (IPC año n-1)	Variación aplicable año n según Cláusula 19ª PCAP	Prima per cápita provisional según Cláusula 19ª PCAP		
	A	$B = A_n / A_{n-1}$	C	D	E	F = Menor entre C y D, con mínimo E	$G = G_{n-1} \times (1 + F)$	A - G	
2006	494,72	8,77%	8,79%	11,08%	3,70%	8,79%	494,72	-	
2007	535,39	8,22%	11,45%	8,34%	2,90%	8,34%	535,98	-0,59	
2008	571,90	6,82%	6,82%	8,01%	2,70%	6,82%	572,53	-0,63	
2009	597,64	4,50%	3,94%	4,23%	4,50%	4,50%	598,29	-0,65	
2010	607,14	1,59%	1,59%	1,46%	-1,00%	1,46%	607,03	0,11	
2011	619,88	2,10%	-3,83%	-4,03%	2,10%	2,10%	619,78	0,10	
2012	639,10	3,10%	-0,05%	-1,51%	3,10%	3,10%	638,99	0,11	
2013	660,83	3,40%	0,40%	-5,89%	3,40%	3,40%	660,72	0,11	
2014	712,77	7,86%	7,86%	-0,21%	0,30%	0,30%	662,70	50,07	
2015	737,19	3,43%	3,43%	1,82%	-0,20%	1,82%	674,76	62,43	
2016	775,45	5,19%	5,19%	3,80%	-0,90%	3,80%	700,40	75,05	

Fuente: Los datos contenidos en las columnas A, C, D y E han sido facilitados por el Servicio de Gestión Presupuestaria (Dirección General de Recursos Humanos y Económicos).

En consecuencia, según los propios índices calculados por la Conselleria (variación del presupuesto caputivo anual, IPC y variación del gasto total sanitario público consolidado del Estado), los pagos a cuenta de los ejercicios 2014, 2015 y 2016 estarían sobrevalorados en 36,4 millones de euros. La diferencia proviene al no respetarse el techo máximo, que con carácter provisional, lo constituye el presupuesto sanitario público del Estado para el ejercicio en cuestión<sup>31</sup>.

En el cuadro siguiente realizamos la cuantificación de la diferencia en términos de pagos a cuenta:

<sup>31</sup> 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).

## Cuadro 24. Sobreestimación de los pagos a cuenta 2014-2016. En euros

Año	Fecha referencia población	Población protegida	Prima per cápita provisional según Conselleria	Prima per cápita provisional según Sindicatura	Diferencia	Efecto en pagos a cuenta
		A	B	C	D = B - C	E = A x D
2014	30/09/2013	194.512	712,77	662,70	50,07	9.739.216
2015	30/09/2014	194.315	737,19	674,76	62,43	12.131.085
2016	30/09/2015	193.756	775,45	700,40	75,05	14.541.388
<b>Total</b>						<b>36.411.689</b>

Fuente: Elaboración propia.

A la fecha de realización de nuestro trabajo, no se han elaborado las liquidaciones de estos ejercicios. Tal y como establece la cláusula 19.1 del PCAP, las desviaciones en el precio, una vez se disponga de la información sobre el gasto total sanitario público consolidado definitivo del Estado<sup>32</sup> deberán ser aplicadas en las siguientes liquidaciones, sin perjuicio de las actualizaciones en el cálculo de los pagos a cuenta que procedan.

Según nos informa la Dirección General de Recursos Humanos y Económicos, el órgano de contratación decidió no aplicar los límites máximos establecidos en el PCAP para evitar diferencias cuantiosas en las liquidaciones definitivas cuando se ajuste el precio real del contrato, y basándose en el dictamen del Consell Jurídic Consultiu de 19 de enero de 2012.

En relación con la prima per cápita definitiva, la Conselleria ha considerado en la revisión de precios lo manifestado por el Consell Jurídic Consultiu, que estima que nada obsta, en la interpretación de la cláusula 19ª del PCAP, a entender el “presupuesto” como el presupuesto definitivo o liquidado. Según esta interpretación, la prima per cápita debe ser objeto de revisión cuando se disponga del presupuesto sanitario capitativo real. 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.

En opinión de esta Sindicatura, esta interpretación no se corresponde con la literalidad de la mencionada cláusula (en donde se menciona que el presupuesto de asistencia sanitaria es el resultado de sumar los importes correspondientes a créditos presupuestarios aprobados por la Ley de Presupuestos de la Generalitat del año que se trate).

En el apartado 3 del apéndice 5 hemos realizado un análisis cuantitativo del precio por cápita definitivo resultante de las liquidaciones elaboradas

<sup>32</sup> En la fecha de realización del trabajo de campo (julio de 2016), el último ejercicio disponible en relación con la “Estadística del Gasto Sanitario Público” en la web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se refiere a 2014.

(2009-2013), que incluye los pagos a cuenta así como los importes por diferencias de población y de precio.

**5. Subobjetivo 2.5: ¿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 realizar un control durante la ejecución de las obras, a través del Servicio de Infraestructuras, con el fin de que estas se ajusten al proyecto. En dicha cláusula contractual se prevé un seguimiento por parte de la Administración, 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.

El concesionario nos ha facilitado el plan de inversión inicial, presentado con la oferta económica, así como los planes quinquenales y un detalle de las inversiones realizadas. No existe evidencia de que la Administración haya cumplido con dicho control en el transcurso de la ejecución del proyecto, pues no nos ha sido facilitada la mencionada acta de dimensión de inversiones ni ninguna otra documentación que así lo acredite. Por su parte, el concesionario ha facilitado toda la información que la Conselleria le ha requerido en relación con las inversiones, y ha manifestado reiteradamente su total puesta a disposición para poder elaborar conjuntamente las actas de dimensión de las inversiones.

Recomendamos que la Conselleria destine los recursos oportunos para la comprobación efectiva de las inversiones realizadas y se elaboren con carácter inmediato las actas de dimensión de inversiones, dado 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 la reversión a la Administración de los bienes a la finalización de la concesión, para los cálculos contables del concesionario para sus amortizaciones y fondo de reversión y para establecer la indemnización en el supuesto de resolución o rescisión parcial o total del contrato.

**6. Subobjetivo 2.6: ¿Se han autorizado las propuestas de inversiones?**

La documentación contractual establece dos controles en relación con las inversiones a realizar por el concesionario una vez se inicia la actividad. Por una parte, el concesionario debe proponer planes quinquenales de inversiones (cláusula 16.1 del PCAP); y, por otra parte, durante el último trimestre del año anterior, el Hospital debe presentar ante la Conselleria la propuesta de plan anual de inversiones (cláusula 6.3 del PPTP).

El concesionario ha presentado dos planes quinquenales. El primero de ellos, referido al periodo 1 de mayo de 2009 a 31 de diciembre de 2014, se



presentó el 27 de febrero de 2009, cumpliendo la fecha impuesta en los pliegos. El segundo plan quinquenal se propuso en febrero de 2016, cuando ya había transcurrido más de los cinco años que establece la cláusula 16.1 del PCAP.

### Cuadro 25. Contenido de los planes quinquenales

Año	Euros
2009	959.393
2010	223.784
2011	3.207.517
2012	1.409.000
2013	1.931.597
2014	2.817.426
<b>Total quinquenio 2009-2014</b>	<b>10.548.717</b>
2015	2.500.000
2016	2.500.000
2017	3.500.000
2018	4.500.000
2019	5.500.000
<b>Total quinquenio 2015-2019</b>	<b>18.500.000</b>

Fuente: Oficios de fechas 27 de febrero de 2009 y 16 de febrero de 2016 remitidos por el concesionario a la Conselleria.

El órgano de contratación es quien ostenta la competencia para aprobar las propuestas de los planes quinquenales de inversión. Sin embargo, no consta que se haya formalizado la aprobación de ninguna de ellas, autorización que es necesaria para ejecutarlas, 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 sido requerida por la Conselleria, y en el formato solicitado:

## Cuadro 26. Remisión de información anual sobre inversiones realizadas y previstas

Fecha	Contenido
22/02/2010	Inversión real a 31/12/2009 y previsión inversión ejercicios posteriores
01/02/2011	Inversión real a 31/12/2010 y previsión inversión ejercicios posteriores
20/02/2012	Inversión real a 31/12/2011 y previsión inversión ejercicios posteriores
21/02/2013	Inversión real a 31/12/2012 y previsión inversión ejercicios posteriores
06/03/2014	Inversión real a 31/12/2013 y previsión inversión ejercicios posteriores
28/11/2014	Inversión prevista para 2015
19/01/2015	Inversión real a 31/12/2014
19/01/2016	Inversión real a 31/12/2015

Fuente: Correos electrónicos remitidos por la Dirección Financiera de EYPHM a distintos servicios de la Conselleria.

En cualquier caso, la documentación facilitada nos permite concluir que el Hospital ha mostrado una total disposición para el cumplimiento de los requisitos contractuales en esta materia. A este respecto, el pasado 19 de mayo de 2016, el concesionario instó nuevamente a la Subdirección General de Recursos Económicos que le remitiera la plantilla o modelo de información, con el nivel de detalle que considere que debe reportarse la información de los planes de inversión, anuales y quinquenales, que se exigen en el contrato de concesión.

Sin embargo, no consta que la Administración haya dado instrucciones específicas, de tal manera que las propuestas de planes anuales de inversión realizadas hasta la fecha carecen del detalle suficiente para conocer las actuaciones previstas (por ejemplo, la ubicación de los centros sanitarios afectados o la naturaleza de las inversiones). A este respecto, se reproduce a continuación el contenido de la última propuesta de plan anual de inversiones remitida por el concesionario:

## Cuadro 27. Plan de inversiones 2015

Concepto	Euros
<i>Atención primaria:</i>	
Adecuación y mejora de instalaciones	405.000
<i>Atención especializada (nuevo hospital):</i>	
Urbanización	0
Construcción	715.000
Equipamiento general	740.000
Equipamiento sanitario	640.000
Equipos de alta tecnología sanitaria	0
<b>Total</b>	<b>2.500.000</b>

Fuente: Correo electrónico remitido el 28 de noviembre de 2014 por la Gerencia de EYPHM a la Subdirección General de Recursos Económicos.

Al igual que los planes quinquenales, el órgano de contratación es quien ostenta la competencia para aprobar las propuestas de planes anuales de inversión. No consta que se haya formalizado la aprobación de ninguna de ellas.

Por último, hay que mencionar que no se ha dado cumplimiento a la cláusula 6.4 del PPTP, al no formalizarse ningún año el acta de dimensión de inversiones que, anualmente, la Conselleria y concesionario debían elaborar. Dicha acta debería consistir en un documento que recogiera las inversiones realizadas por el concesionario y aprobadas por la Administración.

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 ninguno de los planes de inversión, ni los quinquenales ni los anuales, y ni siquiera ha exigido una información detallada que le permitiera conocer las actuaciones a realizar, cuyo objeto debe ser tanto la reposición del equipamiento de los centros existentes, como la adquisición de nuevas instalaciones o la renovación de los inmuebles en uso. La falta de control en este aspecto se resume en la ausencia de las actas de dimensión de inversiones, exigibles por los preceptos contractuales.

Se recomienda a la Conselleria que defina un procedimiento adecuado de comunicación y de autorización de inversiones, detallando los canales de información a utilizar, el contenido de la información, la periodicidad y los órganos competentes para la aprobación.

#### **7. Subobjetivo 2.7: ¿La Administración ha autorizado la contratación del personal directivo?**

Según la Cláusula 7ª del contrato, "La contratación del personal directivo requerirá la previa autorización de la Conselleria. 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".

Según nos ha manifestado la dirección del Hospital, la designación del personal directivo se ha comunicado de forma verbal a la Conselleria de Sanitat, no recibéndose requerimiento escrito en ninguno de los casos, con lo cual el concesionario ha entendido producida la autorización tácita. A partir de abril de 2015 los nombramientos sí han sido comunicados por escrito a la Administración.

En base a lo expuesto anteriormente, entendemos que se ha incumplido lo establecido en la cláusula 7ª del contrato por ambas partes. En cuanto al concesionario, ha incumplido su obligación de elaborar la correspondiente propuesta, especificando los requisitos y condiciones

del puesto, y acompañando de la oportuna memoria justificativa sobre la necesidad del mismo.

Por otra parte, la Conselleria de Sanitat no ha requerido formalmente al concesionario el cumplimiento de esta cláusula contractual. No obstante, y según el apartado 8.2 del PPTP, es cometido de la Comisión Mixta "vigilar el cumplimiento de las cláusulas de este contrato en todos sus aspectos".

### Cuadro 28. Autorizaciones personal directivo

Puesto de trabajo	Fecha nombramiento/promoción	Fecha solicitud	Presentación memoria justificativa	Fecha comunicación	Fecha autorización
Director Gerente	01/02/2011	No consta	No	No consta	No consta
Director de Primaria	01/03/2013	No consta	No	No consta	No consta
Director Médico del Área Quirúrgica	01/12/2015	No consta	No	30/11/2015	No consta
Director Médico del Área Médica	31/08/2012	No consta	No	No consta	No consta
Directora de Enfermería	24/11/2014	No consta	No	28/04/2015	No consta
Directora de Operaciones	01/12/2014	No consta	No	No consta	No consta
Director de Desarrollo de Negocio	01/11/2010	No consta	No	No consta	No consta
Directora Financiera	26/07/2010	No consta	No	No consta	No consta
Director de Recursos Humanos	30/11/2009	No consta	No	No consta	No consta

Fuente: EYPHM.

### 8. Subobjetivo 2.8: ¿Se ha cumplido con el principio de sostenibilidad del modelo?

Según lo previsto en la cláusula 9.10 del PPTP, el concesionario debe limitar la tasa interna de rentabilidad del proyecto al 7,5% anual, sobre la inversión realizada a lo largo de la duración de la concesión. La mencionada cláusula 9.10 debe ponerse en relación con la cláusula 4.9 del PCAP, que a su vez determina que para calcular este índice habrá que estimar los flujos futuros, basándose en un plan de negocios y en la programación de inversiones.

La mencionada cláusula 4.9 del PCAP establece que, al margen de la potestad de los órganos de fiscalización de la Conselleria, un auditor externo (nombrado por consenso), revisará cada cinco años los resultados conseguidos por el concesionario durante el periodo para comprobar el cumplimiento de la tasa interna de rentabilidad del proyecto. Según nos informan ambas partes, hasta la fecha no se ha realizado ninguna auditoría externa que revise las posibles variaciones de rentabilidad de la concesión.

El concesionario ha mostrado su total predisposición a colaborar con esta Sindicatura para determinar la tasa interna de rentabilidad. Sin embargo, la

participación en la elaboración del Plan de Negocio no está comprendida en el alcance de nuestra auditoría de acuerdo con los objetivos de la misma.

En conclusión, no se ha podido verificar que la tasa interna de rentabilidad del proyecto no supere el 7,5%, al no haber dispuesto esta Sindicatura de la revisión que de la misma tendría que haber realizado un auditor externo consensuado por las partes.

#### 9. Subobjetivo 2.9: ¿El concesionario ha sido sometido a una auditoría integral anual realizada por la Administración?

El control económico financiero por parte de la Conselleria está previsto en las condiciones contractuales de la concesión. En concreto, en la cláusula 11ª del PPTP se establecía que “el adjudicatario deberá someterse a una auditoría integral anual realizada por la Generalitat Valenciana, a través de medios propios o ajenos”.

Según fuentes de la Conselleria, no consta que dichas auditorías anuales se hayan realizado, por lo que no se ha ejercido un adecuado control económico financiero sobre la concesión.

El concesionario sí ha sometido, desde el inicio de la actividad, sus cuentas anuales a la revisión por un auditor de conformidad con el artículo 263 del Real Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de julio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Sociedades de Capital:

#### Cuadro 29. Resumen de los informes de auditoría de las cuentas anuales de EYPHM

Ejercicio	Fecha informe	Opinión
2009	08/04/2010	Favorable
2010	31/03/2011	Favorable
2011	02/04/2012	Favorable
2012	14/03/2013	Favorable
2013	01/04/2014	Favorable
2014	18/06/2015	Favorable, con párrafo de énfasis
2015	18/04/2016	Favorable, con párrafo de énfasis

Fuente: Informes de auditoría de las cuentas anuales de EYPHM.

#### 10. Subobjetivo 2.10: ¿Se ha producido alguna modificación en la estructura societaria del concesionario?

La sociedad Especializada y Primaria L’Horta–Manises, SA se constituyó en septiembre de 2006, y en la misma participaba el Grupo BUPA Sanitas SL (60%) y Ribera Salud SA (40%).

En diciembre de 2012 se formalizó la adquisición del 40% de Ribera Salud SA por parte del Grupo BUPA Sanitas SL, que pasó a ostentar la totalidad del capital de la sociedad.

De conformidad al artículo 112.6 del Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, la Conselleria autorizó el 3 de diciembre de 2012 la transmisión del 40% del capital de EYPHM.

**11. Subobjetivo 2.11: La modificación de la prestación de servicios al incluir población no prevista inicialmente, ¿se ha realizado de conformidad a la legalidad prevista?**

El conseller de Sanitat, mediante una Resolución del 5 de marzo de 2010, aprobó la modificación del Mapa Sanitario de la Comunitat Valenciana, adscribiendo la Zona Básica de Salud de Mislata al Departamento de Salud de Manises, con efectos 1 de mayo de 2010.

Sin embargo, y a pesar que la asistencia sanitaria empezó a prestarse con carácter efectivo desde dicha fecha, no fue hasta el 22 de marzo de 2012, cuando la directora gerente de la extinta AVS dictó una resolución por la que se aprueba la modificación del contrato suscrito con la entidad EYPHM, con efectos de 1 de mayo de 2012, formalizándose la misma el 28 de marzo de 2012. Entre otras contraprestaciones, se asigna al concesionario el uso de determinadas instalaciones del antiguo Hospital Militar de la Defensa de Mislata. Por tanto, durante un tiempo de dos años, se realizó la prestación sanitaria objeto de la modificación sin el adecuado soporte contractual.

Esta modificación contractual implicó incrementar la población protegida del departamento de Manises para el año 2012 en 43.626 personas, lo que representa un incremento del 29,0% de la población inicialmente objeto del contrato de concesión, y en consecuencia, del precio del contrato, pues a la población adicional se le aplica la misma cápita prevista para el resto.

Este expediente de modificación contractual fue fiscalizado por la Sindicatura de Comptes, y en el informe<sup>33</sup> correspondiente se hizo constar lo siguiente:

*Se indica en dicha Resolución que “ha sido objeto de dictamen del Consell Jurídic Consultiu y fiscalización previa por parte de la Intervención Delegada, constanding conformidad del contratista”. La fiscalización realizada ha puesto de manifiesto que para interpretarse adecuadamente dicha manifestación es necesario hacer constar la siguiente información:*

<sup>33</sup> Informe 2013/38: Cuenta de la Administración. Ejercicio 2012.

- Respecto al dictamen del Consell Jurídic Consultiu, que resulta preceptivo por la normativa de contratación aplicable, artículo 59.3 del TRLCAP aprobado mediante Real Decreto Ley 2/2000, de 16 de junio, figurando en el expediente uno de fecha 15 de julio de 2010 que es de disconformidad sobre la propuesta de modificación del contrato.
- Y en cuanto a la fiscalización previa por parte de la Intervención Delegada fechada el 21 de marzo de 2012, que es de conformidad a la propuesta de modificación con la observación de que se determine la procedencia de solicitar un nuevo informe al Consell Jurídic Consultiu. Con anterioridad a este informe, y respecto a la propuesta inicial de la modificación, fue emitido uno por la Viceintervención General para la Administración Sanitaria, en fecha 17 de junio de 2010, que fue de disconformidad por la falta de crédito suficiente y adecuado.
- Según informe de la Abogacía General de la Generalitat de 24 de febrero de 2012, resultaría necesaria una nueva remisión del expediente a dicho órgano consultivo, pero no consta que se haya cumplido con dicho trámite.

La legislación en materia de contratación admite la posibilidad de modificaciones de los contratos, en general, y, en particular, el contrato de gestión de servicios públicos. La Administración puede modificar, por razones de interés público, las características del servicio contratado y las tarifas que han de ser abonadas por los usuarios, si bien cuando las modificaciones afecten al régimen financiero del contrato se deberá compensar al contratista de manera que se mantenga el equilibrio de los supuestos económicos que fueron considerados como básicos en la adjudicación del contrato.

Sin embargo, y en la línea que históricamente se han manifestado la Junta Consultiva de Contratación Administrativa del Estado<sup>34</sup> y la Junta Superior de Contratación Administrativa de la Generalitat<sup>35</sup>, esta Sindicatura considera que hay que poner límites a las posibilidades de modificación de los contratos, puesto que “celebrada mediante licitación pública la adjudicación de un contrato, la solución que presenta la adjudicación para el adjudicatario en cuanto a precio y demás condiciones, no puede ser alterada sustancialmente por vía de modificación consensuada, ya que ello supone un obstáculo a los principios de libre concurrencia y buena fe que deben presidir la contratación de las Administraciones Públicas, teniendo en cuenta que los licitadores distintos del adjudicatario podían haber modificado sus proposiciones si hubieran sido concededores de la modificación que ahora se produce”.

---

<sup>34</sup> 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).

<sup>35</sup> Informe 3/2007 de 18 de octubre de 2007.

A este respecto, es criticable que el precio de esta modificación contractual sea lineal respecto al contrato inicial. La cápita es el precio a pagar por el concesionario para cubrir no sólo los costes de la prestación de la asistencia sanitaria, sino también los costes de elaboración del proyecto y construcción del nuevo hospital y resto de inversiones a las que se comprometió el concesionario. En esta modificación, el precio se destinará a cubrir únicamente la prestación sanitaria, puesto que no hay ningún compromiso adicional de inversiones por parte del concesionario, e incluso, hay una aportación de infraestructuras sanitarias de la Administración.

Es por tanto que esta modificación contractual ha derivado en nuevos derechos económicos a favor del concesionario que, a priori, no ha conllevado las mismas obligaciones que sustentaban el equilibrio financiero del contrato inicial.

En conclusión, la solución más ajustada a la legislación de contratos de las Administraciones Públicas, para atender las nuevas necesidades derivadas de la modificación del mapa sanitario, hubiera sido la convocatoria de un nuevo contrato, al que obviamente también podría haber concurrido el actual concesionario.

## **12. Subobjetivo 2.12: ¿Se han ejercido las funciones de inspección en el Departamento de Salud?**

Según el artículo 20 del Decreto 156/2015, de 18 de septiembre, del Consell, por el que se aprueba el reglamento orgánico y funcional de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública: "... la Dirección General de la Alta Inspección Sanitaria se estructura en las siguientes unidades: ... b) Subdirección General de Inspección Sanitaria de Concesiones, Conciertos, Centros y Servicios Sanitarios."

Según dicho artículo, a esta Subdirección General le corresponde planificar, dirigir, coordinar y controlar, entre otras unidades, el Servicio de Inspección Sanitaria de Servicios Públicos en Régimen de Concesión, que ejercerá mediante las siguientes funciones:

- Inspección de la asistencia sanitaria en los departamentos en régimen de concesión.
- Inspección de la asistencia sanitaria de las prestaciones de la cartera de servicios no asumidas por los departamentos en régimen de concesión.
- Inspección de las condiciones sanitarias de los centros y equipamiento sanitario de los servicios en los departamentos en régimen de concesión.



- Verificación, seguimiento e inspección del cumplimiento de las cláusulas de explotación.
- Evaluación de los mecanismos y resultados de control de calidad de los servicios de la concesión.
- Evaluación de los indicadores y datos de actividad asistenciales, de resultados y económicos.
- Coordinación y seguimiento de la actividad de las Unidades de Gestión del Comisionado; quienes bajo la dirección del Comisionado, se encargarán de aplicar las funciones que este tiene atribuidas, y entre ellas las de velar por la correcta aplicación de las cláusulas de la concesión y garantizar los derechos de los usuarios del departamento.

Los decretos anteriores sobre el reglamento orgánico y funcional de la Conselleria de Sanitat, que han estado vigentes desde el inicio de la concesión del Hospital de Manises, atribuían al Servicio de Inspección de Servicios Sanitarios las funciones genéricas de inspección, tanto en centros públicos como privados, sin concretar en qué consistían dichas tareas. En el último Decreto publicado, y vigente desde el 23 de septiembre de 2015, se desglosan las funciones de inspección a realizar por el Servicio de Inspección Sanitaria de Servicios Públicos en Régimen de Concesión, tal y como hemos indicado en el párrafo anterior.

La Subdirección General de Inspección Sanitaria de Concesiones, Conciertos, Centros y Servicios Sanitarios, nos ha facilitado un cuadro resumen con las actividades inspeccionadas en el Hospital de Manises desde el inicio de la concesión hasta 2015, inclusive. De la información facilitada, hemos comprobado que, si bien se creó un Servicio de Inspección específico para el control de las concesiones sanitarias, con funciones concretas, el tipo de inspecciones que se han realizado en 2015 no difiere de las realizadas en años anteriores.

### Cuadro 30. Inspecciones realizadas en el Hospital de Manises

Actividades inspeccionadas en el Hospital de Manises	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Encuesta satisfacción usuarios departamento							06/11/2015
Esterilización	21/12/2009					30/06/2014	
Hemodiálisis			09/09/2011				19/01/2015
Inspección previa centro reproducción humana asistida		30/06/2010					
Inspección previa referida a solicitud Hospital Universitario (desfavorable)						27/02/2014	09/06/2015
Inspecciones previas de autorización y ampliación de actividades	21/12/2009						
Unidad hemodiálisis	13/08/2009						
Unidad de diabetes			18/07/2011				
C. Torácica y URPA				20/07/2012			
Ampliación U. Hemodiálisis					20/11/2013		
Cirugía mayor ambulatoria						29/04/2014	
Unidad de litotricia						19/06/2014	
Servicio de transfusión	21/12/2009			21/09/2012	22/10/2013		13/10/2015
Servicio de urgencias				10/12/2012		13/10/2014	
Transporte sanitario del departamento							14/10/2015
Unidad de hemodinámica							13/11/2015
<b>Nº de inspecciones por año</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

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

De conformidad con lo recogido en el Decreto 156/2015, recomendamos que se incluya dentro del Plan de Inspección de Servicios Sanitarios para el año 2017, en relación con el departamento de Manises, aspectos como 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.

## 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?

De acuerdo con lo establecido en el PCAP, la retribución al concesionario consiste en el abono por la Administración de una cantidad fija por persona y año (cápita anual), mediante pagos a cuenta mensuales que anualmente se regularizan con la adición o sustracción de determinados conceptos, en función de las prestaciones reales llevadas a cabo por el concesionario.

En cuanto a la determinación de los pagos a cuenta, la cláusula 18.2 del PCAP especifica que su importe será el resultado de multiplicar la prima por persona establecida para ese año por la población protegida a 30 de septiembre del año anterior, dividiendo la cantidad que resulte por las doce mensualidades. Sin embargo, en ninguna cláusula del contrato ni de los pliegos especifica expresamente que la revisión se realice a una fecha determinada. Ante la ausencia de esta concreción, consideramos que la revisión de la cápita provisional no es posible realizarla antes del 31 de diciembre del año anterior a su aplicación, puesto que para su cálculo es necesario conocer los créditos presupuestarios aprobados por Ley de Presupuestos de la Generalitat.

La Conselleria comunica al concesionario la población protegida y la cápita provisional para cada ejercicio, mediante una resolución del órgano directivo correspondiente.

#### **Cuadro 31. Resoluciones emitidas en relación con la actualización de la población protegida y la prima provisional a aplicar en cada ejercicio**

Año vigencia	Fecha resolución	Resolución de
2009	19/01/2009	Director gerente de AVS
2010	15/01/2010	Director gerente de AVS
2011	17/01/2011	Director gerente de AVS
2012	20/02/2012	Director gerente de AVS
2013	20/12/2012	Secretario autonómico de AVS
2014	20/01/2014	Secretario autonómico de Sanidad
2015	26/01/2015	Secretario autonómico de Sanidad
2016	16/02/2016	Dirección General de Recursos Económicos y Humanos

Fuente: Elaboración propia.

Respecto al precio anual del contrato o liquidación anual, esto es, el saldo resultante a favor de una u otra parte, 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 de 30 de junio inmediato siguiente.

La ausencia de un procedimiento claro y acordado entre la Administración y el concesionario para determinar el precio del contrato -que establezca aspectos tales como los plazos de presentación y de alegación, los medios de comunicación a utilizar, los requisitos formales previos a cumplir así como cuáles son los órganos competentes para su aprobación- ha llevado a una situación litigiosa y enfrentada entre la Administración y el concesionario, cuya resolución vendrá dada previsiblemente por una futura sentencia judicial.

De forma esquemática, los hitos temporales más significativos relacionados con las liquidaciones son los siguientes:

### **Cuadro 32. Fechas clave en relación con la aprobación de las liquidaciones anuales**

Fecha	Hito
29/03/2011	La Comisión Mixta aprueba con "carácter provisional" la liquidación del año 2009, sujeta a fiscalización previa.
06/11/2012	La Comisión Mixta aprueba con "carácter provisional" la liquidación de 2010 con saldo a favor de la Administración por 14,4 millones de euros y actualiza la liquidación de 2009, también con "carácter provisional", con saldo a favor de la Administración por 9,4 millones de euros.
27/11/2014	El concesionario presenta escrito de solicitud de cumplimiento de las obligaciones de la Conselleria respecto de las liquidaciones anuales.
11/02/2015	La Comisión Mixta aprueba, sin el voto favorable de los representantes del concesionario, dejar sin efecto determinados acuerdos previos de la propia Comisión Mixta.
23/02/2015	El director general de Recursos Económicos resuelve aprobar con "carácter provisional" las liquidaciones del periodo 2009-2013. Se emplaza al concesionario a presentar las alegaciones que estime oportunas.
27/03/2015	El concesionario presenta las alegaciones y solicita el carácter definitivo de las liquidaciones provisionales de 2009 y 2010, y presenta liquidaciones alternativas de 2011, 2012 y 2013. Simultáneamente presenta recurso ante la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Comunitat Valenciana.
30/04/2015	El director general de Recursos Económicos desestima las alegaciones presentadas por el concesionario el 27/3/2015.
18/05/2015	La Comisión Mixta aprueba las liquidaciones de 2009 a 2013.
03/06/2015	El concesionario presenta recurso de alzada contra el acta de la Comisión Mixta del 18/5/2015, solicitando su nulidad de pleno derecho, así como la suspensión de la ejecutividad de la mencionada acta.
10/11/2015	Se formaliza el escrito de demanda ante la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Comunitat Valenciana.
09/02/2016	La Abogacía de la Generalitat presenta contestación a la demanda.

Fuente: Elaboración propia.

El origen del litigio radica en la cláusula 4.7.6 del PCAP, que establece que los conceptos 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 se

imputarán a la liquidación anual, previa aprobación de la Comisión Mixta de Seguimiento. Sin embargo, dado que, en opinión de esta Sindicatura, no ha habido delegación<sup>36</sup> ni desconcentración<sup>37</sup> en la Comisión Mixta, esta no puede ejercer competencias que son propias del órgano de contratación.

Consideramos, pues, que los cometidos asignados por los pliegos a la Comisión Mixta no pueden suplantar ni sustituir de ningún modo a las funciones que son propias del órgano de contratación. En coherencia con esta conclusión, la cláusula 26 del PCAP circunscribe las tareas de dicha Comisión a las de vigilancia, seguimiento y control de la ejecución del contrato. Es decir, la actuación de la Comisión Mixta es previa a los actos administrativos que adopte el órgano de contratación, en ejercicio de sus competencias. Nunca la Comisión Mixta puede ir más allá de lo provisional, pues las decisiones definitivas le corresponden al órgano de contratación. Es de esta manera como debe interpretarse el listado de cometidos que el artículo 8.2 del PPTP asigna a la Comisión Mixta, aunque alguna de ellas se expresen de una manera confusa, pues de otro modo se estaría hurtando una competencia al titular de la misma.

Es necesario aclarar que el hecho de que el órgano de contratación forme parte de la Comisión Mixta no implica que los acuerdos adoptados en el seno de la misma sean acuerdos del órgano de contratación ya que, en ese momento, actúa únicamente como componente nato de la Comisión Mixta y no como órgano de contratación, aunque los cargos recaigan sobre la misma persona. No es posible considerarlo de otra forma, ya que en caso contrario se estaría incumpliendo la legalidad al prescindir de los procedimientos administrativos correspondientes (existencia de crédito, fiscalización previa, informes jurídicos).

A la vista de lo anterior, resulta indudable que los miembros de la Comisión Mixta deben conocer que lo aprobado en dichas reuniones tiene carácter provisional y no definitivo, que no vincula al órgano de contratación, siempre que motive adecuadamente la resolución que finalmente adopte. A este respecto, no hay constancia de que la Viceintervención Delegada de Asistencia Sanitaria haya informado favorablemente las liquidaciones aprobadas por la Comisión Mixta celebrada el 18 de mayo de 2015, y en consecuencia, el concesionario no puede tener la seguridad jurídica de que las liquidaciones propuestas por dicho órgano sean las que finalmente apruebe el órgano de contratación, acuerdo que a fecha de realizar nuestro trabajo no ha sido adoptado.

---

<sup>36</sup> No consta la existencia de ninguna resolución por la que el órgano de contratación delegue en la Comisión Mixta las funciones que le son propias.

<sup>37</sup> En el caso de la desconcentración se exige que el órgano desconcentrado dependa jerárquicamente del órgano que tiene atribuida la competencia. La Comisión Mixta no está integrada en la estructura jerárquica de la Conselleria.

En cualquier caso, la Administración no ha cumplido en ninguno de los ejercicios transcurridos con los plazos legales establecidos en las condiciones económicas del contrato.

### **Cuadro 33. Fechas de aprobación por la Conselleria de Sanitat de las liquidaciones anuales**

Ejercicio	Trámites previos	Fecha liquidación por órgano de contratación	Pago efectivo
2009	29/03/2011 - 6/11/2012 - 18/5/2015	No realizada	No realizado
2010	6/11/2012 - 18/5/2015	No realizada	No realizado
2011	23/2/2015 - 18/5/2015	No realizada	No realizado
2012	23/2/2015 - 18/5/2015	No realizada	No realizado
2013	23/2/2015 - 18/5/2015	No realizada	No realizado
2014	No realizada	No realizada	No realizado
2015	No realizada	No realizada	No realizado

Fuente: Elaboración propia.

El objeto del recurso contencioso-administrativo, interpuesto por el concesionario ante el Tribunal Superior de Justicia de la Comunitat Valenciana y formalizado en escrito de demanda el 10 de noviembre de 2015, se centra en determinar la nulidad de pleno derecho de dos actos:

- El acta de la Comisión Mixta de 11 de febrero de 2015, en virtud de la cual los representantes de la Administración acuerdan dejar sin efecto determinados acuerdos previos del mismo órgano que sirvieron de base para realizar las liquidaciones de los ejercicios 2009 y 2010.
- La Resolución del director general de Recursos Económicos, de 23 de febrero de 2015, que, por una parte, desestima la reclamación del concesionario de 27 de noviembre de 2014 en la que solicitaba a la Administración que declarase definitivas y vinculantes las liquidaciones de los ejercicios 2009 y 2010 y que efectuara la liquidación de los ejercicios 2011 a 2013 del contrato aplicando lo previsto en los pliegos y todos los acuerdos previos aprobados por la Comisión Mixta y, por otra propone la práctica de unas nuevas liquidaciones de los ejercicios 2009 a 2013 concediendo un plazo para formular alegaciones de 30 días.

Por tanto, el recurso pretende confirmar la validez de todos los acuerdos alcanzados por la Comisión Mixta de Seguimiento, de manera que las liquidaciones de 2009 y 2010 sean declaradas conformes a Derecho y que, en consecuencia, las liquidaciones de 2011 a 2013 se practiquen aplicando de forma estricta dichos acuerdos y las condiciones previstas en los pliegos.

Por todo lo anteriormente expuesto, no podemos concluir sobre el resultado final de las liquidaciones que determinan el precio anual definitivo del contrato, puesto que en la fecha de elaboración de este Informe, existe incertidumbre jurídica sobre la validez o no de los acuerdos que sustentan determinados conceptos que componen el precio final del contrato.

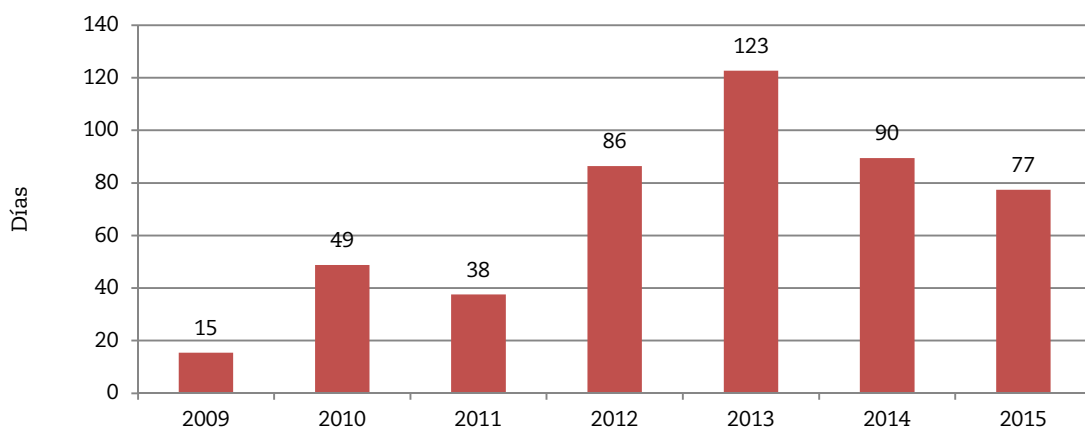
En el apartado 3 de este apéndice se detalla cuantitativa y cualitativamente el contenido de las liquidaciones, indicando los conceptos incluidos en las mismas que son objeto de discrepancia entre la Administración y el concesionario.

## 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".

A partir de la relación de facturas emitidas por el concesionario, hemos calculado el periodo medio de pago de las mismas<sup>38</sup>. Hemos comprobado que en los años 2009, 2010 y 2011 se cumplió el plazo de pago máximo establecido, pero no así en el resto de años.

**Gráfico 31. Periodo medio de pago de las facturas relativas a los pagos a cuenta**



Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por EYPHM.

<sup>38</sup> Se han excluido de los cálculos las facturas que regularizan la cápita de la población de Mislata, del periodo mayo de 2010 a abril de 2012, que fueron pagadas con una demora superior debido a la necesidad de tramitar un expediente de resarcimiento. Este expediente se resolvió el 29 de febrero de 2012, y las facturas fueron pagadas el 21 de febrero de 2014, por medio del mecanismo especial de pago a proveedores.

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 debería haber pagado el interés pactado en el contrato, sin necesidad de aviso de vencimiento ni intimación alguna por parte del acreedor.

El 30 de septiembre de 2016, el concesionario presentó un escrito ante el órgano de contratación, reclamando el abono de 3.806.030 euros en concepto de intereses de demora. El concesionario nos ha informado que va a presentar un segundo escrito solicitando 7.002.110 euros adicionales.

### 3. Subobjetivo 3.3: ¿Las liquidaciones anuales reflejan fielmente los gastos e ingresos incurridos por ambas partes?

Las incertidumbres existentes sobre las liquidaciones presentadas por la Conselleria de Sanitat -tanto en relación con la competencia del órgano que debe aprobarlas, los plazos de presentación y aprobación de las mismas y, sobre todo, por los criterios económicos que subyacen y justifican la facturación intercentros- no nos permiten concluir sobre el resultado final de las liquidaciones que determinan el precio anual definitivo del contrato (ver apartado 1 de este apéndice). En cualquier caso, hemos analizado y comparado el contenido de las liquidaciones propuestas por la Conselleria y por el concesionario, tanto en lo que se refiere a los conceptos incluidos, como a sus importes. La diferencia global entre las liquidaciones propuestas asciende a 179.879 miles de euros, a favor de la Administración.

Si esta diferencia global tan significativa a favor de la Administración se materializara una vez finalizado el proceso litigioso en el que se encuentran inmersos el concesionario y la Conselleria de Sanitat, podría suponer un impacto negativo importante en las cuentas de la mercantil titular de la concesión, que podría poner en duda la continuidad de esta en los términos actuales.

Las diferencias cuantitativas por liquidación se muestran a continuación, en euros:



### Cuadro 34. Saldo pendiente de pagar/abonar<sup>39</sup>

Ejercicio	Saldos a compensar ( en euros)		
	Última liquidación elaborada por Conselleria	Liquidación propuesta por concesionario	Diferencias
2009	-30.021.032	-9.471.259	-20.549.774
2010	-55.101.174	-14.483.806	-40.617.367
2011	-33.102.574	18.057.577	-51.160.150
2012	-35.232.324	-937.259	-34.295.065
2013	-28.113.497	5.143.606	-33.257.104
<b>Total</b>	<b>-181.570.601</b>	<b>-1.691.141</b>	<b>-179.879.460</b>

Fuente: Ver anexos XIX y XX.

El análisis cualitativo de las diferencias es sumamente complejo y afecta prácticamente a todas las líneas de la liquidación:

### Cuadro 35. Resumen liquidaciones 2009-2013 (en euros)

	Propuesta Conselleria	Propuesta concesionario	Diferencias
<b>1. Precio del contrato (cápita inicial)</b>	<b>483.101.640</b>	<b>527.722.796</b>	<b>-44.621.156</b>
1.1. Importe abonado (pagos a cuenta)	456.573.634	501.194.790	-44.621.156
<b>2. Saldo a favor del concesionario</b>	<b>126.257.344</b>	<b>173.228.568</b>	<b>-46.971.225</b>
2.1. Importe pendiente de abonar retenido en concepto de nómina	26.528.006	26.528.006	0
2.2. Importe +/- diferencias de población	2.562.771	3.453.252	-890.481
2.3. Pacientes no pertenecientes al departamento de Manises	69.404.208	72.592.471	-3.188.264
2.4. Incentivo por ahorro en farmacia	671.492	40.094	631.398
2.5. Revisión prima per cápita	26.393.969	28.988.015	-2.594.047
2.6. Otros conceptos	696.898	41.626.729	-40.929.831
<b>3. Saldo a favor de la Conselleria</b>	<b>307.827.945</b>	<b>174.919.709</b>	<b>132.908.236</b>
3.1. Pacientes departamento Manises atendidos	204.868.920	81.747.032	123.121.888
3.2. Canon por uso de inmuebles	5.160.430	2.170.134	2.990.297
3.3. Otros	97.798.595	91.002.544	6.796.050
(i) Abonado (1.1) Pagos a cuenta	456.573.634	501.194.790	-44.621.156
(ii) Pendiente de abonar: a favor del concesionario / (a favor de Conselleria) (2 - 3)	-181.570.601	-1.691.141	-179.879.460
<b>(i) + (ii) Precio final del contrato 2009-2013</b>	<b>275.003.033</b>	<b>499.503.649</b>	<b>-224.500.615</b>

Fuente: Liquidaciones propuestas por el concesionario y la Conselleria. Ver anexos XIX y XX.

Las diferencias entre ambas propuestas surgen como consecuencia de las discrepancias en la aplicación de las reglas de determinación del precio del contrato, puesto que, además de la literalidad de las normas de facturación que fijan los pliegos, el concesionario ha considerado el

<sup>39</sup> En positivo a favor del concesionario, en negativo a favor de la Conselleria.

impacto económico de acuerdos adoptados en el seno de la Comisión Mixta, en las reuniones celebradas en los años 2010, 2011 y 2012.

Cualquier pretensión de compensación económica a favor del concesionario o de la Administración por otros conceptos distintos de los establecidos por los pliegos que rigen el contrato, entendemos que no tiene cabida estricto sensu en la liquidación anual que debe determinar 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 la desestimación de toda pretensión de compensación que no se ajuste estrictamente a los parámetros expuestos, sino única y exclusivamente que la misma debe articularse, en su caso, por otras vías distintas de su inclusión 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, que hace evidente la existencia de una obligación de resarcimiento al tercero por el desequilibrio patrimonial ocasionado.

Para facilitar la interpretación de los saldos resultantes y al mismo tiempo, poner de manifiesto los resultados de nuestro análisis sobre estas liquidaciones, hemos segmentado los saldos resultantes de las liquidaciones 2009-2013 en cuatro partes diferenciadas:

- 1ª Parte: *Contraprestación capitativa*, que corresponde a las líneas “1.1. Importe abonado”, “2.1. Importe pendiente de abonar retenido en concepto de nómina”, “2.2 Importe por diferencias de población” y “2.5 Revisión prima per cápita”.
- 2ª Parte: *Facturación intercentros*, que incluye “2.3 Pacientes no departamento de Manises” y “3.1 Pacientes departamento Manises atendidos”.
- 3ª Parte: *Otros conceptos*, que corresponde a la línea “2.6 Otros conceptos”.
- 4ª Parte: *Resto de líneas*.

### Cuadro 36. Segmentación de los saldos resultantes de las liquidaciones 2009-2013. Importes en euros

	Conselleria	Concesionario	Diferencias
<b>1ª Parte</b>			
1.1. Precio del contrato. Importe abonado ( Pagos a cuenta realizados)	456.573.634	501.194.790	-44.621.156
2.1. Importe pendiente de abonar retenido en concepto de nómina	26.528.006	26.528.006	0
2.2. Importe +/- diferencias de población	2.562.771	3.453.252	-890.481
2.5. Revisión prima per cápita	26.393.969	28.988.015	-2.594.047
<b>Subtotal contraprestación capitativa</b>	<b>512.058.380</b>	<b>560.164.063</b>	<b>-48.105.683</b>
<b>2ª Parte</b>			
2.3. Pacientes no pertenecientes al departamento de Manises	69.404.208	72.592.471	-3.188.264
3.1. Pacientes departamento Manises atendidos	-204.868.920	-81.747.032	-123.121.888
<b>Subtotal facturación intercentros</b>	<b>-135.464.712</b>	<b>-9.154.560</b>	<b>-126.310.152</b>
<b>3ª Parte</b>			
2.6. Otros conceptos	696.898	41.626.729	-40.929.831
<b>Subtotal otros conceptos</b>	<b>696.898</b>	<b>41.626.729</b>	<b>-40.929.831</b>
<b>4ª Parte</b>			
2.4. Incentivo por ahorro en farmacia	671.492	40.094	631.398
3.2. Canon por uso de inmuebles	-5.160.430	-2.170.134	-2.990.297
3.3. Otros	-97.798.595	-91.002.544	-6.796.050
<b>Subtotal resto</b>	<b>-102.287.533</b>	<b>-93.132.584</b>	<b>-9.154.949</b>
<b>Total precio final del contrato 2009-2013</b>	<b>275.003.033</b>	<b>499.503.649</b>	<b>-224.500.615</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos incluidos en los anexos XIX y XX.

A continuación describimos los conceptos que, a nuestro juicio, merecen destacarse:

*En relación con la 1ª Parte: Contraprestación capitativa*

El concepto “Precio del contrato (cápita inicial)” es el importe total facturado en concepto de “a cuenta”. Las cuantías reflejadas en el concepto “Importe abonado” se refieren a los pagos a cuenta que efectivamente han sido satisfechas. La diferencia entre ambos conceptos se debe a que la Administración ha retenido el pago parcial de facturas de 2009, 2010 y 2011 por un importe conjunto de 26.528.006 euros para compensar el pago de la nómina del personal estatutario transferido al concesionario.

La discrepancia en el “Importe abonado” (44.621.156 euros entre una propuesta y otra) que se muestra en el cuadro 36 se debe al efecto de la incorporación de la población de Mislata. La Conselleria sólo ha considerado los pagos a cuenta derivados de la asistencia sanitaria a la población de Mislata a partir del 1 de mayo de 2012, mientras que el concesionario, en las liquidaciones propuestas, ha incluido los pagos a

cuenta de dicha población desde el 1 de mayo de 2010, fecha efectiva de la prestación asistencial, a 31 de diciembre de 2011<sup>40</sup>.

Según esta Sindicatura, y dado que la modificación contractual se formalizó con efectos de 1 de mayo de 2012, las liquidaciones anuales del contrato (que es el precio del mismo) únicamente deberían incluir los pagos a cuenta y la facturación intercentros relacionada con la población protegida de Mislata a partir de dicha fecha. El resto de importes a cuenta (desde el 1 de mayo de 2010 a 30 de abril de 2012) deberían resarcirse mediante expediente de enriquecimiento injusto<sup>41</sup>.

Adicionalmente a los pagos a cuenta, la liquidación debe incluir el efecto de actualizar la prima per cápita de conformidad con la fórmula de revisión que define la cláusula 19 de los PCAP y la regularización del censo de población protegida (cláusula 4.7.2 del PCAP).

En cuanto a la fórmula de revisión, el porcentaje de incremento de la cápita depende básicamente de los siguientes factores:

- El presupuesto autonómico de asistencia sanitaria
- La población de derecho de la Comunitat Valenciana
- El IPC
- El gasto total sanitario público consolidado del Estado

Según la información disponible en el momento de realizar nuestro trabajo, los índices aplicables difieren de los aplicados por la Conselleria (y aceptados por el concesionario), dando lugar a diferencias en la cápita revisada para el periodo:

---

<sup>40</sup> Debe advertirse aquí un error por parte del concesionario en la elaboración de su propuesta de liquidación, puesto que por coherencia con su criterio debió incluir también los pagos a cuenta derivados de la población de Mislata de los meses de enero a abril de 2012, cuya cuantía asciende a 9.293.792 euros.

<sup>41</sup> La Conselleria ha imputado al presupuesto corriente del ejercicio 2014 obligaciones reconocidas por importe de 53.914.948 euros, correspondientes a la facturación emitida por el concesionario para regularizar la población de Mislata desde 1 de mayo de 2010 a 30 de abril de 2012.

### Cuadro 37. Cápita revisada del periodo 2009-2013

Año	Conselleria		Sindicatura		Diferencias de prima
	Importe prima revisada	% Variación prima revisada	Importe prima según SC	Variación aplicable según SC	
2006	501,84	9,47%	494,72	-	-7,12
2007	543,54	8,31%	535,83	8,31%	-7,71
2008	593,75	9,24%	558,33	4,20%	-35,42
2009	626,77	5,56%	586,30	5,01%	-40,47
2010	645,57	3,00%	590,99	0,80%	-54,58
2011	661,06	2,40%	608,72	3,00%	-52,34
2012	680,23	2,90%	623,33	2,40%	-56,90
2013	682,22	0,30%	641,41	2,90%	-40,81

Fuente: Elaboración propia a partir de los anexos XXI y XXII.

Esta Sindicatura discrepa en la cuantificación de la cápita revisada principalmente por la consideración del gasto en asistencia sanitaria. La Conselleria basa la fórmula de revisión en el dictamen del Consell Jurídic Consultiu, tal y como se ha explicado en el subobjetivo 2.4.

Según la jurisprudencia, 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 solo pueden entrar en juego subsidiariamente cuando el contrato carezca de la deseada claridad (STS 826/2010, de 17 de diciembre).

Otros motivos de discrepancia, pero que tienen menor importancia relativa en las diferencias de prima cuantificadas en el cuadro 37 son:

- a) La Conselleria aplica de forma homogénea la cláusula de revisión de precios a todos los contratos por concesión. Esto significa que la cápita del año 2006, que por contrato se fijó en 494,72 euros, también fue objeto de revisión en función del gasto sanitario e IPC del mismo ejercicio 2006. Según la cláusula 4.4 de los PCAP, "a los efectos de determinar el precio real de la prima a aplicar al inicio de la prestación en el ejercicio 2009, se actualizará el precio de la oferta, mediante el procedimiento establecido en el apartado 19 del presente pliego". Consideramos pues que la prima inicial que debe ser objeto de revisión desde el año 2006 son los 494,72 euros, por lo que no es adecuado tomar como punto de origen un precio revisado para el 2006.
- b) La definición de "Población de derecho" según el Instituto Nacional de Estadística (INE) es el número de personas que oficialmente tenían su residencia en el municipio en la fecha de referencia. Sin embargo, la Conselleria considera como población de derecho a

efectos del cálculo de la fórmula de revisión de precios la “población protegida” de la Comunitat Valenciana, es decir, aquella población que tenga en cada momento asignado médico de Atención Primaria de conformidad con el Sistema de Información Poblacional (SIP). La población censada no protegida (aproximadamente 200.000 personas) es, sobre todo, la población de la Comunitat Valenciana que pertenece al mutualismo administrativo y que elige la asistencia sanitaria privada.

- c) Esta Sindicatura considera que el IPC aplicable es el correspondiente al periodo anterior al de la liquidación, es decir, en la actualización de la cápita para 2010 se debe aplicar la variación interanual experimentada por el IPC desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2009, de acuerdo con la doctrina de la Junta Superior de Contratación Administrativa de la Generalitat (Informe 1/2002, de 25 de marzo). Consideramos que, a falta de pacto expreso por las partes, “no procede acceder a una nueva revisión de precios mediante el incremento o decremento del IPC de los doce siguientes meses, respecto del aplicado en el momento procedimental oportuno”.

Las diferencias comentadas implican una sobrevaloración de la cápita definitiva y, en consecuencia, un sobreprecio de 39,2 y 42,7 millones de euros respecto de la contraprestación capitativa que figuran en las propuestas de liquidación de la Conselleria y del concesionario, respectivamente. Sin embargo, y dado que dichas propuestas no han alcanzado la fase de reconocimiento de la obligación por parte de la Conselleria, el efecto negativo en los fondos públicos asciende aproximadamente a 10,3 millones de euros.

### Cuadro 38. Resumen del efecto en la contraprestación capitativa

	Propuesta de Conselleria	Propuesta de Concesionario	Obligaciones reconocidas
<i>En las propuestas de liquidación:</i>			
1.1. Importe abonado efectivamente en concepto de pagos a cuenta	456.573.634	501.194.790	456.573.634
2.1. Importe pendiente de abonar retenido en concepto de nómina	26.528.006	26.528.006	26.528.006
2.2. Importe +/- diferencias de población	2.562.771	3.453.252	0
2.5. Revisión prima per cápita	26.393.969	28.988.015	0
<i>Otras compensaciones:</i>			
Pagos a cuenta población Mislata no incluidos en propuestas de liquidación	53.914.948	9.293.792	53.914.948
<b>Total</b>	<b>565.973.328</b>	<b>569.457.856</b>	<b>537.016.588</b>
Cápita definitiva según Sindicatura	526.688.909	526.688.909	526.688.909
<b>Exceso de precio</b>	<b>39.284.419</b>	<b>42.768.947</b>	<b>10.327.679</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los anexos XXIII y XXIV.

*En relación con la 2ª Parte: Facturación intercentros*

Según las cláusulas 4.3 y 4.6 del PCAP, la facturación intercentros es uno de los componentes del precio del contrato. Según los preceptos contractuales, esta facturación se caracteriza por los siguientes puntos:

- a) Los procesos y actos médicos objeto de facturación son los realizados exclusivamente por los servicios de asistencia sanitaria especializada de titularidad y gestión directa por la Conselleria de Sanitat a la población protegida de la concesión; y recíprocamente, la facturación por el concesionario a la Conselleria de Sanitat 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.
- b) Para su determinación se aplican los importes equivalentes a los correspondientes de la Ley de Tasas y Precios Públicos de la Comunitat Valenciana en la fecha en la que realizan la asistencias; precio que en la facturación que presente el concesionario se corrige por el coeficiente de transferencia de servicios (0,85).
- c) La atención de personas que forman parte de la población protegida que se realice en centros que no sean de titularidad y de gestión pública (por ejemplo, otras concesiones administrativas o centros concertados), no genera facturación intercentros, pues deben ser esos centros quienes facturen los procesos asistenciales realizados directamente al titular de la concesión.
- d) La asistencia sanitaria de atención primaria a ciudadanos no incluidos en la población protegida por el contrato no genera ningún tipo de facturación.

Al comparar las propuestas de liquidaciones del concesionario y la Administración, las diferencias por la atención prestada por el concesionario a pacientes fuera de su población protegida ascienden a 3,1 millones de euros (un 4,4% de lo reclamado por el concesionario).

Sin embargo, donde la diferencia sí es significativa es en relación con la atención prestada a pacientes de Manises realizada en otros departamentos de salud (123,1 millones de euros, un 60,1% de lo reclamado por la Conselleria). El concesionario considera que no son facturables<sup>42</sup> las asistencias y prestaciones realizadas a población de su cápita en otros departamentos:

---

<sup>42</sup> Así se aprobó en el seno de la Comisión Mixta en reuniones celebradas el 9 de junio y el 13 de septiembre de 2010 (la Comisión Mixta celebrada el 11 de febrero de 2015, con el voto en contra de los representantes del concesionario, dejó sin efecto dichos acuerdos).

- Que no fueran comunicadas dentro de los plazos contemplados en el contrato, o bien,
- que no cumplan con los requisitos establecidos por el Decreto 37/2006, de 24 de marzo, del Consell de la Generalitat, por el que se regula la libre elección de facultativo y centro, en el ámbito de la sanidad pública de la Comunitat Valenciana, bien porque no hay constancia documental de que la asistencia responda a una solicitud de libre elección, o porque se trate de especialidades que no estaban contempladas como de libre elección, o porque se trate de especialidades que forman parte de la cartera de servicios de Manises.

La facturación intercentros contemplada en los pliegos es un mecanismo objetivo de equilibrio económico del contrato, que tiene en cuenta la realidad del flujo asistencial de pacientes entre departamentos de salud y que funciona en un doble sentido (para el concesionario y para la Administración). En opinión de esta Sindicatura, el equilibrio económico del contrato puede romperse si en el marco de dicho mecanismo se toman decisiones que, teniendo carácter formal y procedimental, son contrarias a la finalidad del propio contrato. El objetivo del contrato es que el concesionario asuma la asistencia sanitaria integral de una población concreta, a cambio de una cápita, por lo que el rechazo del concesionario a sufragar el gasto por el servicio prestado a un paciente de su población protegida pero atendido en otro departamento, implica que la Administración asume doblemente el coste, la cápita y el coste de la prestación realizada.

En cualquier caso, y tal como se ha comentado en el Subobjetivo 3.1, la pertinencia o no de aceptar la propuesta del concesionario está en situación *sub iudice*.

*En relación con la 3ª Parte: Otros conceptos*

El principal importe reclamado incluido en esta parte, y que asciende a 30,9 millones de euros, se corresponde con gastos de personal que el concesionario considera que no le corresponde asumir en virtud del contrato.

Como planteamiento general, el concesionario reclama que cuando se inicia la actividad de la concesión, la Conselleria transfirió un mayor número de personas que el previsto en el PCAP. Según el concesionario, en el periodo transcurrido entre la firma del contrato y el inicio del funcionamiento de la concesión la Conselleria de Sanitat ha alterado la relación jurídica de su personal dependiente y ha realizado concursos de traslados, reingresos provisionales y mejoras de empleo, por lo que los gastos de personal han aumentado considerablemente.





*Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Manises. Ejercicios 2009-2015*

Esta reclamación tiene su base en un informe jurídico de un despacho de abogados, que considera que existe un incumplimiento contractual por ruptura del equilibrio económico. La reclamación fue aceptada en el seno de la Comisión Mixta de 6 de noviembre de 2012.



## **ANEXO I**

### **Gasto corriente sanitario público por departamento y por habitante**

Departamento de Salud	Ejercicio 2015						
	Gasto contable en asistencia sanitaria (A)	Asistencias realizadas a población protegida de otros departamentos y otros colectivos (B)	Asistencias realizadas en otros departamentos (C)	Ajuste gasto real en asistencia sanitaria <sup>43</sup> (D)	Estimación gasto neto en asistencia sanitaria de población protegida del departamento (E = A - B + C + D)	Población protegida (media anual) (F)	Gasto per cápita (G = E / F)
<b>Comarcal</b>							
0 - Población no asignada						50	
1 - Vinaròs	73.129.352	7.157.420	9.629.859	-6.890.540	68.711.250	82.046	837
3 - La Plana	116.224.580	5.925.881	21.111.942	-5.495.809	125.914.833	178.651	705
4 - Sagunto	127.751.836	7.296.381	20.920.448	-6.600.644	134.775.259	142.710	944
6 - Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria	211.594.104	12.303.685	66.745.414	-529.454	265.506.379	291.297	911
8 - Requena	47.461.441	4.005.606	8.193.982	-1.980.480	49.669.337	46.916	1.059
12 - Gandia	133.381.169	8.663.371	23.021.097	-7.081.227	140.657.668	167.600	839
14 - Xàtiva-Ontinyent	164.339.282	5.056.496	23.061.444	-10.013.806	172.330.425	189.284	910
15 -Alcoy	125.241.653	2.695.655	14.055.164	-9.969.401	126.631.761	132.723	954
16 - Marina Baixa	138.715.027	14.218.762	17.349.097	-5.773.623	136.071.739	160.163	850
18 - Elda	159.074.415	3.792.106	18.672.456	-11.376.534	162.578.231	183.686	885
21 - Orihuela	124.801.306	4.256.783	18.119.756	-9.680.263	128.984.015	156.756	823
<b>Subtotal</b>	<b>1.421.714.165</b>	<b>75.372.145</b>	<b>240.880.659</b>	<b>-75.391.781</b>	<b>1.511.830.898</b>	<b>1.731.882</b>	<b>873</b>
<b>Referencia 1</b>							
2 - Castellón	313.591.702	27.525.249	12.755.891	-1.275.196	297.547.149	260.577	1.142
7 - Valencia-La Fe	665.323.056	209.197.521	27.168.718	-78.662.885	404.631.368	261.311	1.548
19 - Alicante-Hospital General	349.294.681	77.557.067	8.990.366	-32.488.171	248.239.808	249.979	993
<b>Subtotal</b>	<b>1.328.209.440</b>	<b>314.279.837</b>	<b>48.914.975</b>	<b>-112.426.253</b>	<b>950.418.325</b>	<b>771.867</b>	<b>1.231</b>
<b>Referencia 2</b>							
5 - Valencia-Clínico-Malvarrosa	335.638.475	49.576.299	27.681.827	-18.503.954	295.240.050	317.292	930

<sup>43</sup> Los ajustes se han estimado a partir de la información facilitada por la Dirección General de Recursos Humanos y Económicos de la Conselleria de Sanitat, y no difieren significativamente de los cálculos realizados por esta Sindicatura. La naturaleza del ajuste se debe, básicamente, a tres motivos:

- En la liquidación del presupuesto de gastos 2015 existen obligaciones reconocidas que corresponden a gastos de ejercicios anteriores.
- A 31 de diciembre de 2015, existen obligaciones no imputadas al presupuesto del ejercicio corriente.
- Los consorcios hospitalarios de Valencia y Castellón reciben financiación adicional del Estado. Los fondos estatales de asistencia sanitaria aportados por el Ministerio de Hacienda y Función Pública no tienen reflejo en el presupuesto de la Generalitat, sino en los de las respectivas diputaciones.

Departamento de Salud	Ejercicio 2015						
	Gasto contable en asistencia sanitaria (A)	Asistencias realizadas a población protegida de otros departamentos y otros colectivos (B)	Asistencias realizadas en otros departamentos (C)	Ajuste gasto real en asistencia sanitaria <sup>43</sup> (D)	Estimación gasto neto en asistencia sanitaria de población protegida del departamento (E = A - B + C + D)	Población protegida (media anual) (F)	Gasto per cápita (G = E / F)
9 - Valencia-Hospital General	215.236.025	37.722.662	39.037.397	58.175.192	274.725.952	334.549	821
10 - Valencia-Doctor Peset	280.669.640	32.880.821	43.609.201	-21.763.782	269.634.238	256.907	1.050
17 - Alicante-Sant Joan d'Alacant	163.276.142	19.342.085	26.568.030	-9.274.240	161.227.847	197.835	815
20 - Elx-Hospital General	190.804.280	20.856.210	12.365.671	-17.620.716	164.693.025	151.980	1.084
<b>Subtotal</b>	<b>1.185.624.562</b>	<b>160.378.077</b>	<b>149.262.127</b>	<b>-8.987.500</b>	<b>1.165.521.112</b>	<b>1.258.563</b>	<b>926</b>
<b>Concesiones:<sup>44</sup></b>							
11 - La Ribera	210.786.000	19.806.979	17.172.664	0	208.151.685	247.392	841
13 - Dénia	111.490.933	12.470.195	8.688.440	0	107.709.178	150.083	718
22 - Torrevieja	116.170.228	23.978.876	6.706.132	0	98.897.484	155.883	634
23 - Manises	142.863.345 <sup>45</sup>	25.665.216	22.319.433	0	139.517.562	193.582	721
24 - Elx-Crevillent	109.505.671	12.849.373	13.358.937	0	110.015.234	148.063	743
<b>Subtotal</b>	<b>690.816.177</b>	<b>94.770.640</b>	<b>68.245.606</b>	<b>0</b>	<b>664.291.144</b>	<b>895.003</b>	<b>742</b>
<b>Total Comunitat Valenciana</b>	<b>4.626.364.345</b>	<b>644.800.699</b>	<b>507.303.366</b>	<b>-196.805.534</b>	<b>4.292.061.478</b>	<b>4.657.315</b>	<b>922</b>

Fuente:

Columna A: Diario de operaciones del presupuesto corriente de la GV del ejercicio 2015 (ver anexo II).

Columnas B y C: COMPAS (ver anexo IV).

Columna D: Ajuste estimado a partir de la información facilitada por la Dirección General de Recursos Humanos y Económicos de la Conselleria de Sanitat.

Columna F: Sistema de Información Poblacional (SIP). Servicio de Aseguramiento Sanitario (ver anexo V).

<sup>44</sup> En el caso de las concesiones, el gasto no es exclusivamente corriente, ya que incluye también el de las inversiones comprometidas.

<sup>45</sup> Para conciliar esta cuantía con los pagos a cuenta facturados en 2015 hay que deducir, por estar imputada al presupuesto 2015, la facturación correspondiente al mes de diciembre de 2014 (11.553.526 euros) y añadir la facturación correspondiente al mes de diciembre de 2015 (11.937.256 euros), que está imputada en el presupuesto 2016.



## **ANEXO II**

**Obligaciones reconocidas imputadas al presupuesto corriente del ejercicio 2015 en programas de asistencia sanitaria. Capítulos 1 y 2**

		ORN Presupuesto Corriente 2015						
Centro coste	Descripción unidad	313.20	412.22	412.24	412.28	Transporte	Oxigenoterapia	Total
		(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	a + b + c + d - e - f
<b>Unidades orgánicas supradepartamentales</b>								
1002910000	D.G. de Asistencia Sanitaria	6.088.845	958.603	25.895.528	5.495	135.366	140.147	32.672.957
1002910092	Gestión Delegada	0	264.087.089	0	0	0	0	264.087.089
1002910290	Servicios Centrales. AVS	225.350	1.818.250	0	0	0	0	2.043.600
1002910230	Dirección Territorial de Alicante. AVS	0	0	8.180.957	0	3.516.358	3.247.524	1.417.076
1002910250	Dirección Territorial de Castellón. AVS	0	178.463	795.571	0	0	0	974.034
1002910280	Dirección Territorial de Valencia. AVS	0	0	9.151.674	0	2.648.536	3.032.034	3.471.104
1002910278	Centro Transfusiones C.V.	0	34.211.004	0	0	0	245	34.210.759
1002913021	Servicio Emergencias Sanitarias Elx-Alacant	0	15.783.418	10.335.847	0	10.338.834	0	15.780.431
1002915041	Servicio Emergencias Sanitarias Castellón	0	6.364.472	5.305.768	0	5.305.768	0	6.364.472
1002918071	Servicio Emergencias Sanitarias Valencia	0	19.005.312	11.504.305	0	11.504.305	0	19.005.312
1002913001	Hospital crónicos y larga estancia San Vicent del Raspeig	0	0	0	15.649.287	0	0	15.649.287
1002913002	Hospital crónicos y larga estancia La Pedrera	0	0	0	13.951.646	0	0	13.951.646
1002915001	Hospital crónicos y larga estancia La Magdalena	0	0	0	13.035.934	0	434	13.035.500
1002918001	Hospital crónicos y larga estancia Dr. Moliner	0	0	0	16.128.583	0	0	16.128.583
1002918002	Hospital crónicos y larga estancia Padre Jofre	0	0	0	13.275.871	0	0	13.275.871
<b>Subtotal</b>		<b>6.314.195</b>	<b>342.406.611</b>	<b>71.169.650</b>	<b>72.046.816</b>	<b>33.449.167</b>	<b>6.420.384</b>	<b>452.067.721</b>
<b>Departamentos salud: comarcales</b>								
1002910101	Departamento de Salud de Vinaròs	0	71.949.321	2.626.957	0	956.753	490.173	73.129.352
1002910205	Departamento de Salud de la Plana	0	113.476.924	5.081.542	0	1.089.974	1.243.912	116.224.580
1002910301	Departamento de Salud de Sagunto	0	122.775.825	7.010.218	0	1.095.248	938.958	127.751.836
1002910501	Departamento de Salud Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria	0	197.276.124	18.403.744	0	2.214.633	1.871.132	211.594.104
1002910701	Departamento de Salud de Requena	0	46.236.265	2.568.278	0	1.032.262	310.840	47.461.441
1002911101	Departamento de Salud de Gandia	0	124.039.066	11.668.093	0	1.207.304	1.118.686	133.381.169
1002911301	Departamento de Salud de Xàtiva-Ontinyent	0	157.169.219	10.208.467	0	1.761.531	1.276.874	164.339.282
1002911405	Departamento de Salud de Alcoy	0	120.366.243	6.669.971	0	873.617	920.945	125.241.653
1002911501	Departamento de Salud de la Marina Baixa	0	125.610.925	15.586.571	0	1.236.112	1.246.356	138.715.027
1002911701	Departamento de Salud de Elda	0	154.594.428	7.263.346	0	1.462.352	1.321.007	159.074.415
1002912001	Departamento de Salud de Orihuela	0	122.243.030	4.802.067	0	1.089.491	1.154.299	124.801.306
<b>Subtotal</b>		<b>0</b>	<b>1.355.737.369</b>	<b>91.889.254</b>	<b>0</b>	<b>14.019.277</b>	<b>11.893.181</b>	<b>1.421.714.165</b>

Centro coste	Descripción unidad	ORN Presupuesto Corriente 2015							Total
		313.20	412.22	412.24	412.28	Transporte	Oxigenoterapia		
<b>Departamentos salud: referencia 1</b>									
1002910095	Consorcio Hospital Provincial Castellón	0	58.302.990	0	0	0	0	58.302.990	
1002910201	Departamento de Salud de Castellón	0	230.889.976	28.036.275	0	1.711.028	1.926.510	255.288.712	
1002910601	Departamento de Salud de Valencia-La Fe	0	634.660.182	34.009.066	0	1.683.432	1.662.760	665.323.056	
1002911801	Departamento de Salud de Alicante-Hospital General	0	331.751.543	21.623.768	0	1.897.837	2.182.794	349.294.681	
<b>Subtotal</b>		<b>0</b>	<b>1.255.604.692</b>	<b>83.669.109</b>	<b>0</b>	<b>5.292.297</b>	<b>5.772.063</b>	<b>1.328.209.440</b>	
<b>Departamentos salud: referencia 2</b>									
1002910401	Departamento de Salud de Valencia-Clinico-Malvarrosa	0	307.514.674	31.966.664	0	1.754.437	2.088.425	335.638.475	
1002910801	Departamento de Salud de Valencia-Hospital General	0	198.782.552	18.290.820	0	1.262.459	574.888	215.236.025	
1002910901	Departamento de Salud de Valencia-Doctor Peset	0	251.936.978	31.695.410	0	1.021.974	1.940.774	280.669.640	
1002911601	Departamento de Salud de Alicante-Sant Joan d'Alacant	0	160.934.581	5.416.338	0	1.634.870	1.439.907	163.276.142	
1002911901	Departamento de Salud de Elx-Hospital General	0	173.527.912	19.444.194	0	1.058.061	1.109.764	190.804.280	
<b>Subtotal</b>		<b>0</b>	<b>1.092.696.696</b>	<b>106.813.425</b>	<b>0</b>	<b>6.731.802</b>	<b>7.153.757</b>	<b>1.185.624.562</b>	
<b>Departamentos salud: concesiones (pagos a cuenta)</b>									
1002910689	Departamento de Salud Manises concesión	0	142.863.345	0	0	0	0	142.863.345	
1002911089	Departamento de Salud la Ribera concesión	0	210.786.000	0	0	0	0	210.786.000	
1002911289	Departamento de Salud Dénia concesión	0	111.490.933	0	0	0	0	111.490.933	
1002911989	Departamento de Salud Elx-Crevillent concesión	0	109.505.671	0	0	0	0	109.505.671	
1002912089	Departamento de Salud Torrevieja concesión	0	116.170.228	0	0	0	0	116.170.228	
<b>Subtotal</b>		<b>0</b>	<b>690.816.177</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>690.816.177</b>	
<b>Departamentos salud: concesiones (nómina personal transferido)</b>									
1002910698	Departamento de Salud de Manises	0	17.841.823	0	0	0	0	17.841.823	
1002911098	Departamento de Salud de la Ribera	0	19.318.446	0	0	0	0	19.318.446	
1002911298	Departamento de Salud de Dénia	0	16.579.923	0	0	0	0	16.579.923	
1002911998	Departamento de Salud de Elx-Crevillent	0	5.279.165	0	0	0	0	5.279.165	
1002912098	Departamento de Salud de Torrevieja	0	3.652.737	0	0	0	0	3.652.737	
<b>Subtotal</b>		<b>0</b>	<b>62.672.093</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>62.672.093</b>	
<b>Total</b>		<b>6.314.195</b>	<b>4.799.933.638</b>	<b>353.541.439</b>	<b>72.046.816</b>	<b>59.492.543</b>	<b>31.239.385</b>	<b>5.141.104.159</b>	

Fuente: Diario de operaciones del presupuesto corriente de la GV del ejercicio 2015.



### **ANEXO III**

**Gasto corriente sanitario público en programas presupuestarios destinados a tratamiento de drogodependencias y conductas adictivas, y a salud mental y hospitales crónicos y de larga estancia (gastos supradepartamentales). Por habitante**



Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Manises. Ejercicios 2009-2015

Programas presupuestarios	Gasto corriente sanitario público	Población protegida media 2015 <sup>46</sup>	Gasto per cápita
313. 20 Drogodependencias y otras adicciones	6.314.195	3.762.312	1,68
412. 28 Salud mental y hospitales crónicos	72.046.816	3.762.312	19,15

Fuente: Diario de operaciones del presupuesto corriente de la GV del ejercicio 2015.

<sup>46</sup> Incluye la población de todos los departamentos de salud, excepto los de las concesiones, dado que las mismas están obligadas, por contrato, a asumir la prestación de los servicios de las unidades de conductas adictivas y de las unidades de salud mental.



## **ANEXO IV**

### **Asistencias interdepartamentales en 2015 cuantificadas a tarifas de compensación**

### Cuadro 1. Departamento origen: hospitales comarcales

Departamento de destino	Departamento origen de los pacientes atendidos										
	1 - Vinaròs	3 - La Plana	4 - Sagunto	6 - Valencia-Arnau-Llíria	8 - Requena	12 - Gandia	14 - Xàtiva-Ontinyent	15 - Alcoy	16 - Marina Baixa	18 - Elda	21 - Orihuela
<b>Comarcal</b>											
1 - Vinaròs	0	106.281	53.626	58.985	6.323	21.154	17.564	10.580	8.773	7.717	1.529
3 - La Plana	105.339	105	386.065	126.693	10.293	15.875	16.933	4.017	6.135	8.882	3.005
4 - Sagunto	72.020	447.896	0	483.474	24.588	23.564	29.052	6.072	6.585	8.690	4.333
6 - Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria	49.135	50.043	213.282	0	83.491	114.339	129.104	30.895	19.700	16.215	5.423
8 - Requena	1.582	7.831	37.505	170.497	0	8.127	18.944	5.465	14.877	7.520	2.638
12 - Gandia	4.017	17.755	26.076	100.697	14.808	0	375.428	166.573	40.546	14.037	11.049
14 - Xàtiva-Ontinyent	6.648	15.882	25.774	133.555	17.444	445.494	0	184.121	18.236	40.846	34.916
15 - Alcoy	7.632	4.024	8.925	25.657	6.010	132.074	291.791	0	39.278	100.266	12.310
16 - Marina Baixa	18.338	11.787	22.404	56.838	27.530	36.606	57.745	135.431	0	135.557	24.439
18 - Elda	3.113	2.551	9.245	19.803	4.204	17.661	34.087	225.762	58.356	0	49.098
21 - Orihuela	3.233	8.025	8.843	13.148	1.376	16.910	6.136	54.559	46.525	96.848	0
<b>Subtotal</b>	<b>271.057</b>	<b>672.181</b>	<b>791.746</b>	<b>1.189.345</b>	<b>196.067</b>	<b>831.805</b>	<b>976.784</b>	<b>823.474</b>	<b>259.011</b>	<b>436.578</b>	<b>148.739</b>
<b>Referencia 1</b>											
2 - Castellón	5.302.916	11.692.101	329.641	158.654	22.831	27.420	39.424	15.329	11.710	32.431	10.744
7 - Valencia-La Fe	3.393.897	7.141.864	6.413.172	47.267.617	2.261.062	4.952.600	8.635.710	2.885.907	1.969.155	2.575.980	1.674.167
19 - Alicante-Hospital General	2.900	13.738	82.007	46.041	8.458	165.821	38.567	3.679.344	8.608.724	12.467.074	5.428.714
<b>Subtotal</b>	<b>8.699.714</b>	<b>18.847.703</b>	<b>6.824.820</b>	<b>47.472.311</b>	<b>2.292.352</b>	<b>5.145.840</b>	<b>8.713.701</b>	<b>6.580.580</b>	<b>10.589.589</b>	<b>15.075.485</b>	<b>7.113.625</b>
<b>Referencia 2</b>											
5 - Valencia-Clínico-Malvarrosa	148.217	796.971	11.653.537	2.788.515	229.706	9.606.668	607.442	543.784	164.814	155.368	111.168
9 - Valencia-Hospital General	43.754	194.982	310.367	1.759.195	4.799.012	212.011	7.123.895	4.055.461	39.235	40.143	14.462
10 - Valencia-Doctor Peset	56.761	178.513	562.309	1.683.971	234.826	1.045.087	926.116	170.029	53.057	23.792	25.611
17 - Alicante-Sant Joan d'Alacant	3.489	3.009	5.135	19.089	8.913	33.582	27.735	303.577	3.500.456	1.039.177	1.408.196
20 - Elx-Hospital General	2.708	5.540	8.143	11.050	1.751	29.411	18.489	71.231	91.226	755.569	4.560.420
<b>Subtotal</b>	<b>254.929</b>	<b>1.179.015</b>	<b>12.539.492</b>	<b>6.261.820</b>	<b>5.274.208</b>	<b>10.926.760</b>	<b>8.703.678</b>	<b>5.144.081</b>	<b>3.848.788</b>	<b>2.014.048</b>	<b>6.119.857</b>
<b>Concesiones:</b>											
11 - La Ribera	25.767	144.686	141.335	667.601	81.733	4.268.945	4.211.732	982.876	51.120	55.888	19.631
13 - Dénia	3.434	18.737	148.939	191.139	9.341	1.598.679	138.367	170.930	527.649	38.939	38.286
22 - Torrevieja	15.531	19.711	73.945	20.382	2.115	27.719	19.433	36.073	150.088	68.559	1.977.107
23 - Manises	357.818	228.263	397.279	10.933.016	337.208	214.078	277.056	125.907	62.691	46.366	4.906
24 - Elx-Crevillent	1.609	1.646	2.893	9.800	958	7.271	20.693	191.242	1.860.162	936.592	2.697.605
<b>Subtotal</b>	<b>404.159</b>	<b>413.044</b>	<b>764.391</b>	<b>11.821.938</b>	<b>431.355</b>	<b>6.116.692</b>	<b>4.667.281</b>	<b>1.507.029</b>	<b>2.651.710</b>	<b>1.146.345</b>	<b>4.737.535</b>
<b>Total Comunitat Valenciana</b>	<b>9.629.859</b>	<b>21.111.942</b>	<b>20.920.448</b>	<b>66.745.414</b>	<b>8.193.982</b>	<b>23.021.097</b>	<b>23.061.444</b>	<b>14.055.164</b>	<b>17.349.097</b>	<b>18.672.456</b>	<b>18.119.756</b>

## Cuadro 2. Departamento origen: hospitales de referencia (1 y 2)

Departamento de destino	Departamento origen de los pacientes atendidos							
	2 - Castellón	7 - Valencia-La Fe	19 - Alicante-Hosp. Gral.	5 - Valencia-Clinico-Malvarrosa	9 - Valencia-Hospital Gral.	10 - Valencia-Doctor Peset	17 - Alicante-Sant Joan d'Alacant	20 - Elx-Hospital Gral.
<b>Comarcal</b>								
1 - Vinaròs	460.111	56.884	6.994	91.387	85.590	59.529	6.894	4.839
3 - La Plana	2.044.351	128.812	15.291	191.558	130.318	131.672	5.580	3.997
4 - Sagunto	131.969	525.412	12.452	1.123.804	505.398	498.019	13.174	4.140
6 - Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria	74.244	1.940.952	16.950	1.583.297	1.663.826	1.427.057	20.296	13.832
8 - Requena	17.751	233.324	14.809	235.806	350.446	251.765	8.197	3.034
12 - Gandia	22.217	174.930	34.254	199.463	229.702	223.589	30.383	15.444
14 - Xàtiva-Ontinyent	36.611	160.765	70.715	285.059	230.785	296.034	22.695	12.179
15 - Alcoy	13.358	48.537	145.708	72.870	37.981	53.864	165.123	24.351
16 - Marina Baixa	23.280	61.156	205.918	79.818	75.095	93.288	417.985	72.490
18 - Elda	16.335	19.271	360.011	56.848	27.500	41.753	315.292	131.238
21 - Orihuela	7.423	14.965	189.885	20.583	8.143	9.473	85.593	160.895
<b>Subtotal</b>	<b>2.847.649</b>	<b>3.365.008</b>	<b>1.072.987</b>	<b>3.940.494</b>	<b>3.344.784</b>	<b>3.086.043</b>	<b>1.091.211</b>	<b>446.440</b>
<b>Referencia 1</b>								
2 - Castellón	0	165.893	72.975	232.895	200.986	217.254	10.428	10.001
7 - Valencia-La Fe	6.460.899	0	1.817.763	15.428.466	21.627.225	25.928.433	1.340.507	1.375.183
19 - Alicante-Hospital General	24.350	27.864	0	59.552	27.050	30.554	22.768.808	5.056.092
<b>Subtotal</b>	<b>6.485.249</b>	<b>193.757</b>	<b>1.890.739</b>	<b>15.720.914</b>	<b>21.855.260</b>	<b>26.176.241</b>	<b>24.119.743</b>	<b>6.441.276</b>
<b>Referencia 2</b>								
5 - Valencia-Clinico-Malvarrosa	503.963	4.194.475	118.698	0	3.802.320	3.571.728	82.868	71.118
9 - Valencia-Hospital General	2.143.199	2.207.892	38.841	1.719.104	0	6.501.041	35.524	20.316
10 - Valencia-Doctor Peset	165.764	14.126.086	42.578	2.934.067	4.510.652	0	32.388	21.919
17 - Alicante-Sant Joan d'Alacant	33.725	14.958	4.516.569	38.310	37.251	47.865	0	521.639
20 - Elx-Hospital General	6.651	10.229	610.071	35.142	12.822	32.139	451.527	0
<b>Subtotal</b>	<b>2.853.302</b>	<b>20.553.640</b>	<b>5.326.759</b>	<b>4.726.623</b>	<b>8.363.045</b>	<b>10.152.773</b>	<b>602.307</b>	<b>634.991</b>
<b>Concesiones:</b>								
11 - La Ribera	160.889	1.297.805	41.863	971.876	1.354.211	1.759.705	62.797	28.017
13 - Dénia	83.777	205.946	112.593	442.242	340.302	326.088	105.891	47.487
22 - Torrevieja	7.975	23.558	123.462	16.604	19.849	10.148	209.601	177.593
23 - Manises	301.978	1.525.100	87.044	1.853.406	3.743.712	2.088.888	77.737	49.130
24 - Elx-Crevillent	15.071	3.904	334.920	9.668	16.234	9.315	298.742	4.540.737
<b>Subtotal</b>	<b>569.691</b>	<b>3.056.313</b>	<b>699.881</b>	<b>3.293.796</b>	<b>5.474.308</b>	<b>4.194.143</b>	<b>754.768</b>	<b>4.842.964</b>
<b>Total Comunitat Valenciana</b>	<b>12.755.891</b>	<b>27.168.718</b>	<b>8.990.366</b>	<b>27.681.827</b>	<b>39.037.397</b>	<b>43.609.201</b>	<b>26.568.030</b>	<b>12.365.671</b>

### Cuadro 3. Concesiones y resto de población

Departamento de destino	Departamento origen de los pacientes atendidos						Total
	11 - La Ribera	13 - Dénia	22 - Torrevieja	23 - Manises	24 - Elx-Crevillent	Otros colectivos <sup>47</sup>	
<b>Comarcal</b>							
1 - Vinaròs	32.194	3.418	2.375	51.265	4.123	5.999.286	7.157.420
3 - La Plana	45.783	4.396	3.316	68.993	5.346	2.463.123	5.925.881
4 - Sagunto	95.152	28.975	8.576	244.357	2.373	2.996.303	7.296.381
6 - Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria	271.957	52.505	7.783	1.314.594	6.081	3.198.683	12.303.685
8 - Requena	44.718	7.769	3.844	357.374	2.260	2.199.524	4.005.606
12 - Gandia	622.538	382.297	13.449	62.039	8.210	5.873.873	8.663.371
14 - Xàtiva-Ontinyent	758.565	28.293	7.090	76.525	8.228	2.140.037	5.056.496
15 - Alcoy	34.443	103.273	7.244	21.959	32.735	1.306.243	2.695.655
16 - Marina Baixa	78.767	188.305	64.128	63.207	51.264	12.217.386	14.218.762
18 - Elda	21.358	11.889	58.325	14.634	257.279	2.036.491	3.792.106
21 - Orihuela	12.698	19.183	758.199	6.028	270.748	2.437.362	4.256.783
<b>Subtotal</b>	<b>2.018.173</b>	<b>830.304</b>	<b>934.329</b>	<b>2.280.975</b>	<b>648.648</b>	<b>42.868.311</b>	<b>75.372.145</b>
<b>Referencia 1</b>							
2 - Castellón	98.623	12.691	6.856	112.798	12.260	8.728.388	27.525.249
7 - Valencia-La Fe	11.435.043	3.147.282	750.431	14.737.564	1.739.012	14.238.582	209.197.521
19 - Alicante-Hospital General	81.805	2.365.512	3.499.633	42.504	3.304.092	9.727.863	77.557.067
<b>Subtotal</b>	<b>11.615.472</b>	<b>5.525.485</b>	<b>4.256.920</b>	<b>14.892.866</b>	<b>5.055.365</b>	<b>32.694.833</b>	<b>314.279.837</b>
<b>Referencia 2</b>							
5 - Valencia-Clínico-Malvarrosa	1.182.181	1.148.385	37.567	1.407.389	59.459	6.589.958	49.576.299
9 - Valencia-Hospital General	799.278	111.034	54.457	2.608.259	16.068	2.875.130	37.722.662
10 - Valencia-Doctor Peset	1.523.235	189.527	3.624	1.112.055	5.561	3.253.292	32.880.821
17 - Alicante-Sant Joan d'Alacant	21.757	869.277	188.755	10.361	235.549	6.453.713	19.342.085
20 - Elx-Hospital General	12.569	14.429	1.230.480	7.529	7.338.287	5.538.798	20.856.210
<b>Subtotal</b>	<b>3.539.020</b>	<b>2.332.652</b>	<b>1.514.883</b>	<b>5.145.592</b>	<b>7.654.924</b>	<b>24.710.891</b>	<b>160.378.077</b>
<b>Concesiones:</b>							
11 - La Ribera	0	0	0	0	0	3.478.502	19.806.979
13 - Dénia	0	0	0	0	0	7.921.428	12.470.195
22 - Torrevieja	0	0	0	0	0	20.979.424	23.978.876
23 - Manises	0	0	0	0	0	2.953.634	25.665.216
24 - Elx-Crevillent	0	0	0	0	0	1.890.309	12.849.373
<b>Subtotal</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>37.223.297</b>	<b>94.770.640</b>
<b>Total Comunitat Valenciana</b>	<b>17.172.664</b>	<b>8.688.440</b>	<b>6.706.132</b>	<b>22.319.433</b>	<b>13.358.937</b>	<b>137.497.332</b>	<b>644.800.699</b>

Nota: Se incluyen los siguientes tipos de asistencias: hospitalización, intervenciones sin hospitalización, urgencias hospitalarias, radiodiagnóstico, consultas externas y consultas de primaria.

Fuente: COMPAS.

<sup>47</sup> Población no asignada a ningún departamento (accidentes, desplazados, mutualistas, sin cobertura pública,...).



## **ANEXO V**

**Población protegida por Departamento de Salud en el ejercicio 2015 (datos al último día de cada mes)**

Departamento de Salud	Población protegida media	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
<b>Comarcal</b>													
0 - Población no asignada	50	52	49	50	52	55	53	54	53	48	47	45	46
1 - Vinaròs	82.046	82.044	82.025	82.125	82.064	82.154	82.271	81.835	81.968	82.035	82.126	82.224	81.680
3 - La Plana	178.651	178.713	178.686	178.789	178.708	178.741	178.869	178.388	178.524	178.648	178.779	178.837	178.127
4 - Sagunto	142.710	142.780	142.751	142.823	142.779	142.753	142.854	142.469	142.559	142.656	142.795	142.873	142.425
6 - Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria	291.297	290.476	290.616	290.997	291.161	291.223	291.518	290.895	291.185	291.708	292.047	292.306	291.433
8 - Requena	46.916	46.988	46.918	46.907	46.889	46.866	46.949	46.987	47.059	47.003	46.941	46.838	46.643
12 - Gandia	167.600	167.656	167.538	167.687	167.692	167.736	167.980	167.263	167.460	167.654	167.801	167.838	166.897
14 - Xàtiva-Ontinyent	189.284	189.635	189.525	189.570	189.522	189.504	189.590	189.040	189.077	189.064	189.189	189.154	188.536
15 - Alcoy	132.723	132.753	132.699	132.721	132.680	132.741	132.847	132.631	132.682	132.798	132.867	132.860	132.396
16 - Marina Baixa	160.163	159.639	159.518	159.863	159.811	160.048	160.438	159.909	160.115	160.521	160.875	160.838	160.381
18 - Elda	183.686	183.901	183.865	183.910	183.911	183.856	183.940	183.474	183.505	183.555	183.594	183.639	183.079
21 - Orihuela	156.756	156.380	156.429	156.617	156.639	156.757	156.996	156.545	156.681	156.861	157.131	157.204	156.836
<b>Subtotal</b>	<b>1.731.882</b>	<b>1.731.017</b>	<b>1.730.619</b>	<b>1.732.059</b>	<b>1.731.908</b>	<b>1.732.434</b>	<b>1.734.305</b>	<b>1.729.490</b>	<b>1.730.868</b>	<b>1.732.551</b>	<b>1.734.192</b>	<b>1.734.656</b>	<b>1.728.479</b>
<b>Referencia 1</b>													
2 - Castellón	260.577	260.221	260.105	260.423	260.657	260.700	260.950	260.269	260.515	260.916	261.177	261.152	259.841
7 - Valencia-La Fe	261.311	260.301	260.536	260.986	261.096	261.289	261.655	260.560	261.009	261.598	262.170	262.644	261.882
19 - Alicante-Hospital General	249.979	249.178	249.604	249.862	249.940	250.196	250.457	249.529	249.803	250.098	250.410	250.721	249.946
<b>Subtotal</b>	<b>771.867</b>	<b>769.700</b>	<b>770.245</b>	<b>771.271</b>	<b>771.693</b>	<b>772.185</b>	<b>773.062</b>	<b>770.358</b>	<b>771.327</b>	<b>772.612</b>	<b>773.757</b>	<b>774.517</b>	<b>771.669</b>
<b>Referencia 2</b>													
5 - Valencia-Clínico-Malvarrosa	317.292	316.915	317.046	317.404	317.469	317.474	317.706	316.518	316.782	317.304	317.736	318.073	317.073
9 - Valencia-Hospital General	334.549	333.834	334.062	334.531	334.692	334.794	335.137	333.827	333.972	334.573	335.125	335.486	334.558
10 - Valencia-Doctor Peset	256.907	256.746	256.728	256.929	257.053	257.125	257.365	256.258	256.537	256.910	257.262	257.489	256.478
17 - Alicante-Sant Joan d'Alacant	197.835	197.711	197.556	197.810	197.816	197.930	198.183	197.323	197.557	197.950	198.193	198.380	197.615
20 - Elx-Hospital General	151.980	151.567	151.647	151.834	151.876	152.044	152.218	151.723	151.875	152.146	152.344	152.429	152.055
<b>Subtotal</b>	<b>1.258.563</b>	<b>1.256.773</b>	<b>1.257.039</b>	<b>1.258.508</b>	<b>1.258.906</b>	<b>1.259.367</b>	<b>1.260.609</b>	<b>1.255.649</b>	<b>1.256.723</b>	<b>1.258.883</b>	<b>1.260.660</b>	<b>1.261.857</b>	<b>1.257.779</b>
<b>Concesiones:</b>													
11 - La Ribera	247.392	247.469	247.521	247.645	247.623	247.547	247.727	246.571	247.079	247.300	247.596	247.695	246.936
13 - Dénia	150.083	150.133	149.907	149.893	149.833	149.951	150.354	149.930	150.103	150.263	150.473	150.425	149.735
22 - Torreveja	155.883	156.116	156.145	156.425	156.206	156.244	156.526	155.516	155.597	155.500	155.700	155.711	154.912
23 - Manises	193.582	193.269	193.349	193.510	193.582	193.652	193.809	193.242	193.369	193.756	193.955	194.047	193.447
24 - Elx-Crevillent	148.063	147.979	147.967	148.112	148.176	148.227	148.319	147.712	147.766	147.979	148.190	148.374	147.953
<b>Subtotal</b>	<b>895.003</b>	<b>894.966</b>	<b>894.889</b>	<b>895.585</b>	<b>895.420</b>	<b>895.621</b>	<b>896.735</b>	<b>892.971</b>	<b>893.914</b>	<b>894.798</b>	<b>895.914</b>	<b>896.252</b>	<b>892.983</b>
<b>Total Comunitat Valenciana</b>	<b>4.657.315</b>	<b>4.652.456</b>	<b>4.652.792</b>	<b>4.657.423</b>	<b>4.657.927</b>	<b>4.659.607</b>	<b>4.664.711</b>	<b>4.648.468</b>	<b>4.652.832</b>	<b>4.658.844</b>	<b>4.664.523</b>	<b>4.667.282</b>	<b>4.650.910</b>

Fuente: Sistema de Información Poblacional (SIP). Servicio de Aseguramiento Sanitario.



## **ANEXO VI**

**Anuncios de licitación y adjudicación de contratos  
relacionados con la construcción del nuevo Hospital de  
Gandia**



DOCV	Nº Expte/ Año	Objeto	Tipo de contrato	Licitación (importe sin IVA)	Adjudicación (importe sin IVA)	Importe ejecutado/obligaciones reconocidas
Núm. 5079 (26-08-2005)	777/2005	Asistencia técnica para la colaboración en la redacción del anteproyecto para el nuevo Hospital de Gandia	Contrato de servicios	300.000,00	251.100,00	251.100,00
Núm. 5487 (11-04-2007)	79/2007	Dirección de la obra de construcción del nuevo Hospital de Gandia	Contrato de servicios	1.278.425,59	933.250,68	1.231.501,13
Núm. 5530 (08-06-2007)	525/2006	Redacción del proyecto básico y de ejecución de obra civil, proyectos de instalaciones y actividad, estudio de seguridad y salud y estudio geotécnico de la obra de construcción del nuevo Hospital de Gandia, así como la ejecución de la citada obra	Contrato de obras	53.409.479,00	40.163.928,21	56.820.476,78
Núm. 6486 (23-03-2011)	20/2011	Complementario nº 1 de la obra de construcción del nuevo Hospital de Gandia	Contrato de obras	5.039.477,98	5.039.477,98	6.526.537,83
Núm. 6635 (21-10-2011)	77/2011	Dirección de las obras e instalaciones y coordinación del plan de seguridad y salud del proyecto complementario número 1 de la obra de construcción del nuevo Hospital de Gandia	Contrato de servicios	114.201,98	114.201,98	148.234,16
Núm. 7666 (26-11-2015)	486/2014	Obra de ejecución del proyecto complementario número 2 de la construcción del nuevo Hospital de Gandia	Contrato de obras	1.145.431,56	1.145.431,56	1.515.773,91
N/d	100/2015	Dirección de Obra	Contrato de servicios	N/d	N/d	34.552,33
N/d	Varios	Obras menores tramitadas por el departamento de Gandia	Contrato de servicios	N/d	N/d	733.596,80
<b>Total</b>				<b>61.287.016</b>	<b>47.647.390</b>	<b>67.261.773</b>

Fuente: DOCV y Servicio de Aprovisionamientos y Contratación.



## **ANEXO VII**

**Desglose por categoría personal laboral en EYPHM.  
Ejercicio 2015**

Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Manises. Ejercicios 2009-2015

Centro de trabajo	Categoría	Plantilla media	%
Hospital y centros de especialidades	Facultativo especialista	227	18,17%
Hospital y centros de especialidades	Enfermera/o	285	22,82%
Hospital y centros de especialidades	Técnicos especialistas	30	2,40%
Hospital y centros de especialidades	Auxiliares de enfermería	185	14,81%
Hospital y centros de especialidades	Fisioterapeuta	10	0,80%
Hospital y centros de especialidades	Resto personal asistencial	18	1,44%
Hospital y centros de especialidades	Resto personal no asistencial	177	14,17%
Centros de atención primaria	Enfermero EAP	58	4,64%
Centros de atención primaria	Médico EAP y pediatra	116	9,29%
Centros de atención primaria	Psiquiatra	7	0,56%
Centros de atención primaria	Resto personal asistencial	22	1,76%
Centros de atención primaria	Resto personal no asistencial	77	6,16%
HACLE	Facultativo especialista	4	0,32%
HACLE	Enfermera/o	8	0,64%
HACLE	Técnicos especialistas	1	0,08%
HACLE	Auxiliares de enfermería	10	0,80%
HACLE	Fisioterapeuta	2	0,16%
HACLE	Resto personal asistencial	3	0,24%
HACLE	Resto personal no asistencial	9	0,72%
<b>Total</b>		<b>1.249</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: EYPHM.



## **ANEXO VIII**

### **Coste medio de personal. Ejercicio 2015**

Departamento de Salud	Ejercicio 2015		
	Capítulo 1	Plazas gestionadas	Coste medio personal
<b>Comarcal</b>			
1 - Vinaròs	48.405.979	996	48.600
3 - La Plana	78.201.556	1.587	49.276
4 - Sagunto	80.876.724	1.577	51.285
6 - Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria	130.539.663	2.746	47.538
8 - Requena	35.272.178	722	48.853
12 - Gandia	81.647.544	1.652	49.423
14 - Xàtiva-Ontinyent	106.508.955	2.056	51.804
15 - Alcoy	75.871.702	1.519	49.948
16 - Marina Baixa	84.253.410	1.641	51.343
18 - Elda	97.336.420	2.020	48.186
21 - Orihuela	76.681.079	1.594	48.106
<b>Subtotal</b>	<b>895.595.210</b>	<b>18.110</b>	<b>49.453</b>
<b>Referencia 1</b>			
2 - Castellón	153.722.902	3.129	49.128
7 - Valencia-La Fe	341.467.479	7.257	47.054
19 - Alicante-Hospital General	198.445.326	4.092	48.496
<b>Subtotal</b>	<b>693.635.707</b>	<b>14.478</b>	<b>47.910</b>
<b>Referencia 2</b>			
5 - Valencia-Clínico-Malvarrosa	184.969.624	3.823	48.383
9 - Valencia-Hospital General	67.718.418	1.268	53.406
10 - Valencia-Doctor Peset	154.838.686	3.154	49.093
17 - Alicante-Sant Joan d'Alacant	101.238.914	2.011	50.343
20 - Elx-Hospital General	109.625.341	2.340	46.848
<b>Subtotal</b>	<b>618.390.983</b>	<b>12.596</b>	<b>49.094</b>
<b>Concesiones<sup>48</sup>:</b>			
11 - La Ribera	22.622.281	474	47.726
13 - Dénia	17.706.268	339	52.231
22 - Torrevieja	4.653.662	99	47.007
23 - Manises	17.588.703	346	50.834
24 - Elx-Crevillent	5.247.461	116	45.237
<b>Subtotal</b>	<b>67.818.376</b>	<b>1.374</b>	<b>49.358</b>
<b>Total Comunitat Valenciana</b>	<b>2.275.440.276</b>	<b>46.558</b>	<b>48.873</b>

Fuente: Diario de operaciones 2015 (obligaciones reconocidas en el capítulo 1 de los programas presupuestarios 41222 y 41226) y Memoria de Gestión Anual 2015 de la Conselleria (apartado 5.2. Plantilla gestionada).

<sup>48</sup> Personal estatutario.



## **ANEXO IX**

### **Hipótesis subyacentes al cálculo de retribuciones de un facultativo especialista**

En relación con el facultativo especialista estatutario

- Las retribuciones se corresponde a un puesto trabajo tipo 74 (grupo A1, nivel 24 y complemento específico B).

La antigüedad promedio de los empleados laborales según la información facilitada por EYPHM es de 3,5 años. Sin embargo, hemos optado por considerar para realizar este estudio económico una antigüedad teórica de 6 años, que es el periodo transcurrido desde el inicio de la concesión (desde mayo de 2009).

**Cuadro 1. Retribuciones ejercicio 2016 facultativo especialista estatutario**

Concepto salarial	Importe unitario	Número de pagas	Total anual
<i>Mensualidades</i>			
Sueldo base	1.120,15	12	13.441,80
Complemento destino	588,75	12	7.065,00
Complemento específico	1.738,62	12	20.863,44
Trienios (2 x 43,08 )	86,16	12	1.033,92
Complemento de carrera y desarrollo profesional	260,17	12	3.122,00
<i>Extras</i>			
Sueldo base	691,21	2	1.382,42
Complemento destino	588,75	2	1.177,50
Complemento específico	1.738,62	2	3.477,24
Trienios (2 x 26,58 )	53,16	2	106,32
<b>Total retribuciones</b>			<b>51.669,64</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de las tablas salariales disponibles en <http://www.san.gva.es/web/dgrhs/retribuciones-personal-iiss>.

- La jornada laboral es la resultante de aplicar la disposición adicional del Decreto 38/2016, de 8 de abril, del Consell, por el que se modifica el Decreto 137/2003, de 18 de julio, por el que se regula la jornada y horario de trabajo, permisos, licencias y vacaciones del personal al servicio de instituciones sanitarias de la Generalitat dependientes de la Conselleria de Sanitat. Los elementos configuradores de la jornada de trabajo, en cómputo anual, quedan de la siguiente manera:
  - Jornada anual bruta: 1.955 horas/año (jornada semanal bruta: 37 horas y 30 minutos).
  - Descuento por concepto de vacaciones: 163 horas.
  - Descuento por concepto de festivos, 14 festivos del calendario laboral oficial y 3 adicionales: 119 horas.

- d) Licencia de asuntos particulares, 6 días: 42 horas.
- e) Otros conceptos de descuento, con carácter genérico (higiene, preparación a la actividad, etc.): 42 horas.
- f) Jornada ordinaria efectiva general, una vez disfrutados todos los anteriores conceptos de descuento: 1.589 horas

En relación con el facultativo especialista laboral

- Las retribuciones son las de un especialista estándar, que no es especialista en radiología ni en urgencia.

## Cuadro 2. Retribuciones ejercicio 2016 facultativo especialista laboral

Colectivo	Salario bruto anual jornada completa			Distribución en % sobre el total del sub-colectivo
	Retribución fija bruta anual	Retribución variable bruta anual	Retribución variable anual de pago mensual	
Facultativo especializada	46.000	Hasta 20% retribución fija	-	-
Facultativo especializada radiología	48.000	Hasta 20% retribución fija	-	-
Facultativo especializada urgencias Nivel I	56.000	Hasta 14,6% retribución fija	Mín. 5.723 Máx. 14.716	28%
Facultativo especializada urgencias Nivel II	51.000	Hasta 20% retribución fija	Mín. 3.570 Máx. 9.180	44%
Facultativo especializada urgencias atención continuada	44.000	-	Mín. 3.570 Máx. 9.180	28%
Facultativo primaria (EAP, pediatría, salud mental, UHD)	41.000	Hasta 15% retribución fija	-	-
Médico atención continuada Nivel I	48.900	-	-	63%
Médico atención continuada Nivel II	42.000	-	-	37%

Fuente: EYPHM.

La retribución variable tiene devengo anual, con el sistema de fijación de objetivos y cálculo que se detalla en la política definida en el Plan General de Incentivos para Facultativos, Médicos Especialistas, Farmacéuticos Especialistas en Farmacia Hospitalaria de la mercantil Especializada y Primaria L'Horta-Manises, SA.

Existen casos en los que mediante contrato laboral individual las condiciones retributivas pactadas son superiores a las arriba detalladas.

- La jornada laboral es la fijada en el artículo 14 del convenio colectivo de trabajo del sector de sanidad privada de la provincia de Valencia.
- No se ha considerado el coste de las guardias retribuidas.





## **ANEXO X**

**Facultativos en atención primaria y especializada por  
1.000 habitantes**



Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Manises. Ejercicios 2009-2015

Departamento de Salud	Facultativos (*)	Facultativos (laborales) (**)	M.I.R (*)	Total general	Población protegida (***)	Ratio facultativos por 1.000 habitantes	Ratio M.I.R. por 1.000 habitantes
<b>Comarcal</b>							
0 - Población no asignada	0	0	0	0	36	0,00	0,00
1 - Vinaròs	235	0	38	273	82.005	3,33	0,46
3 - La Plana	358	0	64	422	178.489	2,36	0,36
4 - Sagunto	347	0	65	412	142.705	2,89	0,46
6 - Valencia-Arau de Vilanova-Llíria	624	0	91	715	292.371	2,45	0,31
8 - Requena	164	0	19	183	46.578	3,93	0,41
12 - Gandia	379	0	66	445	167.420	2,66	0,39
14 - Xàtiva-Ontinyent	449	0	64	513	188.685	2,72	0,34
15 - Alcoy	341	0	37	378	132.508	2,85	0,28
16 - Marina Baixa	381	0	75	456	161.161	2,83	0,47
18 - Elda	459	0	85	544	183.168	2,97	0,46
21 - Orihuela	359	0	59	418	157.545	2,65	0,37
<b>Subtotal</b>	<b>4.096</b>	<b>0</b>	<b>663</b>	<b>4.759</b>	<b>1.732.671</b>	<b>2,75</b>	<b>0,38</b>
<b>Referencia 1</b>							
2 - Castellón	668	196	176	1.040	260.518	3,99	0,68
7 - Valencia-La Fe	1.196	0	524	1.720	262.958	6,54	1,99
19 - Alicante-Hospital General	799	0	297	1.096	250.582	4,37	1,19
<b>Subtotal</b>	<b>2.663</b>	<b>196</b>	<b>997</b>	<b>3.856</b>	<b>774.058</b>	<b>4,98</b>	<b>1,29</b>
<b>Referencia 2</b>							
5 - Valencia-Clinico-Malvarrosa	757	0	392	1.149	317.842	3,62	1,23
9 - Valencia-Hospital General	416	425	31	872	334.467	2,61	0,09
10 - Valencia-Doctor Peset	694	0	282	976	258.172	3,78	1,09
17 - Alicante-Sant Joan d'Alacant	476	0	153	629	198.254	3,17	0,77
20 - Elx-Hospital General	468	0	183	651	152.525	4,27	1,20
<b>Subtotal</b>	<b>2.811</b>	<b>425</b>	<b>1.041</b>	<b>4.277</b>	<b>1.261.260</b>	<b>3,39</b>	<b>0,83</b>
<b>Concesiones</b>							
11 - La Ribera	121	494	93	708	247.285	2,86	0,38
13 - Dénia	120	266	37	423	150.525	2,81	0,25
22 - Torrevieja	23	325	30	378	156.087	2,42	0,19
23 - Manises	96	356	0	452	193.933	2,33	0,00
24 - Elx-Crevillent	34	324	0	358	148.458	2,41	0,00
<b>Subtotal</b>	<b>394</b>	<b>1.765</b>	<b>160</b>	<b>2.319</b>	<b>896.288</b>	<b>2,59</b>	<b>0,18</b>
<b>Total Comunitat Valenciana</b>	<b>9.964</b>	<b>2.386</b>	<b>2.861</b>	<b>15.211</b>	<b>4.664.277</b>	<b>3,26</b>	<b>0,61</b>

(\*) Datos mayo 2016

(\*\*) Media 2015

(\*\*\*) Datos abril 2016

Fuente: Servicio de Análisis de Sistemas de Información Sanitaria (número de facultativos estatutarios), Memoria Anual 2015 apartados "5.3 Plantilla gestionada Plantilla gestionada por los consorcios hospitalarios de Valencia y Castellón" y "5.4. Plantilla gestionada por las concesiones administrativas" (número de facultativos laborales) y Servicio de Aseguramiento (población protegida).



## **ANEXO XI**

### **Camas hospitalarias por 1.000 habitantes**

Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Manises. Ejercicios 2009-2015

Departamentos de salud	Camas instaladas (*)	Camas en funcionamiento (*)	Población protegida (**)	Camas hospitalarias instaladas por 1.000 hab.	Camas hospitalarias en funcionamiento por 1.000 hab.
<b>Comarcal</b>					
0 - Población no asignada	-	-	36	-	-
1 - Vinaròs	152	143	82.005	1,85	1,75
3 - La Plana	258	259	178.489	1,45	1,45
4 - Sagunto	252	252	142.705	1,77	1,77
6 - Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria	380	380	292.371	1,30	1,30
8 - Requena	113	83	46.578	2,43	1,78
12 - Gandia	315	287	167.420	1,88	1,71
14 - Xàtiva-Ontinyent	323	274	188.685	1,71	1,45
15 - Alcoy	287	229	132.508	2,17	1,73
16 - Marina Baixa	270	270	161.161	1,68	1,68
18 - Elda	361	361	183.168	1,97	1,97
21 - Orihuela	336	327	157.545	2,13	2,08
<b>Subtotal</b>	<b>3.047</b>	<b>2.865</b>	<b>1.732.671</b>	<b>1,76</b>	<b>1,65</b>
<b>Referencia 1</b>					
2 - Castellón	831	819	260.518	3,19	3,14
7 - Valencia-La Fe	1.050	997	262.958	3,99	3,79
19 - Alicante-Hospital General	797	742	250.582	3,18	2,96
<b>Subtotal</b>	<b>2.678</b>	<b>2.558</b>	<b>774.058</b>	<b>3,46</b>	<b>3,30</b>
<b>Referencia 2</b>					
5 - Valencia-Clínico-Malvarrosa	615	604	317.842	1,93	1,90
9 - Valencia-Hospital General	488	473	334.467	1,46	1,41
10 - Valencia-Doctor Peset	519	485	258.172	2,01	1,88
17 - Alicante-Sant Joan d'Alacant	390	367	198.254	1,97	1,85
20 - Elx-Hospital General	416	411	152.525	2,73	2,69
<b>Subtotal</b>	<b>2.428</b>	<b>2.340</b>	<b>1.261.260</b>	<b>1,93</b>	<b>1,86</b>
<b>Concesiones</b>					
11 - La Ribera	301	301	247.285	1,22	1,22
13 - Dénia	266	211	150.525	1,77	1,40
22 - Torrevieja	277	240	156.087	1,77	1,54
23 - Manises	348	256	193.933	1,79	1,32
24 - Elx-Crevillent	230	201	148.458	1,55	1,35
<b>Subtotal</b>	<b>1.422</b>	<b>1.209</b>	<b>896.288</b>	<b>1,59</b>	<b>1,35</b>
<b>Total Comunitat Valenciana</b>	<b>9.575</b>	<b>8.972</b>	<b>4.664.277</b>	<b>2,05</b>	<b>1,92</b>

(\*) Datos mayo 2016      (\*\*) Datos abril 2016

Fuente: Datos de SISAL a 31 de mayo de 2016 (indicadores de gestión del Servicio de Análisis de Sistemas de Información Sanitaria) y Población protegida (Servicio de Aseguramiento Sanitario).



## **ANEXO XII**

### **Dotación tecnológica. Equipos en funcionamiento**

Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el  
Departamento de Salud de Manises. Ejercicios 2009-2015

Departamento de Salud	Equipos en funcionamiento											DO	DIAL	
	TAC	RM	GAM	HEM	ASD	LIT	BCO	ALI	SPECT	PET	MAMOS			
<b>Comarcal</b>														
0 - Población no asignada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1 - Vinaròs	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
3 - La Plana	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
4 - Sagunto	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0
6 - Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
8 - Requena	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
12 - Gandia	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	26
14 - Xàtiva-Ontinyent	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	30
15 - Alcoy	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	27
16 - Marina Baixa	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	8
18 - Elda	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	1	25
21 - Orihuela	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
<b>Subtotal</b>	<b>19</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>116</b>
<b>Referencia 1</b>														
2 - Castellón	4	3	1	1	1	1	0	2	1	0	2	2	2	38
7 - Valencia-La Fe	7	3	0	3	3	0	0	3	3	1	2	2	2	22
19 - Alicante-Hospital General	3	2	0	2	3	1	0	0	0	0	2	1	1	34
<b>Subtotal</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>94</b>	
<b>Referencia 2</b>														
5 - Valencia-Clínico-Malvarrosa	6	3	3	2	2	0	0	2	2	0	1	2	2	17
9 - Valencia-Hospital General	2	2	1	1	2	1	1	0	0	2	0	1	1	1
10 - Valencia-Doctor Peset	2	2	2	1	2	1	0	0	1	0	1	1	1	25
17 - Alicante-Sant Joan d'Alacant	2	1	2	1	0	0	0	2	0	0	1	1	1	0
20 - Elx-Hospital General	3	2	0	1	0	1	0	1	0	0	2	1	1	25
<b>Subtotal</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>68</b>	
<b>Concesiones:</b>														
11 - La Ribera	3	2	1	1	1	1	0	2	0	1	1	1	1	35
13 - Dénia	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	30
22 - Torrevieja	2	1	0	1	2	1	0	0	0	0	1	1	1	39
23 - Manises	2	1	0	1	1	1	0	0	0	0	3	2	1	34
24 - Elx-Crevillent	1	1	1	1	3	2	0	0	0	1	1	1	1	26
<b>Subtotal</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>164</b>	
<b>Total Comunitat Valenciana</b>	<b>57</b>	<b>32</b>	<b>11</b>	<b>17</b>	<b>22</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>33</b>	<b>25</b>	<b>442</b>	

TAC: Tomografía axial computerizada  
HEM: Sala de hemodinámica  
BCO: Bomba de cobalto  
PET: Tomografía por emisión de positrones  
DIAL: Equipos de hemodiálisis

RM: Resonancia magnética  
ASD: Angiografía por sustracción digital  
ALI: Acelerador de partículas  
MAMOS: Mamógrafo

GAM: Gammacámara  
LIT: Litotricia extracorpórea por ondas de choque  
SPECT: Tomografía por emisión de fotones  
DO: Densitómetros óseos

Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales (actualizado a 31-12-2015) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



## **ANEXO XIII**

**Dotación tecnológica. Equipos en funcionamiento por  
100.000 habitantes**

Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el  
Departamento de Salud de Manises. Ejercicios 2009-2015

Departamento de Salud	Equipos en funcionamiento por 100.000 hab.												
	TAC	RM	GAM	HEM	ASD	LIT	BCO	ALI	SPECT	PET	MAMOS	DO	DIAL
<b>Comarcal</b>													
0 - Población no asignada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1 - Vinaròs	1,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,22	0,00	0,00
3 - La Plana	1,12	0,56	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,56	0,00	0,00
4 - Sagunto	0,70	0,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,40	0,70	0,00
6 - Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria	1,03	0,34	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,34	0,34	0,00
8 - Requena	2,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,13	0,00	0,00
12 - Gandia	1,19	0,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,19	0,60	15,51
14 - Xàtiva-Ontinyent	1,06	0,53	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,06	1,06	15,85
15 - Alcoy	0,75	0,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,75	0,75	20,34
16 - Marina Baixa	1,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,62	0,62	4,99
18 - Elda	1,09	0,54	0,00	0,00	0,54	0,54	0,00	0,00	0,00	0,00	1,09	0,54	13,61
21 - Orihuela	1,28	0,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,64	0,00	0,00
<b>Subtotal</b>	<b>1,10</b>	<b>0,46</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,06</b>	<b>0,06</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,87</b>	<b>0,46</b>	<b>6,70</b>
<b>Referencia 1</b>													
2 - Castellón	1,54	1,15	0,38	0,38	0,38	0,38	0,00	0,77	0,38	0,00	0,77	0,77	14,58
7 - Valencia-La Fe	2,68	1,15	0,00	1,15	1,15	0,00	0,00	1,15	1,15	0,38	0,77	0,77	8,42
19 - Alicante-Hospital General	1,20	0,80	0,00	0,80	1,20	0,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,80	0,40	13,60
<b>Subtotal</b>	<b>1,81</b>	<b>1,04</b>	<b>0,13</b>	<b>0,78</b>	<b>0,91</b>	<b>0,26</b>	<b>0,00</b>	<b>0,65</b>	<b>0,52</b>	<b>0,13</b>	<b>0,78</b>	<b>0,65</b>	<b>12,18</b>
<b>Referencia 2</b>													
5 - Valencia-Clínico-Malvarrosa	1,89	0,95	0,95	0,63	0,63	0,00	0,00	0,63	0,63	0,00	0,32	0,63	5,36
9 - Valencia-Hospital General	0,60	0,60	0,30	0,30	0,60	0,30	0,30	0,00	0,00	0,60	0,00	0,30	0,30
10 - Valencia-Doctor Peset	0,78	0,78	0,78	0,39	0,78	0,39	0,00	0,00	0,39	0,00	0,39	0,39	9,73
17 - Alicante-Sant Joan d'Alacant	1,01	0,51	1,01	0,51	0,00	0,00	0,00	1,01	0,00	0,00	0,51	0,51	0,00
20 - Elx-Hospital General	1,97	1,32	0,00	0,66	0,00	0,66	0,00	0,66	0,00	0,00	1,32	0,66	16,45
<b>Subtotal</b>	<b>1,19</b>	<b>0,79</b>	<b>0,64</b>	<b>0,48</b>	<b>0,48</b>	<b>0,24</b>	<b>0,08</b>	<b>0,40</b>	<b>0,24</b>	<b>0,16</b>	<b>0,40</b>	<b>0,48</b>	<b>5,40</b>
<b>Concesiones:</b>													
11 - La Ribera	1,21	0,81	0,40	0,40	0,40	0,40	0,00	0,81	0,00	0,40	0,40	0,40	14,15
13 - Dénia	0,67	0,67	0,00	0,67	0,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,67	0,67	19,99
22 - Torrevieja	1,28	0,64	0,00	0,64	1,28	0,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,64	0,64	25,02
23 - Manises	1,03	0,52	0,00	0,52	0,52	0,52	0,00	0,00	0,00	0,00	1,55	1,03	17,56
24 - Elx-Crevillent	0,68	0,68	0,68	0,68	2,03	1,35	0,00	0,00	0,00	0,68	0,68	0,68	17,56
<b>Subtotal</b>	<b>1,01</b>	<b>0,67</b>	<b>0,22</b>	<b>0,56</b>	<b>0,89</b>	<b>0,56</b>	<b>0,00</b>	<b>0,22</b>	<b>0,00</b>	<b>0,22</b>	<b>0,78</b>	<b>0,67</b>	<b>18,32</b>
<b>Total Comunitat Valenciana</b>	<b>1,22</b>	<b>0,69</b>	<b>0,24</b>	<b>0,37</b>	<b>0,47</b>	<b>0,24</b>	<b>0,02</b>	<b>0,26</b>	<b>0,15</b>	<b>0,11</b>	<b>0,71</b>	<b>0,54</b>	<b>9,49</b>

TAC: Tomografía axial computerizada  
HEM: Sala de hemodinámica  
BCO: Bomba de cobalto  
PET: Tomografía por emisión de positrones  
DIAL: Equipos de hemodiálisis

RM: Resonancia magnética  
ASD: Angiografía por sustracción digital  
ALI: Acelerador de partículas  
MAMOS: Mamógrafo

GAM: Gammacámara  
LIT: Litotricia extracorpórea por ondas de choque  
SPECT: Tomografía por emisión de fotones  
DO: Densitómetros óseos

Fuente: Elaboración propia a partir de los anexos V y XII.





## **ANEXO XIV**

### **Esfuerzo inversor en equipamiento tecnológico**

### Cuadro 1. Valores estimados por equipo

Código	Descripción equipo	Valor aproximado
TAC	Tomografía Axial Computerizada	400.000
RM	Resonancia Magnética	1.200.000
GAM	Gammacámara	400.000
HEM	Sala de Hemodinámica	750.000
ASD	Angiografía por Sustracción Digital	950.000
LIT	Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque	300.000
BCO	Bomba de Cobalto	N/d
ALI	Acelerador de Partículas	3.000.000
SPECT	Tomografía por emisión de fotones	300.000
PET	Tomografía por emisión de positrones	1.500.000
MAMOS	Mamógrafo	300.000
DO	Densitómetros Óseos	50.000
DIAL	Equipos de Hemodiálisis	20.000

Fuente: Elaboración propia.

Nota: los valores indicados en la tabla anterior son estimaciones de valor actual de equipos tecnológicos, basadas en los últimos anuncios de licitación de equipos publicados en el BOE y en el DOGV. En ningún caso, representa la inversión real realizada, sino que se trata de una cuantificación económica para homogenizar de los equipos instalados según el Catálogo Nacional de Hospitales.

## Cuadro 2. Valoración del equipamiento por hospital

Departamento de Salud	Valor estimado equipos alta tecnología	Población protegida media 2015	Euros por habitante
<b>Comarcal</b>			
0 - Población no asignada		50	0
1 - Vinaròs	700.000	82.046	9
3 - La Plana	2.300.000	178.651	13
4 - Sagunto	2.250.000	142.710	16
6 - Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria	2.750.000	291.297	9
8 - Requena	700.000	46.916	15
12 - Gandia	3.170.000	167.600	19
14 - Xàtiva-Ontinyent	3.300.000	189.284	17
15 - Alcoy	2.490.000	132.723	19
16 - Marina Baixa	1.310.000	160.163	8
18 - Elda	4.400.000	183.686	24
21 - Orihuela	2.300.000	156.756	15
<b>Subtotal</b>	<b>25.670.000</b>	<b>1.731.882</b>	<b>15</b>
<b>Referencia 1</b>			
	<b>0</b>		
2 - Castellón	15.360.000	260.577	59
7 - Valencia-La Fe	24.040.000	261.311	92
19 - Alicante-Hospital General	9.580.000	249.979	38
<b>Subtotal</b>	<b>48.980.000</b>	<b>771.867</b>	<b>63</b>
<b>Referencia 2</b>			
5 - Valencia-Clínico-Malvarrosa	17.940.000	317.292	57
9 - Valencia-Hospital General	9.620.000	334.549	29
10 - Valencia-Doctor Peset	8.100.000	256.907	32
17 - Alicante-Sant Joan d'Alacant	9.900.000	197.835	50
20 - Elx-Hospital General	8.800.000	151.980	58
<b>Subtotal</b>	<b>54.360.000</b>	<b>1.258.563</b>	<b>43</b>
<b>Concesiones:</b>			
11 - La Ribera	14.550.000	247.392	59
13 - Dénia	4.250.000	150.083	28
22 - Torrevieja	6.080.000	155.883	39
23 - Manises	5.680.000	193.582	29
24 - Elx-Crevillent	8.570.000	148.063	58
<b>Subtotal</b>	<b>39.130.000</b>	<b>895.003</b>	<b>44</b>
<b>Total Comunitat Valenciana</b>	<b>168.140.000</b>	<b>4.657.315</b>	<b>36</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los anexos V y XII, y del cuadro 1 de este anexo.



## **ANEXO XV**

**Demora media de lista de espera quirúrgica estructural.  
Diciembre 2015**

Departamento de Salud	Activas EE > 90 días	Activas EE de 0 a 30 días	Activas EE de 31 a 60 días	Activas EE de 61 a 90 días	Activas EE de 91 a 180 días	Activas EE de 181 a 365 días	Activas EE de más de 365 días	Total activas EE	Demora media EE
1 - Vinaròs	468	210	266	164	227	211	30	1.108	110
3 - La Plana	482	288	331	240	319	157	6	1.341	88
4 - Sagunto	21	243	190	36	20	1	0	490	37
6 - Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria	244	615	682	384	232	11	1	1.925	52
8 - Requena	13	144	123	70	13	0	0	350	41
12 - Gandia	67	344	304	135	63	4	0	850	45
14 - Xàtiva-Ontinyent (H. Gral. Ontinyent)	93	168	141	113	90	2	1	515	58
14 - Xàtiva-Ontinyent (H. Lluís Alcanyís)	548	365	402	292	344	203	1	1.607	85
15 - Alcoy	198	400	463	393	85	113	0	1.454	66
16 - Marina Baixa	125	289	345	205	120	5	0	964	54
18 - Elda	71	391	436	405	65	6	0	1.303	51
21 - Orihuela	229	413	568	349	221	8	0	1.559	56
2 - Castellón	598	519	607	426	347	237	14	2.150	81
7 - Valencia-La Fe	2.337	1.351	1.558	1.290	1.413	922	2	6.536	88
19 - Alicante-Hospital General	1.254	766	1.211	673	971	268	15	3.904	77
5 - Valencia-Clínico-Malvarrosa (H. Clínico Valencia)	587	506	565	440	279	308	0	2.098	83
5 - Valencia-Clínico-Malvarrosa (H. La Malvarrosa)	263	489	545	344	223	40	0	1.641	58
9 - Valencia-Hospital General	915	867	1.136	951	491	424	0	3.869	77
10 - Valencia-Doctor Peset	221	706	727	535	123	92	6	2.189	56
17 - Alicante-Sant Joan d'Alacant	476	408	719	510	241	213	22	2.113	81
20 - Elx-Hospital General	129	488	457	307	126	3	0	1.381	49
11 - La Ribera	0	911	1.184	933	0	0	0	3.028	46
13 - Dénia	187	440	511	331	178	9	0	1.469	53
22 - Torrevieja	0	433	421	74	0	0	0	928	33
23 - Manises	102	879	512	175	102	0	0	1.668	36
24 - Elx-Crevillent	0	471	413	154	0	0	0	1.038	36
<b>Comunitat Valenciana</b>	<b>9.628</b>	<b>13.104</b>	<b>14.817</b>	<b>9.929</b>	<b>6.293</b>	<b>3.237</b>	<b>98</b>	<b>47.478</b>	<b>67</b>

Fuente: ALUMBRA. Informe mensual (diciembre 2015), Servicio de Análisis de Sistemas de Información Sanitaria.



## **ANEXO XVI**

**Demora media de lista de espera consultas externas.  
Diciembre 2015**

Departamentos de salud	Centro	Consultas pendientes EE de 0 a 15 días	Consultas pendientes EE de 16 a 30 días	Consultas pendientes EE de 31 a 60 días	Consultas pendientes EE de 61 a 90 días	Consultas pendientes EE de 91 a 180 días	Consultas pendientes EE de 181 a 365 días	Consultas pendientes EE Mas de 365 días	Total consultas EE	% Consultas pendientes >15 días	% Consultas pendientes >30 días	% Consultas pendientes >60 días	Demora media EE
15 - Alcoy	H. Verge dels Lloris (Alcoi)	1.217	690	611	233	104	20	0	2.875	58	34	12	30
15 - Alcoy	C.E. Alcoi	398	443	373	4	0	0	0	1.218	67	31	0	23
16 - Marina Baixa	H. Vila Joiosa	746	582	588	388	683	110	0	3.097	76	57	38	59
16 - Marina Baixa	C.E. Benidorm	339	381	766	522	402	105	0	2.515	87	71	41	63
18 - Elda	H. General de Elda	556	472	491	261	324	47	0	2.151	74	52	29	49
21 - Orihuela	H. Vega Baja	862	757	1.269	710	297	52	0	3.947	78	59	27	46
19 - Alicante-Hospital General	H. General de Alicante	854	1.017	1.468	697	711	672	4	5.423	84	65	38	73
17 - Alicante-Sant Joan d'Alacant	H. Sant Joan	1.152	890	1.178	541	994	627	0	5.382	79	62	40	76
17 - Alicante-Sant Joan d'Alacant	C.E. Sta. Faz H. San Juan	2.119	1.437	2.502	1.781	272	0	0	8.111	74	56	25	39
20 - Elx-Hospital General	H. General d'Elx	2.572	2.630	2.550	537	155	113	0	8.557	70	39	9	32
13 - Dénia	H. Dénia	1.446	1.009	1.094	155	54	0	0	3.758	62	35	6	26
22 - Torrevieja	H. Torrevieja	1.883	1.227	1.322	199	102	0	0	4.733	60	34	6	27
24 - Elx-Crevillent	H. Elx Crevillent	2.160	1.489	2.345	774	40	0	0	6.808	68	46	12	32
1 - Vinaròs	H. Vinaròs	997	889	1.304	582	229	5	0	4.006	75	53	20	38
3 - La Plana	H. La Plana	1.114	790	1.080	422	574	441	0	4.421	75	57	33	63
3 - La Plana	C.E. Vila-real	412	564	723	383	1.073	74	0	3.229	87	70	47	70
3 - La Plana	C.S.I. Burriana	185	156	390	211	52	0	0	994	81	66	27	44
3 - La Plana	C.S.I. Onda	74	71	106	11	4	0	0	266	72	46	6	32
3 - La Plana	C.S.I. Vall d'Uixò	60	37	81	5	1	0	0	184	67	47	3	29
2 - Castellón	H. General de Castellón	1.908	1.309	1.715	619	564	62	0	6.177	69	48	20	39
2 - Castellón	H. Provincial Castellón	841	1.031	1.649	908	631	18	1	5.079	83	63	31	48
2 - Castellón	C.E. Jaume I	1.158	2.486	1.890	1.889	923	0	0	8.346	86	56	34	49
4 - Sagunto	H. Sagunto	123	36	7	2	2	0	0	170	28	7	2	14
4 - Sagunto	C.E. Puerto de Sagunto	364	367	584	106	136	90	0	1.647	78	56	20	50
4 - Sagunto	C.S.I. Alto Palancia	114	108	84	9	34	0	0	349	67	36	12	35
6 - Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria	H. Arnau de Vilanova	1.307	1.321	1.981	1.268	1.051	626	2	7.556	83	65	39	65
6 - Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria	C.E. Burjassot	1.627	1.516	2.872	1.752	307	4	0	8.078	80	61	26	42

Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Manises. Ejercicios 2009-2015

Departamentos de salud	Centro	Consultas pendientes EE de 0 a 15 días	Consultas pendientes EE de 16 a 30 días	Consultas pendientes EE de 31 a 60 días	Consultas pendientes EE de 61 a 90 días	Consultas pendientes EE de 91 a 180 días	Consultas pendientes EE de 181 a 365 días	Consultas pendientes EE Mas de 365 días	Total consultas EE	% Consultas pendientes >15 días	% Consultas pendientes >30 días	% Consultas pendientes >60 días	Demora media EE
6 - Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria	C.E. Llíria	370	365	640	381	219	0	0	1.975	81	63	30	47
8 - Requena	H. Requena	N/d	N/d	N/d	N/d	N/d	N/d	N/d	N/d	N/d	N/d	N/d	N/d
12 - Gandia	H. Francesc de Borja	1.718	968	822	156	148	63	0	3.875	56	31	9	31
14 - Xàtiva-Ontinyent	H. Lluís Alcanyís (Xàtiva)	794	619	673	247	300	80	1	2.714	71	48	23	45
14 - Xàtiva-Ontinyent	H. Ontinyent	816	575	636	153	205	294	0	2.679	70	48	24	61
14 - Xàtiva-Ontinyent	C.E. Xàtiva	1.475	1.040	1.468	884	1.193	39	0	6.099	76	59	35	53
7 - Valencia-La Fe	H. La Fe	2.139	1.518	1.856	831	638	470	0	7.452	71	51	26	51
7 - Valencia-La Fe	C.E. c/ Alboraya	3.799	2.255	2.596	908	1.054	0	0	10.612	64	43	19	35
5 - Valencia-Clínico-Malvarrosa	H. Clínico Universitario	939	848	1.042	444	371	233	2	3.879	76	54	27	53
5 - Valencia-Clínico-Malvarrosa	H. La Malvarrosa	105	182	170	44	14	18	3	536	80	47	15	45
5 - Valencia-Clínico-Malvarrosa	C.E. El Grao	2.925	2.932	4.927	4.281	3.257	144	0	18.466	84	68	42	58
9 - Valencia-Hospital General	H. General Universitario	1.500	1.139	1.195	510	687	370	0	5.401	72	51	29	56
9 - Valencia-Hospital General	C.E. Juan Llorens	2.063	1.960	1.809	251	141	4	0	6.228	67	35	6	28
9 - Valencia-Hospital General	C.E. Torrent	1.798	1.416	1.684	200	0	0	0	5.098	65	37	4	26
9 - Valencia-Hospital General	C.S.I. Alaquàs	321	306	558	132	0	0	0	1.317	76	52	10	34
9 - Valencia-Hospital General	C.S.I. Xirivella	353	252	411	139	16	0	0	1.171	70	48	13	34
10 - Valencia-Doctor Peset	H. Dr. Peset	1.455	2.870	2.355	1.019	1.022	500	30	9.251	84	53	28	49
10 - Valencia-Doctor Peset	C.E. Monteolivete	2.589	2.297	2.514	722	494	151	0	8.767	71	44	16	38
11 - La Ribera	H. La Ribera	1.786	561	549	83	0	0	0	2.979	40	21	3	18
11 - La Ribera	C.E. Sueca	250	225	223	65	1	0	0	764	67	38	9	28
11 - La Ribera	C.S.I. Alzira II	152	120	136	1	0	0	0	409	63	34	0	23
23 - Manises	H. Manises	1.909	792	333	106	143	4	0	3.287	42	18	8	22
23 - Manises	C.E. Aldaia	620	233	124	3	6	4	0	990	37	14	1	17
23 - Manises	C.E. Mislata	571	257	104	9	12	0	1	954	40	13	2	17
<b>Comunitat Valenciana</b>		<b>57.035</b>	<b>47.435</b>	<b>57.848</b>	<b>26.538</b>	<b>19.640</b>	<b>5.440</b>	<b>44</b>	<b>213.980</b>	<b>73,3</b>	<b>51,2</b>	<b>24,1</b>	<b>45</b>

Fuente: ALUMBRA. Informe mensual (diciembre 2015), Servicio de Análisis de Sistemas de Información Sanitaria.





## **ANEXO XVII**

**Puntuación obtenida en los indicadores de calidad, asistencial y gestión por los departamentos de salud según la evaluación de los Acuerdos de Gestión 2015**

Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Manises. Ejercicios 2009-2015

Departamento de Salud	Calidad	Asistencial	Gestión	% consecución objetivos	Puntos totales evaluados
<b>Comarcal</b>					
1 - Vinaròs	16,80	14,60	23,57	55,0%	100
3 - La Plana	9,80	12,18	28,34	50,4%	100
4 - Sagunto	11,51	23,45	25,50	60,5%	100
6 - Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria	6,01	15,00	26,77	47,8%	100
8 - Requena	10,99	17,51	29,12	57,6%	100
12 - Gandia	10,46	21,67	28,94	61,1%	100
14 - Xàtiva-Ontinyent	11,92	13,91	14,70	40,6%	100
15 - Alcoy	15,81	16,70	24,98	57,5%	100
16 - Marina Baixa	14,27	14,43	25,03	53,8%	100
18 - Elda	16,40	25,40	26,13	68,0%	100
21 - Orihuela	15,14	24,78	26,61	66,6%	100
<b>Subtotal</b>	<b>139,11</b>	<b>199,63</b>	<b>279,69</b>	<b>56,3%</b>	<b>1.100</b>
<b>Referencia 1</b>					
2 - Castellón	14,24	12,54	22,11	48,9%	100
7 - Valencia-La Fe	14,96	17,02	24,41	56,4%	100
19 - Alicante-Hospital General	15,59	11,65	21,20	48,5%	100
<b>Subtotal</b>	<b>44,79</b>	<b>41,21</b>	<b>67,72</b>	<b>51,3%</b>	<b>300</b>
<b>Referencia 2</b>					
5 - Valencia-Clinico-Malvarrosa	6,88	12,23	20,33	39,5%	100
9 - Valencia-Hospital General	13,73	11,72	20,35	45,8%	100
10 - Valencia-Doctor Peset	11,21	19,28	24,52	55,1%	100
17 - Alicante-Sant Joan d'Alacant	13,11	22,87	19,78	55,8%	100
20 - Elx-Hospital General	17,95	27,10	28,12	73,2%	100
<b>Subtotal</b>	<b>62,88</b>	<b>93,20</b>	<b>113,10</b>	<b>53,9%</b>	<b>500</b>
<b>Concesiones:</b>					
11 - La Ribera	13,67	24,25	34,28	72,2%	100,0
13 - Dénia	18,07	22,45	30,17	70,7%	100,0
22 - Torrevieja	16,89	30,00	37,47	84,4%	100,0
23 - Manises	15,31	27,55	24,44	67,3%	100,0
24 - Elx-Crevillent	17,92	22,26	30,04	70,2%	100,0
<b>Subtotal</b>	<b>81,86</b>	<b>126,51</b>	<b>156,40</b>	<b>72,9%</b>	<b>500</b>
<b>Total Comunitat Valenciana</b>	<b>328,64</b>	<b>460,55</b>	<b>616,91</b>	<b>58,6%</b>	<b>2.400</b>

Fuente: Informes de evaluación final de los Acuerdos de Gestión 2015 (Servicio de Integración Asistencial).



## **ANEXO XVIII**

### **Informe de evaluación de los Acuerdos de Gestión del Departamento de Salud de Manises (2015)**

	Código	Tipo de control	Resultados Manises	Peso	Meta anual	Tolerancia	Puntos tolerancia	Puntos ajuste	Puntos
A.- Calidad 20 puntos	Participación en la notificación y utilización de la información del sistema de información para el registro de notificaciones de efectos adversos - SINEA	6000,1	Maximizar	54,87%	1,50	50,00%	16,50%	1,50	1,50
	Indicador sintético de quejas por demora y trato	996,1	Minimizar	172,89	1,50	132,36	10,00%	0,00	0,00
	Lista de verificación de seguridad quirúrgica (check-list quirúrgico)	6001,1	Maximizar	95,91%	2,00	100,00%	10,00%	1,18	1,18
	Indicador sintético de prevención de UPP	6002,1	Maximizar	99,76%	2,00	100,00%	10,00%	1,95	1,95
	Indicador sintético calidad SIP	4012,1	Maximizar	100,00%	2,00	70,00%	8,00%	2,00	2,00
	Direcciones SIP	4006,1	Maximizar	32,67	0,00	19	20,00%	0,00	0,00
	Altas duplicados	4008,1	Minimizar	0,87%	0,00	2,00%	15,00%	0,00	0,00
	Altas no acreditados	4011,1	Minimizar	0,20%	0,00	1,50%	15,00%	0,00	0,00
	Tasa de cesáreas en grupos de bajo riesgo	CMBD0014,2	Minimizar	7,00%	2,00	7,00%	4,00%	2,00	2,00
	Tasa de reingresos a 30 días con misma CDM	CMBD0021,2	Minimizar	3,81%	2,00	3,66%	10,00%	1,18	1,18
	Tasa de sustitución ambulatoria	CMBD0017,2	Maximizar	83,14%	2,00	82,00%	4,00%	2,00	2,00
	Detección y seguimiento de las alertas por resistencias antimicrobianas tipo-I identificadas en Redmiva	1050,1	Maximizar	100,00%	1,50	65,00%	0,00%	1,50	1,50
	Cobertura vacunal antigripal en mayores de 64 años	844,1	Maximizar	50,46%	1,50	55,00%	5,00%	0,00	0,00
	Semanas transcurridas desde la solicitud de la primera prueba para la confirmación diagnóstica hasta el inicio de tratamiento en cribado mamográfico	489,3	Minimizar	7,14	2,00	8	0,00%	2,00	2,00
<b>Subtotal</b>									<b>15,31</b>
B.- Asistenciales 30 puntos	Altas ponderadas por médico de UHD (línea básica)	962,1	Maximizar	479	2,31	370	5,00%	2,40	2,40
	Demora en primeras consultas de AE	25,1	Minimizar	20	2,31	25	4,00%	2,31	2,31
	Demora media total en intervenciones quirúrgicas	874,1	Minimizar	36	2,31	35	4,00%	0,66	2,22
	Gestión de la frecuentación en AP	670,4	Minimizar	3,23%	2,31	3,00%	20,00%	1,44	1,44
	Porcentaje de pacientes atendidos a tiempo en urgencias	URG003,1	Maximizar	95,43%	2,31	85,00%	3,00%	2,31	2,31
	Porcentaje de pacientes con demora quirúrgica mayor de 180 días	283,1	Minimizar	0,00%	2,31	0,00%	5,00%	2,31	2,31
	Rendimiento bloque quirúrgico	QUI050,1	Maximizar	86,57%	2,31	85,00%	4,00%	2,31	2,31
	Porcentaje de derivación a especializada	ATP040,1	Minimizar	6,74%	2,31	6,67%	4,00%	1,68	1,68
	Tasa de retorno a urgencia a 72 horas	URG037,1	Minimizar	6,04%	2,31	5,80%	10,00%	1,33	1,33
	Tasa de consultas domiciliarias de enfermería	ATP014,2	Maximizar	0,28	2,31	0,22	3,00%	2,31	2,31
	Porcentaje de intervenciones programadas suspendidas	QUIR019,2	Minimizar	1,56%	2,31	2,90%	3,00%	2,31	2,31
Estancia media preoperatoria	HOS029,1	Minimizar	0,1	2,31	0,5	4,00%	2,31	2,31	
Tasa de fracturas de cadera intervenidas con más de 2 días de retraso	135,2	Minimizar	39,79%	2,31	50,02%	4,00%	2,31	2,31	
<b>Subtotal</b>									<b>27,55</b>

	Código	Tipo de control	Resultados Manises	Peso	Meta anual	Tolerancia	Puntos tolerancia	Puntos ajuste	Puntos
	GAIA268,1	Minimizar	NA	0,00	NA	NA	0,00		0,00
	971,2	Maximizar	94,86%	4,48	100,00%	5,00%	0,00		0,00
	GAIA096,1	Minimizar	12,88 €	4,48	13,05 €	0,00%	4,48		4,48
	873,2	Maximizar	85,88%	4,48	85,00%	5,00%	4,48		4,48
	GAIA027,1	Minimizar	2,56%	4,48	2,24%	5,00%	0,00		0,00
	5003,1	Maximizar	15,01%	4,48	100,00%	20,00%	0,00		0,00
	862,2	Minimizar	102,71%	4,48	95,00%	5,00%	0,00		0,00
	5002,1	Minimizar	93,18%	4,48	95,00%	5,00%	4,48		4,48
C.- Gestión 50 puntos	968,1	Minimizar	NA	0,00	NA	NA	0,00		0,00
	967,1	Minimizar	NA	0,00	NA	NA	0,00		0,00
	501,1	Minimizar	NA	0,00	NA	500,00%	0,00		0,00
	963,1	Minimizar	NA	0,00	NA	2 pp	0,00		0,00
	973,1	Minimizar	NA	0,00	NA	7 pp	0,00		0,00
	978,1	Minimizar	NA	0,00	NA	2 pp	0,00		0,00
	977,1	Minimizar	NA	0,00	NA	0,00%	0,00		0,00
	976,1	Minimizar	NA	0,00	NA	0,00%	0,00		0,00
	975,1	Minimizar	NA	0,00	NA	4 pp	0,00		0,00
	974,1	Minimizar	NA	0,00	NA	0,00%	0,00		0,00
	872,1	Maximizar	NA	0,00	NA	10,00%	0,00		0,00
	4005,1	Maximizar	NA	0,00	NA	10,00%	0,00		0,00
	ATP030,1	Minimizar	2,66	4,66	276,00%	20,00%	4,66		4,66
	851,1	Maximizar	42,07%	4,66	45,00%	30,00%	3,65		3,65
	2100,1	Maximizar	16,67%	4,66	70,00%	20,00%	0,00		0,00
2038,1	Minimizar	41,16	4,66	36,53	30,00%	2,69	0,99	2,69	
<b>Subtotal</b>									<b>24,44</b>

Fuente: Informes de evaluación final de los Acuerdos de Gestión 2015 (Servicio de Integración Asistencial).



## **ANEXO XIX**

### **Propuestas de liquidaciones presentadas por la Conselleria**



Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Manises. Ejercicios 2009-2015

	2009	2010	2011	2012	2013	Total
1.1. Importe abonado	47.280.447	83.035.932	83.978.901	115.615.746	126.662.608	456.573.634
<b>2. Saldo a favor del concesionario</b>	<b>16.795.919</b>	<b>22.723.688</b>	<b>32.721.092</b>	<b>24.538.976</b>	<b>29.477.669</b>	<b>126.257.344</b>
2.1. Importe pendiente de abonar retenido en concepto de nómina	10.297.399	7.230.607	9.000.000	0	0	26.528.006
2.2. Importe +/- diferencias de población	466.451	738.808	944.405	-1.084.887	1.497.995	2.562.771
2.3. Pacientes no departamento de Manises	3.149.356	8.304.525	16.488.377	18.262.061	23.199.889	69.404.208
2.4. Incentivo por ahorro en farmacia	40.058	0	0	0	631.434	671.492
2.5. Revisión prima per cápita	2.842.655	5.752.850	6.288.310	7.361.802	4.148.352	26.393.969
2.6. Otros conceptos	0	696.898	0	0	0	696.898
<b>3. Saldo a favor de la Conselleria</b>	<b>46.816.951</b>	<b>77.824.862</b>	<b>65.823.665</b>	<b>59.771.300</b>	<b>57.591.166</b>	<b>307.827.945</b>
3.1. Pacientes departamento Manises atendidos	33.360.108	53.082.978	41.374.017	39.750.998	37.300.818	204.868.920
3.2. Canon por uso de inmuebles	289.209	979.374	1.271.392	1.308.265	1.312.190	5.160.430
3.3. Otros	13.167.634	23.762.509	23.178.256	18.712.037	18.978.158	97.798.595
Abonado	47.280.447	83.035.932	83.978.901	115.615.746	126.662.608	456.573.634
Pendiente de abonar: a favor del concesionario / (a favor de Conselleria)	-30.021.032	-55.101.174	-33.102.574	-35.232.324	-28.113.497	-181.570.601
<b>Precio final del contrato</b>	<b>17.259.415</b>	<b>27.934.759</b>	<b>50.876.327</b>	<b>80.383.423</b>	<b>98.549.110</b>	<b>275.003.033</b>

Fuente: Acta de la Comisión Mixta celebrada el 18 de mayo de 2015.



## **ANEXO XX**

### **Propuestas de liquidaciones presentadas por el concesionario**



Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Manises. Ejercicios 2009-2015

	2009	2010	2011	2012	2013	Total
1.1. Importe abonado	47.280.447	100.705.326	110.930.663	115.615.746	126.662.608	501.194.790
<b>2. Saldo a favor del concesionario</b>	<b>18.090.137</b>	<b>27.565.214</b>	<b>54.610.074</b>	<b>34.584.255</b>	<b>38.378.889</b>	<b>173.228.568</b>
2.1. Importe pendiente de abonar retenido en concepto de nómina	10.297.399	7.230.607	9.000.000	0	0	26.528.006
2.2. Importe +/- diferencias de población	546.315	738.808	1.879.013	-1.208.878	1.497.995	3.453.252
2.3. Pacientes no departamento de Manises	1.072.775	9.137.508	19.058.332	19.436.425	23.887.430	72.592.471
2.4. Incentivo por ahorro en farmacia	40.094	0	0	0	0	40.094
2.5. Revisión prima per cápita	2.055.618	4.505.738	10.249.386	8.028.922	4.148.352	28.988.015
2.6. Otros conceptos	4.077.936	5.952.554	14.423.343	8.327.786	8.845.112	41.626.729
<b>3. Saldo a favor de la Conselleria</b>	<b>27.561.396</b>	<b>42.049.021</b>	<b>36.552.497</b>	<b>35.521.513</b>	<b>33.235.282</b>	<b>174.919.709</b>
3.1. Pacientes departamento Manises atendidos	14.037.717	19.330.143	15.593.519	17.144.935	15.640.717	81.747.032
3.2. Canon por uso de inmuebles	289.209	454.928	465.846	479.356	480.794	2.170.134
3.3. Otros	13.234.469	22.263.949	20.493.132	17.897.222	17.113.772	91.002.544
Abonado	47.280.447	100.705.326	110.930.663	115.615.746	126.662.608	501.194.790
Pendiente de abonar: a favor del concesionario / (a favor de Conselleria)	-9.471.259	-14.483.806	18.057.577	-937.259	5.143.606	-1.691.141
<b>Precio final del contrato</b>	<b>37.809.188</b>	<b>86.221.519</b>	<b>128.988.240</b>	<b>114.678.488</b>	<b>131.806.214</b>	<b>499.503.649</b>

Fuente: Escrito de alegaciones presentado por EYPHM con fecha 27 de marzo de 2015.



## **ANEXO XXI**

### **Determinación de la cápita definitiva según la Conselleria**



Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Manises. Ejercicios 2009-2015

Año	Importe prima inicio año	% Variación prima inicio año	Importe prima revisada	% Variación prima revisada	Variación ppto capitulo anual	Variación mínima (IPC año n)	Variación máxima (Gasto sanitario público consolidado)
2005	454,83		458,43				
2006	494,72	8,77%	501,84	9,47%	9,47%	2,70%	10,07%
2007	535,39	8,22%	543,54	8,31%	10,71%	4,20%	8,31%
2008	571,90	6,82%	593,75	9,24%	9,24%	1,40%	10,86%
2009	597,64	4,50%	626,77	5,56%	8,57%	0,80%	5,56%
2010	607,14	1,59%	645,57	3,00%	2,76%	3,00%	-1,65%
2011	619,88	2,10%	661,06	2,40%	1,03%	2,40%	-1,97%
2012	639,10	3,10%	680,23	2,90%	-11,01%	2,90%	-5,73%
2013	660,83	3,40%	682,22	0,30%	10,32%	0,30%	-3,81%

Fuente: Servicio de Gestión Presupuestaria.



## **ANEXO XXII**

### **Determinación de la cápita definitiva según la Sindicatura de Comptes**

Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Manises. Ejercicios 2009-2015

Cálculos realizados por la Sindicatura								
Año	Presupuesto asistencia sanitaria GV ('000 Euros)	Censo CV (1 de enero)	Ppto capitativo anual	Variación ppto capitativo anual	Suelo: variación mínima (IPC año n-1)	Techo: variación máxima (Gasto sanitario público consolidado)	Variación aplicable según SC	Importe prima según SC
	A	B	$C = A \times 1000 / B$	$D = C_n / C_{n-1}$	E	F	G = Menor entre D y F, con mínimo E	$H_n = H_{n-1} \times (1 + G)$
2006	3.055.708	4.806.908	635,69	8,32%	3,70%	10,07%	8,32%	494,72
2007	3.415.291	4.885.029	699,13	9,98%	2,70%	8,31%	8,31%	535,83
2008	3.620.384	5.029.601	719,82	2,96%	4,20%	10,86%	4,20%	558,33
2009	3.851.090	5.094.675	755,91	5,01%	1,40%	5,57%	5,01%	586,30
2010	3.913.624	5.111.706	765,62	1,29%	0,80%	-1,67%	0,80%	590,99
2011	3.753.471	5.117.190	733,50	-4,19%	3,00%	-1,97%	3,00%	608,72
2012	3.783.412	5.129.266	737,61	0,56%	2,40%	-5,73%	2,40%	623,33
2013	3.629.603	5.113.815	709,76	-3,78%	2,90%	-3,79%	2,90%	641,41

Fuente: Elaboración propia a partir de Ley de Presupuestos GV, diario de operaciones de presupuesto corriente de la Conselleria de Sanitat, padrón municipal e índice de precios al consumo (Instituto Nacional de Estadística), estadística del Gasto sanitario público consolidado del Estado (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad).



## **ANEXO XXIII**

### **Cuantificación del impacto en la cápita definitiva (respecto a la propuesta de la Conselleria)**

Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Manises. Ejercicios 2009-2015

Año	Cápita definitiva (según liquidaciones de Conselleria)				Cápita según Sindicatura				
	1. Precio del contrato (población x cápita)	Importe +/- diferencias de población según liquidaciones (CM 18052015)	Diferencia precio contrato según liquidaciones (CM 18052015)	Pagos a cuenta población Mislata (del 1/5/2010 al 30/4/2012)	Total	Población protegida media anual	Importe cápita definitiva	Total	Diferencia
	A	B	C	D	E = A + B + C + D	F	G	H = F x G	I = E - H
2009	57.577.846	466.451	2.842.655	0	60.886.952	149.261	586,30	57.302.294 <sup>49</sup>	3.584.658
2010	90.266.539	738.808	5.752.850	17.669.393	114.427.590	178.934	590,99	105.747.958	8.679.632
2011	92.978.901	944.405	6.288.310	26.951.763	127.163.379	195.093	608,72	118.757.112	8.406.267
2012	115.615.746	-1.084.887	7.361.802	9.293.792	131.186.453	193.415	623,33	120.561.320	10.625.133
2013	126.662.608	1.497.995	4.148.352	0	132.308.954	193.823	641,41	124.320.224	7.988.730
	<b>483.101.640</b>	<b>2.562.771</b>	<b>26.393.969</b>	<b>53.914.948</b>	<b>565.973.328</b>			<b>526.688.909</b>	<b>39.284.419</b>

Fuente: Elaboración propia.

<sup>49</sup> El cálculo viene referido a 239 días (inicio de la prestación del servicio: 7 de mayo de 2009).



## **ANEXO XXIV**

**Cuantificación del impacto en la cápita definitiva  
(respecto a la propuesta del concesionario)**



Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Manises. Ejercicios 2009-2015

Año	Cápita definitiva (según liquidaciones del concesionario)				Cápita según Sindicatura				
	1. Precio del contrato (población x cápita)	Importe +/- diferencias de población según liquidaciones concesionario	Diferencia precio contrato según liquidaciones concesionario	Pagos a cuenta población Mislata (del 1/1/2012 al 30/4/2012)	Total	Población protegida media anual	Importe cápita definitiva	Total	Diferencia
	A	B	C	D	E = A + B + C + D	F	G	H = F x G	I = E - H
2009	57.577.846	546.315	2.055.618	0	60.179.779	149.261	586,30	57.302.294	2.877.485
2010	107.935.933	738.808	4.505.738	0	113.180.478	178.934	590,99	105.747.958	7.432.520
2011	119.930.663	1.879.013	10.249.386	0	132.059.062	195.093	608,72	118.757.112	13.301.950
2012	115.615.746	-1.208.878	8.028.922	9.293.792	131.729.582	193.415	623,33	120.561.320	11.168.262
2013	126.662.608	1.497.995	4.148.352	0	132.308.954	193.823	641,41	124.320.224	7.988.730
	<b>527.722.795</b>	<b>3.453.252</b>	<b>28.988.015</b>	<b>9.293.792</b>	<b>569.457.855</b>			<b>526.688.909</b>	<b>42.768.947</b>

Fuente: Elaboración propia.

## TRÁMITE DE ALEGACIONES

Previamente al trámite de alegaciones y conforme a lo previsto en la sección 3200 del *Manual de fiscalización* de esta Sindicatura, el borrador previo del Informe fue comentado con personal responsable de la Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública, en una reunión mantenida el 28 de noviembre de 2016, y comentado igualmente con personal directivo de la entidad concesionaria del servicio en una reunión mantenida el 14 de diciembre de 2016. Con el fin de conseguir que ambas reuniones fuesen operativas, el citado borrador previo fue remitido a ambas entidades el 14 de noviembre de 2016.

En el borrador del Informe 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 de lo acordado por el Pleno de les Corts Valencianes en la reunión del día 22 de diciembre de 1986, así como del acuerdo del Consell de esta Sindicatura de Comptes por el que tuvo conocimiento del borrador de Informe, este fue remitido el 8 de febrero de 2017 a la Consellera de Sanitat Universal y Salut Pública y a la entidad concesionaria para que formularan las alegaciones que estimasen convenientes, finalizando el plazo para ello el 8 de marzo de 2017.

Dentro del plazo concedido, ambas entidades ha formulado las alegaciones que han considerado pertinentes.

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 XXV y XXVI 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**

De acuerdo con los artículos 17.f) de la Ley de la Generalitat Valenciana 6/1985, de 11 de mayo, de Sindicatura de Comptes, y 60.2.e) de su Reglamento, y en cumplimiento del Programa Anual de Actuación 2016 de esta Institución, el Consell de la Sindicatura de Comptes, en la reunión del día 5 de abril de 2017, aprobó este Informe de fiscalización.

València, 5 de abril de 2017

**EL SÍNDIC MAJOR**



Vicent Cucarella Tormo



## **ANEXO XXV**

### **Alegaciones presentadas por los cuentadantes**



## SINDICATURA DE COMPTES DE LA COMUNITAT VALENCIANA

C/ Sant Vicent, 4 - 46002  
Tel. +34 96 387 64 00  
Fax +34 96 387 64 19  
sindicom@gva.es  
www.sindicom.gva.es

### JUSTIFICANTE DE PRESENTACIÓN EN REGISTRO ELECTRÓNICO

NÚMERO DE REGISTRO 201701035	FECHA DE ENTRADA 08/03/2017 15:56
ÁREA Fiscalización - Alegaciones	PROCEDIMIENTO PAA16/66 Auditoría operativa concesión Departamento Salud L'Horta-Manises
DATOS DEL PRESENTADOR [REDACTED] Entidad: CONSELLERIA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA	
FIRMA DIGITAL [REDACTED]	
DOCUMENTOS ENVIADOS Fichero1: 29176135Z_201738_Alegaciones Informe Sindicatura.pdf	

Data - 8 MAR. 2017

11542/74821

**SINDICATURA DE COMPTES**

**C/ Sant Vicent, 4**

**46002 VALENCIA**

**Código PAA16/66**

Adjunto le remito escrito de alegaciones a su borrador de informe de auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Manises. Ejercicios 2009-2015".

Valencia a 8 de marzo de 2017.

**LA JEFA DEL SERVICIO DE GESTIÓN PRESUPUESTARIA**


Fdo. M<sup>a</sup> José Zaragoza Granell.

**ALEGACIONES QUE EFECTÚA LA DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y ECONÓMICOS AL BORRADOR DEL INFORME “AUDITORIA OPERATIVA DE LA CONCESIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA INTEGRAL EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE MANISES. EJERCICIOS 2009-2015”, EFECTUADO POR LA SINDICATURA DE COMPTES.**

---

Con fecha del pasado 8 de febrero, tuvo entrada en el Registro de esta Consellería borrador del Informe “Auditoria operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el departamento de salud de Manises. Ejercicios 2009-2015”, elaborado por la Sindicatura de Comptes en el marco del mandato acordado por la Mesa de Les Corts, en su reunión del 16 de febrero de 2016. El plazo concedido para formular alegaciones al mencionado borrador ha sido ampliado hasta el 8 de Marzo.

A tal efecto, y visto el borrador de informe remitido por esa institución, se formulan las presentes alegaciones, que exponemos diferenciando, en un primer término, las alegaciones genéricas que van a informar los razonamientos que posteriormente se desarrollan en las alegaciones concretas.

La Sindicatura solicita que las alegaciones se acojan a un formato determinado que identifica el apartado del borrador, la página e incluso el párrafo, pero mantener este formato en un informe de este tipo es muy complejo por cuanto el borrador de informe está estructurado de tal forma que las conclusiones, recomendaciones, apéndices y anexos están interrelacionados entre sí, y ello hace imposible poder localizar en párrafos individualizados las alegaciones. No obstante, y en un esfuerzo por aproximarnos y facilitar a esa institución su valoración, las hemos concretado en los grandes apartados del informe, que son los objetivos y las conclusiones, debiendo entenderse extrapoladas a cualquier referencia que se incluya en el resumen ejecutivo, apéndices y anexos del informe.

#### **ALEGACIONES GENÉRICAS AL BORRADOR DE INFORME.**

---

Siguiendo los criterios establecidos en las normas de auditoría del sector público, la Sindicatura de Comptes indica en el apartado 1 de su informe que se le encomendó la auditoría operativa de la concesión administrativa sanitaria adjudicada a la sociedad



“Especializada y Primaria L’Horta-Manises, SA”, a solicitud de esta Consellería, en la que se “hacía especial hincapié en el análisis de determinadas características, entre ellas, las modificaciones producidas en la población asignada y los recursos materiales adscritos, además de las operadas en su configuración societaria.”

A la vista de este mandato, la Sindicatura emite un informe que “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 Manises”, **sin indicar claramente que está realizando una auditoría operativa no sobre un ente administrativo, perteneciente al sector público valenciano, sino que la realiza sobre una entidad mercantil, que si bien está sujeta a un contrato de servicio público en régimen de concesión, no deja de ser una empresa privada que está sometida en su gestión al régimen jurídico propio de las empresas privadas, en el ámbito laboral, mercantil, fiscal y económico. Considera esta Consellería que esta cuestión debería dejarse patente en los Objetivos y Alcance de la auditoría operativa.**

Asimismo, por otra parte, dicha auditoría operativa determina una serie de indicadores de eficacia, eficiencia y economía, comparando a dicha entidad mercantil con instituciones públicas que están sujetas a régimen jurídico administrativo, cuando lo obvio sería comparar los resultados de gestión con los obtenidos por otras entidades homologables, otras concesiones administrativas, que presten asistencia integral en un departamento o con hospitales de gestión privada, como luego se dirá.

La Sindicatura define en el Informe provisional de la auditoría operativa (en adelante “el Informe”) tres objetivos concretos formulados como preguntas:

**Objetivo 1: ¿se han adquirido las prestaciones sanitarias en el departamento de salud de Manises 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 liquidaciones anuales, cumple con las condiciones contractuales?**

Asimismo, indica que queda excluida expresamente del alcance de la auditoría la fiscalización de la adjudicación del expediente de contratación.



En este punto, estamos de acuerdo en que no procede analizar el proceso de adjudicación del contrato, **pero sí que hay que valorar determinados aspectos o informes de dicho proceso o de otros relacionados con el mismo**, que deben consultarse para matizar las conclusiones a las que se llega en el informe, tal y como luego se dirá.

En el Apéndice 2 del Informe se valoran los riesgos de la auditoría, concretándolos en la complejidad de los cálculos para determinar el precio del contrato, el sistema de control de las derivaciones de pacientes a otros departamentos, la ausencia de indicadores de calidad y las cuestiones litigiosas entre la Administración y la concesionaria.

Sin embargo, las normas ISSAI-ES-300 definen también como **“riesgo de fiscalización”** aquel consistente en **“obtener conclusiones incorrectas o incompletas, brindando información desequilibrada o sin dar valor añadido a los destinatarios”**, señalando como uno de los aspectos importantes del riesgo el de **“no recopilar o no abordar los argumentos más relevantes”**.

Es en este riesgo en el que esta Administración considera que incurre la Sindicatura en su Informe, al ofrecer unas conclusiones y un resumen ejecutivo que no recogen cuestiones absolutamente relevantes en la gestión asistencial del Departamento de Manises, relegándolas a la condición de Apéndice del Informe, cuando consideramos que son completamente imprescindibles para entender la peculiaridad de la gestión de dicho Departamento de Salud.

Las citadas normas atribuyen a los auditores el deber de gestionar el riesgo activamente, y a tal efecto, esta Administración formula unas alegaciones que consideramos que lo minimizarán considerablemente.

La Generalitat Valenciana, como titular de la gestión sanitaria pública en el ámbito de la Comunitat Valenciana, suscribió en el año 2006, y como continuación a un modelo de gestión que venía siendo implantado desde el año 1997, un contrato de gestión de servicio público con la entidad *“Especializada y Primaria L’Horta Manises, S.A.”* para la gestión integral de la atención sanitaria en el Departamento de Manises.

En el momento en que se licitó este expediente ya estaba adjudicada la gestión en régimen de concesión de los Departamentos de la Ribera, de Torrevieja y de Denia; el primero de ellos en funcionamiento desde 1999, posteriormente rescatado y



adjudicado nuevamente en 2003; a punto de entrar en funcionamiento el de Torreveja y en fase de construcción el hospital comprometido en Denia.

Todos los Departamentos mencionados, así como los que posteriormente se adjudicaron en 2006 (Manises, el 13 de septiembre de 2006) y 2007 (Elx-Crevillent, el 23 de enero de 2007), se ajustan al mismo modelo de gestión, amparados en contratos prácticamente idénticos y con cápitas de partida en el momento de la puesta en funcionamiento del servicio, idénticas a la que se aplicaba en las concesiones ya en funcionamiento, pero distintas a las cápitas establecidas en la adjudicación del contrato. Por ejemplo, **Manises se adjudica en 2006 con una cápita de 494,72 euros, pero inicia la actividad en 2009 con una cápita para dicho ejercicio de 597,64 euros.**

Todos los contratos utilizan el modelo de pliego de cláusulas administrativas particulares y anteproyecto técnico que se utilizó para la adjudicación del Departamento de La Ribera efectuada en el año 2003, que es una variante del que se utilizó para la licitación en 1997 de este mismo Departamento, que se limitaba exclusivamente al ámbito de asistencia especializada. De hecho, los pliegos de todas las concesiones son prácticamente idénticos una copia de los pliegos del 2003 del Departamento de La Ribera. Asimismo, en todas las licitaciones se establece la cápita provisional del Departamento de La Ribera en el ejercicio en el que se publicita la correspondiente licitación. Cápita, por otra parte, que coincide con la ofertada siempre por la entidad adjudicataria. En este sentido, **esta Administración comparte la afirmación que formula la Sindicatura sobre la inconsistencia en la determinación de la cápita inicial.**

Para la determinación de la cápita inicial en la licitación del Departamento de la Ribera, en enero de 2003, que, como hemos indicado sirve de referencia para todas las licitaciones y adjudicaciones posteriores, consta en el expediente administrativo de contratación informe económico financiero de 11 de noviembre de 2002<sup>1</sup>, anexo al Anteproyecto de Explotación del contrato, en el que se indica expresamente, refiriéndose a la “prima per cápita”, y en relación con el gasto de la sanidad pública, que éste debe minorarse *“a través de un coeficiente corrector que permita valorar las diferencias en cuanto al sistema de gestión privada.”* En este sentido, teniendo en cuenta que el importe de la cápita para el sector público en el ejercicio 2002 es de 469,51 euros, al que se le aplica un coeficiente corrector que establece debería oscilar

---

<sup>1</sup> Se adjunta copia del Informe Económico Financiero.

entre el 0,80 y el 0,85, llegando a la conclusión de que la **cápita de partida debe quedar en 379 euros (0,81).**

Igualmente, los pliegos establecen un **coeficiente de transferencia de servicios del precio a aplicar por el concesionario en su facturación y que se determina en función de la oferta del adjudicatario, figurando expresamente en el contrato y que debe ser, en todo caso, igual o inferior a 0'85.** En el caso de Manises, la oferta del adjudicatario lo cifró en el 0,85 y así consta en el contrato (en el caso de La Ribera, este coeficiente se ofertó en 0,80 y en el de Elche –Crevillente en 0,84).

**Por consiguiente, son el ahorro económico y la flexibilidad contractual que tiene la gestión a través de la empresa privada los principales y casi únicos argumentos que justificaron el acceso a este modelo concesional, en el que se incluía la aportación inicial (inversión inicial), una cápita más reducida y el no computo de la deuda en base a la legislación entonces vigente. En definitiva, el criterio de ahorro económico era el que sustentaba la filosofía de este modelo de gestión y del propio contrato de Manises, que como mínimo tenía que ser del 80%.**

**Dicho esto, y si la auditoría debe ofrecer un valor añadido como indican las normas, no debería ser éste el de la economía de la gestión de Manises comparada con la gestión pública. Pero aun así, si se debe mantener este criterio porque así lo establecen las normas de auditoría, consideramos del todo necesario que sea matizado y conste así a lo largo de todo el informe y de sus apéndices, porque lo contrario da a entender que esta Administración desconocía esta realidad, cuando es justamente la razón de la contratación.**

En este sentido, y dicho sea con el debido respeto, entendemos que el objetivo de esta auditoría debería ser más ambicioso, presentando un análisis completo de la realidad de la gestión del departamento de Manises, por cuanto tiene la peculiaridad de ser gestionado en régimen privado mediante concesión administrativa, que determina la existencia de unas relaciones contractuales entre las partes que inciden necesariamente en la eficacia y eficiencia de la gestión de los recursos públicos del sistema sanitario valenciano público. **Consideramos que el valor añadido del informe debe ser el de ofrecer una visión global de la realidad jurídica, económica y asistencial que permita entender la peculiaridad de la gestión de la asistencia sanitaria en el departamento de Manises y cómo incide en la gestión global del sistema sanitario valenciano público.**

Se ha echado de menos, en la *fase de planificación* de los trabajos de auditoría, una comunicación inicial de los objetivos, tal y como indican las normas de auditoría operativa, que habría permitido que el equipo auditor contara con una visión más completa a la hora de enfocar el análisis que acometía para lograr un mayor valor añadido a los objetivos que se perseguían por parte de esta Administración.

Entendemos que el Informe debe entrar a valorar, de forma más contundente, si el contrato que vincula a las partes protege con criterios de eficacia y eficiencia el interés público que subyace en esta relación contractual. Tal y como está presentado, en nuestra opinión, **el Informe no ha dado a las referencias contractuales ni la relevancia ni la visualización que merecen.**

Proponemos, para ello, que el informe introduzca un análisis más pormenorizado del marco jurídico en el que se encuadra la gestión asistencial, la problemática que generan las deficiencias contractuales que regulan la relación entre las partes, los problemas que derivan de su ejecución y los que afectan al normal desarrollo del servicio y por ende, a la eficacia, eficiencia y economía del mismo y el cumplimiento de los fines contractuales que se persiguen.

En este sentido, y siguiendo el estilo del informe de la Sindicatura, se nos ocurre que dicho análisis podría concretarse en si, en relación con el contrato de gestión de la atención sanitaria integral del Departamento de Manises, **se considera que es un instrumento jurídico eficaz para garantizar la evaluación y control periódico del desarrollo del servicio y para asegurar una ejecución pacífica del mismo.**

Esta Administración va a formular sus alegaciones concretas sobre esta premisa, partiendo principalmente de las evidencias que la propia Sindicatura recoge en su Informe, pero que aparecen diluidas en los Apéndices al mismo.

Además de este análisis pormenorizado de la relación contractual que vincula a las partes, esta Administración muestra igualmente su discrepancia con las contundentes conclusiones que formula la Sindicatura sobre la eficiencia, eficacia y economía de la gestión asistencial del Departamento de Manises.

La Sindicatura centra sus conclusiones en la mayor eficiencia de la gestión sanitaria del Departamento de Manises frente a los Departamentos de gestión directa.

La pretendida superioridad en términos de eficiencia de la gestión privada del Departamento de Manises frente a los Departamentos de gestión directa, lejos de

poder verificarse - como más adelante se argumenta - se asienta básicamente en las ventajas de un marco jurídico más flexible que propicia unos menores costes de personal y aprovisionamiento, antes que en una mayor eficiencia relativa en la gestión general de los recursos. Así, estudios como el de la Consultora IASIST, con datos de 2010, reiteradamente señalado por las corporaciones sanitarias privadas para demostrar la mayor calidad de su gestión frente a los centros de gestión directa administrativa<sup>2</sup>, reconoce expresamente que las diferencias más claras entre los dos tipos de gestión hospitalaria son las tienen que ver con la productividad de los recursos humanos (un 48% de la varianza) y su coste.

Partiendo de dicha premisa, las consideraciones que siguen ofrecen una visión crítica sobre la consistencia de las conclusiones del Informe de la Sindicatura en torno a la mayor eficiencia de la Concesión de Manises respecto al resto de la gestión sanitaria pública de nuestra Comunidad.

Nos detendremos, en primer lugar, a valorar determinados criterios metodológicos empleados - principalmente, lo que concierne a la ausencia de valoración en el Informe de indicadores de resultados y a la selección de la muestra de los departamentos a comparar - para, posteriormente, entrar a valorar, siquiera sucintamente, los principales argumentos de base que utiliza el Informe para sustentar sus conclusiones y que, esencialmente, son los siguientes:

- Gastos de personal;
- Esfuerzo inversor y dotación tecnológica;
- Cartera de Servicios;
- Dotación de recursos (facultativos);
- Cumplimiento de objetivos; y,
- Satisfacción del paciente

El Informe establece su línea argumental para determinar la eficiencia en la valoración de los costes y en la medida de la eficiencia de la actividad, con ausencia del uso de indicadores de resultado (*outputs*). Así, en el apartado de conclusiones sobre la eficiencia de resultados, expresadas en la página 19 del Informe, se indica que.. *“resulta muy complejo definir la eficiencia en el marco de los servicios sanitarios.... los*

---

<sup>2</sup> Las críticas más extendidas hacia este informe atienden tanto a la falta de aleatoriedad de la muestra utilizada - que los propios autores reconocen - como por la posible existencia de un *trade-off* entre la validez interna de la evaluación y la validez externa de las recomendaciones que de él se puedan derivar.

*resultados relevantes deberían medirse a partir de resultados finales (outcomes) como son la esperanza de vida, las tasas de mortalidad, las muertes evitables e incluso los indicadores de mayor complejidad como son los años de vida ajustados por calidad”, señalando a continuación que “...no obstante, no disponemos de estos indicadores con el nivel de desagregación necesario para comparar entre departamentos de salud”.*

Dos consideraciones al respecto:

- En primer lugar, no es correcto afirmar que no se disponga de indicadores de resultados en salud por departamentos. La Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública dispone de estadísticas de los citados indicadores con nivel de desagregación departamental, por causas de muerte y por años; datos que elabora periódicamente la Dirección General de Salud Pública y que pueden consultarse a través de su página web solicitando el permiso adecuado.
- Por otra parte, pese a no disponer o no haber usado dicha información por desconocer su existencia, el Informe obvia que el único modo comúnmente admitido de valorar con rigor la calidad, la equidad o la eficiencia social de la asistencia sanitaria, que es el fin último de la administración sanitaria, es a través del empleo de indicadores de eficiencia clínica o de resultados. Por eso, deseamos llamar la atención en que el Informe provisional, pese a disponer únicamente de ciertos indicadores de actividad y de algunas valoraciones sobre el coste de los servicios (y sobre los que nos pronunciamos a continuación valorando su calidad o relevancia) se manifiesta con contundencia en sus conclusiones, en nuestra opinión de manera inadecuada, sobre una pretendida mayor eficiencia, eficacia y economía de la gestión de la Concesión de Manises.

Estimamos necesario insistir en este extremo. El estudio de eficiencia que ha llevado a cabo la Sindicatura no lo consideramos apropiado ya que **debería haber sido formulado desde un enfoque proveniente de la gestión sanitaria y clínica**, así como desde una metodología en la que se estudie de manera más concreta la cuestión planteada (empleando métodos estadísticos paramétricos y no paramétricos).

Es totalmente objetable que el análisis comparativo de la gestión - siempre limitada al ámbito de la gestión y no de los resultados y de la equidad o eficiencia social, cuestión sobre la que volveremos más adelante - se efectúe principalmente en el informe

respecto “a los hospitales de ámbito comarcal y los hospitales de referencia grupos 1 y 2”. En relación a esta selección muestral, se plantean tres objeciones:

- En primer lugar, para poder concluir el nivel de eficiencia de gestión - y dado el peso relevante que comporta en la determinación de la productividad tanto el régimen laboral como el diferente sistema de aprovisionamiento -, debería haberse comparado el Hospital de Manises con las restantes concesiones privadas e, incluso, con otros centros de gestión privada; argüir, como hace el Informe, la carencia de información de las restantes concesiones, no sólo no justifica el criterio y la muestra seleccionada, sino que hace todavía más inconsistente la radicalidad de las conclusiones que se enumeran sobre la eficiencia en la gestión.
- En segundo lugar, una vez descartadas en la muestra de la comparativa las restantes concesiones, no entendemos por qué se confronta el hospital de Manises con otros hospitales de gestión pública que poco tienen que ver con el mismo, en términos de tamaño y complejidad (*case-mix*), en lugar de llevar a cabo un análisis de conglomerados o clúster con el fin de determinar hospitales similares al de Manises con los que elaborar una comparativa más ajustada; de hecho, esta comparación resulta tanto más contradictoria cuanto en el propio Informe se pone de manifiesto en reiteradas ocasiones la falta de equiparación del Hospital de Manises con el conjunto de los hospitales comarcales.
- Por último, en relación con el tratamiento que el Informe otorga a los temas del esfuerzo inversor y la dotación de equipamientos tecnológicos como criterios de eficiencia en el análisis interdepartamental - asunto sobre el que volveremos más adelante -, entendemos erróneo el criterio utilizado en el Informe al comparar las inversiones efectuadas por el Departamento de Manises - destinadas principalmente a la creación y puesta en marcha de un nuevo centro hospitalario y sufragadas por la Generalitat a través de la cápita - con la media de las inversiones registradas en los hospitales de gestión directa, muchos de los cuales tienen muchos años de actividad. Tal vez hubiera sido más acertado hacer comparación de inversiones entre Centros con un período de actividad, tamaño y complejidad similar. Es conocido que el mayor esfuerzo inversor de una empresa, y en especial una que ha de estar dotada con equipamiento tecnológico de elevado coste como es el caso, coincide con los primeros años de vida de la misma. En el hospital de Manises como en el resto de hospitales en su día, ha sido necesario llevar a cabo una fuerte inversión inicial para la puesta en funcionamiento del mismo, condición

que se acentúa con el incremento de la cartera de servicios que el informe apunta y que se corresponde con una decisión facultativa por parte de la concesionaria. En este caso, nos encontramos con un hospital con una vida inferior a 10 años, que desde nuestro punto de vista debería compararse con hospitales de una antigüedad similar. Sirva como ejemplo el esfuerzo inversor de la Consellería en la construcción y dotación tecnológica del nuevo Hospital de Gandía, que asciende a algo más de 70 millones de euros, importe sensiblemente superior para una población protegida incluso inferior.

#### ALEGACIONES CONCRETAS AL BORRADOR DEL INFORME.

Siguiendo el formato que esa Sindicatura solicita, pasamos a concretar lo expuesto anteriormente:

**Primera Alegación: referida al Glosario de Términos, página 5, Gasto corriente sanitario público. Página 109, anexo III.**

La Cláusula 19 del Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares (en adelante, PCAP) define el presupuesto capitativo anual como el resultado de sumar los importes correspondientes a los créditos presupuestarios de los capítulos de gasto 1 y 2 de los programas 412.22, 412.24 y 412.28.

Si bien la Sindicatura está refiriéndose al Gasto corriente sanitario público, parece evidente que su configuración debe ser paralela a la del presupuesto capitativo.

La Sindicatura, al relacionar las partidas presupuestarias que intervienen en la determinación del gasto corriente sanitario público, incluye por un lado el programa 313.20 (que no forma parte del presupuesto capitativo, como se indica en el párrafo primero de esta alegación), y por otro lado, olvida incluir el programa 412.29 “Información para la Salud”.

En el ejercicio 2008, se crea el programa presupuestario 412.29 “Información para la Salud”, que se desvincula del programa 412.22 “Asistencia Sanitaria”, con el fin de singularizar los créditos destinados a financiar los sistemas de información vinculados a la prestación de asistencia sanitaria.





La Cláusula 19 del PCAP indica que “en el supuesto de que se den cambios futuros en la estructura orgánica o funcional del Presupuesto de la Generalitat Valenciana, se aplicarán aquellas partidas que se corresponden conceptualmente con las anteriormente indicadas”.

Por tanto, el propio PCAP admite la aplicación de esta nueva partida, al incluirse conceptualmente en lo que venía siendo el programa 412.22. Así lo consideró igualmente el órgano de contratación en la resolución de actualización de la población y la disposición del crédito correspondiente para el ejercicio 2009; resolución que se comunica a cada concesionaria, sin que se haya formulado oposición alguna al respecto.

**Segunda Alegación: referida al epígrafe 0 Magnitudes claves y hechos relevantes, página 8 del borrador del Informe.**

Tal y como se indica por la Sindicatura, este epígrafe es un esquema de las conclusiones que se exponen en el apartado 2, página 13.

Extraña a esta Consellería el formato de exposición del informe, por cuanto entendemos que es muy arriesgado incluir en la primera página el esquema de un informe de 160 páginas; esquema que invita o bien a la no lectura del resto del informe o cuanto menos a la lectura dirigida por la información facilitada en el mismo, haciendo perder valor a matizaciones que se recogen en las conclusiones. Por eso, entendemos que es muy relevante la información que se ofrezca en este apartado.

Entendiendo que responde al formato de informe de esa institución, y siguiendo con la argumentación expuesta en nuestras alegaciones genéricas, consideramos que este esquema debe rediseñarse incluyendo el primer objetivo que ha sido expuesto anteriormente.

En este sentido, proponemos que el apartado de *Magnitudes claves y hechos relevantes* (en adelante, *resumen ejecutivo*) se estructure en 4 cuadros, incorporando un primero que pudiera responder al siguiente literal:

**En relación con el contrato de gestión de servicio público para la gestión integral de la asistencia sanitaria del departamento de Manises**

Siendo que este apartado 0 es un esquema de las conclusiones, expondremos en la alegación Cuarta de este escrito las cuestiones que, recogiendo en los apéndices, consideramos que deberían relacionarse en este objetivo.

**Tercera alegación: Apartado 1. Objetivos y alcance de la auditoría. Página 10.**

La alegación a este apartado y, en concreto a la página 10 del informe, está en sintonía con lo referido en nuestras alegaciones genéricas y en la propuesta de un análisis más jurídico de la relación contractual.

Proponíamos en la anterior alegación, que se incluyera un análisis sobre el contrato, que podría responder a la siguiente pregunta:

*¿El contrato de gestión de la asistencia sanitaria integral del departamento de Manises, es un instrumento eficaz para garantizar la evaluación y control periódico del desarrollo del servicio y para asegurar una ejecución pacífica del mismo?*

Consecuentemente, y en caso de que se acepte nuestra alegación, debería modificarse el Cuadro 2 de la página 10 referido a los objetivos, subobjetivos y criterios de auditoría, y cuyo contenido tendría que ser definido por la Sindicatura.

Pero con el fin de facilitar la labor de esa institución y, a modo de ejemplo, formulamos algunas preguntas que podría plantearse la Sindicatura respecto a este objetivo y que se infieren de la información que obra en los apéndices del propio informe:

- *¿La documentación contractual define claramente un procedimiento para la determinación del precio del contrato?*
- *¿Existen informes o dictámenes que cuanto menos ponen en duda el sistema de cálculo que se recoge en el contrato?*
- *¿En qué situación de litigiosidad se encuentran actualmente las liquidaciones?*
- *¿Considera la Sindicatura que la problemática que hay detrás de estos litigios tiene parte de su origen en la deficiente redacción del contrato?*

- *¿Se recoge en el contrato un sistema de control basado en indicadores específicos de calidad y unas auditorías para verificar su cumplimiento?*
- *¿Debería el contrato recoger un régimen de penalizaciones para el supuesto de incumplimiento de los indicadores que se deberían haber establecido?*
- *¿Debería haberse precisado en el contrato la parte de la cápita destinada a inversiones y la destinada a atención asistencial?*
- *¿Debería haberse precisado en el contrato el alcance de concepto de inversión nueva?*
- *¿Se contempla causa alguna por la que sea posible la resolución del contrato?*
- *¿Define el contrato adecuadamente las oscilaciones de las condiciones contractuales que deben considerarse que forman parte del riesgo y ventura de la concesionaria?*

En definitiva,

- *¿considera esa Sindicatura que todos estos aspectos son esenciales en un contrato como es el de gestión de la atención sanitaria integral, para garantizar su adecuado desarrollo y ejecución?*
- *¿considera esa Sindicatura que el contrato es suficiente para regular una realidad tan compleja como la asistencial?, y, por último, en caso de que lo considere insuficiente,*
- *¿entiende la Sindicatura que esta realidad genera ineficiencias al sistema sanitario público en general?*

#### **Cuarta alegación: Apartado 2 Conclusiones del Informe, página 13.**

Partiendo de que fuera aceptado nuestro planteamiento sobre un análisis del contrato, en este Apartado y en esta página, consideramos que deberían desarrollarse las siguientes cuestiones:

##### **a) Carencias del contrato.**

En este punto, nos remitimos a lo que la Sindicatura reseña en la página 69 de su informe (Apéndice 4, Objetivo 2, Subobjetivo 2.1).

Indica la Sindicatura: *“un proceso de externalización requiere de 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 que no se está penalizando la calidad”. “Resulta criticable que la Administración no haya incorporado un clausulado contractual más detallado que permita garantizar unos determinados niveles de calidad. Los pliegos deberían haber incluido, al menos, las siguientes disposiciones:*

- *Definición de un conjunto de indicadores específicos de calidad, (...)*
- *Plan anual de evaluaciones o auditorías externas (...)*
- *Régimen de penalizaciones en el supuesto de no cumplimiento de los indicadores establecidos (...)*”

Entendemos que las consideraciones que se recogen en esta página, tienen la entidad suficiente como para recogerlas expresamente en el resumen ejecutivo y en las conclusiones del Informe, relacionando las carencias concretas, tal y como las hemos reseñado en la alegación anterior.

#### **b) Comisiones Mixtas.**

En este punto, nos remitimos a lo que la Sindicatura indica en la página 73 de su informe (Apéndice 4, Objetivo 2, Subobjetivo 2.2), en donde indica que la Comisión Mixta se ha atribuido inadecuadamente unas competencias propias del órgano de contratación.

En este sentido, en sesiones celebradas el 29 de marzo de 2011 y 6 de noviembre de 2012, la Comisión Mixta resuelve provisionalmente las liquidaciones de los ejercicios 2009 y 2010; competencia que corresponde, exclusivamente, al órgano de contratación.

Las Comisiones Mixtas se han caracterizado, en su mayor parte, excepto en las celebradas en el último período, por estar constituidas irregularmente, sin identificación del cargo que ostentan los asistentes, y adoptando unos acuerdos sin motivación alguna y exclusivamente centrados en cuestiones de facturación y de personal (página 70 del Informe)

Véase por ejemplo, el acta de la Comisión Mixta de 29 de marzo de 2011, origen del litigio que luego se indicará, en la que se aprueba provisionalmente la liquidación del 2009, sin que conste criterio alguno que justifique el saldo

final que se concreta en 8.549.174,98 euros a favor de la Administración, cuando en la Comisión mixta del 18 de mayo de 2015 se concreta en un importe de 30.021.032,40 euros a favor de la Administración.

También puede consultarse el Acta de la Comisión Mixta de 6 de noviembre de 2012, en la que, previa la aprobación provisional de la liquidación de 2010, en este caso de forma motivada, decide sobre criterios de facturación que exceden de las facultades de un órgano de seguimiento y control, asumiendo facultades del órgano de contratación. En la citada Comisión Mixta, el saldo resultante a favor de la Administración asciende a 14.483.807,04 euros, mientras que en la Comisión Mixta de 18 de mayo de 2015 asciende a 55.101.173,72 euros.

**c) Litigiosidad pendiente de resolución.**

Como se ha indicado, las Comisiones Mixtas mencionadas resolvieron provisionalmente las liquidaciones de los ejercicios 2009 y 2010; liquidaciones que fueron informadas desfavorablemente por la Viceintervención General para la Administración Sanitaria por no ajustarse a lo indicado en el PCAP.

Valoradas las discrepancias de la Viceintervención, se convocó una Comisión Mixta el 11 de febrero de 2015, en la que se decide dejar sin efecto las comisiones anteriores en las que aprobaban las liquidaciones de 2009 y 2010. Acta que no suscriben los representantes de la concesionaria.

Ante la solicitud de la empresa concesionaria de que se elevasen a definitivas las liquidaciones del 2009 y 2010 y que se aplicasen los mismos criterios para las liquidaciones futuras, el órgano de contratación resolvió en fecha 23 de febrero de 2015 su desestimación, lo que determinó que la concesionaria interpusiese recurso contencioso-administrativo, que aún está pendiente de resolverse por el Tribunal Superior de Justicia.

Posteriormente, el 18 de mayo de 2015 se reúne nuevamente la Comisión Mixta, en la que se aprueban las propuestas de las liquidaciones de 2009 a 2013, y que es firmada de disconformidad por los representantes de la concesionaria.

A esta litigiosidad concreta de Manises, hay que añadir el resto de litigios pendientes con las restantes concesionarias y que vienen a corroborar las

deficiencias y falta de claridad de los documentos contractuales que regulan la relación entre la Administración y las concesiones. Documentos que por otra parte, y como hemos dicho, son muy similares.

A continuación, se relacionan los distintos procedimientos judiciales abiertos con las concesionarias:

<b>DEPARTAMENTO DE LA RIBERA</b>	
Asunto	Número de expediente
Sobre reequilibrio económico	PO 5/000475/2016
Sobre No prórroga	PO 5/000955/2016

<b>DEPARTAMENTO DE TORREVIEJA</b>	
Asunto	Número de expediente
Sobre reequilibrio económico	PO 5/000054/2016
Sobre venta accionarial	PO 5/000407/2016
Sobre presunta facturación irregular -GESTITURSA	Juicio Verbal 371/2014

<b>DEPARTAMENTO DE ELX-CREVILLET</b>	
Asunto	Número de expediente
Sobre reequilibrio económico	PO 5/000053/2016

<b>RIBERA SALUD S.A.</b>	
Asunto	Número de expediente
Sobre posible malversación	D.P. 000833/2016
Sobre requerimiento información a RIBERA SALUD S.A. sobre B2B Salud	PO 5/000930/2016

Asimismo, cabe resaltar que ha habido que acudir al Consell Jurídic Consultiu de la Comunitat Valenciana en 5 ocasiones, por temas relacionados con problemas derivados de la interpretación del contrato: Dictamen 661/2010, sobre modificación del contrato de Manises e incorporación de la población de Mislata; Dictamen 038/2012, sobre revisión de la cápita; Dictamen 088/2012,

sobre modificación del contrato de Elx-Crevillent; Dictamen 204/2015, sobre el abono de las asistencias de atención primaria a foráneos; Dictamen 483/2016, sobre la no asunción por parte de las concesiones de los medicamentos de Hepatitis C.

Igualmente, constan numerosos informes de la Abogacía de la Generalitat en relación con cuestiones interpretativas del contrato, que obviamos relacionar.

Esta falta de claridad de los contratos queda patente en la dificultad que tiene la Administración para aprobar las liquidaciones. En este sentido, se señala, conforme consta en el Informe de la Sindicatura de Comptes de 2015, apéndice 2 sobre Observaciones adicionales de la auditoría financiera, salvedad 4.b) Liquidaciones de los contratos de gestión de asistencia sanitaria, que quedan pendientes de aprobar un total de 26 liquidaciones, con el siguiente detalle:

### Cuadro 1: Liquidaciones pendientes

Ejercicio	86/2003 Alzira	87/2003 Torrevieja	822/2004 Dénia	555/2006 Manises	700/2006 Elx
2009	-	-	PA	PA	-
2010	-	-	PA	PA	PA
2011	-	-	PA	PA	PA
2012	-	-	PA	PA	PA
2013	TR	TR	PA	PA	TR
2014	TR	TR	TR	TR	TR
2015	TR	TR	TR	TR	TR

Fuente: Cuenta General 2015. Sindicatura de Comptes.

Entendemos que esta realidad debe reflejarse en el informe de la Sindicatura, tanto en el resumen ejecutivo como en las conclusiones, para mostrar la realidad completa y la problemática que actualmente está abierta con las empresas concesionarias y que resta eficiencia al sistema al imposibilitar la determinación del precio anual del contrato.

**Quinta alegación: Apartado 2 Conclusiones del Informe, página 13.**

En relación con los principios de eficiencia, eficacia y economía, la Sindicatura individualiza sus conclusiones en 9 epígrafes. Entendemos que con carácter previo, tanto en el resumen ejecutivo como en las conclusiones, se debería reseñar que el acceso a esta fórmula de gestión viene justificado por un ahorro en el gasto, derivado del régimen laboral y contractual con que cuenta la empresa privada frente a la pública, que permite maximizar los recursos con un coste inferior.

Consideramos necesario que se haga constar esta reseña previa, por cuanto lo contrario da a entender que la economía deriva de la propia gestión de Manises, cuando realmente es una economía intrínseca al propio contrato.

A continuación, formulamos de manera más precisa las alegaciones a los epígrafes de las conclusiones sobre eficiencia, eficacia y economía:

**Sobre el coste de personal por empleado (página 14 del Informe, apartado c)).**

Ya se ha comentado anteriormente que las diferencias más claras entre los dos modelos de gestión son las de productividad de los recursos humanos y de coste.

La Sindicatura se refiere al coste medio por empleado laboral, comparándolo con el coste medio del personal estatutario, introduciéndolo como uno de los criterios que ponderan en el aspecto de la eficiencia.

A este respecto llama la atención esta forma de proceder cuando **no puede ser en absoluto comparable el régimen laboral del colectivo de personal de la concesión con el régimen estatutario del personal de la Consellería: retribuciones, jornada laboral, además de la diferente antigüedad de la plantilla y la edad media de los trabajadores.**

El régimen jurídico de los recursos humanos de la Concesión es laboral, estando regulados los contratos por un convenio colectivo propio. El sistema retributivo es flexible, permitiendo retribuir de forma diferente a algunos especialistas (por ejemplo los anestesiólogos), con un importante desarrollo de sistemas de incentivos orientado al rendimiento, y el desarrollo de una carrera profesional propia. No se exige la exclusividad. El número de horas anuales efectivas





establecido en convenio supera en 191 horas en promedio al existente para el personal estatutario.

En cuanto a las retribuciones, sirva como ejemplo las diferencias que se señalan en el cuadro adjunto sobre retribuciones fijas anuales de 2015 del personal laboral de la concesión (según *Convenio Colectivo De Trabajo De Sanidad Privada De La Provincia De Valencia*) y del personal de la Conselleria (sin incluir carrera y desarrollo profesional).

	<b>Retribución concesión*</b>	<b>Retribución Consellería</b>	<b>% Inferior</b>
Médico especialista	26.783,90	43.896,86	-38,98
Enfermero	23.284,09	25.579,74	-8,97
Auxiliar Sanitario	17.181,28	17.911,32	-4,08

No obstante lo anterior, la diferencia entre el salario medio de 49.453 euros del personal estatutario y el del personal de la concesión (43.368 euros), éste último un 14% inferior, conlleva el que exista una elevada cantidad de retribuciones variables, en forma de incentivos a la actividad; instrumento éste que está muy limitado en el ámbito estatutario. El *Convenio Colectivo de Trabajo de Sanidad Privada de la Provincia de Valencia* dota a la empresa concesionaria de mayor flexibilidad en términos de incentivos, que suponen una reducción de los costes laborales fijos en detrimento de los variables. En el caso de los Departamentos de Salud de Gestión Directa, les es de aplicación el régimen laboral estatutario, más rígido en estos términos.

En cuanto a la jornada laboral, la establecida en 2015 para el personal de la concesión es de 1.780 horas efectivas anuales, mientras que la del personal estatutario de la Consellería es de 1.589 horas, lo que representa casi un 11% superior.

Asimismo, respecto a las condiciones de trabajo, el personal estatutario disfruta de más de 12 días efectivos de descanso anuales de media superior al personal de la concesión.

Además, el Informe permite entrever como elemento de eficiencia el que la concesión cuente con una media de 2,33 facultativos por cada 1.000

habitantes, cuando la media de la Consellería es de 3,26 facultativos por cada 1.000 habitantes. Esto que significa que la concesión tiene 180,71 facultativos menos que la media de la Consellería, resultando paradójico con el número de especialidades (67) que se recogen en el informe, lo que permite presuponer que o bien existe un alto número de contratos de escasas horas semanales o bien, está utilizando la contratación de profesionales fuera del régimen laboral por actos; aspecto que el Informe no entra a analizar.

Como más adelante se indica en el apartado referido a la dotación de facultativos, el número de facultativos por habitante es más bajo en la concesión de Manises que en los hospitales comarcales. En el siguiente apartado valoramos más detenidamente este estadístico. Las hipótesis sobre este hecho parecen apuntar a una mejor organización o a la existencia de un personal más eficiente y menos absentista. Sin embargo, la lectura de estos ratios más bajos también podría deberse, por ejemplo, a unos horarios de trabajo más prolongados, tal y como se ha señalado anteriormente, a una población protegida más sana con una menor carga de morbilidad que la media de la de los hospitales con los que se compara o, incluso, a la derivación de pacientes complejos a otras áreas de salud. De nuevo, la ausencia de análisis basado en resultados clínicos sesga la valoración del Informe.

#### ***Dotación de facultativos (página 15 del informe, apartado d))***

---

En cuanto a la valoración de los recursos sanitarios el Informe (pág.46) valora el número medio de facultativos por cada 1.000 habitantes y el número medio de horas de facultativo por cada 1.000 habitantes.

La primera consideración es que las bases del estudio no son las correctas, ni por el indicador ni por la escala. Así, para valorar la oferta de facultativos y puesto que la gestión del departamento es integral (incluye tanto atención primaria como especializada) debería diferenciar entre los facultativos de atención primaria y los de especializada, puesto que la organización del trabajo es distinta y su planificación tiene distintos criterios.

Concretamente, en atención primaria se utiliza la ratio de medicina de familia y de pediatría por habitantes mayores de 14 años y menores respectivamente (tarjetas SIP). Las ratios oficiales de la Comunitat Valenciana por departamento

están publicados también en la *“Memoria de gestión de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública 2015”* páginas 157 y 158. La plantilla de facultativos de atención primaria está compuesta por personal laboral contratado por la Concesión y por personal de naturaleza estatutaria, con distintas condiciones laborales (más adelante veremos las diferencias en cuanto a disponibilidad de tiempo efectivo). De los 110 médicos de familia con cupo de pacientes asignados, 61 son laborales y 49 estatutarios, y de los 34 pediatras de atención primaria con cupo de pacientes asignados, 21 son laborales y 13 estatutarios.

En cuanto a la fuente de datos de la plantilla, que no figura explicitada en el Informe de auditoría, no conocemos si los datos que se aportan en el Informe parten de la elaboración de una nómina o de un registro de puestos; estimamos que no parte de una plantilla estructural y que los datos son declarativos por parte de la Concesión, desconociendo si se ha efectuado por parte de la Sindicatura alguna comprobación al respecto.

Un aspecto relevante que estimamos necesario que el Informe aclarase, es la valoración detallada de los servicios asistenciales a su vez subcontratados por la empresa concesionaria, es decir, qué personal asistencial no depende directamente de la misma - como es el caso, por ejemplo, del laboratorio de bioquímica o hematología/hemoterapia del H. de Manises-, y que por tanto no computa en las tablas que se exponen en los resultados del número de facultativos por habitantes.

En cuanto a la oferta del número de horas de facultativo, el Informe en nuestra opinión debería considerar las diferentes condiciones laborales del personal que trabaja en el Departamento de Manises, al objeto de poder extraer conclusiones más ajustadas sobre la dotación efectiva de recursos y la productividad laboral.

Atendiendo a este último aspecto, si comparamos el número de horas efectivas entre el Convenio laboral actualmente vigente para el Departamento de Manises (Convenio colectivo para la sanidad privada de la provincia de Valencia 2013-2016, publicitado en BOP nº 38 de fecha 14-II-2014) y la normativa aplicable del régimen de jornada del personal estatutario, Decreto 38/2016 del Consell, que regula la jornada y horario de trabajo del personal

estatutario, nos encontramos las siguientes diferencias en cuanto a la Jornada efectiva anual:

- *Convenio colectivo para la sanidad privada de la provincia de Valencia:* 1.780 horas año.
- *Decreto 137/2003 del Consell:* 1.589 horas año

Es decir, observamos que existe una diferencia anual de 191 horas efectivas.

Por otra parte, debemos precisar igualmente que en el ámbito de asistencia especializada continúan existiendo 14 facultativos de naturaleza estatutaria.

Concluyendo, a la vista de las diferencias en cuanto a la disponibilidad de las horas efectivas al año, según tipo de facultativo, el Informe debería realizar una comparación más adecuada de la efectuada en el documento preliminar. Consideramos que, tal y como está planteada la evaluación de este eje de análisis, deberían reseñarse en el Informe final los aspectos anteriormente señalados o, tal vez lo que sería más adecuado, eliminarse como indicador para valorar si los recursos son suficientes en comparación con otros departamentos.

#### ***Dotación tecnológica (página 16 del Informe, apartado e.)***

---

Es cuestionable el tratamiento que el Informe de la Sindicatura otorga al tema de las inversiones, asimilándolo igualmente dentro del concepto de gestión eficiente y eficaz. Además de los comentarios ya efectuados en las alegaciones genéricas sobre selección de la muestra de departamentos para efectuar un análisis comparativo, en el que se cuestiona, entre otros aspectos, la comparación del esfuerzo inversor entre un centro de nueva creación y centros con décadas de antigüedad, queremos incidir en dos elementos determinantes no valorados suficientemente u omitidos en el Informe.

- En primer lugar, pese a que este aspecto es mencionado dentro del informe de la Sindicatura, debe destacarse el hecho que la cifra sobre las inversiones facilitadas por el concesionario es difícilmente evaluable por parte de la Administración: hay dudas más que razonables sobre aspectos

tan diversos como la diferencia entre inversión nueva y de reposición, el grado de amortización, la adquisición de los activos mediante instrumentos financieros, etc. que condicionan, como es conocido, cualquier valoración sobre el plan de inversiones. De hecho, durante toda la vigencia de la Concesión, como así consta en el Informe, no se ha producido estudio alguno, ni por el Comisionado ni por auditor externo, sobre la realización del Plan de Inversiones y su Dimensionamiento, así como tampoco la realización de ningún inventario por parte de la administración reguladora. Actualmente, la Conselleria de Sanidad ha reclamado a las distintas Concesiones información detallada sobre su inmovilizado material e inmaterial y está iniciando los trámites para la contratación de una auditoría del inventario.

- Por otra parte, cuando se compara el esfuerzo inversor de los departamentos de gestión directa se omite en el informe información sobradamente conocida como es la existencia de inversiones reales que se sustentan en contratos que no son propiamente del Capítulo 6, como es el caso de las resonancias magnéticas, con un contrato de servicios que incluye la dotación de equipamiento y cuyo monto global asciende actualmente a más de 550 millones de euros.
- En cuanto al indicador de número de camas, se afirma que éste no tiene connotaciones positivas ni negativas. Lo cierto es que el bajo ratio de camas por cada 1.000 habitantes puede obedecer a un criterio de maximización de la rentabilidad por parte de la concesiones, al lograr de esta forma disminuir los costes fijos.
- Por último, existen dudas en cuanto a lo que se considera inversión en equipamiento de alta tecnología, ya que en el Informe no se establecen las fuentes ni los criterios para la clasificación de estos elementos y que resultan determinantes en los resultados de los cálculos que se analizan en el Informe. A este respecto, conviene insistir en lo ya expuesto en el último párrafo del apartado de alegaciones genéricas, sobre la inconsistencia de comparar este aspecto con los hospitales de gestión pública de antigüedad superior a la de la Concesión de Manises.

***Cartera de servicios*** (página 16 del informe, apartado )

---

Es destacable que en el Informe se relacione sin más consideraciones el número de especialidades o servicios con los principios de eficacia, eficiencia y economía en la gestión.

Efectivamente, el número de especialidades que incorpora el Departamento de Manises es muy elevado; cuestión aparte, que no analiza el Informe, es la valoración sobre la necesidad y la motivación que induce a la concesión a mantener una cartera de servicios superior a la que sería la normal para este tipo de Departamento, o si los servicios ofertados son equiparables en dotación de medios y oferta asistencial a los existentes en otros departamentos de salud.

Por otra parte, no deja de ser paradójico que, con una cartera tan amplia de servicios, los departamentos de gestión directa terminen facturando anualmente por prestación de servicios sanitarios a la población protegida del Departamento de Manises un importe superior a los 36 millones de euros.

Asimismo, es conocido que un buen número de las especialidades que se ofertan en las Concesiones son cubiertas con una mínima dotación de recursos propios, procediéndose en ocasiones a derivar al paciente para su tratamiento a otros centros hospitalarios privados con los que existen acuerdos.

En definitiva, y al igual que sucede en el resto de las concesiones, algunas de las especialidades que se ofertan por parte del Hospital de Manises y que permiten una cartera abultada de servicios tienen más que ver con el *merchandising* que con las necesidades reales de la población protegida (en este sentido, el Departamento de Manises actúa como los grandes hospitales privados, que cuentan incluso con un mayor número de especialidades en su cartera de servicios).

No debemos soslayar que el concesionario es una empresa privada que busca, legítimamente, rentabilizar al máximo su inversión (es el regulador, en este caso la Conselleria de Sanidad, quien viene obligada a establecer los mecanismos adecuados de control para evitar resultados no deseados). Es por ello que algunas de las estrategias que puede utilizar la empresa son las de *dimensión óptima, las economías de escala o los estudios de mercado*, entre

otras. Todos ellas son medidas empresariales que la concesionaria puede implantar dado que se encuentra con un entorno en el que el resto de departamentos de salud asumirá la población no atendida por la misma. Pero, ¿qué ocurriría si el resto de departamentos se gestionasen del mismo modo? , ¿quién asumiría esos servicios menos atractivos desde el punto de vista económico?, o ¿quién atendería a esos pacientes complejos en los que las tarifas legales vigentes son insuficientes para cubrir los costes reales?

En resumen, los hospitales gestionados de forma privada aplican determinadas estrategias para lograr maximizar sus beneficios. Podemos mencionar algunos ejemplos como el ofrecer determinados servicios en su cartera a la vista de los resultados de sus estudios de mercado, incluir aquellos que resulten más rentables económicamente y dejar de ofrecer los que dejen menor margen, siempre que no estén obligados a ello por contrato. En definitiva, la cartera de servicios no estará establecida de forma aleatoria y es seguro que el factor económico juega un papel relevante en el establecimiento y modificación de la misma.

En el lado contrario, es inimaginable que un departamento gestionado de forma directa aplicase este tipo de estrategias. Su finalidad será atender a la población de la Comunitat Valenciana, y los criterios en cuanto a cartera de servicios serán de tipo geográfico, entre otros, pero raramente estarán motivados por razones de índole económica.

Es por ello que entendemos que el Informe, más que resaltar las supuestas bondades de una amplia oferta de especialidades, debería mencionar y/o centrarse en analizar el dimensionamiento adecuado de las mismas, el procedimiento seguido para su autorización por parte de la propia Conselleria - sobre el que, a fecha de hoy, tenemos serias dudas sobre su grado de adecuación -, así como los mecanismos existentes de subcontratación de servicios asistenciales por parte del Departamento de Manises y, debemos reconocerlo, la ausencia efectiva de regulación y control en esta materia por parte de la Administración sanitaria.

***Satisfacción del paciente*** (página 17 del informe, apartado g))

---

El Informe concluye que esta variable es igualmente relevante para determinar el mayor nivel de eficiencia de la gestión del Departamento de Manises, dada la mejor valoración de los pacientes del Departamento con la atención sanitaria recibida frente al conjunto de la Comunitat.

Tal y como indica el Informe, y tomando como fuente los datos publicados en la “*Memoria de gestión de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública 2015*”, 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 el periodo 2014-15 se ha situado en 81,05%, oscilando entre el 73,12% y el 89,49%, según el Departamento de Salud. Por su parte, el Departamento de Manises tiene un 84,83 % de pacientes que han declarado, estar satisfechos o muy satisfechos con la atención sanitaria recibida, porcentaje por tanto superior a la media de departamentos (81,05%), de la misma forma que los Departamentos de gestión pública directa de Elx-Hospital General (82,37%), Valencia Dr.Peset (82,18%), Requena (84,67%), Valencia La Fe (84,67%), Arnau de Vilanova-Lliria (82,23%), Sagunt (87,41%), La Plana (85,51%), así como los Departamentos de Concesión administrativa de Elx\_Crevillent, Torrevieja, La Ribera y Denia. De cualquier modo, es destacable la escasa dispersión que se observa respecto a la media de la práctica totalidad de los Departamentos, lo que comporta una menor relevancia o significación estadística y por ello una menor contribución al análisis de la eficiencia comparada.

Con todo, consideramos que hubiera sido conveniente ponderar y diferenciar el valor que le da la encuesta de satisfacción a la atención asistencial y a la oferta hostelera (los hospitales gestionados mediante Concesión, de mas reciente construcción, disponen de habitaciones de hospitalización con camas individualizadas). Cabe prever que, además del Hospital de La Fe, una vez computen en las citadas valoraciones los nuevos hospitales que ha puesto en funcionamiento la Conselleria de Sanidad, como son los de Lliria y Gandía, en los que sus unidades de hospitalización disponen asimismo de habitaciones con camas individuales y un mayor nivel de confortabilidad general, la media



comunitaria de satisfacción tenderá a incrementarse, disminuyendo en consecuencia el *gap* actual del índice.

Por tanto,

- a) la escasa significación estadística que en términos generales presenta la explotación de los resultados;
- b) la débil significación de este indicador - que por otra parte puede no corresponderse con la realidad de la calidad asistencial -; y,
- c) la propensión de los pacientes a valorar su satisfacción con la atención sanitaria influenciados por la confortabilidad de las instalaciones - aspecto, este último, recurrente en la literatura sobre gestión sanitaria, al considerarse que la percepción del paciente puede ser muy buena cuando se le realizan varias pruebas o se le atiende rápidamente, pudiendo quedar el problema no resuelto pese a ello, tal como puede reflejar en este caso el mayor índice de reingresos o consultas por servicio de urgencias -,

deberían en nuestra opinión ser tenidos en consideración en el informe (tanto en el apéndice como en las conclusiones iniciales), al objeto de ponderar la significación del estadístico empleado en la valoración de la eficiencia.

**Sexta alegación: Apartado 2 Conclusiones. Página 23 “En relación con el precio del contrato”.**

En relación con el precio del contrato, centramos nuestras alegaciones en dos conceptos que consideramos básicos:

**1.- Concepto de población protegida. (Página 100 del informe)**

La Sindicatura discrepa de la interpretación que realiza esta Conselleria del término “población de derecho”, en la aplicación de la fórmula de actualización del precio que se recoge en la cláusula 19 del PCAP.

$$\text{Presupuesto capitativo anual} = \frac{\text{Presupuesto asistencia sanitaria G.V.}}{\text{Población de derecho de la Comunitat Valenciana}}$$

Esta Consellería asimila el concepto de población de derecho al de población protegida o asegurada, mientras que la Sindicatura aboga por la literalidad del término, que según el Instituto Nacional de Estadística, es el número de personas que oficialmente tienen su residencia en el municipio en la fecha de referencia.

Básicamente, la diferencia entre uno u otro concepto estriba en que la población de derecho incluye el número de personas empadronadas en la Comunitat Valenciana, mientras que la población protegida se circunscribe a las personas con médico de atención primaria asignado, es decir, personas empadronadas en la Comunitat Valenciana y con derecho a la asistencia sanitaria pública gratuita.

La Sindicatura se apoya en la jurisprudencia que indica que la interpretación literal del contrato *“es el primero de los parámetros a los que hay que acudir para conocer su alcance”*, para considerar la interpretación del concepto población protegida como contraria a los pliegos del contrato. Pero la misma jurisprudencia señala que existen otros medios de interpretación, cuando el contrato carezca de la deseada claridad. En este sentido, las normas de interpretación de los contratos que se establecen en el Código Civil indican expresamente (artículo 1281) que *“si los términos de un contrato son claros y no dejan duda sobre la intención de los contratantes, se estará al sentido literal de sus cláusulas”*, pero *“si las palabras parecieren contrarias a la intención evidente de los contratantes, prevalecerá ésta sobre aquéllas”*; intención de los contratantes que se juzgará haciendo prevalecer *“los actos de éstos, coetáneos y posteriores al contrato”* (art. 1282).

Concluye asimismo el Tribunal Supremo, (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 7ª, STS de 8 de marzo de 2012) que la interpretación no puede ser arbitraria, errónea o carente de lógica, tanto por el contexto de los antecedentes, como por la fundamentación en que se materializa.

Con el fin de demostrar a la Sindicatura de Comptes que la interpretación del término población de derecho no es arbitraria y que viene fundamentada en actos previos y coetáneos de esta



Administración, relacionamos a continuación los antecedentes que apoyan dicha interpretación:

**Primer antecedente:** El Decreto 126/99, de 16 de agosto, por el que se crea el Sistema de Información Poblacional (SIP) de la Consellería de Sanidad, define la Tarjeta Sanitaria como el documento acreditativo del derecho a la protección de la salud de los ciudadanos residentes en la Comunitat Valenciana. Es el elemento efectivo de identificación de cada ciudadano y de acreditación del tipo de servicios y de prestaciones sanitarias que legalmente e individualmente tengan reconocidas en la Comunitat Valenciana, información que se incorpora de los datos procesados por el Sistema de Información Poblacional de la Consellería de Sanidad. Asimismo, en su anexo, establece, como personas o colectivos afectados, *“toda la población de derecho de la Comunitat Valenciana”*, siendo su finalidad *“acreditar el derecho a la asistencia sanitaria prestada por la Conselleria de Sanidad”*.

Es decir, el propio Decreto del año 1999 ya asimila el concepto de población de derecho al concepto de población protegida o población asegurada, como titular de la tarjeta sanitaria.

**Segundo antecedente:** La Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana, vigente cuando se suscribió el contrato de concesión, disponía en su Preámbulo que *“el ciudadano se convierte en el auténtico protagonista del sistema sanitario, la mejora del estado de salud es el fin último del sistema y para ello, la Comunitat Valenciana se ha dotado de la Tarjeta Sanitaria, que sustituye a la antigua cartilla de la Seguridad Social. El estudio de la información obtenida por las tarjetas nos permite realizar unos presupuestos realistas en los que la base de cálculo la constituye la población a atender. La base es capítativa, si bien modulada por las variables que inciden en la necesidad de atención sanitaria, entre las que destaca la estructura etaria de la población. Esta nueva base presupuestaria es especialmente útil en una comunidad como la nuestra, esencialmente turística, máxime cuando en algunos casos constituye una residencia permanente de la población foránea.”*

Por tanto, los presupuestos de la Conselleria de Sanidad se realizan tomando como base de cálculo la población a atender, con una base capitativa modulada por las variables que inciden en la necesidad de atención sanitaria. Son una estimación anual del coste de la provisión de atención sanitaria a una población determinada (población asegurada); atención sanitaria que tiene obligación de financiar por ser la entidad responsable de prestarla. Incluir en el presupuesto capitativo a población cuya asistencia se presta, pero no se financia, puede llevar al absurdo de tener que incluir como población a cualquier usuario potencial del sistema sanitario público valenciano, esté o no empadronado, lo que haría indeterminable el concepto de cápita.

A este respecto, cabe señalar que la Generalitat Valenciana recupera el coste que representa la atención sanitaria a las personas no aseguradas mediante la liquidación de las respectivas tasas sanitarias que vienen a compensar el gasto efectuado.

Tercer antecedente: el *informe económico financiero anexo al Anteproyecto de explotación del contrato de gestión de servicios públicos por concesión del Departamento de La Ribera*, indica literalmente en su análisis de la determinación de la prima per cápita:

*“En definitiva, y a la vista de las cuantías de créditos para los conceptos integrados en el contrato, cuyo importe total asciende a 1.876.517.612 euros, y considerando que la población protegida de la Comunitat Valenciana con derecho a asistencia sanitaria gratuita y con médico asignado de acuerdo con las normas de la tarjeta sanitaria (S.I.P.) se evalúa para el ejercicio 2002 en 3.996.732 personas, el importe per cápita asciende a 469,512 euros.”*

Es decir, que el primer contrato de concesión sanitaria que se suscribe por la Generalitat nace ya informado, como anexo al Anteproyecto de explotación, con el concepto de población protegida, y así se sigue interpretando cada año por el órgano de contratación en su resolución de actualización de la población y la disposición del crédito correspondiente; resolución que se comunica a cada concesionaria.

Cuarto antecedente: la información poblacional contenida en el Sistema de Información Poblacional es la que informa la mayor parte de las actuaciones de la Consellería de Sanidad. Así, es la que sirve de base para el diseño de la oferta de recursos sanitarios integrados dentro de la ordenación del mapa sanitario de la Comunitat Valenciana. La asignación de recursos sanitarios y la construcción de nuevos hospitales y centros de salud han tenido su base en la población de derecho de la Comunitat Valenciana determinada a partir de los datos contenidos en el Sistema de Información Poblacional.

## **2.- Revisión de la cápita. (Conclusión q) Contraprestación capitativa, página 24)**

La Consellería de Sanidad calcula dos cápitas para cada anualidad: una provisional, que tiene la consideración de pago a cuenta de la cápita definitiva y que toma como base el presupuesto de la GV en las partidas presupuestarias que indica el PCAP; y otra definitiva, que toma como referencia el gasto real sanitario y cuyas desviaciones respecto a la cápita provisional se corrigen en la liquidación de cada ejercicio.

La Sindicatura discrepa de la fórmula de revisión de la cápita aplicada por esta Conselleria, al afirmar que *“no se ha efectuado de conformidad a la literalidad de los pliegos, sino que se ha realizado en base al dictamen del Consell Jurídic Consultiu de 19 de enero de 2012, que interpreta que la referencia de actualización es el presupuesto liquidado en asistencia sanitaria de la Generalitat y no las previsiones iniciales contenidas en la Ley de Presupuestos”* Sigue diciendo la Sindicatura que *“si bien dicha referencia hubiese gozado de mayor lógica desde el punto de vista económico, la literalidad de los pliegos del contrato es clara”*.

Traemos de nuevo a colación los criterios interpretativos de los contratos del Código Civil y la jurisprudencia, y exponemos los antecedentes y actos previos y coetáneos que apoyan nuestra interpretación:

**Primer antecedente:** El primer contrato de gestión de servicios públicos por concesión para la gestión del Departamento de Alzira (1997), origen del modelo concesional, contenía en el Anteproyecto de explotación entre sus objetivos el de *“conseguir una fórmula de pago que estuviera basada en el coste sanitario global en la atención especializada de cada ciudadano, lo que se viene a llamar pago capitulo de la actividad”*. Al mismo tiempo, tras fijar la cápita en 34.000 pesetas, indica que *“esta prima per cápita representa el coste anual total que en la actualidad supone la asistencia sanitaria especializada en el ámbito del S.V.S. (Servicio Valenciano de Salud)”*.

Es decir, que, en la génesis del modelo concesional, el órgano de contratación toma en consideración el gasto real y la población protegida.

**Segundo antecedente:** la cláusula 4 del PCAP del Departamento de Manises señala que el precio del contrato ha de cubrir *“los servicios delimitados dentro del objeto del contrato”*, debiendo incluir *“los costes de prestación de la asistencia sanitaria”*.

La Sindicatura viene advirtiendo, año tras año, de la existencia de una problemática significativa en los programas sanitarios, referida al volumen de gasto realizado efectivamente y no contabilizado por carecer de crédito presupuestario suficiente.

Siendo esto así, la revisión de la cápita con datos de créditos presupuestarios no tendría en cuenta los costes de prestación de la asistencia sanitaria, tal y como establece la cláusula 4 PCAP.

**Tercer antecedente:** la cláusula 19 del PCAP recoge la fórmula de revisión de la cápita, justificada, tal y como de forma expresa indica, en la necesidad de *“asegurar la correcta financiación de las prestaciones sanitarias gestionadas por la concesión, evitando que los ciudadanos del Departamento L’Horta-Manises se vean en el futuro discriminados respecto al resto de la Comunitat Valenciana con unos menores recursos sanitarios”*.

Con esta finalidad establece una fórmula de actualización que toma como referencia *“el crecimiento anual del presupuesto sanitario expresado en los Presupuestos de la Generalitat Valenciana, en aquellos conceptos que se corresponden con el objeto del contrato. La fórmula de actualización toma como base el importe del Presupuesto de la Generalitat Valenciana para gastos en asistencia sanitaria por habitante (Presupuesto capitativo anual), el cual sirve de índice para el cálculo de la prima, (...)”*

A continuación, la cláusula 19 del Pliego recoge las partidas presupuestarias que deben incluirse en el concepto de *“Presupuesto asistencia sanitaria G.V”*, así como hace referencia a supuestos cambios en el contenido de las prestaciones sanitarias cubiertas por el SNS o reconocidas por las autoridades sanitarias, referenciando entonces la fórmula de revisión de la prima sobre el gasto sanitario (*“..., el órgano de contratación deberá de ajustar la fórmula de revisión de la prima, detrayendo o añadiendo del GASTO SANITARIO los importes previstos para dichas prestaciones, a los efectos de garantizar el sentido de actualización que la fórmula expresa.”*)

Cuarto antecedente: el dictamen del Consell Jurídic Consultiu (en adelante CJC), de fecha 19 de enero de 2012 (Dictamen 2012/0038), que entiende que *“las bases a tener en cuenta para la actualización de la prima per cápita han de ser gastos reales y no meramente gastos presupuestados”*, considerando dicha interpretación acorde con lo estipulado en el contrato.

La Sindicatura concluye en su informe que el dictamen del CJC altera el contenido del contrato. A este respecto, ha de recordarse que el CJC es el supremo órgano consultivo del Consell de la Generalitat y de su Administración, encargado de velar por la observancia de la Constitución, el Estatuto de Autonomía de la Comunitat Valenciana y el resto del ordenamiento jurídico, en cuyo conjunto normativo fundamenta sus dictámenes, y cuyas decisiones tienen la consideración de doctrina legal.

Quinto antecedente: la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril) indica en sus artículos 3 y 12 que cualquier sistema de financiación capitativa ha de modularse con criterios de población ajustada, ya que lo contrario daría lugar a inequidades y desigualdades no permitidas por la ley.

Así, la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas, regula un sistema de financiación de base capitativa modulada con criterios de población ajustada, al igual que la Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común.

Ha de señalarse, además, que el sistema de financiación capitativa previsto en la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana resulta aplicable a todos los departamentos de salud de la Consellería de Sanidad, tanto a los de gestión directa como a los de gestión indirecta, con la diferencia de que en la prima per cápita de los departamentos de gestión indirecta se detraen los importes correspondientes a las prestaciones excluidas del objeto contractual. Ello no podría ser de otra forma en base a los criterios de igualdad recogidos en la Ley General de Sanidad y en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que tiene por objeto garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud.

Realizar el cálculo de la cápita de las concesiones con datos de presupuesto y realizar el cálculo de la cápita de los departamentos de gestión directa con datos de gasto real, daría lugar al incumplimiento de preceptos tales como el artículo 3.2 (“el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva”) y 12 (“los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español según lo dispuesto en los artículos 9.2 y 158.1 de la Constitución”) de la Ley General de Sanidad.



**Sexto antecedente:** En la concesión de Manises, tal y como se ha expuesto en nuestro escrito, el órgano de contratación no ha aprobado ninguna liquidación. Sin embargo, sí que ha resuelto las liquidaciones de Torreveja y Alzira, correspondientes a los ejercicios 2006 a 2012, en el primer caso, y 2003 a 2012, en el segundo.

En estos expedientes de aprobación de las liquidaciones, se recoge la propuesta de resolución dictada por la Dirección General competente en materia económica, en la que se incluye de forma expresa la revisión del precio del contrato, *“calculado de conformidad con el procedimiento fijado por el Consell Jurídic Consultiu de la Comunitat Valenciana de fecha 19 de enero de 2012”*.

Por tanto, existe un acto administrativo del órgano de contratación de transposición del criterio del CJC a la fórmula de revisión del precio del contrato. Acto que, como indica la normativa de contratación, es inmediatamente ejecutivo.

En relación con estas liquidaciones, además hay que tener en cuenta que la Sindicatura ha fiscalizado la Cuenta General de la Generalitat de 2014 y 2015, solicitando específicamente los expedientes relativos a las liquidaciones de las concesiones de Torreveja 2006-2012, y de Alzira 2008-2012, y sus correspondientes expedientes de resarcimiento, sin realizar ninguna observación al respecto. Por tanto, nos sorprende que en una auditoría operativa de una empresa concesionaria se modifiquen criterios interpretativos del órgano de contratación sobre cuestiones que afectan a la Cuenta General y que han sido específicamente informados por esa institución, en las fiscalizaciones correspondientes a los ejercicios 2014 y 2015.

**En relación con el precio del contrato, cabe concluir que no se entiende la negativa de la Sindicatura a aceptar los criterios interpretativos de esta Consellería, cuando, tal y como se ha expuesto, están sobradamente justificados, tanto en el propio contrato como en las actuaciones normativas y contractuales que han informado el proceder de esta Consellería.**

Una interpretación literal de la fórmula de actualización de la cápita llevaría al absurdo de dejar a la exclusiva voluntad de una de las partes dicha actualización, que podría manipular los índices de actualización con una fórmula tan simple como la de presupuestar en más o en menos por cuestiones ajenas al contrato, con la correspondiente quiebra del principio de igualdad entre la población protegida de unos departamentos y la de otros.

Esta Consellería entiende que, más allá de la literalidad del contrato, deben aplicarse criterios de razonabilidad en la interpretación de sus cláusulas. Sin entrar a emitir informe al respecto, esta Consellería comparte lo dictaminado por el CJC, por considerar que, en un escenario de presupuestos deficitarios como el que denuncia de forma reiterada la Sindicatura de Comptes en los informes sobre la Cuenta General, que viene efectuando a lo largo del periodo 2002 a 2015, atenta contra la buena fe contractual y el principio de confianza legítima una revisión de la cápita fundamentada en los presupuestos iniciales de la Generalitat, considerando que dicha interpretación no sólo no es acorde con la causa de la Cláusula 19 del PCAP (*evitar la discriminación respecto al resto de los ciudadanos de otros departamentos de salud al resultar infrafinanciados*), sino tampoco con la propia causa del contrato (*la correcta financiación de las prestaciones sanitarias que debe asumir la concesionaria*).

Recordamos en este sentido que la doctrina (entre otros, ESCOLA) manifiesta que la causa, como razón determinante de la voluntad de quienes concurren al contrato, dirigida a la realización del acto considerado como una totalidad, e incorporada a su régimen por mención expresa en su título, o por común intención de los otorgantes, constituye un elemento del contrato administrativo, con caracteres similares a los que presenta como elemento integrante de los contratos de Derecho Privado. Se conforma (SAYAGUÉS LASO) como la razón en la que se asienta el nacimiento del contrato. La causa, para la

Administración, es siempre EL INTERÉS PÚBLICO, que en el contrato de Manises queda definido en la cláusula 19 PCAP.

Valencia, 8 de Marzo de 2017

**EL SUBDIRECTOR GENERAL DE RECURSOS ECONOMICOS**

  
Fdo. José Luis Sanchis Oliver

Vº Bº  
**EL DIRECTOR GENERAL DE  
RECURSOS HUMANOS Y ECONÓMICOS**

  
Fdo. Justo Herrera Gómez

SINDICATURA DE COMPTES  
DE LA COMUNITAT VALENCIANA

REGISTRE GENERAL

DATA: 08/03/2017 12.22

Núm: 201701030 ENTRADA

Avda. Generalitat Valenciana, nº 50  
46940 Manises - València  
Tel: 961 845 000  
Fax 961 849 182  
www.hospitalmanises.es

DON VICENTE GIL SUAY, en nombre y representación de la entidad mercantil ESPECIALIZADA Y PRIMARIA L'HORTA MANISES, S.A.U., con CIF núm. A97789861, domiciliada en Valencia, Avda. de la Generalitat, 50, EXPONE:

Primero.- Que, con fecha 8 de febrero de 2017, le ha sido notificado acuerdo, al que se une borrador del informe "Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el departamento de salud de Manises. Ejercicios 2009-2015" al objeto de formular alegaciones en la forma que se indica en el dorso del referido acuerdo.

Segundo.- Que, dentro del plazo concedido al efecto y con sujeción al formato señalado en el acuerdo, vengo en formular las siguientes

## ALEGACIONES

### **Primera alegación.- Apartado 1 del borrador del Informe ("Objetivos y alcance de la auditoría"), página 9.**

El "Borrador de auditoría de la concesión de asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Manises (2009-2015)" examinado, ha sido elaborado por la Sindicatura de Cuentas de la Comunidad Valenciana -órgano ajeno a la Administración de la Generalitat- en virtud de un encargo parlamentario adoptado por la Mesa de las Cortes Valencianas en su reunión de 16 de febrero de 2016. Se trata pues de un informe que debe insertarse en el ámbito de la actividad parlamentaria de control de las cuentas y las políticas públicas, ajeno a toda relación administrativa. En consecuencia, las alegaciones que se formulan no se deducen en el seno de ningún procedimiento administrativo incoado por la Generalitat Valenciana, en cuanto Administración contratante de la concesión de que es titular la concesionaria, ni son susceptibles de ser incorporadas a ningún procedimiento de dicha índole.

El Borrador versa sobre la asistencia sanitaria integral prestada en el Departamento de Salud de Manises. Examina la actividad desarrollada por la concesionaria, Especializada y Primaria L´Horta-Manises, S.A.U., entidad jurídico privada, no integrada en el sector público valenciano - de acuerdo con lo previsto en el art. 2 de la Ley 1/2015, de 6 de febrero, de Hacienda Pública - y, por consiguiente, excluida del ámbito de las auditorías operativas según con lo establecido en artículo 119 de la mencionada Ley 1/2015, de 6 de febrero, de tal suerte que sus conclusiones no le vinculan ni convencional ni legalmente.

La auditoría operativa es una de las modalidades de la auditoría pública, según se establece en el apartado tercero del artículo 119 de la Ley 1/2015, de 6 de febrero, de Hacienda Pública.

La auditoría pública consiste, según el apartado 1 del mismo precepto, en la "verificación , realizada con posterioridad y efectuada de forma sistemática, de la actividad económico-financiera del sector público de la Generalitat, mediante la aplicación de los procedimientos de revisión contenidos en las normas de auditoría e instrucciones que dicte la intervención General de la Generalitat". De acuerdo con lo establecido en el artículo 119.3.c) del mismo cuerpo legal, la auditoría operativa "constituye un examen sistemático y objetivo de las operaciones y procedimientos de una organización, programa, actividad o función pública, con el objeto de proporcionar una valoración independiente de su racionalidad económico-financiera y su adecuación a los principios de buena gestión, a fin de detectar sus posibles deficiencias y proponer las recomendaciones oportunas en orden a la corrección aquéllas".

El ámbito de la auditoría operativa se ciñe al análisis de los aspectos económico-financieros del funcionamiento de los órganos y entidades públicas y de los servicios públicos verificados. Su examen de las actuaciones administrativas no puede trascender los referidos aspectos, salvo en lo relativo a la corrección interna de los procedimientos seguidos por la Administración.

En otros términos, el alcance de una auditoría operativa se ve limitado a la comprobación de los aspectos económico-financieros de las actividades y servicios públicos y al examen de la corrección de los procedimientos internos seguidos por la Administración en el desenvolvimiento de su actividad económica-financiera.

De acuerdo con la legislación general aplicable (Ley General Presupuestaria, Ley 1/2015, de 6 de febrero, Real Decreto 2188/1985,

de 28 de diciembre, artículo 34), la auditoría operativa tiene como finalidad promover la mejora de las técnicas y procedimientos de gestión económico-financiera, a través de las propuestas que se deduzcan de los resultados del mismo, de modo que, de los informes de control, se pueda extraer información que permita una mejor aplicación de los principios de eficiencia y economía en la programación y ejecución del gasto público.

Quedan excluidos del ámbito de la auditoría operativa la verificación de la legalidad de los procedimientos administrativos de contratación y la interpretación de las cláusulas de los eventuales contratos analizados.

La auditoría operativa se distingue de la fiscalización. Tiene un ámbito más específico. Es una "fase de la fiscalización que, realizada en sede los organismos o empresas controladas, supone la profundización en determinados aspectos de la gestión económica" (Normas internas de fiscalización del Tribunal de Cuentas), atendiendo a los criterios de eficacia y eficiencia. La fiscalización -al igual que la auditoría de cumplimiento-, *stricto sensu*, permite, por el contrario, la valoración de la legalidad de la gestión.

En aplicación de lo expuesto, la auditoría operativa no es un mecanismo de control de legalidad y debe concluirse que el Borrador se excede de lo que es su objeto al formular interpretaciones jurídicas y juicios de legalidad sobre cuestiones sustantivas que se exceden de lo que es estrictamente la materia económico-financiera que lo delimita.

**Segunda alegación: Apartado 1 ("Objetivos y alcance de la auditoría") del Borrador de Informe; pág. 12.**

El Borrador elaborado por la Sindicatura de Cuentas examina con detalle diversos extremos de carácter económico a fin de evaluar la observancia de los principios de eficiencia, eficacia y economía de gestión de la concesión de asistencia sanitaria integral en el departamento de Manises de la que es titular la entidad "Especializada y Primaria L'Horta Manises, S.A.U. Llama la atención sobre algunas eventuales deficiencias en los procesos de formación de voluntad y de los mecanismos de ordenación de la Administración en relación con el contrato de concesión en su día otorgado, imputables exclusivamente a los servicios de la Generalitat Valenciana.

El Borrador expresa también criterios e interpretaciones jurídicas, con vocación de generalidad, en materias y cuestiones ajenas a lo que es estrictamente económico-financiero.

Baste señalar en tal sentido las interpretaciones hechas sobre el sistema de revisión de la cápita –en contradicción con el criterio jurídico del Consell Consultiu de la Comunidad-, sobre la naturaleza y las competencias de la Comisión Mixta de Seguimiento previsto en el contrato de concesión y sobre el mecanismo de actualización del precio (Índice de Precios al Consumo).

En relación con estos pronunciamientos, el Borrador se extralimita respecto de lo que es su ámbito propio –el económico-financiero- llegando a plantear criterios jurídicos. Se vierten en el ejercicio de unas competencias jurídicas ajenas al ámbito del instrumento utilizado –la auditoría operativa- y al órgano que los formula: la Sindicatura de Cuentas –órgano de control económico y dependencia parlamentaria y no de asesoramiento y control jurídico-.

Las interpretaciones jurídicas y los criterios contenidos en el Borrador en relación al contrato que liga al concesionario con la Administración deben hacerse con pleno respeto a la relación concesional existente entre Especializada y Primaria L´Horta-Manises, S.A.U. y la Generalitat Valenciana, sin que en ningún caso, como ocurre, ignore los precedentes y normativa aplicable a los mismos.

En vía administrativa, la interpretación de los contratos corresponde al órgano de contratación, quien goza de tal prerrogativa conforme con lo previsto en el artículo 210 de la Ley de Contratos del Sector Público, cuyo texto refundido se aprobó por Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre.

Esta norma tiene carácter básico para todas las Administraciones Públicas y vincula a todos los poderes públicos. Por consiguiente, también a la Administración de la Generalitat.

Atribuida dicha prerrogativa al órgano de contratación por disposición de la ley, no es posible su ejercicio por ningún otro órgano administrativo y, menos aún, por quien no se incardina en la estructura administrativa de la Administración, como es el caso de la Sindicatura de Cuentas.

El ejercicio de la prerrogativa de interpretación de los contratos está sujeto por otra parte a un estricto procedimiento -de naturaleza

administrativa y no contable- en el que debe ser oído el contratista (Ley de Contratos del Sector Público, artículo 211.1) y el Consejo de Estado u órgano consultivo equivalente de la Comunidad Autónoma en caso de formularse oposición por su parte.

La prerrogativa de interpretación está sujeta también a límites materiales como ha señalado el Tribunal Supremo al decir que "cualesquiera que sean las modulaciones que la posición de una Administración pública introduce en la contratación administrativa, nunca pueden llegar sus potestades de dirección o interpretación a atribuir a su exclusivo arbitrio la validez o cumplimiento de los contratos, en contra de lo dispuesto en el artículo 1256 del Código Civil" (Sentencia del Tribunal Supremo, S. 3ª, Sección 4ª, de 24 de septiembre de 1991).

Así las cosas, la naturaleza de procedimiento de control financiero de la auditoría operativa practicada, la índole de la Sindicatura de Cuentas y la inobservancia de las reglas antedichas en el caso del borrador examinado conducen a concluir que los criterios e interpretaciones contenidos en el mismo ni tienen, ni pueden tener, un valor distinto del meramente instrumental para el ejercicio de las competencias de control de las políticas públicas que corresponden a la Sindicatura. En modo alguno, inciden o pueden incidir en el régimen jurídico del contrato que liga a la concesionaria con la Administración de la Generalitat Valenciana.

Además, debe señalarse que los criterios e interpretaciones jurídicas contenidos en el Borrador resultan incorrectos. Por consiguiente, el Borrador de Informe debe expresar claramente que sus conclusiones se ciñen al ámbito económico-financiero, tienen una eficacia interna exclusivamente limitada a los servicios de la Generalitat y no constituyen criterios interpretativos de los contratos oponibles al concesionario.

Si ello no fuere así, la Sindicatura estaría actuando en infracción del ordenamiento jurídico, pues no ha previsto una vía jurisdiccional para que el concesionario pueda impugnar los pronunciamientos contenidos en el Informe, lo que es un principio básico en un Estado de Derecho y así está establecido en nuestra Constitución en su art. 24.

La sindicatura ha errado al redactar este informe en una perspectiva metodológica esencial: ignora que no está solo revisando la actuación de la Administración -escenario en el que los efectos de sus



conclusiones no están amparados, lógicamente, por un posible control judicial- sino que su revisión emite juicios de valor sobre los derechos del concesionario, donde este control judicial de la opinión de la Sindicatura es imprescindible para no ser nulo de pleno derecho. Para ello Sindicatura deberá articular el correspondiente mecanismo que permita al concesionario impugnar en su caso ante la jurisdicción contencioso-administrativa el contenido y los pronunciamientos contenidos en el Informe que se apruebe. No puede dejar de señalarse que la Sindicatura, aun no siendo un órgano administrativo, se inserta en la Generalitat Valenciana y, en consecuencia, su actuación debe ser controlable por los tribunales de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 9 y 24 de la Constitución.

**Tercera alegación: Al apartado 2 del Informe ("Conclusiones"; "En relación con los principios de eficiencia, eficacia y economía"; pág. 13); Apéndice 4. (Subobjetivo 2.4. "¿Se ha actualizado anualmente la primera per cápita de acuerdo con el pliego de cláusulas administrativas particulares?" págs. 75); Apéndice 5. (Subobjetivo 3.3. "Las liquidaciones anuales reflejan fielmente los gastos e ingresos incurridos por ambas partes"; pág. 97).**

El informe realiza cuatro consideraciones a la revisión de la cápita que viene aplicando la Consellería de Sanidad desde la puesta en funcionamiento del Hospital hasta la fecha presente, discrepando de las opiniones del Consejo Jurídico Consultivo y de la propia Abogacía de la Generalitat:

- a) El informe alega que la revisión de la cápita se debe realizar con base en la cifra incluida para la asistencia sanitaria en el presupuesto inicial de la Comunidad Valenciana y no sobre el gasto real obtenido al final del año con la liquidación presupuestaria.
- b) El IPC considerado como suelo es el del año anterior y no el vigente para el año de revisión de la cápita.
- c) En los ejercicios de 2014 a 2016 se ha superado el importe relativo al gasto sanitario público del Estado puesto que, al no tener el consolidado de dichos años, el órgano de contratación debería haber utilizado provisionalmente el incremento inicial del presupuesto sanitario público del Estado para el ejercicio en cuestión y,

- d) El término "población de derecho" debe ser el que define el Instituto Nacional de Estadística y no la población protegida del contrato.

En relación con lo dicho, procede formular las siguientes consideraciones:

**A) En relación con el sistema de actualización anual de la prima per cápita del precio**, el Borrador de auditoría operativa afirma que la Consellería de Sanidad ha venido considerando –de acuerdo con el criterio sustentado por el Consejo Jurídico Consultivo en su dictamen de 19 de enero de 2012 (Se adjunta dicho Dictamen como Anexo I)- que es ajustada a la cláusula 19ª del Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares 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 de IPC (**Borrador, pág. 76**).

Señala el Borrador que el órgano de contratación –conforme con el criterio del Consejo Consultivo-:

*"estima que nada obsta, en la interpretación de la cláusula 19ª del PCAP a entender el "presupuesto" como el presupuesto definitivo o liquidado. Según esta interpretación, la prima per cápita debe ser objeto de revisión cuando se disponga del presupuesto sanitario capitativo real" (Borrador, pág. 78, párr. antepenúltimo)*

Sindicatura discrepa abiertamente de la interpretación del órgano de contratación, al decir que:

*"En opinión de esta Sindicatura, esta interpretación no se corresponde con la literalidad de la mencionada cláusula (en donde se menciona que el presupuesto de asistencia sanitaria es el resultado de sumar los importes correspondientes a créditos presupuestarios aprobados por Ley de Presupuestos de la Generalitat del año que se trate).*

(Borrador, página 78, penúltimo).

*“Esta Sindicatura discrepa básicamente por los siguientes motivos del cálculo realizado por la Consellería, que basa la fórmula de revisión en el dictamen del Consell Jurídic Consultiu, tal y como se ha explicado en el subobjetivo 2.4:*

*Según la jurisprudencia, 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)”*

(Borrador, pág. 100).

En relación al sistema de actualización del precio del contrato, la cláusula 19ª del Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares dispone:

*“19.1 Actualización de la prima per cápita. Para asegurar la correcta financiación de las prestaciones sanitarias gestionadas por la concesión, evitando que los ciudadanos del Departamento L’Horta-Manises se vean en el futuro discriminados respecto del resto de la Comunidad Valenciana con unos menores recursos sanitarios, se establece como fórmula de actualización de la prima per cápita su referencia con el crecimiento anual del presupuesto sanitario expresado en los Presupuestos de la Generalitat Valenciana, en aquellos conceptos que se corresponden con el objeto del contrato.*

*La fórmula de actualización toma como base el importe del Presupuesto de la Generalitat Valenciana para gastos en asistencia sanitaria por habitante (Presupuesto capitative anual), el cual sirve de índice para el cálculo de la prima, tomando dicho importe para cada anualidad presupuestaria y en consecuencia del contrato.*

*A estos efectos se define la fórmula siguiente:*

*Ppto. Capitative anual=  $\frac{\text{Presupuesto asistencia sanitaria G.V.}}{\text{Población de derecho de la C.V.}}$*

*El Presupuesto asistencia sanitaria será el resultado de sumar los importes correspondientes a créditos presupuestarios aprobados por Ley de Presupuestos de la Generalitat Valenciana del año de que se trate, de los capítulo de gasto 1 (gastos de personal), 2 (gastos de funcionamiento) y 6 (inversiones) de los programas presupuestarios correspondientes a asistencia sanitaria en aquellos conceptos que se corresponden con el objeto del contrato; es decir, los que figuran como programas 412.22 (Asistencia sanitaria), 412.24 (Prestaciones externas, exceptuando Oxigenoterapia y Servicios de Ambulancia) y 412.28 (Atención Sociosanitaria y Salud Mental) en el Presupuesto de la Generalitat Valenciana.*

*En el supuesto de que se den cambios futuros en la estructura orgánica o funcional del Presupuesto de la Generalitat Valenciana, se aplicarán aquellas partidas que se corresponden conceptualmente con las anteriormente indicadas.*

*En el supuesto de que se produjeran cambios en el contenido de las prestaciones sanitarias de la Comunidad Valenciana, y no se produjeran las correspondientes modificaciones contractuales para ajustar el objeto contractual a las mismas, el órgano de contratación deberá de ajustar la fórmula de revisión de la prima detrayendo o añadiendo del gasto sanitario los importes previstos para dichas prestaciones, a los efectos de garantizar el sentido de actualización que la fórmula expresa.*

*El resultado de la aplicación de la fórmula de actualización del precio 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. 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. Las desviaciones en el precio que pudieran producirse como consecuencia de lo anterior, deberán ser aplicadas en la siguiente liquidación anual, sin perjuicio de las actualizaciones en el cálculo de los pagos a cuenta que procedan"*

En síntesis, el Borrador examinado afirma que la interpretación hecha por el Consell Jurídic Consultiu –máximo órgano consultivo en materia

jurídica de la Comunidad Valenciana-, en su dictamen del 19 de enero de 2012, en el sentido de entender que el dato a tener en cuenta para el cálculo de la cápita es correspondiente al gasto real ejecutado en asistencia sanitaria en la Generalitat Valenciana es errónea. Según la Sindicatura, a la hora de determinar el importe de revisión de la cápita deben tenerse en consideración los créditos presupuestados así consignados en la Ley de Presupuestos, según a su entender, se deduce del tenor literal de la cláusula 19ª del Pliego.

La argumentación justificativa de la posición acogida por el Borrador de auditoría ignora las reglas básicas de la interpretación contractual y, especialmente, de la contratación pública.

Estas están presididas por dos reglas básicas: de una parte, ha de atenderse fundamentalmente a la función del contrato, esto es, al juego de intereses que subyace en él y al intento práctico que se ha pretendido dar a esos intereses. Y, de otro lado, al canon hermenéutico de su totalidad, que está recogido en el artículo 1285 del Código Civil, según el cual las cláusulas deben interpretarse las unas por las otras atribuyendo a las dudosas el sentido que resulte del conjunto de todas. En otros términos, las cláusulas de los contratos administrativos no pueden interpretarse aisladamente. Antes al contrario, lo han de ser a la vista de su estructura interna y de su propia finalidad (Sentencias del Tribunal Supremo de 29 de abril de 1980, de 27 de julio de 1989, 28 de febrero de 1989, 29 de enero de 2015, 30 de marzo de 2016 y 25 de abril de 2016, etc.).

En este mismo sentido el Consejo Jurídico Consultivo de la Comunidad Valenciana en su Dictamen de fecha 1 de abril de 2015, señala de forma genérica el planteamiento doctrinal respecto a la interpretación de los contratos y señala:

*"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 ajustadas 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, no 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 el sentido lógico y su ponderación sistemática que obliga a considerar el Pliego de Cláusulas Administrativas como un todo. Ello obliga a aplicar las reglas hermenéuticas que aconsejan la conexión de las distintas cláusulas contractuales relacionadas con la cuestión a resolver, indagando y armonizando el propósito o finalidad de cada cláusula en combinación con las demás del Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares, porque es el modo más adecuado para aquilatar la interpretación armoniosa y coherente del conjunto de cláusulas que integran los Pliegos de Cláusulas Administrativas Particulares y el resto de documentación contractual. El intérprete no debe detenerse en la mera exegesis gramatical, sino que debe atender a los demás elementos interpretativos como la finalidad perseguida por las partes y el contrato, siendo ello especialmente necesario cuando se compruebe que la aplicación meramente literal de una cláusula lleva consigo resultados prácticos injustificados, ilógicos, no convenientes o contradictorios.**"

La función y finalidad básica del contrato que liga a la concesionaria y a la Generalitat es la gestión de la asistencia sanitaria en el Departamento de Manises en un régimen de colaboración público-privado, sobre la base de que los usuarios del citado Departamento gocen de las mismas prestaciones y en las mismas condiciones que quienes se ven atendidos por las instituciones públicas de la Generalitat Valenciana. Para asegurar esta situación de igualdad, el contrato articula diversos mecanismos, entre los que destaca el de revisión de precios (cláusula 19ª).

Así lo reconoce la Generalitat Valenciana en el oficio de consulta de 2 de enero de 2012, remitido por el Conseller de Sanidad, al Consell Juridic Consultiu de la Generalitat Valenciana, al afirmar:

*"Es esencial destacar que esta cláusula de revisión de precios tiene por objeto asegurar la correcta financiación de las prestaciones sanitarias gestionadas por la concesión, evitando que los pacientes atendidos por el sistema discrecional se vean discriminados frente a los pacientes atendidos directamente por el sistema sanitario público, sin que a los primeros se destinen menores recursos*

*sanitarios que a los segundos. Por tanto, nunca debe de olvidarse que el sistema de revisión de precios tiene el objeto esencial de evitar discriminaciones entre unos y otros”.*

(Antecedente primero del dictamen del Consell Juridic Consultiu, de 19 de enero de 2012).

Y así lo ha hecho la actual Conselleria de Sanidad al aprobar, con el informe preceptivo de la Intervención Delegada, el pasado 30 de diciembre de 2015 las Liquidaciones de los ejercicios 2008 a 2012, ambos incluidos, del Departamento de Salud de Valencia-Ribera (Alzira), con la actualización de la cápita que la Conselleria desde el origen de dicha concesión ha realizado y que ha sido avalada por el Consell Juridic Consultiu.

La razón justificativa del contrato es por tanto asegurar la igualdad de trato entre los usuarios de la concesión y los que son atendidos directamente por la Generalitat Valenciana.

Uno de los principios básicos a la hora de configurar el régimen jurídico de la prestación de los servicios públicos es la igualdad de trato de los usuarios. La igualdad de trato, real y efectiva, de los usuarios está vinculada sin duda a la idea de financiación. No existe por tanto igualdad real si no se asegura una financiación equivalente.

A esta razón de ser, responde la cláusula 19ª del pliego de cláusulas administrativas particulares interpretada correctamente a la vista de las previsiones de los pliegos -y no de la manera parcial y arbitraria como hace el Borrador-. En efecto, la igualdad de trato de los usuarios exige que la financiación del servicio sea realmente la misma tanto si se trata de usuarios de la concesión como si se trata de usuarios del sistema público. En otros términos, que exista una equivalencia de prestaciones y una equivalencia de financiación que la haga posible.

En el caso del contrato existente entre la concesionaria y la Generalitat Valenciana, la equivalencia de prestaciones a los usuarios sólo se puede lograr si, para determinar la retribución del concesionario, se atiende a los gastos reales y no a los meramente presupuestados. No se alcanza esa equivalencia si se atiende a las consignaciones presupuestarias. No debe olvidarse que el Presupuesto es una simple previsión de ingresos y gastos.

En atención a la señalada razón de ser del contrato, la cláusula 19ª utiliza términos precisos, como señala el Consell Jurídic Consultiu en su dictamen de 19 de enero de 2012, al decir

*"Adviértase el empleo en la expresada cláusula de términos como "datos definitivos", "revisión provisional", "desviaciones en el precio", etc. que denotan la necesidad de que se atienda a índices o magnitudes reales o definitivos, así como la necesidad de proceder a la regularización de las desviaciones en el precio en la siguiente liquidación".*

Añádase a lo dicho el argumento expresado también por el mismo órgano en el sentido de que

*"...no cabe trasladar al concesionario del servicio público los efectos de un presupuesto de gasto inicial en el que el concesionario no ha tenido intervención en su previsión y que no se corresponde posteriormente con el definitivo. Lo contrario sería dejar en manos de una de las partes -recuérdese el contenido del artículo 1256 del Código Civil- el contenido, al menos en alguna medida, de una de las obligaciones determinantes del contrato cual es la actualización de la prima concesional" (pág. 16).*

Frente a esta interpretación que atiende al conjunto de las previsiones del contrato y que se adecua a la razón de ser de éste, no cabe oponer el argumento de la interpretación literal y aislada de una de las convenciones del pliego, como hace el Borrador.

Los contratos obligan a las partes (artículo 1258 del Código Civil). Respecto de los contratos administrativos, la Administración ostenta la prerrogativa de modificarlos, pero ello ha de hacerse dentro de los límites y con sujeción a los requisitos y efectos en la regulación aplicable, sin que la modificación unilateral pueda afectar a sus estipulaciones esenciales (Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de febrero de 1989). Y, en el caso presente, una modificación como la propuesta no es posible por afectar a un elemento esencial de contrato como es el precio.

**B)** El Borrador formula otra objeción de contenido jurídico **en el subobjetivo 3.3 del Apéndice 5 ("Observaciones sobre el precio final del contrato")** en relación con el **mecanismo de actualización**. En concreto, afirma:



*"Esta Sindicatura considera que el IPC aplicable es el correspondiente al periodo anterior al de la liquidación, es decir, en la actualización de la cápita para 2010 se debe aplicar la variación interanual experimentada por el IPC desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2009 de acuerdo con la doctrina de la Junta Superior de Contratación Administrativa de la Comunidad Valenciana (Informe 1/2002, de 25 de marzo). Consideramos que, a falta de pacto expreso por las partes, "no procede acceder a una nueva revisión de precios mediante el incremento o decremento del IPC de los doce siguientes meses, respecto del aplicado en el momento procedimental oportuno"*

(Borrador, página 101).

El Borrador incurre en un error al generalizar el contenido del informe 1/2002, de 25 de marzo, de la Junta Superior de Contratación Administrativa de la Generalitat Valenciana, y afirmar que el IPC aplicable al contrato es el correspondiente al período anual inmediatamente anterior. En efecto, el mencionado informe se pronuncia en tal sentido ante la incorrecta definición del período sobre el que debía operar en la cláusula 18 del pliego aplicable al contrato considerado. En ningún caso, se puede considerar dicho criterio expresivo de una doctrina general.

La revisión de precios es un mecanismo de estabilización de las deudas de valor. En nuestro ordenamiento jurídico, la actualización de las deudas monetarias, en cuanto expresivas de deudas de valor, está presidida por una única idea rectora: la de que la Administración debe compensar íntegramente la merma adquisitiva de la cantidad a abonar por el transcurso del tiempo. Por ello, todos los mecanismos de actualización –y entre ellos la revisión de precios- operan siempre sobre el período temporal a actualizar. En otros términos, a la hora de aplicarse dichos mecanismos deben utilizarse los coeficientes aplicables a cada período y el periodo considerado, salvo determinación expresa en contrario. Por tanto la revisión de precios –mecanismo de actualización en contratos-, los intereses –mecanismo de actualización en expropiación forzosa- y el Índice de Precios al Consumo –mecanismo de actualización en materia de responsabilidad patrimonial y resarcimiento- deben, de un lado, extenderse hasta el momento del reconocimiento del derecho a percibir las cantidades adeudadas por la Administración y, de otra parte, aplicarse con base en los coeficientes aplicables a los períodos actualizados (Memoria del Consejo de Estado, 2004, Observaciones y sugerencias, VIII).

Lo expuesto supone que, con carácter general, el índice a aplicar al período de actualización debe ser el correspondiente al mencionado período. Incluso, aun cuando el mecanismo de actualización se tenga que definir con carácter previo. Así estaba establecido para la fórmula tipo de revisión vigente con anterioridad a la ley de desindexación – fórmula que conserva su vigencia para los contratos anteriores-. En efecto,

$$k'_i = k_i \times \left[ 1 + (0,75 \times n) \times \frac{\hat{IIPC}}{12} \right]$$

*Siendo*

$k'_i$  = Coeficiente de actualización para la parte de la anualidad objeto de la previsión.

$k_i$  = Coeficiente de revisión, según la fórmula aplicable al contrato, en el mes que se procede a realizar la previsión, aunque la revisión no procediera por no haberse ejecutado el 20 por 100 del presupuesto o no hubiera transcurrido un año desde la fecha de la adjudicación del contrato.

$n$  = Número de meses dentro de la anualidad en las que procede la revisión.

$\hat{IIPC}$  = *Variación en tanto por uno del índice general de precios al consumo previsto para los doce meses siguientes.*

La aplicación de lo expuesto, lleva a discrepar radicalmente con el planteamiento del Borrador. Pero, además, en el caso del contrato que liga a la concesionaria con la Generalitat Valenciana, el criterio expuesto informa de manera clara la cláusula 19ª del pliego. Conforme con ésta, el porcentaje de incremento de la cápita depende de los siguientes elementos: el presupuesto autonómico ejecutado de asistencia sanitaria, la población de derecho de la Comunidad Valenciana, el Índice de Precios al Consumo y el gasto sanitario público consolidado del Estado. Ya se ha puesto de manifiesto que el primero de los elementos corresponde al gasto realmente ejecutado según el Consell Juridic Consultiu en el período correspondiente. Respecto de los demás conceptos, la cláusula prevé precisamente ajustes para el caso de que, al momento de liquidar anualmente el contrato, no se conozcan de manera cierta los datos correspondientes al período liquidado (*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. **Las desviaciones en el precio** que pudieran producirse como consecuencia de lo anterior, **deberán ser aplicadas en la siguiente liquidación anual**, sin perjuicio de las actualizaciones en el cálculo de los pagos a cuenta que procedan"). Así se evidencia la voluntad contractual de vincular período a actualizar y coeficiente de actualización del mismo período.

En síntesis, la desvinculación del montante del IPC aplicable de su período correspondiente resulta manifiestamente infundada tanto conforme con la legislación general como con las previsiones contractuales.

**C) En relación con el precio del contrato, el informe se refiere al "Techo máximo de la cápita para el período 2014-2016" (Borrador, pág. 77).**

Dice el Borrador de Informe que no se ha respetado el techo máximo definido por el incremento inicial del presupuesto sanitario público del Estado para el ejercicio en cuestión.

La desatención del criterio del presupuesto inicial por el órgano de contratación tiene una finalidad justificada en el interés público: evitar que, una vez disponible el gasto consolidado del Estado, la diferencia entre lo revisado y la revisión procedente comporte un saldo resultante (en contra la Administración) significativo. La experiencia acredita que el presupuesto de gasto sanitario no se sujeta a sus previsiones iniciales. A la hora de liquidarlo, se verifica cotidianamente que el gasto es mayor que el presupuestado inicialmente.

La observancia del criterio expresado por la Sindicatura de Cuentas comportaría rechazar la realidad en materia presupuestaria y de pagos a cuenta del contrato y agravar futuras situaciones de desequilibrio presupuestario, con las consiguientes dificultades de pago a cargo de la Administración.

Ni el presupuesto aprobado inicialmente es inmodificable -ya que es susceptible de ser variado, como ocurre de ordinario según acredita la práctica-, ni los pagos a cuenta que incluyen la cápita revisada son

definitivos, pues deben ser objeto de regularización en la liquidación anual –no practicadas en los años 2014 a 2016-.

Por ello, y dado que la finalidad de la cláusula es reflejar la realidad de la evolución de la cápita, el órgano de contratación ha aplicado correctamente la fórmula contractualmente prevista, de manera equitativa para ambas partes: para el concesionario, de un lado, que puede beneficiarse de una cápita revisada ajustada lo más posible a la realidad y, de otro lado, para la Administración contratante pues, ante la certeza real de que el presupuesto inicial del Estado será modificado al alza, no limita la revisión, de modo que no tenga luego que abonar al concesionario cantidad alguna; antes al contrario, será éste quien tendrá que devolver a la Administración en el caso de que el gasto consolidado del Estado sea inferior a lo abonado inicialmente.

**D) El informe de auditoría *discrepa de la definición de "población de derecho"* que se incluye en la fórmula de revisión de la cápita en el pliego (*Borrador de informe, pág. 100*).**

Discrepa el informe del dictamen emitido por el Consejo Jurídico Consultivo, que entiende que dicho término es equivalente a la población protegida comprendida en el contrato de concesión. Frente a este criterio, el borrador considera que la definición correcta sería la dada por el Instituto Nacional de Estadística.

La utilización del concepto del Instituto Nacional de Estadística resulta inadecuada en el ámbito del contrato concesional. En efecto, la división se realiza entre el gasto sanitario por el número de personas a las que se destina dicho gasto –que no es la población de derecho sino la protegida, que reúne otros requisitos diferentes, distintos del empadronamiento. Si se aplicase la variable correspondiente a la "población de derecho", quedarían incluidos quienes no tienen derecho a disfrutar del gasto sanitario considerado –como es el caso de quienes están en situación de concierto con entidades privadas dimanantes de convenios con el mutualismo administrativo (MUFACE, ISFAS, MUJEGU), privados residentes, etc.. Por tanto, debe partirse de la población protegida en la Comunidad Valenciana, fórmula seguida correctamente por el órgano de contratación.

En este sentido debe tenerse en cuenta la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana, en cuyo **Preámbulo** señala literalmente que:

*"El ciudadano se convierte en el auténtico protagonista del sistema sanitario, la mejora del estado de salud es el fin último del sistema, y para ello la Comunidad Valenciana se ha dotado de la Tarjeta Sanitaria, que sustituye a la antigua cartilla de la Seguridad Social. **El estudio de la información obtenida por las tarjetas nos permite realizar unos presupuestos realistas en los que la base de cálculo la constituye la población a atender.**"*

A este respecto, debe llamarse la atención que la Sindicatura de Cuentas ha operado con una información limitada, toda vez que no se ha contado con el expediente íntegro que motivó el dictamen del Consejo Consultivo, pese a haber solicitado la infrascrita su toma en consideración.

En el caso de aplicarse el criterio de la población de derecho –y no la protegida-, se llevaría a cabo una revisión de la cápita teniendo en cuenta la población por la que la Administración no abonaría cápita al concesionario, lo cual resulta contrario a toda interpretación adecuada del contrato.

En consecuencia, la conclusión formulada por la Sindicatura debe ser modificada.

**Cuarta alegación: Al apartado 3 ("Recomendaciones. En relación con el precio del contrato", pág. 26) y al Procedimiento de liquidación anual (Apéndice 5. "Observaciones sobre el precio final del contrato"; pág. 90 y ss.).**

Recoge el Borrador en varias ocasiones que no existe un procedimiento claro y acordado entre ambas partes para la determinación del precio anual del contrato. En base a estas consideraciones la Sindicatura realiza una serie de consideraciones que consideramos improcedentes.

En particular, el informe realiza una interpretación parcial de la cláusula 4.7 del PCAP sobre "la liquidación anual del Contrato" y sustrae a la Comisión Mixta la competencia atribuida por el pliego para realizar esta liquidación. En concreto:

El informe señala que, "las liquidaciones deberían recoger y cuantificar exclusivamente los conceptos que la literalidad de las obligaciones contractuales ha definido" (Borrador, página 26).

Esta afirmación se hace sin atender a que la cláusula 4.7.6 del pliego de cláusulas administrativas particulares establece literalmente que, en la liquidación, quedan comprendidos otros conceptos -no recogidos en los pliegos o necesarios para la correcta valoración del precio final del contrato-, que sean aprobadas por la Comisión Mixta. No obstante, el Borrador en el glosario de términos (Borrador, página 5), cuando se refiere a la liquidación anual, si recoge que deberán incluirse en la misma: *"aquellos otros que por causas excepcionales o imprevistas no estuvieran recogidos en los pliegos 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"*.

De igual modo, cuando se refiere a las liquidaciones propuestas por el concesionario señala que éstas han sido elaboradas con base en los acuerdos adoptados en las Comisiones Mixtas, olvidándose el Borrador que los pliegos literalmente permiten la imputación de otros conceptos no listados expresamente.

Los acuerdos adoptados en sede de Comisión Mixta se limitan a concretar "la forma de justificación y validación de la facturación" y la "resolución de cuestiones de facturación entre Conselleria y concesionario". Ahora bien, es relevante poner de manifiesto que los mencionados acuerdos no suponen una modificación de los términos del contrato de concesión, ya que todos los adoptados se ajustan a lo previsto en los pliegos.

Adicionalmente a la interpretación que se hace de la cláusula 4.7.6 del Pliego de cláusulas administrativas, el Informe realiza otras consideraciones sobre el procedimiento de liquidación del contrato que deben ser revisadas y corregidas:

Argumenta el Auditor (Borrador, págs. 25 y 26) que no existe un procedimiento claro y acordado entre la Administración y el concesionario para la determinación del precio del contrato.

Esta manifestación carece de fundamento, a la vista del contenido de las cláusulas del contrato y de los pliegos. Su simple examen evidencia que, en las cláusulas 10 del contrato, 4.3., 4.6 y 4.7 del Pliego de cláusulas administrativas -en relación con las cláusulas 9.9 y 18 del Pliego de Prescripciones Técnicas-, se define y establece un procedimiento claro y definido, ya empleado para liquidar los ejercicios correspondientes a los ejercicios de 2009 y 2010.

Resulta evidente que el Informe ha decidido obviar la aplicación de la cláusula 4.7.6 del PCAP, sin prácticamente mencionarla en todo el informe, apartándose así de la tan recurrida interpretación literal que defiende en el resto del informe sobre otras cuestiones.

Incorre así en un cambio de criterio evidente sin justificación alguna, lo que contraviene directamente las normas establecidas para la fiscalización pues llega a recomendar a la Administración que vulnere lo previsto en los pliegos del Contrato.

Sin necesidad de aplicar los acuerdos de Comisión Mixta, el contrato y los pliegos ya recogen los conceptos y plazos en los que Conselleria y el concesionario deben facilitar la información relativa a la facturación de cada ejercicio a fin de practicar la liquidación -plazo que deberá ser, como máximo, el 31 de marzo del año siguiente y fijándose el abono del saldo resultante no más allá del 30 de junio-.

Por lo que respecta a la facturación intercentros, los citados instrumentos -además de fijar las fechas en las que debe cargarse la información- establecen los plazos en los que se deben manifestar los reparos a la información facilitada.

Sin duda, debido a las peculiaridades del contrato y a la imposibilidad de que los pliegos regulen al detalle todas las cuestiones que puedan originarse con relación a la facturación, pueden surgir dudas y cuestiones que, de conformidad con lo previsto en el Pliego de Prescripciones Técnicas, deben ser solventadas y resueltas en sede de Comisión Mixta (cláusula 8.2). Pero, afirmar con rotundidad, como lo hace el auditor, que no existe un procedimiento claro de liquidación por el eventual nacimiento de esas dudas es erróneo.

El Informe señala que:

"podría considerarse que el trámite para practicar las liquidaciones anuales debería ser único, antes del 31 de marzo del año al que vienen referidas, plazo que resulta imposible de cumplir por cuanto a dicha fecha no se dispone de los datos relativos al gasto sanitario del Estado"

(Borrador, págs. 92 in fine y 93, ab initio).

No obstante, según lo previsto en la cláusula 19.1 de los Pliegos: "*Si en el momento de proceder a la actualización de la prima per cápita no se tuvieran datos definitivos sobre el gasto sanitario 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. Las desviaciones en el precio que pudieran producirse como consecuencia de lo anterior deberán ser aplicadas en la siguiente liquidación anual....".* Es decir, no es excusa para no practicar las liquidaciones, el hecho que se desconozca la variable del gasto consolidado del Estado, pues el propio Pliego reconoce la posibilidad de llevar estas variaciones en precio a próximas liquidaciones.

La cláusula 4.6 del Pliego de cláusulas administrativas particulares establece expresamente – y sin ningún género de dudas- que:

"la liquidación anual, debe practicarse antes del 31 de marzo del año siguiente".

Y así también lo ha entendido la propia Sindicatura de Cuentas en todos sus informes, emitidos sobre la Cuenta de la Administración; en concreto, en los Informe 2012/02 para el ejercicio 2011; Informe 2013/38 para el ejercicio 2012; Informe 2014/40 para el ejercicio 2013 e Informe 2015/39 para el ejercicio 2014.

En todos ellos, se dice literalmente:

"De la información aportada por la Conselleria de Sanidad se concluye, al igual que en ejercicios anteriores, que se produce un retraso muy significativo en la confección de las liquidaciones anuales en todos los contratos de concesión, y especialmente en los expedientes 822/2004 y 555/2006, siendo que el plazo contemplado en los PCAP para la realización de estas liquidaciones es, como máximo, el 31 de marzo del año siguiente al que corresponden, no constando en los expedientes las causas e imputabilidad de los retrasos".

Por consiguiente, lo alegado debe ser recogido de forma clara y precisa en el Informe, subsanando la incorrección de que el plazo de antes del 31 de marzo es una mera posibilidad.

**Quinta alegación: Al apartado 2 ("Conclusiones; En relación con el control de la prestación; I) Comisión Mixta de Seguimiento, pág. 21" y "Recomendaciones: En relación con el precio del contrato, e), pág. 26); Al apéndice 4 ("Observaciones sobre el**



**control de la prestación por parte de la Administración". pág. 69).**

En relación con la actuación de la Comisión Mixta de Seguimiento, el Borrador expone que su actuación no ha sido ajustada a derecho toda vez que ha ejercido competencias propias del órgano de contratación a la hora de determinar el precio del contrato. Invoca –desde un planteamiento formalista, olvidando lo previsto en los Pliegos– la inexistencia de delegación o desconcentración a favor de dicho órgano por parte de la Administración contratante.

Pues bien, de conformidad con lo previsto en la cláusula 8 del PPT y la cláusula 26 del PCAP la Comisión Mixta de Seguimiento es uno de los órganos de control del Contrato.

La Comisión Mixta de Seguimiento se configura como un órgano colegiado cuya presidencia ostenta el Conseller de Sanidad y se completa por el Director General de Recursos Económicos, el Director General de Asistencia Sanitaria y los dos directivos de mayor rango del concesionario.

En este sentido, los Pliegos del Contrato le otorgan una serie de competencias que la Comisión debe ejercer (cláusula 8.2 del Anteproyecto de Explotación y PPTP) y le reconoce potestad suficiente para intervenir en cuestiones de facturación (cláusula 4.7.6 y 18.7 del PCAP), de desarrollo de procedimientos para facturación de intercentros (cláusula 4.6), etc.

La naturaleza de órgano administrativo de la Comisión y la validez y vinculatoriedad de sus decisiones ha sido reconocida por la Abogacía de la Generalitat en sus informes de 31 de julio de 2013 y 25 de noviembre de 2013 que han declarado literalmente que:

"[...] Dichos acuerdos [los de la Comisión Mixta de Seguimiento], manifestaciones y decisiones, expresadas por parte de la Administración a través de un órgano administrativo como la Comisión Mixta, en la que estaba integrado y presente el órgano de contratación de la AVS, obligan a esta Administración frente al concesionario [...]"

Y el Acuerdo transaccional de fecha 9 de diciembre de 2013 firmado por la Generalitat Valenciana–Conselleria de Sanidad y Marina Salud, S.A., concesionaria del Contrato de Gestión de Servicio Público por concesión de la Asistencia Sanitaria Integral en el Área de Salud 12 de Denia, que

determinó el carácter definitivo y vinculante de las Actas de la Comisión Mixta de Seguimiento en relación con las liquidaciones anuales del precio del Contrato.

Con base en los documentos expuestos resulta un hecho objetivo, que las decisiones de la Comisión Mixta de Seguimiento del Contrato del Hospital de Manises son acuerdos vinculantes que, ya que ejercitan alguna de las funciones otorgadas por los pliegos (ley del Contrato), por lo que su obligatoriedad para ambas partes es manifiesta. Más aún cuando el órgano competente para aprobar las liquidaciones formaba parte de la referida Comisión y asistió a las sesiones en que se adoptaron

Sin embargo, el informe no hace mención a toda evidencia anterior, obviando los dictámenes previos de la Abogacía de la Generalitat, el reconocimiento en otros contratos de la propia Conselleria, así como la literalidad de los pliegos del contrato y con base únicamente en su opinión, ha decidido que los actos de este órgano son provisionales.

Al afirmar lo expuesto, el Borrador ignora la realidad fáctica y jurídica del desenvolvimiento de la relación concesional existente entre la concesionaria y la Generalitat Valenciana. En efecto, aunque reconoce que el órgano de contratación –el Consejero de Sanidad- o una autoridad delegada –el Subsecretario de Sanidad- presidió las sesiones de la Comisión Mixta en las que se adoptaron los acuerdos de liquidación, considera que no le son imputables.

La aplicación de lo expuesto al presente caso tiene consecuencias claras. Las liquidaciones aprobadas lo fueron por el propio órgano de contratación en el seno de las reuniones de la Comisión Mixta. Es erróneo atribuirles a este último órgano como hace el Borrador de auditoría. Y, siendo las liquidaciones aprobadas actos del órgano de contratación obligan a la Administración. Este extremo está además reconocido por el órgano superior de asesoramiento jurídico de la propia Administración contratante; en concreto, por la Abogacía General de la Generalitat Valenciana quien en su informe de 31 de julio de 2013, emitido en relación con los contratos de gestión de servicios por concesión para la asistencia sanitaria integral e ignorado por la Sindicatura, dice que los acuerdos de las Comisiones Mixtas vinculan a las partes que los suscriben, que deben cumplirse en sus propios términos y que las concesionarias están facultadas para exigir su cumplimiento. Y se ve corroborado también por el propio actuar de la Generalitat, pues no puede ignorarse que, en el caso de la concesión de

Manises, la Comisión Mixta de Seguimiento, en su reunión de 18 de mayo de 2015, aprobó las liquidaciones correspondientes a los ejercicios de 2009 a 2013, precisamente a solicitud de los propios servicios del órgano de contratación y bajo su presidencia.

Adicionalmente cabe señalar que, entre otras cosas, la determinación sobre la validez y eficacia de los acuerdos de la Comisión Mixta es una cuestión sometida a la decisión de los Tribunales (Recurso Contencioso-Administrativo interpuesto por la concesionaria - Liquidaciones 2009 a 2013- ). Por este motivo, es evidente que, respecto de aspectos que están siendo objeto de un procedimiento judicial, el principio de separación de poderes y la reserva de la jurisdicción al poder judicial, prohíben de manera terminante a cualquier órgano administrativo -de gestión o control- emitir ninguna opinión fuera del propio proceso judicial una vez que el mismo se ha iniciado. Por este motivo, el informe debe ser corregido, eliminando todas aquellas consideraciones y valoraciones relativas a cuestiones sometidas a la decisión de los Tribunales de Justicia.

**Sexta alegación: Al apartado 2 ("Conclusiones; En relación con el control de la prestación; o) Modificación contractual", pág. 22); Apéndice 4. (Subobjetivo 2.11. "La modificación de la prestación de servicios al incluir población no prevista inicialmente, ¿se ha realizado de conformidad a la legalidad prevista?", pág. 87).**

El informe crítica la modificación contractual, por la que se incluyó la población de Mislata:

"ha derivado en nuevos derechos económicos a favor del concesionario que a priori no ha conllevado las mismas obligaciones que sustentaban el equilibrio del contrato inicial".

(Borrador del Informe, pág. 87, párrafo segundo).

La modificación contractual operada y, en consecuencia, la inclusión de la población de Mislata en el ámbito objetivo del contrato de concesión se debió exclusivamente a una actuación de la Administración contratante. Fue ordenada por Conselleria al concesionario y sus términos y condiciones fueron determinados unilateralmente por la Generalitat Valenciana.

La asistencia sanitaria en Mislata se está prestando por el concesionario desde 1 de mayo de 2010 en virtud del correspondiente acto

administrativo (Resolución 5 de marzo de 2010, por la que se acordó la modificación del Mapa sanitario y Resolución de fecha 23 de abril de 2010, por la que la Conselleria de Sanidad acordó adjudicar a "Especializada y Primaria L'Horta Manises, S.A.U." la prestación de la asistencia integral de la Zona Básica de Salud de Mislata, con efectos 1 de mayo de 2010).

Se indica en el informe que la modificación del contrato ha beneficiado al concesionario. Tal manifestación carece de fundamento. La orden de la Administración en el sentido que el concesionario se hiciera cargo de la prestación de la asistencia sanitaria en Mislata y asumiera el coste de unas infraestructuras -que no estaban originalmente en el Contrato y cuyas inversiones no se tuvieron en cuenta para realizar el plan de negocio de la concesión- comportó una alteración de la base del negocio concesional que la concesionaria tuvo que asumir obligatoriamente en virtud del poder de dirección y modificación del contrato que la ley reconoce a la Administración concedente.

En todo caso, es evidente que el concesionario prestó el servicio, ejecutó las obras necesarias sobre las nuevas infraestructuras y las mantuvo desde 2010 a 2012. En otros términos, el concesionario atendió las instrucciones de la Administración pública y satisfizo el interés público que le fue encomendado.

Frente a esta actuación del concesionario, la Administración pública demoró el cumplimiento de su obligación de compensación económica o pago de los costes de los servicios prestados hasta el 21 de febrero de 2014 -a través del mecanismo especial de pago a proveedores-. Y aún lo hizo de forma parcial, pues, a día de hoy, continúa pendiente de pago la factura nº FVC-2012- 00016 sobre diferencia del precio del contrato de concesión correspondiente al ejercicio 2010 de Mislata, por un importe de 874.264,04 euros. Conselleria pretende justificar su impago en el hecho de que:

"la Zona Básica de Salud de Mislata se incorporó al Departamento de Salud de Manises en el año 2012, por lo que no cabe revisar el importe de la prima per cápita referida a la población de Mislata para el año **2010**".

Adicionalmente el Borrador recoge que en mayo de 2010, al asumir la concesionaria la gestión de las dependencias del antiguo Hospital Militar, no se procedió a levantar acta de entrega, inventario o informe de estado de dichas instalaciones alguno. Dicha obligación pesaba sobre la

Administración. Si dicha acta de estado y entrega se hubiera levantado por la Administración, el auditor podría comprobar que las infraestructuras puestas a disposición del concesionario estaban -en su mayoría- deterioradas hasta tal punto que tuvo que ejecutar obras de mejora en determinadas dependencias para adecuarlas a las necesidades precisas. Adicionalmente, el concesionario se ve obligado a mantener al día las referidas instalaciones y para ello -aun cuando la Administración no realiza un control sobre las inversiones- anualmente el concesionario acomete inversiones.

A la vista de lo anterior por tanto, la conclusión del Informe no es correcta y debe ser modificada en el sentido de dejar constancia que la modificación operada fue consecuencia de un acto unilateral de la Administración que impuso al concesionario en virtud de la prerrogativa que legalmente se le reconoce y que esta acató y ejecutó, pese a no haberse formalizado la modificación ordenada en la forma reglamentariamente prevista.

Ignora la Sindicatura de Cuentas en su informe que el concesionario actuó en todo el proceso de modificación contractual de buena fe y presumiendo la legalidad de la actuación Administrativa. El principio de ejecutividad de los actos administrativos y de presunción de legalidad de los mismos así lo exige. Un contratista de la Administración como es Especializada y Primaria L'Horta debe presumir válidas y eficaces las decisiones de la Administración y en el proceso de modificación contractual, cuya tramitación inició e impulsó plenamente la Administración, gozó, desde la perspectiva del concesionario, de plena validez y eficacia y por ello ninguna otra opción cupo a la concesionaria, sino cumplir con la decisión de la Administración.

**Alegación séptima.- Al apartado 2 ("Conclusiones; En relación con el precio del contrato; p) Procedimiento de liquidación, pag. 23" Al apéndice 1 ("análisis del entorno"; Cuadro 7, "Características básicas del contrato 555/2006, de gestión de los servicios públicos por concesión", pág. 31).**

El Informe analiza el procedimiento de facturación intercentros en las liquidaciones practicadas por la Administración y el concesionario. Lo hace sin el detalle suficiente de la regulación prevista en los pliegos con relación a la mencionada facturación.

La cláusula 4.6 del Pliego de cláusulas administrativas particulares dispone respecto de la facturación intercentros que:

"el importe a facturar por cada parte en atención a los servicios sanitarios prestados a lo largo del año natural se incluirá en la liquidación de ese año, a practicar antes del 31 de marzo siguiente. Para facilitar la comprobación de la facturación intercentros, la documentación del año a liquidar deberá obrar en poder de la otra parte en las fechas siguientes:

a) Antes del 30 de noviembre de ese año, en cuanto a los servicios prestados entre el 1 de enero y el 30 de septiembre del mismo.

b) Antes del 28 de febrero del año siguiente en cuanto a los servicios prestados entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre del año a liquidar.

Dentro de los 30 días hábiles siguientes a las fechas anteriormente citadas cada parte habrá de manifestar los reparos que en su caso tenga a la documentación aportada por la otra".

No obstante, a pesar de que los plazos se encuentran perfectamente delimitados en los pliegos, se observa que la Sindicatura no hace mención en su informe a esta cuestión, a pesar de su relevancia. La Conselleria viene incumpliendo de manera reiterada la obligación de aportar la documentación relativa a la facturación intercentros del año a liquidar con el fin de que el concesionario pueda realizar las oportunas comprobaciones y manifestar los reparos a la documentación aportada. Por el contrario, el concesionario ha venido cumpliendo rigurosamente los plazos previstos. Aunque, hay que reconocer, que en los últimos ejercicios Conselleria ha respetado los plazos previstos en los pliegos para facilitar la información relativa a la facturación intercentros, aunque la información facilitada no es completa, ya que carece, entre otras cuestiones, de la correspondiente al detalle de Libre Elección (especialmente relevante en la facturación intercentros).

La inaplicación de la cláusula 4.6 del Pliego de cláusulas administrativas particulares -cuando su literalidad es muy clara y precisa al respecto de los plazos- comporta un incumplimiento de los términos contractuales.

Lo afirmado por el Borrador comporta una modificación de las previsiones contenidas en los pliegos, modificación unilateral y carente de fundamento, que infringe manifiestamente el ordenamiento. Los contratos tienen fuerza de ley entre las partes contratantes de acuerdo con el artículo 1091 del Código Civil y su cumplimiento no puede dejarse

al libre arbitrio de una de las partes. En el caso de los contratos administrativos, la Administración está facultada para introducir modificaciones en ellos, pero no puede hacerlo de cualquier manera y sin límites. Por ello, en el caso presente, si lo que se pretende es introducir una modificación, la Administración debe seguir el procedimiento que la normativa de contratos establece y compensar al concesionario por los daños que dicha modificación le pueda ocasionar.

En todo caso, es de reseñar que la Sindicatura no puede formular una propuesta de modificación del contrato. En primer término, porque no es un órgano administrativo a quien corresponda el ejercicio de tal competencia y, en segundo lugar, por cuanto, en el ejercicio de su función de auditoría operativa, carece de los elementos precisos para valorar el interés público y adoptar las medidas pertinentes.

Tampoco dice nada el Informe con relación al sistema de validación y comprobación de la facturación intercentros. La mencionada facturación debe ajustarse a las previsiones del Decreto de Libre elección en virtud del cual se desarrolla el derecho de los ciudadanos valencianos a la libre elección de médico y facultativo en el ámbito de la Sanidad Pública Valenciana ("Decreto de Libre Elección derogado y vigente").

El Decreto de Libre Elección prevé distintos procedimientos y requisitos para la libre elección de médico y establece un procedimiento concreto para la asignación de un facultativo de libre elección tanto de atención primaria como de atención especializada.

El Informe asume que los datos cargados en el sistema COMPAS sobre la carga de intercentros son datos válidos y definitivos. Sin embargo, esto no es así. Se trata de "cargas brutas", que deben ser objeto de revisión y validación por ambas partes a fin de verificar que se ajustan a lo previsto sobre normativa de Libre Elección y al procedimiento previsto en los pliegos.

Por tanto, cuando el Informe se refiere a las cifras de intercentros no puede ignorar que no todos los procesos cargados son válidos y coherentes con aquellos que, según los pliegos, pueden ser objeto de facturación intercentros.

Estos servicios generan variaciones en la facturación de la concesionaria de acuerdo con las cláusulas 4.6 y 4.7, párrafo 7. del Pliego de cláusulas administrativas particulares. Corresponde a la Comisión Mixta de Seguimiento la determinación de la forma de justificación y validación

de esta facturación conforme a los criterios y procesos que se determinen y que deben seguirse para que tanto la Administración como el concesionario puedan imputar estos servicios a las liquidaciones.

En conclusión, se considera que el Informe omite información relevante con relación a la tramitación de la facturación intercentros, que no debe dejar de reflejarse, por lo que solicitamos su inclusión y matización en los apartados de la información que reflejan esta cuestión.

Por tanto, y en base a lo expuesto anteriormente, discrepamos de la opinión recogida en el Borrador de que: *"el rechazo del concesionario a sufragar el gasto incurrido por el servicio prestado a los pacientes de su población protegida pero atendidos en otro departamento, implica que la Administración asume doblemente el coste: la cápita pagada y el coste de la prestación realizada"*.

Esta afirmación debe ser matizada porque no se ajusta a la realidad. Con esta afirmación se da a entender que, el concesionario rechaza todos los cargos por asistencias prestadas a su población protegida y realizadas en otros departamentos de salud de gestión directa, lo cual no es cierto.

Lo que se defiende y rechaza por el concesionario, son los cargos por asistencias que no cumplan las previsiones contenidas en los pliegos o en la legislación vigente. Admitir esto afectaría a la seguridad jurídica y al propio equilibrio del contrato, pues las condiciones (las previstas en contrato y normativa vigente) se verían alteradas unilateralmente por la Administración.

### **Alegación octava.- Otras cuestiones y observaciones al texto del Borrador de Informe sometido al trámite de información pública.**

Con independencia de las alegaciones formuladas, se recogen a continuación otras, que, referidas a diversos extremos del Informe, deben ser matizadas o modificadas:

#### **1.- Glosario de términos, pág. 4 y 5.**

- **Página 4, párrafo quinto.** "Comisión Mixta de Seguimiento", señala el Borrador que "los pliegos conceden competencia de control", lo cual no se ajusta a la literalidad de los pliegos pues si bien es cierto que tiene atribuidas funciones de control, también



tiene otras que no son meros controles como por ejemplo "proponer mejoras y perfeccionamiento en los sistemas de gestión y control" (cláusula 8.2 letra d) PPTP), "ordenar encuestas de opinión ..." (cláusula 8.2 letra f) PPTP), "ordenar y analizar las auditorias de actividad" (cláusula 8.2 letra i), "Resolución de cuestiones de facturación entre Conselleria y concesionario" (cláusula 8.2 letra l) PPTP), "aprobar aquellos conceptos 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" (cláusula 4.7.6 PCAP), o "determinar la forma de justificación y validación de la facturación" (cláusula 4.6. PCAP). Por tanto, la definición es incompleta.

- **Página 5, párrafo quinto.** Se define el término "Libre Elección" de tal manera que parece que se configura como un derecho absoluto y sin límites. Sin embargo, tanto en el artículo 3 de la derogada Ley 1/2003, de 28 de enero de Derechos e Información al paciente de la Comunidad Valenciana, como en el actual artículo 44 de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunidad Valenciana, dicho derecho se configura con una serie de requisitos, condiciones, plazos, procedimientos, límites etc. que deben seguirse para que el derecho tenga eficacia.

En este sentido, el actual artículo de la Ley 10/2014 señala que "Los usuarios y pacientes del Sistema Valenciano de Salud, tanto en la atención primaria como en la especializada, tienen derecho a elegir médico e igualmente centro después de una adecuada información, con arreglo a los términos y condiciones que se establezcan reglamentariamente".

Es en el Decreto 37/2006, de 24 de marzo, del Consell, por el que se regula la libre elección de personal facultativo y centro en el ámbito de la sanidad pública de la Comunitat Valenciana (vigente hasta el 21 de mayo de 2015) y el actual y vigente Decreto 74/2015, de 15 de mayo, del Consell, por el que se regula la libre elección en el ámbito de la atención primaria y especializada del Sistema Valenciano de Salud, así como la creación de su registro autonómico, en donde se regulan las condiciones para su ejercicio.

En consecuencia, la definición no se ajusta exactamente a las previsiones legales y debería modificarse. "Libre elección: Derecho

que asiste a los usuarios y pacientes del Sistema Valencia de Salud 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 Sanidad, de conformidad con los términos y condiciones establecidos en la normativa vigente.”

**2.- Apartado 0 “Magnitudes claves y hechos relevantes” (“En relación con los principios de eficiencia, eficacia y economía de la gestión” página 8, punto 4º); Gráfico núm. 2 (“Coste medio por empleado en 2015”, pág. 15); y Cuadro núm. 15. (“Coste medio por empleado en 2015”, pág. 45).**

Las cifras correspondientes al coste por empleado del concesionario contenidas en el Borrador no son correctas por las razones que se detallan a continuación:

Primera.- El dato reflejado en el informe correspondiente al coste medio por empleado en la concesión es un dato parcial por cuanto corresponde sólo a una parte de la plantilla: exclusivamente el personal laboral contratado por la concesionaria. Para poder comparar de forma homogénea con los otros Departamentos de Salud debe incluirse también el coste del personal estatutario transferido a la concesión, de manera que se contemple el coste total de todo el personal del Departamento de Salud.

Segunda.- El dato reflejado en el informe correspondiente a Hospitales Comunidad Valenciana contiene, como detalla la nota a pie de página núm. 19, la regularización realizada por la paga extra de diciembre 2012. En consecuencia, el importe correspondiente a dicha paga extra debería haber sido restado del coste medio por empleado al no tratarse de retribuciones correspondientes al año 2015 sino al año 2012.

Con carácter adicional a lo señalado en los puntos anteriores, en la pág. 45 del informe se advierte que las diferencias de coste medio por empleado entre el personal de la concesión y del resto de Departamentos de Salud son debidas a factores tales como, la estructura organizativa de mandos intermedios, las tablas retributivas aplicables a cada colectivo, los índices de absentismo del personal y la antigüedad media de la plantilla, lo que implica una gran diferencia entre el personal laboral de la concesión y el de la Conselleria de Sanidad, hecho que repercute de manera relevante en los

complementos salariales de antigüedad (trienios) y de Carrera y Desarrollo Profesional.

**3.- Apartado 0 "Magnitudes claves y hechos relevantes" ("En relación con los principios de eficiencia, eficacia y economía de la gestión" página 8, punto 5º); Cuadro núm. 4 ("Facultativos por cada 1000 habitantes", pág. 15); y Gráficos 9 y 9bis (pág. 47-48).**

El dato sobre el ratio de facultativos por cada 1.000 habitantes indicado en el Borrador es incorrecto por las razones que se detallan a continuación:

Primera.- En el Anexo X se ha calculado el ratio de facultativos por cada 1.000 habitantes de los hospitales de gestión directa sumando las columnas "facultativos", "facultativos (laborales)" y M.I.R. Es totalmente inadecuado sumar la columna M.I.R., pues contraviene los criterios informativos y estadísticos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, cuyo "Manual de Definiciones Estadística de Centros Especializados con Internamiento" (<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm>) establece en su página 9 que el personal sanitario facultativo no computa a los médicos internos y residentes (MIR). Es decir, se están mezclando y confundiendo personas en formación (M.I.R.) con recursos asistenciales profesionales con plena capacitación (facultativos).

Segunda.- Como efectivamente se detalla en el Cuadro 16 del borrador del informe, la jornada anual del facultativo laboral de la Concesión es distinta de la jornada anual del facultativo estatutario, de manera que el ratio de facultativos por 1.000 habitantes no puede compararse directamente sino que debe ser armonizado mediante el siguiente cálculo: los 356 facultativos laborales de la concesión equivaldrían, aplicando la jornada de Conselleria de Sanidad, a 399 facultativos, que sumados a los 96 facultativos estatutarios que trabajan en el Departamento de Salud (con la jornada de Conselleria), daría un total de 495 facultativos en la concesión (399+96). Este número total de facultativos arroja un ratio total de 2,55 facultativos por cada 1.000 habitantes en la Concesión.

Esta armonización es absolutamente necesaria para realizar una comparación homogénea, tal y como también se hace en otros apartados del propio borrador de informe, concretamente en su cuadro

núm. 16. ("Retribuciones ejercicio 2016 facultativo especialista", pág. 46) cuando se compara la retribución por hora de facultativo especialista partiendo del total retribuciones.

En consecuencia y según lo señalado en los puntos anteriores, realizando el ejercicio de descontar el "ratio MIR por 1.000 habitantes" y corrigiendo el dato de ratio facultativos Manises, el resultado es el siguiente:

**Ratio facultativos cada 1.000 habitantes**

Hospitales Comunitat Valenciana					
Manises	Comarcal	Referencia 1	Referencia 2	Concesiones	Total CV
2,55	2,37	3,69	2,56	2,41	2,65

**4. Gráfico 3. ("Esfuerzo inversor en alta tecnología por habitante", pág. 16); Cuadro núm. 17 y Nota a pie de página núm. 27 ("Esfuerzo inversor en alta tecnología por habitante", pág. 50); y Apéndice 3. Subobjetivo 1.3. , pág. 51, párrafo tercero.**

En los hospitales de gestión directa, el Borrador incluye como dotación de medios tecnológicos no solo los propios sino también los correspondientes a empresas privadas con las que la Conselleria tiene concierto (v.gr.: ERESA). De esta manera el dato sobre medios tecnológicos no se corresponde con la realidad. Por tanto, la comparación que se realiza con el Hospital de Manises no es correcta, ya que a este hospital no se le han incluido los medios que también tiene concertados con otras empresas privadas, todas ellas autorizadas por la Conselleria de Sanidad.

En este sentido deben añadirse al Departamento de Salud de Manises, los siguientes equipos de alta tecnología:

- Un Acelerador de partículas (ALI).
- Un Tomógrafo por emisión de fotones (SPECT)
- Un Tomógrafo por emisión de positrones (PET)

Esto hace que, según los datos del Anexo XIV del Borrador, el esfuerzo inversor de Manises no sea de 29 euros por habitante sino que el verdadero esfuerzo inversor de Manises sea de 54 euros por habitante.

Por otra parte, el indicador recogido en el Cuadro 17 no hace referencia a la intensidad del uso, -al no disponer, según manifiesta Sindicatura-, de información suficiente para mostrar el número de actuaciones realizadas por cada equipo y el número de turnos en funcionamiento. Aunque Sindicatura no disponga de esta información, es muy relevante y determina que el análisis realizado sea incompleto.

Dicho de otro modo, y en cuanto a actividad programada, si un hospital de gestión directa tiene 2 TAC pero solo los utiliza en turno de mañana (como así sucede), y el Hospital de Manises solo uno pero lo utiliza en turnos de mañana y tarde (hasta las 22 horas) y los fines de semana (como así sucede), sucede que a pesar de tener un menor número de equipos de alta tecnología (y por tanto un menor ratio de inversión por habitante) sin embargo se realizan más actos médicos con dicho equipo, se atiende a más pacientes y se tiene una menor lista de espera. En definitiva, se logra una mayor eficiencia.

Por ello consideramos que ya que no se ha hecho esa labor (que entendemos es la verdaderamente relevante) al menos la explicación no debería contenerse en una simple nota a pie de página sino como parte importante del análisis en ese apartado.

Por último, señala Sindicatura que "... el ratio del resto de equipos más representativos de alta tecnología sanitaria (equipos de resonancia magnética, mamógrafos, salas de hemodinámica y densitómetros óseos) es superior a los hospitales comarcales, e incluso, en algún caso a algunos hospitales de referencia". De la comparación realizada con otros hospitales, se desprende que el Hospital de Manises tiene un ratio superior a los hospitales de referencia 2, en tres de los cuatro bloques comparados, y en dos de los cuatro con respecto incluso a los hospitales de referencia 1. Todo ello a pesar de que en el caso de Manises no se ha tenido en cuenta los equipos subcontratados (a diferencia de los hospitales de gestión directa).

Por tanto, en aplicación a lo expuesto debería decirse: "... el ratio del resto de equipos más representativos de alta tecnología sanitaria (equipos de resonancia magnética, mamógrafos, salas de hemodinámica y densitómetros óseos) es superior a los hospitales comarcales, e incluso, en la mayoría de casos a los hospitales de referencia"

## 5.- Gráfico 5 (evaluación global), pág. 20; Apéndice 3 del borrador del informe, página 67, gráfico 28.

Tanto en el gráfico 5 del borrador del informe como en el subobjetivo 1.6 se mide la contribución desde el punto de vista docente a la formación sanitaria especializada. Siendo este un tema relevante y existiendo pleno compromiso y vocación docente de la Concesionaria en el marco de la Ley de Salud de la Comunidad Valenciana, tal y como se señala en la página 67 del borrador del informe, el hecho de que un hospital sea considerado como universitario conlleva unos costes directos, indirectos e inducidos. Sin embargo, tal y como se expresa en la página 40 del informe, el objeto del contrato es prestar los servicios de atención sanitaria integral a la población protegida, de manera que el precio del contrato no contempla el resarcimiento por los mencionados costes directos, indirectos e inducidos. En consecuencia, resulta inadecuado evaluar por un factor no incluido en el objeto del contrato y no retribuido en el precio del mismo y por tanto el subobjetivo 1.6 debe ser suprimido, sin que con ello queramos restar valor a la docencia y al compromiso y a la actividad presente y futura de la Concesionaria en este sentido.

Adicionalmente a lo mencionado en el párrafo anterior, tal y como se detalla en la página 67 del borrador del informe, el centro dispone de Unidad Docente y con fecha 11 de noviembre se ha dictado resolución por la que se ha acreditado provisionalmente al Hospital de Manises como centro docente MIR, de manera que a partir de la fecha y según la planificación realizada por los Ministerios y entidades competentes, se estará en el futuro en condición de albergar facultativos MIR. De hecho en fecha 27 de febrero de 2017 la Directora General de Investigación, Innovación, Tecnología y Calidad dictó Resolución por la que se reconoce al Hospital de Manises como **hospital asociado** para desarrollar las titulaciones o materias relacionadas con las ciencias de la salud para las que dispone de autorización sanitaria. Se adjunta como Anexo II Copia de dicha Resolución.

En consecuencia, resultaría en todo caso inadecuado evaluar por este factor en períodos anteriores como aquí se hace, dado que la posibilidad de incorporar facultativos MIR no es autónoma de la Concesión, sino sujeta al proceso de autorización que se ha realizado en tiempo y forma.

## **6.- Apartado 2 "Conclusiones" (página 20, último párrafo y página 21, primer párrafo).**

El Borrador incluye la evaluación global del Hospital de Manises y la media comarcal, todo ello bajo el criterio de la Conselleria de Sanidad. Para defender la diferencia de resultados (mejor gestión de Manises respecto de la gestión directa por parte de la Conselleria), Conselleria utiliza las siguientes justificaciones, que difícilmente puede entenderse que radique en cosas tales como:

- Las características de la población (edad, morbilidad), pues ¿hay diferencias entre los distintos Departamentos? ¿Quiere decir la edad del Departamento de Manises es menor o mayor que la de otro Departamento?
- El territorio (dispersión poblacional, extensión), precisamente Manises cuenta con una dispersión y extensión considerable, mucho mayor que la de Hospitales como el Peset, el Clínico, o La Fe.
- La diferencia de régimen jurídico para la contratación y adquisición de bienes y servicios, que implica mayores dificultades de seguimiento y control de las actuaciones de gasto por parte del regulador. Las cuentas de la concesionaria son públicas (Registro Mercantil) y auditadas por empresa externa y por la Conselleria (y otros órganos, como por ejemplo lo ha sido por la Sindicatura de Cuentas). La diferencia de régimen lo que justifica es que efectivamente un régimen es más flexible que otro y más eficaz, como ha demostrado el informe de la Sindicatura.

En este sentido, la interpretación y justificación utilizada por Conselleria, carece de todo fundamento por lo que debería eliminarse del informe, suponiendo de facto una alegación de la propia Conselleria de Sanidad recogida en el Borrador del Informe de la Sindicatura.

## **7.- Apartado 2 "Conclusiones" del borrador del informe, página 21, párrafo cuarto; Subobjetivo 2.1 ("¿Se han definido indicadores asistenciales que permitan evaluar periódicamente los servicios prestados por el concesionario?")**

Señala el informe que no hay una regulación en los pliegos en materia de calidad en la prestación del servicio, ni consecuentemente indicadores específicos de calidad, plan de evolución de los mismos, etc.

El Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares (PCAP) recoge en su cláusula 7ª sobre Licitación que dentro de la Documentación Técnica a presentar para la adjudicación del contrato administrativo de concesión la necesidad de incorporar un Plan de Gestión y Calidad que se adecuara a la política en esta materia de la Conselleria de Sanidad y que contara con indicadores de consecución de objetivos. Del mismo modo, la cláusula 17.1 sobre Obligaciones generales del contratista exige al mismo "prestar el servicio ajustando los niveles de calidad y demora a los criterios de la Conselleria de Sanidad para todos los centros sanitarios públicos de la Comunidad Valenciana".

Así pues, y fruto de tales obligaciones recogidas en los Pliegos, el concesionario presentó en la licitación un Plan de Calidad, analizado, valorado y puntuado por la Conselleria de Sanidad, que entre otras cosas que se orientaba al uso del sistema EFQM (hoy el Departamento de Salud de Manises tiene la acreditación EFPQM 500+) y a la implantación del modelo ISO (único Departamento de Salud con todos sus centros certificados). Y fruto de tales obligaciones, el concesionario se somete (con las excelentes puntuaciones que el Borrador recoge) a los análisis de calidad que la Conselleria de Sanidad establece cada año (léase Acuerdos de Gestión, Encuestas de Satisfacción, etc.).

En este sentido, los Pliegos no son el mejor sitio para recoger específicamente los indicadores concretos que deben cumplirse para toda la vigencia de un contrato por parte del concesionario, ya que dichos indicadores pueden (y necesariamente deben) variar a lo largo del tiempo. En este sentido recordemos, y así se menciona a lo largo del informe de la Sindicatura, que la Conselleria plantea anualmente a todos los Departamentos de Salud, (y a las concesiones también) la firma de los denominados Acuerdos de Gestión, en donde precisamente se miden los niveles de calidad que considera la Administración y que varían cada año. Otro claro ejemplo serían las Encuestas de Satisfacción, cuyos resultados también recoge la Sindicatura en el Borrador de su informe, y que realiza anualmente la Conselleria de Sanidad con el objetivo de permitir conocer de modo global el estado de la cuestión sobre la calidad de los servicios prestados por los distintos Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana.

Por otra parte, en los Pliegos se regula específica y literalmente la Comision Mixta como órgano de control de calidad de la concesión y se le encomiendan específicas funciones en dicha materia. Recordemos además que en dicha Comision la mayoría (cuatro frente a dos) la



ostenta la Conselleria, que es la que debe por tanto poner en marcha esas funciones de control de calidad previstas en los pliegos.

Esto se ve reforzado por el contenido del Borrador que en su pág. 58 dice literalmente:

"Por otra parte la Conselleria dispone de un complejo cuadro de mandos elaborado a partir de la aplicación ALUMBRA, que integra la información más relevante de los distintos sistemas sanitarios, tanto asistenciales como de gestión, constituyendo un sistema único, accesible y fiable y que ofrece a los diferentes usuarios un entorno común de análisis que les sirve de apoyo para la gestión. A partir de esa información, el Servicio de Análisis de Sistemas de Información Sanitaria elabora y distribuye un informe mensual con los principales indicadores relacionados con hospitalización, actividad quirúrgica, consultas externas, lista de espera quirúrgica, lista de espera de consultas externas, urgencias hospitalarias, atención primaria y hospitalización a domicilio."

**8.- Apartado 3 "Recomendaciones" (página 25, segundo párrafo). Pagos a cuenta. Intereses de demora.**

En relación a la cantidad que Conselleria debe en concepto de intereses a la concesionaria, cuya cifra asciende a 3.806.030 euros, hay que especificar que este importe está calculado a fecha 30 de septiembre de 2016. A fecha 28 de febrero de 2017, al no haber sido abonado por Consellería, el importe asciende a 3.834.964,36 de euros, cuantía que irá incrementándose de manera automática hasta que la Conselleria abone a la concesión los intereses debidos.

**9.- Apartado 3. ("Recomendaciones, En relación con los principios de eficiencia, eficacia y economía", apartado b), página 25).**

El Borrador señala que los resultados asistenciales de la concesión son "aceptables", y se recoge como recomendación en relación con los principios de eficiencia, eficacia y economía (letra b) que el concesionario se dote de mayores recursos humanos y tecnológicos, que permitan aumentar el índice de consecución de objetivos.

La mencionada recomendación debe matizarse como a continuación se detalla:

No es consecuente calificar los resultados asistenciales de la concesión como meramente "aceptables" cuando el informe señala que:

- La satisfacción del paciente es 3 puntos superior a la media del conjunto de la Comunidad Valenciana. Pág. 17, primer párrafo, del informe.
- La consecución de objetivos es 9 puntos superior al conjunto de departamentos de salud de la Comunidad Valenciana. Pág. 17, segundo párrafo, del informe.
- Respecto del principio de eficiencia, la Sindicatura concluye que Manises es uno de los más eficientes de la Comunidad Valenciana. Pág. 17, último párrafo, del informe.
- En el posicionamiento del principio de eficiencia, en su comparativa con los hospitales de referencia 1 y 2 y los hospitales comarcales, se aprecia visual y claramente que Manises es el mejor posicionado y a distancia del resto de hospitales de gestión directa, incluidos los de referencia. Pág. 18, Gráfico 4, del informe.
- La demora media de lista de espera quirúrgica estructural a finales de 2015 es de 36 días en el Hospital de Manises, frente a los 67 de la Comunidad Valencia. Es decir, la lista de espera es casi la mitad en Manises que en la media de los hospitales de gestión directa. Pág. 60, último párrafo, del informe.
- La demora media de lista de espera de consultas externas a finales de 2015 es de 22 días en el Hospital de Manises y de 17 días en sus dos centros de especialidades, frente a los 45 de la Comunidad Valencia. Es decir, la lista de espera es menos de la mitad en Manises que en la media de los hospitales de gestión directa. Pág. 60, último párrafo, del informe.

Así pues, y atendiendo al contenido del Borrador, objetivamente los resultados asistenciales de la concesión son de los mejores de toda la Comunidad Valenciana y por encima de los de los hospitales de gestión directa, por lo que así debería reflejarlo el informe.

A ello debe unirse la cantidad y calidad de los reconocimientos y acreditaciones en calidad y gestión que el departamento de salud de Manises ha obtenido de las más prestigiosas entidades nacionales e internacionales.

En este sentido recientemente la Fundación Europea para la Calidad (EFQM en sus siglas en inglés) ha otorgado el sello EFQM 500+ al Hospital de Manises y su departamento de salud a través del Club

Excelencia en Gestión. Con esta distinción, EFQM certifica el éxito del modelo de gestión de la calidad total que el Hospital de Manises ha implantado en los 22 centros que forman parte del Departamento de Salud de Manises, siendo el único hospital valenciano público que posee esta prestigiosa distinción.

Además, el Hospital de Manises es el centro sanitario público con más áreas certificadas por diferentes estándares de calidad según el Registro Autonómico de Certificaciones en Calidad de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Así, además de la distinción EFQM 500+ contamos con la acreditación QH+1 que otorga IDIS (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad) y que destaca el alto nivel de excelencia del Hospital. También, es el único departamento que cuenta con todos sus centros de salud certificados, en total diez, con el sello ISO 9001 y 14001, 10 áreas clínicas certificadas y ha obtenido diversos sellos de calidad medioambiental, accesibilidad y gestión energética y cálculo de la huella de carbono. Se adjunta en el Anexo III copia de los certificados.

Así pues, la recomendación reflejada en el informe (mayor dotación en recursos humanos y tecnológicos), no parece coincidir con la opinión de Sindicatura cuando define la eficiencia como el "principio de la gestión económico-financiera consistente en conseguir la mejor relación posible entre los resultados obtenidos por una organización, programa, proyecto, actividad o función y los recursos empleados para conseguir aquellos".

Esta definición viene recogida en la norma aprobada por el Consell de la Sindicatura en fecha 23 de julio de 2014, en donde se establecen los Principios Fundamentales de la Auditoría Operativa, basados en la Norma Internacional de las Entidades Fiscalizadoras Superiores 300 (ISSAI 300, por sus siglas en inglés), desarrollada por la Organización Internacional de Entidades Fiscalizadoras Superiores (INTOSAI), y aplicables a partir de 1 de enero de 2015, tal y como puede verse en la web de la Sindicatura de cuentas, a través del siguiente enlace:

([http://www.sindicom.gva.es/web/wdweb.nsf/documento/issai/\\$file/ISSAI-ES%20300%20CAS.pdf](http://www.sindicom.gva.es/web/wdweb.nsf/documento/issai/$file/ISSAI-ES%20300%20CAS.pdf))

Pues bien si tenemos en cuenta que el propio informe concluye en su página 17 que Manises es uno de los departamentos más eficientes, y si como hemos visto el gráfico 4 (pág. 18 del informe) lo sitúa como el mejor posicionado en cuanto a eficiencia respecto de todos los

departamentos de gestión directa, la recomendación no puede ser que se dote de más recursos para aumentar el índice de consecución de objetivos, puesto que dicha recomendación es contraria claramente al principio de eficiencia tal y como la normativa internacional recoge y la Sindicatura hace suya.

En conclusión, puede considerarse que la concesión es un modelo de eficiencia (ya que eso es lo que realmente ha concluido la Sindicatura).

**10.- Cuadro núm. 16. ("Retribuciones ejercicio 2016 facultativo especialista". pág. 46).**

La comparativa que figura en el cuadro es inexacta por las razones que se detallan a continuación:

Primera.- El cuadro de retribuciones facultativo especialista laboral contiene el "incentivo variable" percibido en el año 2015, que ha supuesto un 57% sobre el máximo anual posible. Sin embargo, cuando se realiza una comparativa como es el caso de la que se realiza en el cuadro, debe tenerse en cuenta la variabilidad de elementos salariales no fijos, de manera que en este caso debe computarse o bien el 100% del máximo posible de cobro de incentivo variable (9.180 € brutos anuales) o bien el promedio de los pagos variables de los ejercicios 2009-2015 que, de acuerdo con la información que se aportó en su momento y que volvemos a reproducir a continuación, arroja un resultado del 83% (7.619,40€ brutos anuales).

EVOLUCION % CUMPLIMIENTO DE BONUS	
AÑO	%
2009	100%
2010	91%
2011	87%
2012	73%
2013	83%
2014	86%
2015	57%

Segundo.- Adicionalmente a lo mencionado en el párrafo anterior, en los criterios para el cálculo de la retribución de facultativo especialista estatutario se ha considerado el "complemento específico B". Según la información disponible por la concesionaria, el complemento más generalizado entre los facultativos especialistas estatutarios, tanto entre los pertenecientes al Departamento de Salud de Manises como a los del resto de Departamentos de Salud, es el "complemento específico C", de menor importe, lo que significaría una reducción de 3.071,46 € brutos anuales.

Aplicando los criterios expresados en los puntos anteriores, el resultante del cálculo es el que se detalla:

	Facultativo especialista	
	Laboral	Estatutario
Retribución fija bruta anual	46.000	44.365
Antigüedad	-	1.140
Complemento de carrera y desarrollo profesional	-	3.122
Retribución variable bruta anual	9.200	-
<b>Total retribuciones</b>	<b>55.200</b>	<b>48.627</b>
Jornada anual (horas)	1.780	1.589
<b>Retribución por hora</b>	<b>31,01</b>	<b>30,60</b>

Adicionalmente a lo mencionado en los párrafos anteriores, la comparativa no es real por cuanto, tal y como se indica en el Anexo IX, se realiza el cálculo de retribuciones aplicando dos criterios distintos: 3,5 años de antigüedad para el facultativo especialista laboral y 6 años para el facultativo especialista estatutario. Debe realizarse la comparativa con un facultativo especialista estatutario con 3,5 años de antigüedad, lo que supondría una disminución proporcional de los importes correspondientes a los complementos salariales de antigüedad (trienios) y de Carrera y Desarrollo Profesional.

Además, la comparativa tampoco es real por cuanto en los criterios para el cálculo de la retribución de facultativo especialista estatutario se ha considerado el "complemento de carrera y desarrollo profesional", si bien el 35% de los facultativos tiene relación de empleo de carácter temporal (fuente: Memoria de gestión de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Año 2015), siendo así que no percibe dicho complemento al estar condicionado el mismo a la incorporación definitiva a un puesto de plantilla de personal sanitario adscrito a la Conselleria de Sanidad (art. 5 Decreto 66/2006, de 12 de mayo, del

Consell, por el que se aprueba el sistema de carrera profesional en el ámbito de las Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad).

De este modo el cuadro núm. 16 debería ser:

	Facultativo especialista	
	Laboral	Estatutario
Retribución fija bruta anual	46.000	44.365
Antigüedad (1.140-40%)	-	684
Complemento de carrera y desarrollo profesional	-	0
Retribución variable bruta anual	9.200	-
<b>Total retribuciones</b>	<b>55.200</b>	<b>45.049</b>
Jornada anual (horas)	1.780	1.589
Retribución por hora	31,01	28,35

### 11.- Apéndice 3. Subobjetivo 1.3. (página 49, último párrafo).

Señala el Borrador del informe que el número de camas en funcionamiento por cada 1.000 habitantes en el Hospital de Manises es sensiblemente inferior a los hospitales de gestión pública.

La Sindicatura toma el concepto de cama en funcionamiento, que utiliza el propio SNS, para el análisis pero, sin embargo, no refleja el dato anual que es lo que aconseja el propio SNS en lugar de un corte en el mes de mayo de 2016, que es lo que se ha hecho en el análisis del informe.

Reconoce el informe la no existencia de un estándar de camas por habitante para a continuación decir que por ello el dato, en sí mismo, no tiene connotaciones ni positivas ni negativas. No estamos de acuerdo con esta afirmación pues en el ámbito de la gestión hospitalaria este dato está ligado al uso más o menos eficiente que los hospitales hacen de este recurso, por eso sí tiene importancia, pues un mayor o menor uso de camas para una prestación determinada condiciona un mayor o menor uso de consumos de otros recursos ligados al indicador (gastos directos e indirectos de hospitalización).

Y así reconoce la propia Sindicatura en su informe que está ligado a:

- El incremento y peso relativo de la actividad ambulatoria, es decir, la que no requiere ingreso en el hospital.

- 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
- Pero también, añadimos nosotros, al funcionamiento más o menos eficiente de los recursos que se utilizan en esta prestación y que van desde los RRHH (en número y calidad) hasta la dotación tecnológica, la celeridad de los procesos intermedios y el grado de integración con la atención primaria que tiene el hospital.

Por tanto, es la gestión más eficiente de los factores señalados por la Sindicatura y los añadidos en nuestra alegación los que hacen que la dotación de camas funcionantes por habitante sea menor en el caso del Hospital de Manises y, por tanto, más eficiente su resultado.

A mayor abundamiento y siendo que las camas instaladas son en número similar a las de otros Departamentos de Salud, la menor utilización de camas funcionantes permiten a nuestro centro dos hechos relevantes:

- En épocas de menor demanda asistencial utilizar menores recursos cama para igual resultado, lo que favorece la mayor eficiencia.
- En épocas de mayor presión asistencial, poder adaptar el número de camas funcionantes a las necesidades (contar con una reserva de camas amplia) y evitar así el desafortunado colapso de las plantas de hospitalización, aportando mayor confort al paciente ingresado y sus familiares.

Ambos hechos los consideramos de gran relevancia.

## **12.- Apéndice 3. Subobjetivo 1.4. (página 59, último párrafo).**

El Borrador recoge la demora media de la lista de espera quirúrgica, limitándose a recoger los datos de la denominada lista de espera quirúrgica estructural (que a fecha de diciembre de 2015 el informe sitúa en la mitad en Manises que en la media de los hospitales públicos, 36 días de espera media en Manises frente a los 67 en los hospitales públicos).

Sin embargo, respecto a la lista de espera quirúrgica no estructural, el informe se limita a definirla en una nota a pie de página (nota número 28) pero no realiza el correspondiente cuadro comparativo. La concesión no tiene acceso a los datos de todos los departamentos de salud sino

tan solo a la media de los hospitales públicos y así mientras en el Hospital de Manises no hay lista de espera quirúrgica no estructural, la de los hospitales de gestión directa era en diciembre de 2015 de 125 días de demora.

Se adjunta como Anexo IV el dato obtenido de la web de la Conselleria de Sanidad sobre lista de espera quirúrgica no estructural de los hospitales de gestión directa.

### **13.- Apéndice 4. Subobjetivo 2.6. (página 82, segundo párrafo).**

En relación al "Acta de dimensión", recoge el informe que la misma no se ha elaborado. Aunque no recoge, que el concesionario se ha puesto disposición de la Administración reiteradamente, la última vez mediante escrito de fecha 19 de mayo de 2016, sin que hasta la fecha se haya recibido respuesta.

### **14.- Apéndice 5. Subobjetivo 3.3. (página 102, quinto párrafo).**

Señala el Borrador que "la asistencia sanitaria de atención primaria a ciudadanos no incluidos en la población protegida por el contrato no genera ningún tipo de compensación". Esto no es así, y es necesario realizar alguna matización:

En primer lugar, lo que literalmente dicen los pliegos al definir la facturación intercentros, es que "*la asistencia sanitaria de atención primaria a ciudadanos no incluidos en la población protegida por el contrato no generará ningún tipo de facturación (intercentros, pues es donde se incluye este párrafo)*". Nótese la diferencia entre que no genere ningún tipo de facturación (intercentros) y que no genere ningún tipo de compensación. La Sindicatura se ha apartado de la literalidad de los pliegos.

Y en segundo lugar, la cuestión de la facturación por las asistencias sanitarias de atención primaria a pacientes no empadronados en la Comunidad Valenciana, ha sido también estudiada y resuelta por el Consejo Jurídico Consultivo en su Dictamen núm. 204/2015, de fecha 1 de abril de 2015 (que se adjunta como Anexo VII).

El Consejo Jurídico Consultivo realiza una interpretación compleja y sistemática de diferentes cláusulas de los Pliegos del contrato, y alcanza las siguientes conclusiones:



- Los Pliegos sólo excluyen de cualquier tipo de facturación la correspondiente a las asistencias sanitarias en Atención Primaria de pacientes empadronados en la Comunidad Valenciana.
- Los Pliegos señalan en la cláusula 4.8 PCAP que en la facturación de la asistencia prestada a pacientes de otras Comunidades Autónomas o de otros países, se observarán las normas vigentes.
- La referida normativa vigente no distingue ni excluye de la facturación entre Comunidades Autónomas y de otros países, las asistencias de atención especializada y las de atención primaria. Todas son facturables.
- La facturación que el concesionario deba realizar por los pacientes de otras Comunidades Autónomas o extranjeros, si bien es, lógicamente facturación, a efectos de poder determinar el precio anual de los contratos, no debe calificarse de facturación intercentros a que se refiere y regula la cláusulas 4.6 de los Pliegos”.

Obviamente esa facturación a la que se refiere el Consejo Jurídico Consultivo en la pág. 15 de su Dictamen, tiene su cabida en la liquidación anual para la fijación del precio anual del contrato a través de la cláusula 4.7.6 PCAP.

**15.- Apéndice 5. Subobjetivo 3.3. (Páginas 103 y 104, único párrafo).**

En relación a “otros conceptos” de facturación y que deben tenerse en consideración en la liquidación anual, y en concreto por lo que respecta a gastos de personal estatutario, es un claro ejemplo de obligación extracontractual de la Conselleria, cuyo resarcimiento debiera realizarse mediante un expediente de reconocimiento de enriquecimiento injusto. No obstante el informe, a diferencia de otros conceptos, en donde si concluye el Borrador que deben ser objeto de compensación al Concesionario, no dice nada sobre si este concepto debe ser compensado o no.

En este sentido, debería añadirse esta consecuencia al informe de Sindicatura.

En su virtud,

SUPLICA que, por presentado este escrito, se sirva admitirlo, tener por formuladas las alegaciones que se contienen en su cuerpo e incorporarlas al Informe definitivo a emitir por la Sindicatura de Cuentas sobre la "Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el departamento de salud de Manises Ejercicios 2009-2015", llevando a cabo todas las modificaciones señaladas en las presentes alegaciones de tal manera que, el Informe definitivo, se ajuste al principio de legalidad, de reserva de la jurisdicción a los órganos judiciales y se limite en su contenido al objeto legalmente previsto para una auditoría operativa de la actuación de la Administración de la Generalitat sin entrar a realizar un análisis de legalidad del contrato de concesión que es una función ajena a las competencias de la Sindicatura de Cuentas.



Fdo. Vicente Gil Suay



## **ANEXO XXVI**

### **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 MANISES. EJERCICIOS 2009-2015**

Las alegaciones se han analizado diferenciando las dos entidades que las han formulado y respecto a las mismas se informa lo siguiente:

### **A) CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA (en adelante la Conselleria de Sanitat o la Conselleria)**

Mediante escrito de la jefa del Servicio de Gestión Presupuestaria de la Conselleria de Sanitat de 8 de marzo de 2017 se remitieron las alegaciones al borrador del Informe citado, y respecto a las mismas se señala lo siguiente:

#### **Alegaciones genéricas**

*Comentarios:*

La Conselleria cuestiona en sus alegaciones genéricas determinados aspectos referidos a la metodología y enfoque que esta Sindicatura ha aplicado en la realización de la auditoría operativa. Con respecto a ello, hay que señalar lo siguiente:

- La definición de auditoría operativa está contenida en la sección 3200 del *Manual de fiscalización* de la Sindicatura de Comptes, guía de fiscalización operativa:

*La fiscalización operativa es la revisión independiente, objetiva y fiable acerca de si las acciones, sistemas, operaciones, programas, actividades u organizaciones de las entidades que integran el sector público valenciano cumplen con los principios de economía, eficiencia y eficacia.*

- En lo referente a la fase de planificación, el encargo del trabajo nos vino dado por la Resolución de la Mesa de les Corts, de 16 de febrero de 2016.

El encargo era el de realizar una auditoría operativa de la concesión administrativa sanitaria adjudicada a la sociedad "Especializada y Primaria L'Horta-Manises, SA" por sus especiales características, entre ellas, las modificaciones producidas en la población asignada y los recursos materiales adscritos, además de las operadas en su configuración societaria. Por tanto, no se realiza una auditoría sobre una entidad mercantil, sino sobre el servicio que recibe la Administración, esto es, la asistencia sanitaria integral en un departamento de salud concreto.

- En virtud de este encargo, la Sindicatura de acuerdo con sus funciones, inició sus tareas de planificación que se plasmaron en la memoria de planificación, aprobada por el síndic de comptes responsable. Esta memoria de planificación se elabora de conformidad con la norma ISSAI-ES 300 y la sección 3200 del *Manual de fiscalización* de la Sindicatura de Comptes, guía de fiscalización operativa.

Esta memoria, entre otros aspectos, define los objetivos, subobjetivos y criterios de auditoría (que se detallan en el cuadro 2 del borrador del Informe), detalla el alcance del trabajo e identifica y evalúa los riesgos relacionados con la realización de la auditoría. Riesgos, incluido el de fiscalización, que la Conselleria menciona en sus alegaciones, que son evaluados y valorados por esta Sindicatura de acuerdo a las normas aplicables, ISSAI-ES 300 y la sección 1315 del *Manual de fiscalización*.

Todo ello con el objetivo de obtener evidencias suficientes y adecuadas para establecer observaciones, formular conclusiones en respuesta a los objetivos y subobjetivos definidos, y emitir las recomendaciones (ISSAI-ES 300, párrafo 35).

- Señala la Conselleria en sus alegaciones que *se ha echado de menos en la fase de planificación, una comunicación inicial de los objetivos, tal como indican las normas de auditoría operativa.*

Precisamente porque lo dicen las normas, y con el fin de poner en conocimiento de la Conselleria los objetivos de la auditoría operativa, así como determinados aspectos de la información y documentación que necesitaríamos para llevarla a cabo, esta Sindicatura mantuvo las siguientes reuniones en la fase de planificación:

- 6 de abril de 2016. Con el Servicio de Inspección Sanitaria de Servicios Públicos en régimen de concesión (Servicio designado por la Conselleria coordinador con el equipo de auditoría de la Sindicatura).
- 2 de mayo de 2016. Con la Subdirección General de Recursos Humanos y Económicos de la Conselleria de Sanitat.
- 5 de mayo de 2016. Con la comisionada del Departamento de Salud de Manises.

Adicionalmente, el 12 de mayo de 2016, se mantuvo con el mismo objetivo que las anteriores, una reunión con la Gerencia de la sociedad concesionaria de la asistencia sanitaria integral del Departamento de Salud de Manises.

- La Conselleria de Sanitat critica en alegaciones la falta de ambición de este Informe. Comentario que sorprende al ser realizado por una Administración que, hasta la fecha de realización del trabajo de campo, ha obviado la realización del ejercicio sistemático del control de los servicios recibidos. Este Informe abarca aspectos tales como la calidad del servicio, las deficiencias contractuales y determinados aspectos financieros derivados del contrato.

El alcance de la fiscalización se delimita en la fase de planificación del trabajo. Por cuestiones de recursos, la fiscalización debe abarcar el análisis de un número limitado de aspectos, siendo materialmente imposible realizar un estudio pormenorizado de todas las variables que afectan la gestión de la asistencia sanitaria. Por ello, en el Informe se señalan claramente cuáles han sido los aspectos revisados y los procedimientos de auditoría aplicados, con detalle explícito de la fuente de información y el análisis realizado.

- La Conselleria indica que el único modo de valorar con rigor la calidad, la equidad o la eficiencia social de la asistencia sanitaria es mediante el empleo de indicadores de eficiencia clínica o de resultados. Así mismo, señala que no es correcto afirmar en el Informe que no se disponga de indicadores de resultados en salud por departamentos, ya que la Conselleria dispone de estadísticas de los citados indicadores, que *pueden consultarse a través de su página web solicitando el permiso adecuado*.

Parece ignorar la Conselleria que esta Sindicatura ha realizado continuas peticiones de información durante todo el transcurso de la fiscalización, que recordemos se inició a principios del mes de abril de 2016, entre las que obviamente se encontraban las relativas a indicadores asistenciales, y sea ahora en esta fase de alegaciones cuando nos indique que hay unos indicadores en la página web de la Conselleria a los que se podría haber tenido acceso.

Resulta igualmente sorprendente que esta manifestación, en la fase de alegaciones, no haya sido acompañada de ningún cuadro, tabla, gráfico u otra información adicional, relativa a estos indicadores que la Conselleria dice disponer que permitiera a esta Sindicatura completar y/o modificar el Informe. Tenemos que señalar igualmente, que la Conselleria, ya en la fase técnica de discusión del borrador previo (noviembre de 2016), tuvo acceso a las conclusiones preliminares, por lo que ha dispuesto de tiempo más que suficiente para haber facilitado a esta Sindicatura cuanta información estadística o de otro tipo hubiera considerado oportuna.

- La Conselleria sugiere que las comparaciones realizadas por la Sindicatura no son adecuadas, y que habría sido más correcto comparar con el resto de concesiones administrativas, con otros

centros de gestión privada o con conglomerados de hospitales similares.

Las comparativas realizadas entre los resultados de Manises y el resto de departamentos de salud han sido realizadas por homogeneidad con el criterio que la propia Conselleria ha venido utilizado hasta el año 2015 para realizar las clasificaciones de los resultados de los acuerdos de gestión. En nuestros papeles de trabajo se ha dejado constancia que una comparativa de cápita con otros hospitales de similar tamaño y complejidad (case mix), según la clasificación adoptada por la Conselleria en 2016, tampoco arroja resultados muy diferentes.

- Otra cuestión criticada por la Conselleria viene referida a las comparaciones realizadas sobre el equipamiento tecnológico. A pesar de que el propio Informe detalla la metodología utilizada, se reitera a continuación algún concepto clave.

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 su antigüedad real. Se ha optado por homogenizar el valor económico de los equipos, precisamente para salvar los problemas que se derivan de su distinta antigüedad, puesto que ciertamente sería poco comparable económicamente el equipo instalado hace 15-20 años respecto del instalado en el último ejercicio.

- Esta Sindicatura ya señala en su Informe que el contrato que formaliza la prestación del servicio con el concesionario carece de cláusulas específicas que definan los mecanismos de control de calidad de los servicios de la concesión, aspecto que dificulta el cumplimiento de las funciones que recaen en el Servicio de Inspección Sanitaria de Servicios Públicos en Régimen de Concesión, que tiene, entre otras competencias las siguientes:
  - Verificación, seguimiento e inspección del cumplimiento de las cláusulas de explotación.
  - Evaluar los mecanismos y resultados de control de calidad de los servicios de la concesión.
  - Evaluar los indicadores y datos de actividad asistenciales, de resultados y económicos.

Por estas circunstancias descritas, la Sindicatura ante la posibilidad de no disponer de información de gestión comparable, ha definido

indicadores alternativos, que nos han permitido obtener una base objetiva para concluir sobre el nivel de eficacia, eficiencia y economía.

- La Conselleria alega que el estudio de eficiencia que ha llevado a cabo la Sindicatura no lo considera apropiado, porque no ha sido formulado desde un enfoque proveniente de la gestión sanitaria y clínica, así como desde una metodología en la que se estudie de manera más concreta la cuestión planteada, empleando métodos estadísticos paramétricos y no paramétricos.

Con respecto a este comentario, tenemos que indicar que no hemos tenido constancia en el desarrollo de nuestro trabajo, que la Conselleria - dentro de sus funciones antes citadas - haya aplicado los métodos estadísticos que señala para determinar la eficiencia en el Departamento de Salud de Manises. Si esta metodología que nos aconseja realizar la Conselleria, hubiera sido elaborada por ella -que es a quien corresponde realizar el control de la concesión en su vertiente de eficiencia y eficacia de la gestión concedida a un tercero-, nuestro trabajo se hubiera limitado a revisarla.

- Los calificativos utilizados por la Conselleria respecto a las conclusiones plasmadas en el Informe (entre otros, “contundentes”, “radicalidad”, “incompletas”) no son compartidos por la Sindicatura. Esta Institución, dada la ausencia de estudios internos de la Conselleria y ante la tesitura de no dar información sobre unos determinados aspectos de eficiencia y eficacia de la concesión, ha optado por adoptar los criterios e indicadores que en el Informe se señalan, y plasmarlos de la forma que lo ha hecho en el mismo, con el único objetivo de dar una información objetiva y útil al destinatario del Informe.

Son los poderes públicos, y en este caso concreto la Conselleria de Sanitat, la que tiene que adoptar las medidas necesarias y los procedimientos y métodos de análisis, que considere más convenientes para llevar a cabo sus funciones de control y seguimiento, de tal forma que le permitan evaluar la eficiencia y eficacia de la utilización de los recursos públicos que, como en este caso concreto de la concesión sanitaria del Departamento de Salud de Manises, está poniendo en manos de un tercero.

- Por otra parte, la Conselleria comparte la conclusión sobre la inconsistencia en la determinación de la cápita inicial, si bien aporta un informe económico-financiero fechado el 11 de noviembre de 2002, anexo al anteproyecto de explotación del contrato, que concluye que la prima inicial del primer contrato de concesión formalizado en 2003 (el cual sirvió de referencia para el resto de contratos posteriores) se determinó aplicando un coeficiente corrector en torno al 0,80-0,85 sobre el gasto que la



sanidad pública debe realizar para poder prestar el servicio de que se trata en condiciones similares (la base utilizada fue el gasto sanitario público per cápita según el presupuesto del año 2002). Es decir, la Conselleria reconoce que el criterio de ahorro económico (en torno al 20%) era la filosofía que sustentaba el modelo de gestión concesional.

*Consecuencias en el Informe:*

Modificar la recomendación a) que quedará redactada de la siguiente forma:

“a) La Conselleria debe adoptar las medidas necesarias y los procedimientos y métodos de análisis que considere más convenientes para llevar a cabo sus funciones de control y seguimiento, de tal forma que le permitan evaluar la eficiencia y eficacia de la utilización de los recursos públicos que se ponen en manos de un tercero. En particular, debe realizar un estudio de eficiencia que se formule desde un enfoque proveniente de la gestión sanitaria y clínica, empleando métodos estadísticos paramétricos y no paramétricos (ver apéndice 4).”

Añadir estos párrafos antes del cuadro 9 en el apartado 1 del apéndice 3:

“En alegaciones, la Conselleria de Sanitat nos ha indicado que para determinar la cápita inicial en la licitación del Departamento de Salud de La Ribera, que sirvió de referencia para todas las licitaciones y adjudicaciones posteriores, el informe económico de 11 de noviembre de 2002, anexo al anteproyecto de explotación del contrato, concluía que la prima inicial (379 euros) se determinó aplicando un coeficiente corrector en torno al 0,80-0,85 sobre el gasto que la sanidad pública debía realizar para poder prestar el servicio de que se trataba en condiciones similares, utilizando como referencia el gasto sanitario público per cápita según el presupuesto del año 2002.

Por ello, la Conselleria señala en sus alegaciones, *que son el ahorro económico y la flexibilidad contractual que tiene la gestión a través de la empresa privada los principales y casi únicos argumentos que justificaron el acceso a este modelo concesional*”.

### **Primera alegación**

*Comentarios:*

El término “Gasto corriente sanitario público” se ha definido a efectos de este Informe para aglutinar los distintos conceptos de gasto que de acuerdo a los servicios sanitarios el concesionario debe prestar conforme el objeto de contrato de concesión. La inclusión del programa 313.20 (6,3 millones de euros de obligaciones reconocidas en los capítulos 1 y 2 del

presupuesto de 2015) se ha considerado porque el objeto contractual incluye los servicios prestados por las unidades de conductas adictivas.

El volumen de obligaciones reconocidas imputadas al presupuesto corriente del ejercicio 2015 en el programas 412.29 (en los capítulos 1 y 2) fue de 15,2 millones de euros. Este programa, de carácter supradepartamental, tiene como objetivo el mantenimiento, incremento, mejora e innovación en los sistemas de información de toda la red pública sanitaria valenciana. Al igual que el resto de programas supradepartamentales que se refieren a gastos imputables a todos los departamentos de salud, no ha sido incluido en nuestras magnitudes por no afectar a datos comparativos entre unos departamentos y otros.

En cuanto a su impacto para determinar la cápita, lo relevante es la variación interanual del gasto capitativo, por lo que resulta inmaterial a efectos de los cálculos realizados en el anexo XXII del Informe.

*Consecuencias en el Informe:*

Mantener la redacción del borrador del Informe.

## **Segunda alegación**

*Comentarios:*

La Sindicatura es responsable de emitir un informe de acuerdo con las normas de fiscalización recogidas en su *Manual de fiscalización* disponible en la web de la Institución. Así, los informes deben ser objetivos, completos, claros, convincentes, pertinentes, exactos, constructivos y concisos. Los informes deben ser interesantes, de fácil lectura e imparciales. Pese a que su naturaleza técnica resulta inevitable, es más probable que el lector ocasional se sienta incitado a proseguir su lectura si el informe es accesible.

De igual forma, unos diagramas, gráficos, datos e ilustraciones cuidadosamente seleccionados pueden mejorar la presentación de un informe y ayudar al lector a comprender el contexto y las observaciones efectuadas.

La estructura y contenido del presente Informe obedece a las premisas anteriormente citadas.

El apartado 0, “Magnitudes clave y hechos relevantes”, pretende ayudar a comprender los resultados de nuestro Informe y facilitar la labor a los lectores y a los medios de comunicación. Por ello, añadiremos una nota explicando las características de este apartado 0.

*Consecuencias en el Informe:*

Añadir una nota aclaratoria en el apartado 0, “Magnitudes clave y hechos relevantes”, con el siguiente texto:

“Este apartado pretende resumir los resultados de nuestro Informe y facilitar la labor a los lectores y a los medios de comunicación. No obstante, el Informe completo se encuentra accesible en la página web de la Sindicatura de Comptes de la Comunitat Valenciana ([www.sindicom.gva.es](http://www.sindicom.gva.es)). Recomendamos leerlo para conocer el verdadero alcance del trabajo realizado.”

### **Tercera alegación**

*Comentarios:*

En la fase actual de nuestro trabajo no cabe el rediseño de los objetivos de la auditoría, que fueron definidos en la fase de planificación y expuestos a los gestores de la Conselleria, tal y como se ha señalado en los comentarios efectuados a las alegaciones genéricas.

Estos objetivos, subobjetivos y criterios de auditoría son los que nos han servido para evaluar la actividad concertada con criterios de eficiencia, eficacia y economía.

*Consecuencias en el Informe:*

Mantener la redacción del borrador del Informe.

### **Cuarta alegación**

*Comentarios:*

Las observaciones realizadas por la Sindicatura han sido debidamente ponderadas por el equipo de auditoría. No todas las observaciones realizadas como consecuencia del trabajo realizado deben tener cabida en el resumen inicial o ni siquiera en el apartado de conclusiones. El Informe debe estar estructurado lógicamente y presentar una clara relación entre el objetivo, los criterios de auditoría, las observaciones, las conclusiones y las recomendaciones.

En cualquier caso, y en relación con las cuestiones señaladas en la alegación (carencias del contrato, comisiones mixtas y litigiosidad pendiente de resolución), todas ellas ya se han mencionado en el apartado 0 del Informe: (“Ausencia de clausulado específico sobre indicadores de resultados y su sistema de evaluación”, “Solo 12 reuniones de la Comisión Mixta de Seguimiento en siete años. Ineficaz como órgano de control. Atribuidas competencias propias del órgano de contratación, cuando no

tiene tal condición” e “Inexistencia de un procedimiento claro de liquidación”) y en el apartado 2 de “Conclusiones”, subapartados k, l y p.

No obstante, incluiremos en el Informe texto adicional para mejorar la explicación de determinados conceptos.

*Consecuencias en el Informe:*

Modificar el apartado 0, “Magnitudes claves y hechos relevantes”, en los siguientes términos, de forma que los puntos afectados quedaran redactados como se muestra a continuación:

- “**Inconsistencia** en la determinación de la cápita inicial: mismo precio que otras concesiones (basado fundamentalmente en el criterio de ahorro económico y flexibilidad contractual), pero distintas obligaciones.”
- “**Ausencia** en el contrato de concesión de clausulado específico sobre indicadores de resultados y su sistema de evaluación, que dificulta el análisis y seguimiento permanente de la ejecución del servicio que se presta.”
- “**Inexistencia** de un procedimiento claro de liquidación, lo cual conlleva dificultades significativas para aprobar las liquidaciones anuales.”

## Quinta alegación

*Comentarios:*

El principio de economía se define como un principio de la gestión económico-financiera para alcanzar los objetivos fijados en una organización, programa, proyecto, actividad o función minimizando el coste de los recursos utilizados. El coste medio del personal es, por tanto, un indicador del principio de economía, que permite contestar a la pregunta de si los recursos humanos obtenidos mediante la concesión tienen un coste menor que los obtenidos mediante medios propios.

Los datos que figuran en las alegaciones de la Conselleria no hacen más que incidir en lo ya señalado por esta Sindicatura en su borrador. Esta Sindicatura no realiza ningún comentario sobre si el personal de la concesión es más o menos eficiente.

La Conselleria señala que la ausencia de análisis basado en resultados clínicos sesga la valoración del Informe. Hay que indicar al respecto, que no es objeto de nuestra auditoría identificar las razones últimas que subyacen a estos resultados y entendemos que los análisis basados en resultados clínicos deben ser realizados por los expertos en la materia de

la propia Conselleria, pues, al fin y al cabo, la Sindicatura no se ha manifestado sobre la bondad o no del modelo concesional.

El Informe debe contener la información suficiente que ayude al lector a entender la razón del ahorro en el gasto en esta fórmula de gestión. Ese es el objetivo al mostrar los cuadros comparativos de retribuciones y jornada laboral. Obviamente son regímenes distintos los aplicables en un modelo y en otro, pero precisamente esas diferencias en las condiciones son las que traen como consecuencia los menores costes.

En cuanto a la dotación de facultativos, la Conselleria sugiere que se diferencie en nuestro Informe entre facultativos de atención primaria y los de especializada. Sin embargo, únicamente aporta una fuente de información referida a ratio de profesionales de atención primaria, contenida en las páginas 157 y 158 de la “Memoria de gestión de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública 2015”. Difícilmente podemos segregar el indicador utilizado si la propia Conselleria no nos facilita información complementaria.

Las fuentes de datos de la plantilla, tal y como se ha hecho constar en el Informe, derivan de las declaraciones de los responsables del concesionario, siendo este el mismo procedimiento utilizado para otras informaciones recabadas en el transcurso de nuestro trabajo, tanto de la Conselleria como del concesionario.

También cuestiona la Conselleria que el número de facultativos mostrados en el Informe no incluye aquellos recursos asistenciales que han sido subcontratados por la empresa concesionaria. Efectivamente, dichos recursos no han sido incluidos, al igual que tampoco se han considerado en los departamentos de salud públicos los recursos asistenciales prestados por personal ajeno a la Administración (vía conciertos sanitarios como resonancias, hemodiálisis, etc.).

Respecto a la dotación tecnológica, el indicador denominado “Esfuerzo inversor en alta tecnología por habitante” no compara la inversión efectiva 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 su antigüedad real. Se ha optado por homogenizar económicamente los equipos, precisamente para salvar los problemas que se derivan de su distinta antigüedad.

No se ha obviado, como afirma la Conselleria, la existencia de inversiones reales que se sustentan en contratos que no son capítulo 6. Por ejemplo, en el anexo XII se hacen constar los 26 equipos de resonancias magnéticas en hospitales de gestión pública, por tanto no solo figuran los tres equipos de resonancias magnéticas propios (dos en València, Hospital Dr. Peset y uno en Alicante, Hospital de San Juan).

En el glosario de términos del Informe figura la siguiente definición: *Dotación tecnológica es el inventario de equipos en alta tecnología sanitaria según el Catálogo Nacional de Hospitales. Es el número de equipos en funcionamiento a 31 de diciembre de 2015, sean o no propiedad del departamento y con independencia de que estén gestionados por empresas o particulares ajenos.*

En cuanto a las especialidades ofertadas, la existencia de una cartera de servicios amplia por parte de Manises obedece, según la Conselleria, a criterios de “merchandising” y no responden a necesidades reales de la población protegida.

El Informe no destaca ninguna supuesta bondad de disponer de una oferta amplia, tan solo muestra una realidad. El análisis del dimensionamiento de la cartera de servicios, en todo caso, es competencia de la propia Conselleria que, además, lo debe realizar con carácter previo a la autorización de los servicios. Por ello entendemos que para tal fin, sería recomendable que los servicios de inspección participaran en el procedimiento de autorización.

Por último, y en relación con la satisfacción del paciente, lamentablemente la Conselleria tampoco aporta información suficiente en el trámite de alegaciones que permitiera diferenciar la valoración de la atención asistencial y la valoración de la “oferta hostelera”. En este sentido, y tal como señalamos en el Informe, los datos incluidos en el gráfico 19: “Porcentaje de pacientes satisfechos”, han sido obtenidos de la memoria anual 2015 de la Conselleria de Sanitat, apartado 4.4.

*Consecuencias en el Informe:*

Mantener la redacción del borrador del Informe.

## **Sexta alegación**

*Comentarios:*

La cláusula 19 del PCAP se refiere a “Población de derecho de la Comunitat Valenciana” en la fórmula para obtener el presupuesto capitativo anual, sin mencionar en ningún momento el concepto de “Población protegida”.

Sin embargo, la escasa diferencia existente entre un concepto u otro de población, supone en la práctica que la utilización de un colectivo u otro, no suponga una incidencia significativa en el resultado final, que es cuantificar la variación del gasto capitativo anual en la Comunitat Valenciana. Ahora bien, la interpretación dada a una cláusula contenida en los pliegos debe ajustarse a los criterios y límites legales, pues de otro modo se produciría una modificación de los pliegos que podría tener

consecuencias al vulnerar los principios rectores de la contratación, muy especialmente los de transparencia, igualdad y concurrencia.

En cuanto a la revisión de la cápita, la Conselleria comparte lo dictaminado por el Consell Jurídic Consultiu, 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 CJC 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 suerte que rara vez se haya apreciado por la jurisprudencia 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 Manises 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 CJC 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*.

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.



La Conselleria 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 de 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.

No obstante, en relación con la discusión sobre la conveniencia de haber incluido en los pliegos la referencia a la liquidación presupuestaria (en lugar de al presupuesto inicial), el Informe de esta Sindicatura ya indica que *Si bien dicha referencia hubiese gozado de mayor lógica desde el punto de vista económico, la literalidad de los pliegos del contrato es clara.*

En cuanto a la referencia realizada por la Conselleria sobre las fiscalizaciones correspondientes a los ejercicios 2014 y 2015 llevadas a cabo por esta Sindicatura, el trabajo realizado en el marco del informe de fiscalización de la Cuenta General de la Generalitat respecto a las liquidaciones de Torrevieja, se limitó a meros aspectos formales del acto administrativo en sí y de su reflejo contable, y en ningún caso, al cumplimiento o no de la totalidad de cláusulas contractuales.

*Consecuencias en el Informe:*

Mantener la redacción del borrador del Informe.

## **B) ESPECIALIZADA Y PRIMARIA L'HORTA MANISES, SAU (en adelante el concesionario)**

Mediante escrito de 8 de marzo de 2017, se remitieron las alegaciones al borrador del Informe citado formuladas por el concesionario, y respecto a las mismas se señala lo siguiente:

### **Primera alegación**

*Comentarios:*

El borrador del Informe no examina la actividad desarrollada por el concesionario, puesto que no se han realizado pruebas de auditoría encaminadas a verificar el cumplimiento de los procedimientos internos de la mercantil. El borrador, de conformidad con el artículo 8.3 de la Ley 6/1985 de Sindicatura de Comptes, se pronuncia sobre si la gestión de los recursos humanos, materiales y de los fondos presupuestarios públicos se ha desarrollado de forma económica y eficiente, y evalúa el grado de eficacia en el logro de los objetivos previstos.

El artículo 5 de la Ley 6/1985 de Sindicatura de Comptes 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, exigibles al sector público.

De acuerdo con los Principios fundamentales de la fiscalización operativa (ISSAI-ES 300, aprobada por el Consell de la Sindicatura de Comptes de la Comunitat Valenciana el 23 de julio de 2014), una fiscalización operativa puede ser parte de otra, más extensa, que abarque también aspectos ligados a una fiscalización de seguimiento de recomendaciones, de cumplimiento, de legalidad o financiera.

La guía de fiscalización operativa (sección 3200 del *Manual de fiscalización de la Sindicatura de Comptes*), en su apartado 1.3, “Tipología”, y para cada uno de los tipos de fiscalización operativa, señala la evaluación del cumplimiento de la normativa y disposiciones legales relacionadas con la economía y eficiencia, y si el órgano gestor aplica de forma correcta las normas, disposiciones legales y principios generales relacionados con una buena gestión financiera.

El concesionario no parece conocer el funcionamiento y organización de la Administración Pública, cuando pretende “aislar” los aspectos económico-financieros de cualquier otro aspecto relacionado con ellos, y que en el sector público están sometidos a disposiciones legales, de los que no se pueden separar.

*Consecuencias en el Informe:*

Mantener la redacción del borrador del Informe.

## **Segunda alegación**

*Comentarios:*

Las conclusiones de la Sindicatura no son el ejercicio de ninguna prerrogativa de interpretación, sino que están fundamentadas en el artículo 8 de la Ley 6/1985 de Sindicatura de Comptes, que es la base legal de la fiscalización de la contratación, y en particular, porque debe determinarse si se ha cumplido con la legalidad vigente en la gestión de los fondos públicos. Ver también los comentarios realizados en la primera alegación.

En cuanto lo alegado por el concesionario en relación con el tipo de auditoría realizada, las características de la Sindicatura de Comptes y el régimen jurídico que debe regir sus actos, tenemos que señalar lo siguiente:

- a) El artículo 1.3 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, incluye en el ámbito de la jurisdicción contencioso-administrativa el conocimiento de las pretensiones que se deduzcan en relación con los actos y disposiciones en materia de personal, administración y gestión patrimonial sujetos al derecho público adoptados por los órganos competentes del Congreso de los Diputados, del Senado, del Tribunal Constitucional, del Tribunal de Cuentas y del Defensor del Pueblo, así como de las Asambleas Legislativas de las Comunidades Autónomas y de las instituciones autonómicas análogas al Tribunal de Cuentas y al Defensor del Pueblo.
- b) La Sindicatura de Comptes de la Comunitat Valenciana es una institución autonómica análoga al Tribunal de Cuentas, de ahí que el artículo 4.1 de la Ley 6/1985, de 11 de mayo, de la Generalitat Valenciana, de Sindicatura de Comptes, establezca que *sin perjuicio de sus propias competencias, las actuaciones resultantes del ejercicio de las funciones fiscalizadoras de la Sindicatura de Comptes deberán ser remitidas por esta al Tribunal de Cuentas*. Este precepto, hay que ponerlo en relación con lo dispuesto en el artículo 29 de la Ley 7/1988, de 5 de abril, de Funcionamiento del Tribunal de Cuentas, que regula las relaciones de dicho Tribunal con los órganos de control externo de las Comunidades Autónomas, donde se regula la coordinación de su actividad mediante el establecimiento de criterios y técnicas comunes de fiscalización que garanticen la mayor eficacia en los resultados y eviten la duplicidad en las actuaciones fiscalizadoras.
- c) En coherencia con lo señalado en los dos puntos anteriores, cabe concluir que la inclusión de la Sindicatura de Comptes de la Comunitat Valenciana en el ámbito de la jurisdicción contencioso-administrativa se restringe legalmente a los actos y disposiciones que dicha Institución dicte en materia de personal, administración y gestión patrimonial sujetos al derecho público.
- d) El Tribunal Supremo, mediante auto 11239/2000, de fecha 3 de marzo de 2000, y sentencias 3338/2007, de 25 de abril de 2007, y 5512/2009, de 6 de julio de 2009, ha declarado que el ejercicio de la actividad fiscalizadora propiamente dicha no puede ser susceptible de control jurisdiccional, sin perjuicio de que lo sean aquellos actos o decisiones que, en la esfera de la actividad de enjuiciamiento, se produzcan a posteriori como consecuencia del ejercicio de aquella función de fiscalización o por razón de la actividad administrativa desarrollada por efecto de aquella.

*Consecuencias en el Informe:*

Mantener la redacción del borrador del Informe.

### **Tercera alegación - A**

*Comentarios:*

Nos remitimos a nuestros comentarios realizados a la sexta alegación de la Conselleria de Sanitat, puesto que el concesionario argumenta, al igual que la Conselleria, que la interpretación literal de las cláusulas contractuales no es la única regla de interpretación, sino que debe atenderse al conjunto de las previsiones del contrato.

*Consecuencias en el Informe:*

Mantener la redacción del borrador del Informe.

### **Tercera alegación - B**

*Comentarios:*

Según el concesionario, el índice de precios a aplicar al periodo de actualización debe ser el correspondiente al mencionado periodo, en contraposición al criterio de la Sindicatura, que mantenemos que el IPC aplicable al contrato es el correspondiente al periodo anual inmediatamente anterior. La interpretación que realiza el concesionario (y también la Conselleria) respecto de qué IPC hay que aplicar, debe entenderse como coherente con su interpretación sobre el concepto de gasto presupuestado. Sin embargo, y dado que esta Sindicatura mantiene otra interpretación sobre dicho concepto, y de acuerdo con la doctrina de la Junta Superior Consultiva de Contratación Administrativa, consideramos que, a falta de un pacto expreso por las partes, no procede acceder a una nueva revisión de precios mediante el incremento o decremento del IPC de los doce siguientes meses, respecto del aplicado en el momento procedimental oportuno.

*Consecuencias en el Informe:*

Mantener la redacción del borrador del Informe.

### **Tercera alegación - C**

*Comentarios:*

La postura del concesionario y de la Conselleria de Sanitat es coincidente, y debe entenderse coherente con su interpretación sobre el concepto de gasto presupuestado.

El órgano de contratación considera (y en este caso, también el concesionario, aunque esta parte no tiene competencia para la determinación del precio) que el presupuesto de gasto sanitario no se va a cumplir. En nuestra opinión, esta hipótesis, por muy probable que sea,

no es suficiente para ignorar un precepto contractual (la existencia de un techo máximo), puesto que si el órgano de contratación, en el momento de licitar este contrato, hubiera tenido la intención de ajustar la cápita al gasto sanitario público de la Comunitat Valenciana, no hubiese impuesto un límite superior basado en el gasto del resto del Estado español.

*Consecuencias en el Informe:*

Mantener la redacción del borrador del Informe.

### **Tercera alegación - D**

*Comentarios:*

Nos remitimos a nuestros comentarios realizados a la sexta alegación de la Conselleria de Sanitat, puesto que el concesionario argumenta, al igual que la Conselleria, que la definición de población de derecho es coincidente, en el fondo, con el de población protegida.

*Consecuencias en el Informe:*

Mantener la redacción del borrador del Informe.

### **Cuarta alegación**

*Comentarios:*

Si el procedimiento de liquidación hubiera estado bien definido desde un principio, no hubiera sido necesario, por ejemplo, reformular la liquidación del ejercicio 2009, que tuvo los siguientes hitos:

- La Comisión Mixta de 29 de marzo de 2011 aprueba con carácter provisional la liquidación con saldo a favor de la Administración por 8,5 millones de euros.
- La Comisión Mixta de 6 de noviembre de 2012 actualiza la liquidación, también con carácter provisional, con saldo a favor de la Administración por 9,4 millones de euros.
- El director general de Recursos Económicos resuelve el 23 de febrero de 2015 aprobar con carácter provisional la liquidación con saldo a favor de la Administración de 30,0 millones de euros.
- Y por último, la Comisión Mixta de 18 de mayo de 2015 aprueba la liquidación definitiva, con saldo a favor de la Administración por 30,0 millones de euros, con el voto en contra de los representantes del concesionario.

En cualquier caso, el plazo legal para aprobar la liquidación es el 31 de marzo del año siguiente, tal como señalan los pliegos del contrato de concesión.

En el borrador se hace constar expresamente que la Conselleria de Sanitat no ha cumplido en ninguno de los ejercicios transcurridos los plazos legales establecidos en las condiciones económicas del contrato. Para que quede claro en el Informe los aspectos referentes a los plazos legales establecidos, modificamos el borrador tal como indicamos a continuación.

*Consecuencias en el Informe:*

Suprimir el siguiente párrafo del apartado 1 del apéndice 5.

“Del clausulado podría considerarse que el trámite para practicar las liquidaciones anuales debería ser único, antes del 31 de marzo del año al que vienen referidas, plazo que resulta imposible de cumplir por cuanto a dicha fecha no se dispone de los datos relativos al gasto sanitario público del Estado.”

### **Quinta alegación**

*Comentarios:*

Según el concesionario, la potestad de un órgano unipersonal se ejerce por este, de ordinario, de manera individual y separada, pero nada impide hacerlo en el seno de un órgano colegiado. En consecuencia, el concesionario opina que las liquidaciones fueron aprobadas por el propio órgano de contratación en el seno de las reuniones de la Comisión Mixta.

La singularidad fundamental que presenta el contrato administrativo con respecto al contrato privado, es que en aquél la Administración mantiene el privilegio de la decisión unilateral y previa que es propio de la misma, dada su condición de poder público. Gracias a dicho privilegio, tal como disponía el artículo 59 del Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, que resulta aplicable al contrato examinado, el órgano de contratación ostenta la prerrogativa de interpretar los contratos administrativos, resolver las dudas que ofrezca su cumplimiento, modificarlos por razones de interés público, acordar su resolución y determinar los efectos de ésta. Y todo ello puede hacerlo unilateralmente, imponiendo al contratista su decisión, que este último habrá de recurrir en vía contencioso-administrativa, si está en desacuerdo. Pero mientras el órgano jurisdiccional competente no lo declare contrario al ordenamiento jurídico o acuerde la suspensión, el acto administrativo dictado será ejecutivo, pues se presume ajustado a Derecho.

Siendo el privilegio de la decisión unilateral y previa una manifestación del poder público, es claro que el mismo solo podrá ser ejercido por aquellos órganos a los que legalmente se les atribuye la competencia correspondiente. Y, en materia contractual, estos órganos son los órganos de contratación. A este respecto, cabe señalar que el artículo 12, en el apartado 1, párrafo primero, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (actualmente artículo 8.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre) dispone que *la competencia es irrenunciable y se ejercerá precisamente por los órganos administrativos que la tengan atribuida como propia, salvo los casos de delegación o avocación, cuando se efectúen en los términos previstos en ésta u otras leyes*. Y añade, en el apartado 2 (actualmente artículo 8.2 de la Ley 40/2015), que *la titularidad y ejercicio de las competencias atribuidas a los órganos administrativos podrán ser desconcentradas en otros jerárquicamente dependientes de aquéllos en los términos y con los requisitos que prevean las propias normas de atribución de competencias*.

Por tanto, se admite que en los casos de delegación el órgano titular de la competencia pueda ejercerla a través de otro órgano de la misma Administración, pero para ello se deberá ajustar a lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley 30/1992 (actualmente artículo 9 de la Ley 40/2015), que impone la obligación de publicar las delegaciones de competencias en el diario oficial correspondiente. Por otra parte, en el caso que nos ocupa no consta la existencia de ninguna resolución por la que el órgano de contratación delegue en la Comisión Mixta las funciones que le son propias.

También cabe la desconcentración, como hemos visto, pero la misma debe preverse en el Reglamento Orgánico correspondiente. Tampoco consta que exista dicha regulación ni los pliegos hacen referencia alguna a que se pretenda desconcentrar en la Comisión Mixta las funciones propias del órgano de contratación. Por lo demás, la Comisión Mixta no se integra en la estructura jerárquica de la Conselleria, y en el caso de la desconcentración se exige que el órgano desconcentrado dependa jerárquicamente del órgano que tiene atribuida la competencia.

En consecuencia, no ha habido delegación ni desconcentración en la Comisión Mixta, por lo que esta no puede ejercer competencias que son propias del órgano de contratación. Consideramos, pues, que los cometidos asignados por los pliegos a la Comisión Mixta no pueden suplantar ni sustituir de ningún modo a las funciones que son propias del órgano de contratación. En coherencia con esta conclusión, la cláusula 26 del pliego de cláusulas administrativas particulares circunscribe las tareas de dicha Comisión a las de vigilancia, seguimiento y control de la ejecución del contrato.

Es decir, la actuación de la Comisión Mixta es previa a los actos administrativos que adopte el órgano de contratación, en ejercicio de sus

competencias. Nunca la Comisión Mixta puede ir más allá de lo provisional, pues las decisiones definitivas le corresponden al órgano de contratación. Es de esta manera como debe interpretarse la lista de cometidos que el artículo 8.2 del pliego de prescripciones técnicas particulares asigna a la Comisión Mixta, aunque alguna de ellas se expresen de una manera confusa, pues de otro modo se estaría hurtando una competencia al titular de la misma.

Como refuerzo a la anterior conclusión, cabe destacar que la propia Comisión Mixta ha realizado una actuación coherente con la misma, pues tanto en el acta de fecha 29 de marzo de 2011, como en la de 6 de noviembre de 2012, se dice expresamente que las liquidaciones de 2009 y 2010, respectivamente, se aprueban con carácter provisional. Además, en la segunda acta citada, se hace constar también que falta la fiscalización de la Intervención Delegada. En nuestra opinión, además de dicha fiscalización, también faltaba la aprobación definitiva del órgano de contratación.

A la vista de lo anterior, resulta indudable que los representantes del concesionario en la Comisión Mixta sabían que lo que estaban aprobando era provisional y no definitivo, por lo que nos encontramos ante un trámite previo a la decisión definitiva que no vincula al órgano de contratación, siempre que motive adecuadamente la resolución que finalmente adopte. En este caso, la motivación existe y se encuentra en el informe desfavorable de fecha 28 de diciembre de 2012 de la Viceintervención General para la Administración Sanitaria.

Dicho lo anterior, cabe hacer dos consideraciones más, en relación con la cuestión tratada:

En primer lugar, debe hacerse notar que la Comisión Mixta integra en su composición a dos representantes del concesionario. No vamos a discutir la oportunidad de esta medida, siempre que la Comisión se ciña a su labor de vigilancia, seguimiento y control de la ejecución, pues puede ser una medida útil para prevenir conflictos y facilitar el buen desarrollo de la concesión. Lo que nos parece forzado es que una Comisión en la que se integra el contratista pueda considerarse un órgano administrativo. Por definición todo órgano administrativo persigue la realización del interés público, y el concesionario es una empresa mercantil con ánimo de lucro, como no podría ser de otra manera. En consecuencia, nos inclinamos a considerar que la referida Comisión no puede merecer la consideración de órgano administrativo, sino que se trata de un instrumento cuyo origen, composición y funciones se ciñen exclusivamente al ámbito propio de la ejecución de la concesión hospitalaria, donde se ventilan los intereses contrapuestos de la Administración y del contratista. No se aprecia, por tanto, en dicha Comisión una vocación de integrarse en la estructura orgánica de la Conselleria. A favor de esta conclusión, cabe argumentar que el artículo 11.2.a) de la Ley 30/1992 (actualmente artículo 5.3 de la Ley 40/2015) exige



que la creación de un órgano administrativo vaya acompañada de la determinación de su forma de integración en la Administración Pública de que se trate y su dependencia jerárquica, y nada de esto se dice en los pliegos con respecto a la Comisión Mixta.

En cuanto a la pretensión del concesionario de suprimir aquellas observaciones relativas a cuestiones sometidas a la decisión de los tribunales, cabe decir que la Sindicatura es un órgano estatutario que tiene asignada la función fiscalizadora. Esta función según la Ley reguladora de la Institución, comporta:

- Determinar si la información financiera se presenta adecuadamente, de acuerdo con los principios contables que le son de aplicación.
- Determinar si se ha cumplido con la legalidad vigente en la gestión de los fondos públicos.
- Evaluar si la gestión de los recursos humanos, materiales y de los fondos presupuestarios se ha desarrollado de manera económica y eficiente.
- Evaluar el grado de eficacia en el logro de los objetivos previstos.

Por tanto, resulta indudable que la Sindicatura para ejercer correctamente sus funciones, a cuyo efecto goza de total independencia funcional, deba pronunciarse siempre, sea cual sea el informe realizado, sobre los aspectos de legalidad.

El ejercicio de esta función es plenamente compatible y respetuoso con el ejercicio de la función jurisdiccional asignada al poder judicial, pues además de lo dicho anteriormente, se trata de realizar una actividad técnica, que se mueve en el ámbito de la opinión, que se traslada a Les Corts Valencianes que son los destinatarios de nuestros informes, a efectos de facilitar el ejercicio de sus competencias.

*Consecuencias en el Informe:*

Mantener la redacción del borrador del Informe.

## **Sexta alegación**

*Comentarios:*

Únicamente el órgano de contratación, una vez perfeccionado el contrato, puede introducir modificaciones por razón de interés público en los elementos que lo integran, siempre que sean debidas a necesidades nuevas o causas imprevistas, justificándolo debidamente en el expediente.

En relación con la modificación contractual realizada, el borrador hace constar unos hechos que son irrefutables, sin que en ningún caso se deja entrever que la modificación pueda haber beneficiado a una u otra parte.

*Consecuencias en el Informe:*

Mantener la redacción del borrador del Informe.

### **Séptima alegación**

*Comentarios:*

En opinión de esta Sindicatura, lo verdaderamente relevante con relación a la tramitación de la facturación intercentros es cómo ambas partes han reflejado de manera desigual las cuantías a compensar en las correspondientes liquidaciones. Los motivos por los que una parte u otra rechazan las cuantías de la contraparte no han sido objeto de revisión, precisamente por ser fundamental para su desenlace la opinión de los tribunales sobre la validez o no de determinados acuerdos adoptados en el seno de las comisiones mixtas.

El objeto de la auditoría no es elaborar la liquidación anual del contrato. En primer lugar, no es competencia de esta Sindicatura. Y en segundo lugar, hay determinados aspectos que integran las liquidaciones que debido a las incertidumbres jurídicas que les afectan están en sede judicial. En consecuencia, en el borrador del Informe solo se hace constar cuáles son las diferencias cuantitativas entre lo propuesto por la Conselleria y lo que propone el concesionario, con los comentarios que hemos estimado conveniente incluir para aclarar o matizar determinados conceptos que integran la liquidación. Solo el órgano de contratación tiene competencia para formular la liquidación.

El alcance del trabajo realizado por la Sindicatura no ha contemplado el cuantificar las asistencias sanitarias prestadas entre departamentos, además de no disponer de información detallada que permita un tratamiento ágil de los datos (fecha, datos del paciente, descripción del servicio, etc.).

Una asistencia realizada a un paciente de Manises en otro departamento, que se excluya por cuestiones procedimentales implica un doble coste para la Administración, aspecto que va en contra del objeto del contrato, tal como ponemos de manifiesto en el borrador del Informe.

En cualquier caso, se considera oportuno matizar en el Informe que el concesionario no rechaza la totalidad de cargos por asistencias prestadas a su población.

#### *Consecuencias en el Informe:*

Modificar el cuarto párrafo de la conclusión p) del apartado 2 del Informe, que quedará redactado de la siguiente forma:

“Una de las discrepancias más relevantes se refiere a parte de la facturación intercentros de asistencias y prestaciones realizadas a población del departamento de Manises en otros centros sanitarios. El rechazo del concesionario a sufragar parte del gasto incurrido por el servicio prestado a los pacientes de su población protegida pero atendidos en otro departamento, implica que la Administración asume doblemente el coste: la cápita pagada y el coste de la prestación realizada (ver apartado 3 del apéndice 5).”

### **Octava alegación - 1**

#### *Comentarios:*

De acuerdo con el contrato y pliegos, la Comisión Mixta de Seguimiento se configura de forma indubitativa como órgano de control de la Conselleria. En el cuadro 21 del Informe se detallan todos los cometidos que los pliegos asignan a la Comisión Mixta de Seguimiento.

Con relación al término “Libre elección”, se considera oportuno matizar el alcance de dicho derecho.

#### *Consecuencias en el Informe:*

Modificar la redacción del término “Libre elección” que figura en el Glosario de Términos:

**“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.”

### **Octava alegación - 2**

#### *Comentarios:*

El contenido de los cuadros y gráficos relativos a los gastos de personal están debidamente explicados en el propio Informe. El trabajo que hemos realizado sobre los recursos humanos de la concesión y de los hospitales públicos ha tenido como finalidad mostrar al lector una comparación global del gasto que se deriva de los mismos, referenciado al ejercicio 2015. En ningún momento, hemos tratado de obtener un “escandalo de costes de personal” detallado para cada tipo de hospital. Entre otras razones, porque la obtención de este tipo de datos hubiera

sido muy laboriosa y no hubiera aportado a nuestro Informe información significativa adicional, de acuerdo con el alcance del trabajo.

Por ello, los datos que incluimos en el cuadro 15: “Coste medio por empleado en 2015”, han sido obtenidos –en lo que a los hospitales públicos se refieren- de las obligaciones reconocidas según la liquidación del presupuesto 2015 del capítulo I, que engloba todos los conceptos y todas las categorías de personal (ver anexo VIII del Informe). En consecuencia, obtener qué importe de este total se debe a la regularización realizada por el 50% de la paga extra del año 2012, para cada tipo de personal, hubiera sido muy laborioso y no hubiera aportado información significativa adicional.

Por tanto, entendemos que la regularización de la paga extra de 2012 no tiene una incidencia destacada en el análisis global comparativo que esta Institución ha mostrado en el Informe sobre el gasto derivado de los recursos humanos de la concesión y de los hospitales públicos de la Comunitat Valenciana.

*Consecuencias en el Informe:*

Mantener la redacción del borrador del Informe.

### **Octava alegación - 3**

*Comentarios:*

El concesionario muestra su disconformidad respecto a la ratio de facultativos por cada 1.000 habitantes. Esta Sindicatura considera correcto el cálculo reflejado en el Informe, puesto que con relación a los médicos internos y residentes, y con las debidas reservas en cuanto a su tiempo específico de clases lectivas, se trata de recursos de los hospitales destinados, en mayor o menor medida, a prestar asistencia sanitaria a la población protegida.

En cuanto a la homogenización sugerida, ya se ha considerado oportuno reflejar esta homogenización mediante el cálculo de horas de facultativo por cada 1.000 habitantes. Dicha ratio sí tiene en cuenta que la jornada anual de un facultativo estatutario es inferior al de un facultativo con contrato laboral.

*Consecuencias en el Informe:*

Mantener la redacción del borrador del Informe.

#### **Octava alegación - 4**

*Comentarios:*

En el glosario de términos figura la siguiente definición: “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 de 2015, sean o no propiedad del departamento y con independencia de que estén gestionados por empresas o particulares ajenos”.

Por tanto, la comparación se realiza con datos oficiales disponibles en la página web del Ministerio de Sanidad. Son los hospitales los responsables de comunicar dicha información. Como hemos mencionado, la “fecha de corte” que se ha utilizado ha sido 31 de diciembre de 2015, la última disponible durante la realización de nuestro trabajo de campo.

No hay información oficial sobre el número de horas efectivas de utilización, ni de las actuaciones realizadas por cada equipo, por lo que no es posible hacer las comparaciones que propone el concesionario.

*Consecuencias en el Informe:*

Mantener la redacción del borrador del Informe.

#### **Octava alegación - 5**

*Comentarios:*

El contrato no contempla el resarcimiento expreso por los costes que conlleva el que un hospital sea considerado como universitario, aspecto que es idéntico en el resto de concesiones administrativas, y que, sin embargo, no ha supuesto una limitación para que tres de las cinco concesiones sí cuenten con médicos residentes.

*Consecuencias en el Informe:*

Añadir como último párrafo en el apartado 6 del apéndice 3:

“El concesionario nos ha indicado en alegaciones que una vez obtenida esta acreditación por parte del Ministerio, se presentó ante la Conselleria la solicitud para que, tras los trámites oportunos, se dictara resolución por la que se reconociera el carácter y se declarara al Hospital de Manises como hospital asociado. En este sentido, la Dirección General de Investigación, Innovación, Tecnología y Calidad de la Conselleria de Sanitat resolvió el 27 de febrero de 2017, reconociendo al Hospital como hospital asociado para desarrollar las titulaciones o materias relacionadas con las ciencias de la salud para las que dispone autorización sanitaria.”

### **Octava alegación - 6**

*Comentarios:*

Debido al alcance y las limitaciones de nuestro trabajo, no se han podido evaluar de forma detallada cuales son las causas primarias que expliquen el porqué de unos resultados u otros. Sin embargo, y ante la alternativa de no ofrecer ninguna información, se ha considerado oportuno exponer cuales son las posibles razones que expliquen las diferencias observadas, siempre desde el punto de vista de la Conselleria de Sanitat, y así se ha dejado constancia en el Informe.

*Consecuencias en el Informe:*

Mantener la redacción del borrador del Informe.

### **Octava alegación - 7**

*Comentarios:*

La alegación del concesionario confirma lo descrito en nuestro Informe.

*Consecuencias en el Informe:*

Mantener la redacción del borrador del Informe.

### **Octava alegación - 8**

*Comentarios:*

El Informe debe tener, necesariamente, una fecha de corte o finalización respecto a los datos que se incluyen, por lo que es obvio que, mientras que no se satisfaga la legítima pretensión del concesionario, los intereses de demora se incrementarán.

*Consecuencias en el Informe:*

Mantener la redacción del borrador del Informe.

### **Octava alegación - 9**

*Comentarios:*

Los resultados observados por esta Sindicatura con relación al Departamento de Salud de Manises permiten concluir que está contribuyendo a que el sistema sanitario en la Comunitat Valenciana haya alcanzado un notable reconocimiento por la sociedad. Sin embargo, la constante preocupación por mejorar, en todos los sentidos, la atención sanitaria prestada a los ciudadanos, debe obligar a todos los actores que participan en dicho sistema a trazarse nuevas metas que, además de

garantizar los logros ya alcanzados, contribuyan a la constante superación del sistema sanitario.

*Consecuencias en el Informe:*

Modificar la redacción de la recomendación b):

“Si bien los resultados asistenciales son aceptables y los pacientes muestran un elevado grado de satisfacción, el Departamento de Salud de Manises debe trazarse nuevas metas y adoptar las medidas que, además de garantizar los logros ya alcanzados, contribuyan a la constante superación del sistema sanitario, de tal forma que aumente el índice de consecución de sus objetivos (ver apartados 2, 3 y 4 del apéndice 3).”

### **Octava alegación -10**

*Comentarios:*

El cuadro 16 del Informe no tiene la pretensión de reflejar la media real retributiva del colectivo conjunto de facultativos, tan solo es un ejemplo ilustrativo de un facultativo con las mismas circunstancias de dedicación y antigüedad.

En el anexo IX se justifica la hipótesis adoptada en relación con la antigüedad. Hemos optado por considerar para realizar el estudio económico una antigüedad teórica de 6 años, que es el periodo transcurrido desde el inicio de la concesión (desde mayo de 2009).

Respecto al incentivo variable que perciben los facultativos especialistas con contrato laboral, se ha estimado oportuno fijar como hipótesis la última retribución variable satisfecha.

*Consecuencias en el Informe:*

Mantener la redacción del borrador del Informe.

### **Octava alegación - 11**

*Comentarios:*

No compartimos el comentario del concesionario que considera que una menor dotación de camas en funcionamiento implica necesariamente mayor eficiencia. Los factores que explican las variaciones que han sido apuntados por esta Sindicatura son compartidos por el concesionario, si bien es preciso matizar que existen otros motivos, como pueden ser la mayor celeridad de los procesos intermedios o el grado de integración con la atención primaria que tiene el Hospital.

En cuanto al hecho de no reflejar el dato anual, consideramos que las diferencias no resultan significativas y que las observaciones y conclusiones manifestadas no se ven alteradas.

*Consecuencias en el Informe:*

Modificar el tercer párrafo del inciso “Número de camas” del apartado tres del apéndice tres, que quedará redactado de la siguiente forma:

“Existen factores de distinta índole que pueden justificar las variaciones de este indicador entre hospitales:

- El incremento y peso relativo de la actividad ambulatoria, es decir, la que no requiere ingreso en el hospital.
- 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.”

### **Octava alegación - 12**

*Comentarios:*

Esta Sindicatura ha incluido en el Informe algunos de los indicadores asistenciales monitorizados por los servicios centrales de la Conselleria de Sanitat. En relación con ello, esta Sindicatura ha estimado que el dato relevante es el de la lista de espera quirúrgica, puesto que dicha espera sí es atribuible a la organización y a los recursos disponibles, y no aquellos pacientes que están en espera voluntaria (por motivos personales, laborales, por libre elección de médico, etc.).

*Consecuencias en el Informe:*

Mantener la redacción del borrador del Informe.

### **Octava alegación - 13**

*Comentarios:*

La redacción de las observaciones que figuran en el apartado 6 del apéndice 4 es clara, pues se manifiesta que se trata de un incumplimiento por parte de la Administración, y que el concesionario



ha dejado por escrito su predisposición a cumplir con las obligaciones en relación con las inversiones realizadas.

*Consecuencias en el Informe:*

Mantener la redacción del borrador del Informe.

#### **Octava alegación - 14**

*Comentarios:*

En nuestra opinión, si el concesionario presta asistencia sanitaria primaria y especializada a un paciente de otra Comunidad Autónoma o a un ciudadano extranjero, solo podrá facturar a la Conselleria de Sanitat la asistencia especializada, pues la asistencia primaria a ciudadanos no incluidos en la población protegida por el contrato no generará –según señala la cláusula 4.6, párrafo sexto– ningún tipo de facturación.

La cláusula 4.3.5, que se remite a las cláusulas 4.3.2 y 4.3.3, está incluida en el pliego específicamente para concretar los conceptos que constituyen la “facturación intercentros”, y la cláusula 4.3.2 deja claro que forman parte de la misma los servicios de asistencia especializada incluidos en la concesión que hayan sido prestados a pacientes no incluidos en el ámbito de cobertura del contrato, y por tanto, integrados en otros departamentos de salud de la Comunitat Valenciana, en otras comunidades autónomas o a ciudadanos extranjeros. No se incluye en esta cláusula la atención primaria porque la misma está excluida de facturación, según aclara, para que no haya dudas, la cláusula 4.6, párrafo sexto, del pliego.

Cuando la cláusula 4.6, en sus tres primeros párrafos, regula la manera en que debe realizarse la “facturación intercentros”, no excluye de dicha facturación la prestación efectuada por el concesionario a pacientes de otras comunidades autónomas o a ciudadanos extranjeros, aunque la limita, en coherencia con las cláusulas 4.3.2, 4.3.3, 4.3.5 y 4.6, párrafo sexto, a la atención especializada.

La cláusula 4.8 comienza dejando a salvo lo previsto en la cláusula 4.3.2, por lo que deberá interpretarse de manera coherente con dicha cláusula. En nuestra opinión, “las normas vigentes” a que alude son aquellas que regulan la asistencia a pacientes de otras comunidades autónomas o de otros países, que pueden cambiar en cuanto a la mayor o menor cobertura que se presta a los mismos.

Por tanto, consideramos que no es correcto que se incluya en la liquidación la facturación por la asistencia primaria prestada a población no protegida de fuera de la Comunitat Valenciana (de otras comunidades o extranjeros), sino que debe prevalecer la interpretación literal de las cláusulas 4.3.5, que se remite a las cláusulas 4.3.2 y 4.3.3, y 4.6 del PCAP.



*Consecuencias en el Informe:*

Modificar el quinto párrafo del inciso “En relación con la 2ª Parte: Facturación intercentros” del apartado tres del apéndice cinco, sustituyendo el término “compensación” por “facturación”.

**Octava alegación - 15**

*Comentarios:*

La documentación facilitada en el transcurso del trabajo en relación con los conceptos facturados por lo que respecta a gastos de personal estatutario, no se ha considerado suficiente para concluir si este concepto puede ser o no compensado por la Conselleria de Sanitat.

*Consecuencias en el Informe:*

Mantener la redacción del borrador del Informe.