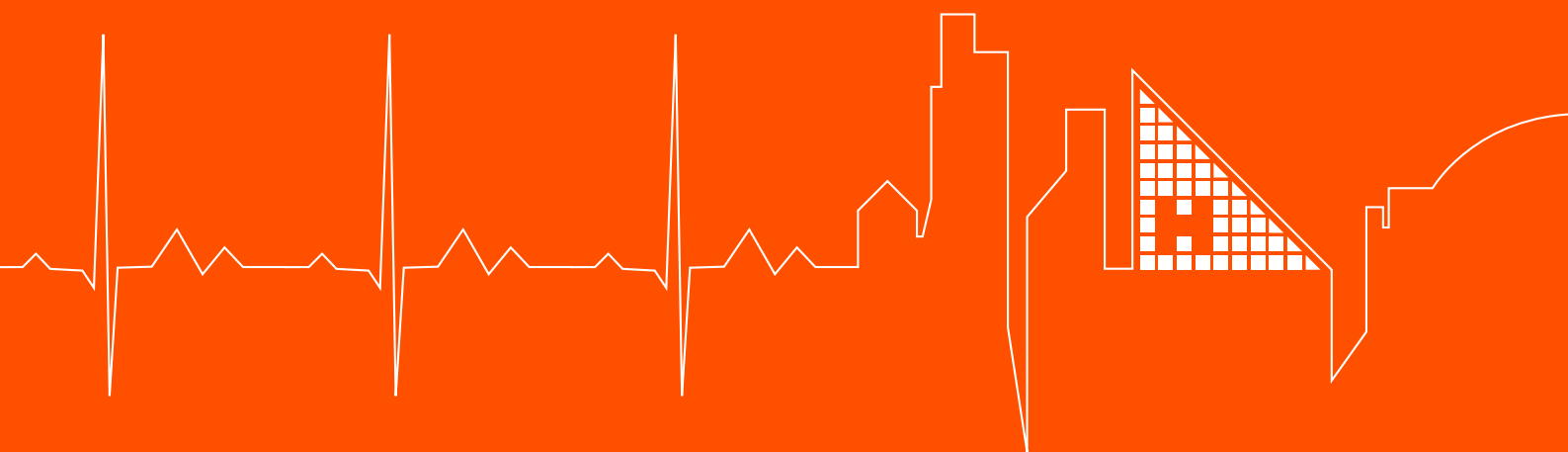


Trabajando por la Competencia



Aplicación de la Guía de Contratación
y Competencia a los procesos de licitación
para la provisión de la sanidad pública
en España



Aplicación de la Guía de Contratación y Competencia a los procesos de licitación para la provisión de la sanidad pública en España

Índice

1.	Introducción	4
2.	El sector sanitario en España	8
2.1	Marco regulatorio	9
2.1.1	El Sistema Nacional de Salud (SNS)	9
2.1.2	La asistencia sanitaria de carácter privado	11
2.1.3	La gestión privada de los centros sanitarios públicos	11
2.2	Estructura económica del sector sanitario español	13
2.2.1	La red pública de asistencia sanitaria	16
2.2.2	La asistencia sanitaria privada	20
2.2.3	Estructura de la asistencia sanitaria en Comunidades Autónomas con servicios sanitarios o sociosanitarios externalizados	23
3.	Análisis de los procesos de licitación para la provision de los servicios públicos de atención sanitaria en España	30
3.1	Diseño general de la licitación	36
3.1.1	Objeto de las externalizaciones	36
3.1.2	Diseño de los lotes	38
3.1.3	Duración de los contratos	38
3.1.4	Procedimiento de contratación	40
3.2	Acceso a la licitación	41
3.2.1	Requisitos económicos y técnicos de acceso a la licitación	45
3.2.2	Publicidad y acceso a la información relevante para preparar la oferta	49
3.3	Criterios y procedimiento de adjudicación de los contratos	54
3.3.1	Garantía de la igualdad de trato y de no discriminación entre licitadores	54
3.3.2	Subsanación de errores por el licitador	55
3.3.3	Ponderación adecuada de las variables básicas	55
3.3.4	Precisión en la definición de los criterios	59
3.3.5	Otros aspectos a evitar	59
3.4	Desarrollo de los contratos	61
3.4.1	Calidad de los servicios prestados	61
3.4.2	Utilización de los elementos de la concesión	65
3.4.3	Subcontratación	66
3.4.4	Modificaciones sobrevenidas y prestaciones complementarias	67
4.	Conclusiones	74
5.	Anexo: Descripción y origen de la documentación analizada en la sección 3	80
	Bibliografía	83

1.

Introducción



La sanidad en España es un servicio público cuya provisión, desde el punto de vista de la oferta, afecta a numerosos sectores que conforman la actividad económica del país. Sectores tan diversos como el suelo, la construcción, la producción de material sanitario y farmacéutico, los servicios de mantenimiento y limpieza, la gestión de centros hospitalarios, o la propia formación y contratación de personal sanitario conforman la prestación pública del servicio sanitario, ya sea su provisión pública o privada.

Por el lado de la demanda se trata de un servicio básico en la sociedad. Servicio que, por razón imperiosa de interés general, exige una calidad adecuada en su provisión, y que supone, en la práctica, un gasto público de importante y creciente magnitud.

La administración proveedora debe necesariamente tener en cuenta estos elementos a la hora de elegir el sistema óptimo de provisionar este servicio público, garantizando los niveles de calidad exigibles a un coste sostenible.

Las Comunidades Autónomas son la administración competente para la organización de los recursos sanitarios en su ámbito territorial, por lo que en España, el diseño y la implementación de la externalización de los mismos corre a su cargo. Del diseño elegido dependerá no solo la efectividad del servicio, sino su calidad y coste.

Con el supuesto objetivo de incrementar los niveles de eficiencia, uno de los instrumentos que más se está introduciendo en las últimas décadas es la externalización de la gestión de los recursos sanitarios. Esta externalización constituye el paso de un modelo de prestación pública gestionado por una entidad pública a un modelo de prestación pública gestionado por entidades privadas.

Hasta el momento, la externalización llevada a cabo en España se está realizando mediante procedimientos de contratación pública, siendo objeto de este informe los procesos de licitación para la provisión de servicios públicos en materia de sanidad, comprendiendo desde la construcción de infraestructuras sanitarias hasta la externalización de la gestión en la provisión del servicio final.

Para que los procesos de licitación para la externalización de la gestión sanitaria puedan realmente servir al objetivo que persiguen de mejorar la eficiencia, sin menoscabo de la calidad, es necesario un diseño y un seguimiento óptimo del proceso, en todas sus etapas, asegurando la competencia en el mismo. Todo ello vendrá condicionado, a su vez, por las características de oferta y demanda de cada uno de los servicios objeto de la provisión.

En el año 2011, la Comisión Nacional de la Competencia (CNC) publicó una Guía sobre Contratación Pública y Competencia¹, en la que se recoge un listado de recomendaciones para favorecer la competencia en las licitaciones y para detectar la existencia de indicios de comportamientos anticompetitivos.

¹ La Guía es accesible en el sitio web de la CNC (www.cncompetencia.es).

A la vista de los procesos de externalización que se están llevando, el presente estudio pretende aplicar las recomendaciones de la citada Guía al ámbito de la gestión para la provisión de servicios sanitarios², que abarcan desde la provisión de las infraestructuras físicas hasta la externalización de la gestión del servicio sanitario propiamente dicho³. Ello no supone un posicionamiento de la CNC a favor o en contra modelo de prestación pública gestionado por entidades privadas, ámbito que le excede. El estudio sólo pretende recordar que, de optarse por dicho modelo, los procesos de externalización deben llevarse a cabo de manera que posibiliten una competencia efectiva que verdaderamente favorezca el interés general.

Para lograr el objetivo propuesto se analizan las condiciones necesarias para que los procedimientos de licitación para la provisión de estos servicios públicos se desarrollen en un entorno competitivo que favorezca la adjudicación más favorable para el interés general. Se examina cómo tales procesos pueden incidir en la configuración y estructura de los mercados afectados, en el nivel de competencia en los mismos y, en consecuencia, en su eficiencia estática y dinámica.

Para la elaboración de este informe, la CNC ha solicitado información al Ministerio de Sanidad y a los Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), de las Consejerías competentes en materia de salud de las Comunidades Autónomas. También se han mantenido contactos con profesionales del sector sanitario y expertos del ámbito académico. Además, se han consultado diarios y publicaciones oficiales y los sitios web del MSSSI y de las Consejerías autonómicas de salud, entre otras fuentes documentales públicas. Todos los requerimientos de información han sido cumplimentados, con la única excepción de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Comunidad Autónoma de Andalucía, que no ha cumplido con el deber de colaboración con las Administraciones Públicas recogido en el artículo 4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común ni con el deber de colaboración con la CNC recogido en el artículo 39 de la Ley 15/2007, de 3 de julio, de Defensa de la Competencia⁴.

2 En el ámbito de la gestión sanitaria, se diferencian los siguientes conceptos: i) Gestión Sanitaria: gestión relativa a la prestación de los servicios de atención primaria y a la atención especializada; ii) Gestión Sociosanitaria: gestión relativa a los servicios de asistencia curativa, social y educativa de colectivos en situación de dependencia como la tercera edad, los enfermos crónicos y personas con alguna discapacidad física, psíquica o sensorial; y iii) Gestión no Sanitaria: gestión relativa a las actividades económicas, logísticas y auxiliares de los hospitales y centros de salud.

3 En consecuencia, quedaría fuera del ámbito del presente estudio, el análisis de los conciertos o convenios con empresas privadas en el ámbito sanitario. Tampoco se analizan, en esta ocasión, los procesos de contratación de dichas figuras administrativas.

4 Con fecha 10 de mayo de 2013 se remitió a las Consejerías de Sanidad de las 17 CC.AA., incluyendo la Consejería de Salud y Bienestar Social de Andalucía (Consejera de Salud), un requerimiento de información con un plazo de 10 días para remitir la información. Con fecha 14 de junio de 2013, tras no haber recibido respuesta, se procede a la reiteración del requerimiento de información (dirigido a la Consejera de Salud de la Junta de Andalucía) concediendo un nuevo plazo de 10 días. Con fecha 1 de julio de 2013 se recibe escrito de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía (Consejera de Salud) solicitando ampliación del plazo y sin aportar la información requerida, habiéndose puesto en conocimiento de la Agencia de Defensa de la Competencia de Andalucía. Con fecha 5 de julio de 2013 se remite un escrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía (dirigido a la Consejera de Salud) denegando la ampliación de plazo por encontrarse éste ya vencido y, no obstante, se reitera la solicitud de información inicial concediendo un plazo de 10 días. El 23 de julio de 2013, fuera del último plazo concedido se recibe escrito de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía no aportando la información

El informe se estructura como sigue: el apartado 2 analiza el contexto jurídico y económico del sector sanitario en España; el apartado 3 examina con detalle el contenido de licitaciones sanitarias en diversas Comunidades Autónomas españolas, aplicando los principios expuestos en la Guía sobre Contratación Pública y Competencia de la CNC; el informe finaliza con el apartado 4, que expone las principales conclusiones.

Este documento ha sido aprobado por el Consejo de la CNC en su sesión de 18 de septiembre de 2013, en ejercicio de la capacidad de promoción de la competencia que le atribuye el artículo 26.1 de la Ley 15/2007, de 3 de julio, de Defensa de la Competencia⁵. En dicho precepto se establece el deber de la CNC de fomentar la existencia de una competencia efectiva en los mercados mediante actuaciones como promover y realizar estudios y trabajos de investigación en materia de competencia, realizar propuestas de liberalización, desregulación o modificación normativa y elaborar informes sobre situaciones de obstaculización del mantenimiento de la competencia efectiva en los mercados que resulten de la aplicación de normas legales.

requerida. En la respuesta no se identifica ningún supuesto de externalización en la gestión de servicios en el sector sanitario en Andalucía y se remite a un Registro de Contratos de la Junta de Andalucía. El acceso a este registro por la Dirección de Promoción de la CNC no ha facilitado información pública sobre este tipo de contratos. Por otros medios públicos, la CNC ha conseguido información, exclusivamente, del Programa Funcional del Contrato de Colaboración Público Privada para la puesta a disposición, renovación y mantenimiento integral del equipamiento clínico y general del Hospital Campus de la Salud de Granada, que se excluye de este informe por no ajustarse al objeto del mismo.

5 La CNC continúa ejerciendo las competencias que le atribuye el artículo 26.1 de la Ley 15/2007 según lo indicado en la Disposición Transitoria tercera de la Ley 3/2013, de 4 de junio, de creación de la Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia.

2.

El sector sanitario en España



2.1

Marco regulatorio

2.1.1 El Sistema Nacional de Salud (SNS)

La Constitución Española (art. 43) consagra el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud. El artículo 149.1.16ª atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de sanidad exterior (que contiene funciones tanto normativas como ejecutivas⁶); bases y coordinación general de la sanidad (referido a la sanidad interior, en concreto al dictado de normativa básica) y legislación sobre productos farmacéuticos (competencia normativa plena). Además, de acuerdo con el artículo 149.1.17ª, el Estado tiene la competencia exclusiva en materia de legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS) hace efectivo ese derecho a través de la instauración del Sistema Nacional de Salud (SNS)⁷. El SNS se configura como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las Comunidades Autónomas (CC.AA.) que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos. El SNS tiene como características básicas (art. 46 LGS):

- La extensión de sus servicios a toda la población.
- La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación.
- La coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.
- La financiación mediante recursos de las Administraciones Públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios.
- La prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados

De acuerdo con el **reparto competencial** establecido en la LGS:

- La **Administración del Estado**, a través del Ministerio de Sanidad, asume la responsabilidad de áreas estratégicas como la sanidad exterior y las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales; la coordinación general y la legislación sanitaria básica; la definición de la cartera de servicios básica del

⁶ STC 329/1994, de 15 de diciembre.

⁷ El modelo *Beveridge*, alternativa al modelo *Bismarck*, es el que dio origen al Sistema Nacional de Salud (SNS) en diferentes países como Reino Unido, Suecia, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Italia, España y Portugal. La financiación de la sanidad pública procede directamente de los presupuestos generales del Estado y es prestada asimismo en condiciones de universalidad, equidad y gratuidad. En el caso español, a partir del año 1986 se realiza la transformación de un Sistema de Seguridad Social (modelo *Bismarck*), de financiación de los servicios sanitarios por medio de cuotas de las empresas y trabajadores, a un modelo *Beveridge*, con financiación y responsabilidad estatal a través de los impuestos y de los presupuestos generales del Estado.

SNS; la política farmacéutica; la educación sanitaria de pre y posgrado; y la gestión, es decir, el establecimiento del marco normativo, de los sistemas de información y la cooperación entre las diferentes CC.AA.⁸

- Las **CC.AA.** tienen a su vez poderes de planificación y capacidad para organizar sus servicios de salud, respetando la cartera de servicios básica fijada por la Administración del Estado. Todas las CC.AA. deciden cómo organizar y proporcionar los servicios sanitarios y configuran su mapa sanitario con divisiones territoriales en las Áreas Sanitarias, que tienen la responsabilidad de dar cobertura sanitaria a la población adscrita a su Área.
- Las **autoridades locales** tienen un papel limitado, con funciones en las áreas de salud ambiental e higiene y vacunaciones.
- Dentro del MSSSI y con participación de todas las comunidades autónomas, se crea el **Consejo Interterritorial de Sanidad** con la finalidad de promover la cohesión y la calidad del sistema⁹.

El SNS se estructura en dos entornos o **niveles asistenciales**: Atención Primaria y Atención Especializada, en los que el acceso espontáneo de los ciudadanos y la complejidad tecnológica se encuentran en relación inversa.

La **Atención Primaria** pone a disposición de la población una serie de servicios básicos (promoción de la salud y prevención de la enfermedad) en una isócrona de 15 minutos desde cualquier lugar de residencia. Los dispositivos asistenciales principales son los **Centros de salud**, donde trabajan equipos multidisciplinares integrados por médicos de familia, pediatras, personal de enfermería y personal administrativo, pudiendo disponer también de trabajadores sociales, matronas y fisioterapeutas.

La **Atención Especializada** se presta en **Centros de especialidades y hospitales**, de manera ambulatoria o en régimen de ingreso. Tras el proceso asistencial, el paciente y la información clínica correspondiente retornan nuevamente al médico de Atención Primaria quien, por disponer del conjunto de los datos de su biografía sanitaria, garantiza la visión clínica y terapéutica global.

Dentro de esta organización, la ubicación de los recursos asistenciales responde, básicamente, a una planificación sobre demarcaciones demográficas delimitadas, las **Áreas de Salud**, que son establecidas por cada comunidad autónoma teniendo en cuenta factores de diversa índole pero, sobre todo, respondiendo a la idea de proximidad de los servicios a los usuarios. Las Áreas de Salud se subdividen, a su vez, en **zonas básicas de salud** que son el marco territorial de la Atención Primaria, donde desarrollan las actividades sanitarias los centros de salud. Cada Área dispone de un **hospital general** como referente para la Atención Especializada. En algunos

⁸ El Gobierno, además, es responsable directamente de la planificación, gestión y administración de Ceuta y Melilla en materia sanitaria por medio del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). Ver RD 840/2002, de 2 de agosto.

⁹ Principios básicos de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS.

servicios de salud existen estructuras organizativas intermedias entre el Área de Salud y la zona básica.

2.1.2 La asistencia sanitaria de carácter privado

La LGS reconoce *“el derecho al ejercicio libre de las profesiones sanitarias, de acuerdo con lo establecido en los artículos 35 y 36 de la Constitución”* (art. 88) y *“la libertad de empresa en el sector sanitario, conforme al artículo 38 de la Constitución.”* (art. 89).

2.1.3 La gestión privada de los centros sanitarios públicos

El modelo de organización de los centros y servicios del SNS instaurado por la LGS se caracteriza, fundamentalmente, por la gestión directa, tradicional en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social. La LGS reguló, asimismo, la vinculación de los hospitales generales de carácter privado mediante convenios singulares, y los conciertos para la prestación del servicio sanitario con medios ajenos, dando prioridad a los establecimientos, centros y servicios sin carácter lucrativo.

Al objeto de ampliar las formas organizativas de la gestión de los centros sanitarios, el Real Decreto-ley 10/1996, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Insalud, reconoció *“la gestión indirecta de los centros sanitarios públicos mediante cualesquiera entidades admitidas en Derecho, así como a través de la constitución de consorcios, fundaciones u otros entes dotados de personalidad jurídica, pudiéndose establecer, además, acuerdos o convenios con personas o entidades públicas o privadas, y fórmulas de gestión integrada o compartida, generalizando las previsiones contenidas en diversas leyes dictadas por las Comunidades Autónomas con competencia en la materia.”*

La Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, que da nueva redacción al artículo único del Real Decreto-ley 10/1996, establece en su exposición de motivos que *“la gestión de los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios puede llevarse a cabo directamente o indirectamente a través de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho; entre otras formas jurídicas, [la Ley 15/1997] ampara la gestión a través de entes interpuestos dotados de personalidad jurídica, tales como empresas públicas, consorcios o fundaciones -en los mismos términos a las ya creadas- u otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en nuestro ordenamiento jurídico.”*

De esta manera, las principales formas de gestión de los servicios sanitarios son, además de la tradicional gestión directa con medios propios de la Administración, las siguientes:

Conciertos y convenios: La LGS establece que los centros y establecimientos de salud privados pueden vincularse a la red pública sanitaria mediante

conciertos (art. 67 LGS, modalidad de gestión indirecta sometida a la legislación contractual) y convenios (art. 90 LGS).

Formas de gestión indirecta: La Ley 15/1997 habilitan nuevas formas de gestión del SNS: *“mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas o privadas”*.

Nuevas formas de gestión directa: El RD 29/2000 concreta formas de gestión directa de los servicios sanitarios:

- Fundaciones privadas de iniciativa pública (creadas por una entidad pública sin ánimo de lucro y sometidas, normalmente, a régimen de derecho privado) y Fundaciones públicas sanitarias (fundaciones insertas en el marco de la LOFAGE, de aplicación supletoria. Son auténticos Organismos Públicos asimilados a entidades públicas empresariales y actuando en régimen de derecho privado).
- Consorcios (figuras creadas por entidades públicas en las que también se pueden integrar entidades privadas).
- Sociedades estatales (en cuyo capital es mayoritaria o única la participación del INSALUD).

Las normas autonómicas han mantenido en su mayoría el principio de la gestión directa en sus diversas modalidades, pero algunas CC.AA. sí han previsto y utilizado fórmulas de gestión indirecta distintas a las recogidas en la LGS (conciertos y convenios), en concreto la **concesión de servicio público** para la construcción y explotación de un hospital¹⁰ y la **concesión de obra pública**¹¹.

El contrato de gestión de servicio público (en particular, bajo la modalidad de concesión) viene definido por el art. 8 del TRLCSP¹² como aquél en virtud del cual *“una Administración Pública o una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, encomienda a una persona, natural o jurídica, la gestión de un servicio cuya prestación ha sido asumida como propia de su competencia por la Administración o Mutua encomendante”*.

¹⁰ En concreto:

En la Comunidad Valenciana, Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana. En este caso, la primera concesión del hospital de Alzira (área de salud La Ribera) en la Comunidad Valenciana (en 1997) fue objeto de impugnación, al cuestionarse la legalidad de la concesión administrativa como forma de gestión del servicio público sanitario. El TSJ de la Comunidad Valenciana (Sentencia 1925/2000), no obstante, refrendó la legalidad del sistema, estableciendo que no hay reparo legal a la gestión indirecta del servicio sanitario en virtud de una concesión y que el carácter público del sistema no queda cuestionado por la iniciativa en él de fórmulas de gestión o responsabilidad privada.

En la Comunidad de Madrid, Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid y Ley 8/2012, de 28 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas.

¹¹ Se ha llevado a cabo en la Comunidad de Madrid, Comunidad de Castilla y León y Baleares.

¹² Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público.

El contrato de concesión de obra pública se recoge en el artículo 7 del TRLCSP y se define como aquel *“que tiene por objeto la realización por el concesionario de algunas de las prestaciones a que se refiere el artículo 6¹³, incluidas las de restauración y reparación de construcciones existentes, así como la conservación y mantenimiento de los elementos construidos, y en el que la contraprestación a favor de aquél consiste, o bien únicamente en el derecho a explotar la obra, o bien en dicho derecho acompañado del de percibir un precio”*.

Otro contrato típico de los procesos de externalización sanitaria es el **contrato de colaboración entre el sector público y el sector privado**. El art. 11 del TRLCSP lo define como aquél en virtud del cual una Administración *encarga a una entidad de derecho privado, por un período determinado en función de la duración de la amortización de las inversiones o de las fórmulas de financiación que se prevean, la realización de una actuación global e integrada que, además de la financiación de inversiones inmateriales, de obras o de suministros necesarios para el cumplimiento de determinados objetivos de servicio público o relacionados con actuaciones de interés general, comprenda alguna de las siguientes prestaciones:*

- La construcción, instalación o transformación de obras, equipos, sistemas, y productos o bienes complejos, así como su mantenimiento, actualización o renovación, su explotación o su gestión.
- La gestión integral del mantenimiento de instalaciones complejas.
- La fabricación de bienes y la prestación de servicios que incorporen tecnología específicamente desarrollada con el propósito de aportar soluciones más avanzadas y económicamente más ventajosas que las existentes en el mercado.
- Otras prestaciones de servicios ligadas al desarrollo por la Administración del servicio público o actuación de interés general que le haya sido encomendado.

2.2

Estructura económica del sector sanitario español

De acuerdo con datos del Catálogo Nacional de Hospitales¹⁴ de 2013, en España hay un total de 789 hospitales, que cuentan con 162.070 camas¹⁵, lo cual supone un promedio de 59.335 habitantes por hospital y 289 por cama¹⁶. El promedio de tamaño de los hospitales españoles es de 205 camas por hospital.

¹³ El artículo 6 del TRLCSP define el contrato de obras.

¹⁴ Publicación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) que recoge datos descriptivos del SNS.

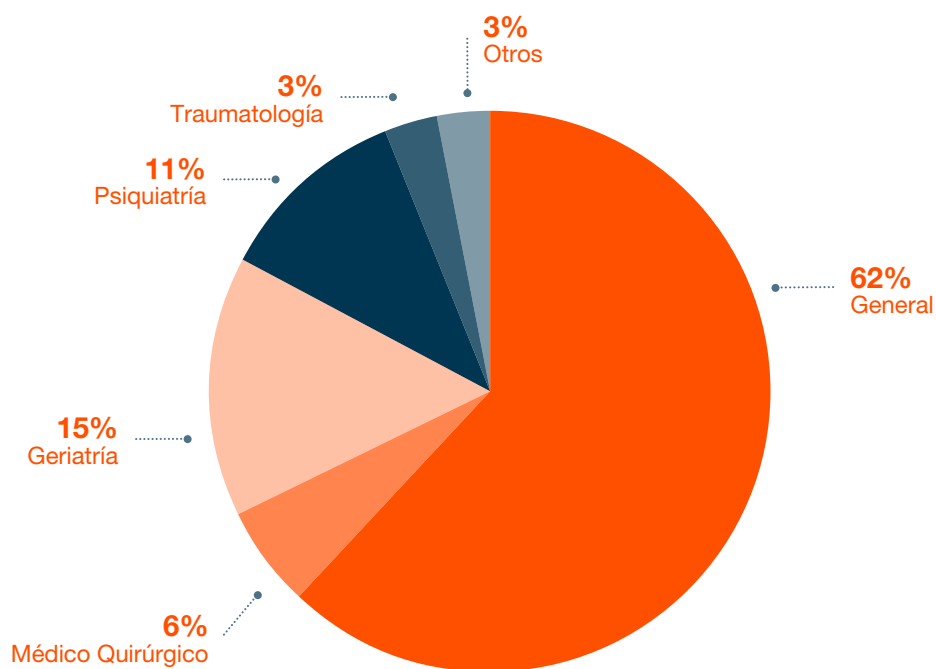
¹⁵ El número de camas es un indicador habitual en el sector para analizar el tamaño y capacidad de atención de los centros de atención sanitaria especializada (clínicas y hospitales, principalmente).

¹⁶ Según el Censo 2011 del Instituto Nacional de Estadística (INE), la población residente en España era 46.815.916 personas.

Según su finalidad asistencial, a nivel nacional la mayor parte de las camas pertenecen a hospitales de tipo general (62,5% del total). Tras los hospitales de tipo general, los hospitales de tipo geriátrico (15% del total) y psiquiátrico (10,9%) son los que tienen mayor importancia relativa, seguidos de los de tipo médico-quirúrgico (5,6%).

Gráfico 1

Distribución de camas por finalidad asistencial de España



Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales 2013, MSSSI (datos a 31.12.2012)

Tabla 1

Red de hospitales (públicos y privados) por Comunidades Autónomas

	Hospitales	Camas	Tamaño medio hospitales	Población	Habitantes por cama
Andalucía	106	22.174	209	8.371.270	378
Aragón	29	5.404	186	1.344.509	249
Asturias	20	4.017	201	1.075.183	268
Baleares	22	3.675	167	1.100.503	299
Canarias	37	7.694	208	2.082.655	271
Cantabria	8	1.999	250	592.542	296
C.-La Mancha	29	5.806	200	2.106.331	363
C. y León	37	9.698	262	2.540.188	262
Cataluña	211	34.437	163	7.519.843	218
C. Valenciana	62	14.026	226	5.009.931	357
Extremadura	19	4.276	225	1.104.499	258
Galicia	38	9.945	262	2.772.928	279
C. Madrid	82	22.136	270	6.421.874	290
Murcia	26	4.689	180	1.462.128	312
Navarra	11	2.422	220	640.129	264
País Vasco	44	8.290	188	2.185.393	264
La Rioja	6	960	160	321.173	335
Ceuta	1	252	252	83.517	331
Melilla	1	170	170	81.323	478
Total España	789	162.070	205	46.815.916	289

Fuente: MSSSI, Catálogo Nacional de Hospitales 2013 (datos a 31.12.2012) e INE, Censo de población 2011.

Desde un punto de vista económico, los servicios sanitarios de titularidad pública y privada presentan algunas diferencias relevantes: (i) en la financiación de los hospitales, en la medida en que los hospitales privados son financiados por los pacientes (generalmente a través del seguro), mientras que los hospitales públicos se financian, total o parcialmente, a través de los

presupuestos, no implicando coste adicional para el paciente en el momento de la prestación, y (ii) en otros posibles factores como las listas de espera y la comodidad¹⁷.

2.2.1 La red pública de asistencia sanitaria

La sanidad pública se dirige a atender a todos los afiliados a la Seguridad Social, más aquellos empleados públicos de MUFACE, ISFAS y MUGEJU que hayan optado por este sistema. Los hospitales públicos se financian en un porcentaje superior al 90% vía impuestos, al ser la sanidad una prestación no contributiva¹⁸. El personal es principalmente estatutario, asimilable a funcionarios, aunque existe también personal de carácter laboral.

En España existen 325 hospitales de titularidad pública (el 41,2% del total), que cuentan con 108.444 camas (66,9% del total). Esto supone un tamaño medio de 334 camas por hospital público. La red pública se encuentra dividida en 157 áreas de salud, que a su vez se subdividen en 2.534 zonas básicas de salud.

A nivel territorial, Cataluña cuenta con 55 hospitales públicos y 14.369 camas, lo que supone un tamaño medio de 261 camas por hospital público y 523 camas por habitante. Andalucía cuenta con 48 hospitales públicos, que supone un tamaño medio de los hospitales públicos de 348 camas por hospital y 501 camas por habitante. Tanto la Comunidad de Madrid como la Comunidad Valenciana cuentan con 35 hospitales públicos, siendo el tamaño medio de los mismos de 428 camas por hospital en el caso de la Comunidad de Madrid y 329 en la Comunidad Valenciana. Por su parte, Aragón cuenta con 19 hospitales públicos y 4.360 camas, que supone 308 camas por habitante. Castilla y León tiene una red de 16 hospitales públicos con un tamaño medio de 461 camas por hospital y una media de 345 camas por habitante. Asturias cuenta con 9 hospitales públicos y 2.983 camas, lo que supone 360 camas por habitante. Por último, Ceuta cuenta con un único hospital público cuyo número de camas es 252. A efectos de población, presenta 331 camas por habitante.

17 Esta distinción se encuentra en el ámbito decisional de las autoridades de competencia. *Vid.* Comisión Europea, Asuntos M.4229 APHL/L&R/Netcare/General Healthcare Group, M.4367 APW/APSA/Nordic Capital/Capio y M.5548 Barclays/RBS/Hillary. CNC, expedientes C-0447/12 DHC/FAMILIA CORDON MURO/USP HOSPITALES/GRUPO HOSPITALARIO QUIRON, C-0252/10 MAGNUM CAPITAL/TEKNON, C-0198/09 RECOLETAS/CENTRO MEDICO ZAMORA, C-0177/09 CAPIO/CLINICA COREYSA, C-0085/08 ADESLAS/GRUPO LINCE, C-0051/08 ADESLAS/POLICLINICA SAN JOSE, N-07080 CINVEN/EQUIPO GESTOR/USP, N-06069 ADESLAS/GLOBAL CONSULTING/LINCE SERVICIOS SANITARIOS (expediente C-101/06 del extinto TDC) y N-05053 IGUALMEQUISA/ADESLAS/IMQ SEGUROS/IMEQUISA SEGUROS (expediente C-89/05 del extinto TDC).

18 Hay una parte muy poco significativa de la Sanidad que se financia vía cotizaciones sociales pero se refiere a Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. También hay otra aportación residual de las mutualidades de funcionarios.

Tabla 2

Red pública de hospitales por Comunidades Autónomas

	Áreas de Salud	Zonas Básicas de Salud	Hospitales*	Camas	Tamaño medio hospitales	Habitantes por cama
Andalucía	33	216	48	16.714	348	501
Aragón	8	125	19	4.360	229	308
Asturias	8	68	9	2.983	331	360
Baleares	3	57	11	2.544	231	433
Canarias	7	111	14	4.838	346	430
Cantabria	4	42	4	1.332	333	445
C.-La Mancha	8	201	20	5.328	266	395
C. y León	11	251**	16	7.371	461	345
Cataluña	7	362	55	14.369	261	523
C. Valenciana	24	240	35	11.499	329	436
Extremadura	8	113	8	2.968	371	372
Galicia	7	146	14	7.581	542	366
C. Madrid	7	310	35	14.982	428	429
Murcia	9	89	10	3.128	313	467
Navarra	3	55	4	1.435	359	446
País Vasco	7	122	18	5.782	321	378
La Rioja	1	19	3	808	269	397
Ceuta	1	7***	1	252	252	331
Melilla	1		1	170	170	478
España	157	2.534	325	108.444	334	432

* Hospitales con dependencia funcional de un organismo de la Administración pública, de conformidad con el Catálogo Nacional de Hospitales.

** Se dividen entre zonas básicas de salud urbanas (77), zonas básicas especiales de salud semiurbanas (18) y zonas de salud rurales (156).

*** Dato conjunto de Ceuta y Melilla.

Fuente: MSSSI, *Catálogo de Centros de Atención Primaria del SNS y Catálogo Nacional de Hospitales 2013* (datos a 31.12.2012) e INE, Censo de población 2011.

Cataluña¹⁹, Comunidad Valenciana²⁰, Comunidad de Madrid²¹, Navarra²² y La Rioja²³ han llevado a cabo externalización de la gestión sanitaria o sociosanitaria de centros sanitarios públicos²⁴. También se han registrado diversos procesos de construcción de infraestructura sanitaria y externalización de la gestión no sanitaria de centros sanitarios públicos en varias CC.AA.²⁵.

Además de los procesos de externalización de la gestión sanitaria, sociosanitaria o no sanitaria de centros públicos, las CC.AA. llevan a cabo conciertos con hospitales privados para que éstos presten asistencia sanitaria por cuenta del sector público en determinadas zonas geográficas con sus propios medios. La siguiente tabla muestra el número de convenios existentes de esta clase.

19 Se externaliza la gestión sociosanitaria del Hospital Jaume Nadal Merolles, a través de un contrato de gestión de servicios públicos en régimen de concesión.

20 Se ha externalizado la gestión integral (sanitaria y no sanitaria) de las áreas de salud correspondientes a los hospitales de la Ribera, Denia, Torrevieja, Manises y Vinalopó (Elche-Crevillente).

21 Se ha externalizado la gestión integral de los hospitales Infanta Elena, Rey Juan Carlos, Torrejón, Henares, Sureste, Infanta Leonor, Infanta Sofía, Infanta Cristina y Tajo y la gestión no sanitaria del Hospital Puerta de Hierro. Además, se ha externalizado la gestión no sanitaria del Hospital de Collado-Villalba, que permanece cerrado y no aparece en el Catálogo Nacional de Hospitales.

22 Se ha externalizado la gestión sociosanitaria (salud mental) del Centro de Salud Mental de Burlada y Hospital de Día de Salud Mental y del Hospital de Día Zuria.

23 Se ha externalizado la gestión sociosanitaria del Centro Virgen del Carmen en Calahorra y del Centro Los Jazmines de Haro. Este último aparece como de titularidad privada en el Catálogo Nacional de Hospitales.

24 Andalucía es la única comunidad autónoma que no ha aportado a la CNC datos respecto a la gestión externalizada de los hospitales.

25 Hospital nuevo de Burgos y Hospitales Son Espases y Can Misses de Baleares.

Tabla 3

Número de hospitales con concierto sanitario por Comunidad Autónoma

	Hospitales privados	Hospitales privados con concierto (entre paréntesis, en %)	Número de camas de los hospitales privados con concierto*
Andalucía	58	17 (29%)	2.052
Aragón	10	8 (80%)	714
Asturias	11	6 (55%)	869
Baleares	11	7 (64%)	778
Canarias	23	16 (70%)	2.426
Cantabria	4	3 (75%)	637
Castilla La Mancha	9	3 (33%)	182
Castilla y León	21	19 (90%)	1.925
Cataluña	156	34 (22%)	6.334
Comunidad Valenciana	27	16 (59%)	1.729
Extremadura	9	7 (78%)	456
Galicia	24	19 (79%)	2.149
Comunidad de Madrid	47	35 (74%)	5.904
Murcia	16	12 (75%)	1.356
Navarra	7	5 (71%)	953
País Vasco	26	18 (69%)	1.992
La Rioja	3	3 (100%)	152
TOTAL	462	228 (49%)	30.608

* El Catálogo Nacional de Hospitales 2013 no especifica el número de camas concertadas, por ello, la tabla presenta una aproximación teniendo en cuenta las camas totales por hospital.

Fuente: MSSSI, Catálogo Nacional de Hospitales 2013 (datos a 31.12.2012).

El hecho de que existan conciertos no supone que todos los recursos del hospital privado se dediquen a la atención de pacientes del servicio público, sino que depende de la extensión de cada concierto. En todo caso, el número de hospitales con concierto, y el número de camas de estos hospitales, pueden dar una idea aproximada de la importancia de los conciertos: el 49%

de los hospitales privados españoles tienen concierto para asistir a pacientes de la red pública²⁶. No obstante, en la medida en que el informe se centra exclusivamente en los procesos de licitación de la externalización de la gestión sanitaria y no sanitaria, se han dejado fuera del ámbito de este estudio las implicaciones concretas en el ámbito sanitario de la existencia de conciertos con empresas privadas. Tampoco se analizan los procesos de contratación de estos conciertos.

2.2.2 La asistencia sanitaria privada

La demanda de servicios de sanidad privada proviene de los particulares, con frecuencia titulares o beneficiarios de un seguro de asistencia sanitaria individual, o de manera colectiva, a través de un seguro colectivo no público o colectivo público²⁷. Su financiación proviene principalmente de los contratos con las aseguradoras²⁸.

Entre los oferentes de servicios de sanidad privada están, además de los centros hospitalarios y de salud, los facultativos y las clínicas especializadas. Por su estrecha relación vertical con el mercado de seguros de asistencia sanitaria, la competencia en este mercado se produce en dos niveles:

- **Competencia por el asegurador:** los hospitales y profesionales que ejercen en el sector privado compiten por formar parte del catálogo de servicios ofrecidos por las compañías de seguros. En ausencia de cláusulas de exclusividad, la relación de los prestadores del servicio sanitario puede darse con varias aseguradoras.
- **Competencia por el paciente/asegurado:** los hospitales y profesionales sanitarios privados compiten por atraer pacientes a su propio centro. En el caso de los pacientes asegurados, su elección se produce dentro de los centros que forman parte del catálogo de la aseguradora.

El ámbito relevante de competencia en el campo de la asistencia sanitaria privada suele producirse en la actualidad a una escala local o regional. En

²⁶ Un ejemplo es el caso de la Fundación Jiménez Díaz, que ha llevado a cabo un concierto singular con la Comunidad de Madrid, con 407 camas en funcionamiento, cuenta con una población asignada de 286.582 y tiene adscritos 14 centros de atención primaria. Fuente: Cámara de Cuentas de la Comunidad de Madrid (2010), *Informe de Fiscalización del Programa Presupuestario 750.- Atención Especializada del Servicio Madrileño de Salud Ejercicio 2007*.

²⁷ Aquéllos pertenecientes a las mutualidades de empleados de administraciones públicas de ámbito nacional: MUFACE, ISFAS y MUGEJU. El artículo 17.1 del Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado determina que “la asistencia sanitaria se facilitará por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, bien directamente o por concierto con otras entidades o establecimientos públicos o privados. Estos conciertos se establecerán preferentemente con instituciones de la Seguridad Social”.

²⁸ Por otra parte, los centros sanitarios privados también obtienen ingresos por la prestación de servicios a pacientes públicos. Los servicios de salud dependientes de las administraciones públicas conciertan con hospitales privados la atención de los asegurados públicos bajo diversas modalidades como pueden ser los servicios concretos para reducir listas de espera o la adscripción del centro al sistema de sanidad público.

algunas decisiones de competencia²⁹ se han definido mercados geográficos de ámbito provincial, debido a que los consumidores prefieren una asistencia sanitaria cercana, con el menor coste y tiempo de desplazamiento posible, a que existen diferencias de precios de la asistencia sanitaria entre las diversas provincias y a que, en el mercado de asistencia sanitaria concertada, la elección del mutualista, no afectada por el precio, se orienta por la proximidad al lugar de residencia, como muestran los catálogos de servicio provinciales que recogen la oferta de asistencia sanitaria de cada aseguradora.

Por otra parte, existe una multitud de actividades estrechamente relacionadas con la prestación de servicios sanitarios, que pueden afectar o verse afectadas por las condiciones de competencia en la prestación de servicios sanitarios: los seguros sanitarios³⁰, el suministro de material relacionado con la actividad sanitaria³¹, el suministro de aparatos médicos³² o los servicios relacionados con la actividad sanitaria³³.

En España existen 464 hospitales privados (el 58,8% del total), que totalizan 53.626 camas (33,1% del total). El tamaño promedio de los hospitales privados (116 camas por hospital) es muy inferior a los hospitales públicos (334 camas por hospital). Casi la mitad de los hospitales privados (228 hospitales) tienen algún tipo de concierto con la Administración Pública.

29 Expediente TDC C89/05 Igualatorios Médicos; Expediente TDC C101/06 Adeslas/Global Consulting/Lince; Informe del SDC N-06069 Adeslas/Global Consulting/Lince; Informe del SDC N-04064 Adeslas/Gestión Sanitaria Gallega; Expediente C-0177/09 Capiro/Clinica Coreysa.

30 Las autoridades de competencia han considerado que el seguro de asistencia sanitaria configura un mercado separado de otros seguros por razones de objeto (cubre un riesgo sobre las personas), su utilidad (reducción de la carga social para el asegurado), su finalidad (prestación de servicios en lugar de la indemnización) y las primas (en función de los costes de los servicios sanitarios). Dentro de este tipo de seguros, se pueden diferenciar los seguros de asistencia sanitaria individuales, los seguros de asistencia sanitaria colectivos no públicos y los seguros de asistencia sanitaria colectivos públicos, que constituirían un mercado distinto de los dos primeros. La competencia en el ámbito de los seguros privados de asistencia sanitaria se ha considerado de ámbito provincial. Ver Resoluciones del TDC C89/05 Igualatorios médico y de la CNC C101/06 Adeslas/Global Consulting/Lince y C/0356/11 Mutua Madrileña/La Caixa/Vidacaixa Adeslas.

31 Existe una gran variedad de productos relativos a la actividad sanitaria. Los centros hospitalarios recurren de forma generalizada a procedimientos de licitación para el suministro de productos médicos y sanitarios.

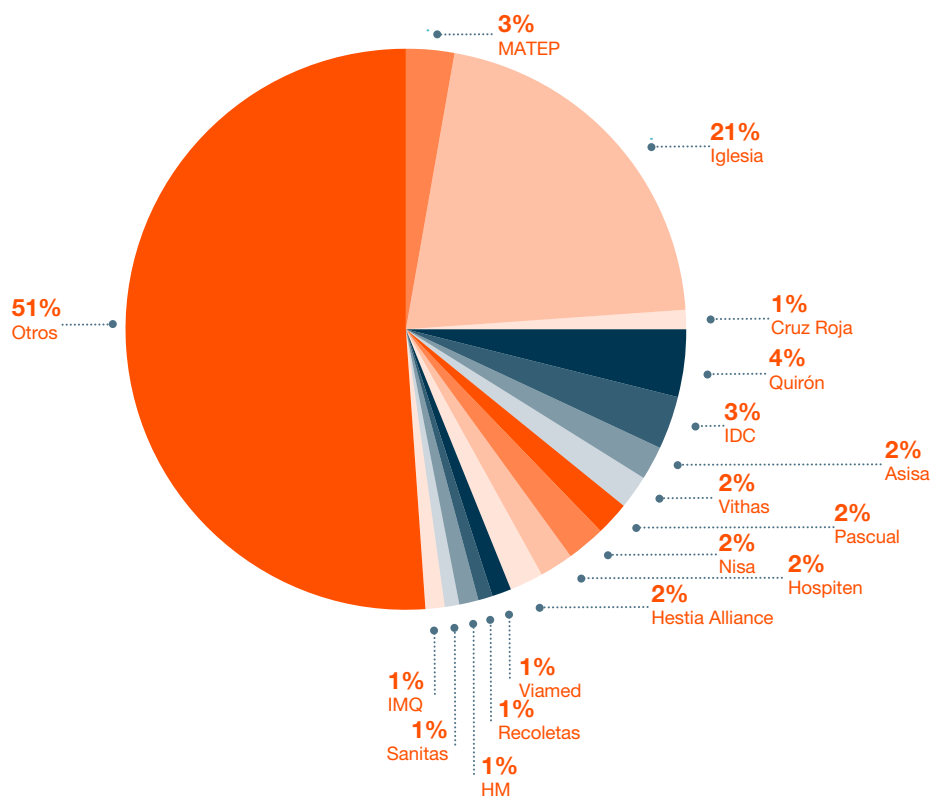
32 Algunos mercados de fabricación y comercialización de equipos sanitarios han sido analizados en el pasado por la Comisión Europea o por la CNC, que los han definido como mercados separados en función de la tipología del equipo y su funcionalidad, y con dimensión geográfica nacional. *Vid.* SDC, expte. N-03058 Dräger Medical/Hillenbrand; CE, asunto M.308 - GE/Instrumentarium.

33 Los servicios de laboratorio han sido analizados por la CNC en el Expediente C/0124/08 3i Gestion/Labco, concretamente el servicio de análisis clínicos. Se establece una diferencia entre este mercado y los análisis de imagen (radiología, ultrasonido, resonancias magnéticas, tomografía computerizada, etc.), que normalmente se realizan en los centros de salud, sin que requieran pruebas de sangre o tejido. Además, estos últimos no requieren ninguna reacción química para poder examinarlos en los laboratorios y la maquinaria es totalmente diferente a la utilizada para los análisis clínicos. Se distinguen dentro de este mercado los análisis ordinarios (más comunes y técnicamente sencillos) y los especializados (que requieren tecnología y maquinaria más avanzadas). La particularidad de estos servicios ha hecho que su gestión no dependa de cada uno de los hospitales. En la Comunidad de Madrid, el contrato de gestión del laboratorio ubicado en el Hospital Infanta Sofía centraliza las pruebas diagnósticas de laboratorio clínico para cinco hospitales más y la ejecución de dicho contrato se adjudicó a la UTE formada por el laboratorio Balagué Center y la empresa de servicios sanitarios AMS. Posteriormente la empresa Unilabs (grupo IDC-Capiro) ha comprado esta participación. Entre los principales oferentes en este mercado, se encuentran las empresas Unilabs (Grupo IDC-Capiro) y Laboratorio Balagué Center.

Atendiendo a la titularidad de los hospitales privados³⁴, los grupos integrados en el epígrafe Iglesia³⁵ tienen conjuntamente el 21% de las camas del sector privado (54 hospitales, 11.083 camas). De los grupos privados no benéficos, el Grupo Quirón es el de mayor tamaño (19 hospitales y 2.146 camas, que suponen el 4,1% del total), seguido del Grupo IDC Salud³⁶ (10 hospitales y 1.810 camas, que suponen el 3,4% del total). Nisa tiene 5 de sus 7 hospitales en la Comunidad Valenciana (1.166 camas, 2,2% del total nacional), y el Grupo José Manuel Pascual Pascual tiene 6 hospitales (1.148 camas, 2,2%), estando todos sus hospitales situados en Andalucía. Otros agentes también concentran su actividad en una única región: Hospiten³⁷ concentra su actividad nacional en las Islas Canarias, teniendo 6 de los 8 hospitales en las islas (1,7% de las camas nacionales). HM tiene sus 5 hospitales en la Comunidad de Madrid (1,2% de las camas nacionales).

Gráfico 2

Cuotas de mercado en hospitales privados en España, por número de camas



Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales 2013, MSSSI (datos a 31.12.2012).

³⁴ Hospitales con dependencia funcional de un organismo de la Administración pública, de conformidad con el Catálogo Nacional de Hospitales.

³⁵ El epígrafe Iglesia engloba una variedad de órdenes religiosas que, en principio, no actúan bajo una misma dirección comercial. Se desconoce el desglose de las órdenes religiosas incluidas en este epígrafe.

³⁶ Hasta el segundo semestre de 2013, IDC Salud se denominaba Grupo Capio Sanidad.

³⁷ Hospiten también tiene actividad internacional en Jamaica, México y República Dominicana.

Por otra parte, por su íntima relación con la prestación privada de asistencia sanitaria, conviene tener en cuenta la estructura competitiva del mercado de seguros de asistencia sanitaria. De acuerdo con datos de ICEA, a nivel nacional, Adeslas es la empresa con mayor cuota en el mercado de los seguros de salud en España (22,6%), seguida de Sanitas (16,6%) y Asisa (13,4%). Las cinco primeras entidades del *ranking* suman una cuota de mercado conjunta del 62%³⁸.

2.2.3 Estructura de la asistencia sanitaria en Comunidades Autónomas con servicios sanitarios o sociosanitarios externalizados

Una vez analizada la caracterización del sector sanitario español a nivel nacional, se realiza un estudio más detallado de la estructura de la asistencia sanitaria en las Comunidades Autónomas donde se han llevado a cabo procesos de externalización de la gestión sanitaria y sociosanitaria de centros sanitarios públicos³⁹.

Cataluña

Cataluña es la Comunidad Autónoma con una red hospitalaria más amplia. Cuenta con 211 hospitales, lo que representa el 26,7% del total de hospitales en España y con un total de 34.437 camas, que suponen el 21,3% del total de camas en España. En Cataluña el promedio es de 218 habitantes por cama, por debajo del promedio estatal (289 habitantes por cama). El tamaño medio de los hospitales catalanes es de 163 camas por hospital.

Del total de hospitales, 156 (73,9%) son privados y 55 (26,1%) son de carácter público. En cuanto al número de camas, 14.369 son públicas (41,7%) y las 20.068 restantes (58,3%) de carácter privado. Dentro de los hospitales públicos, se ha llevado a cabo un proceso de externalización de la gestión sociosanitaria, en el Hospital Jaume Nadal Meroles, que cuenta con 126 camas⁴⁰.

En cuanto a los hospitales privados⁴¹, al margen de los grupos que integran el epígrafe Iglesia (14 hospitales y 3.233 camas), el principal operador en Cataluña es el Grupo Hestia-Alliance, que tiene 7 hospitales y 893 camas (4,4% del total). Por detrás están Grup Pere Mata (1 hospital, 727 camas), Mutua Terrassa (2 hospitales, 553 camas), Centres Blauclinic (3 hospitales,

³⁸ Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones (ICEA) Informe de la Salud. 2010.

³⁹ De acuerdo a la información facilitada a la CNC por las propias CC.AA. En el caso de Andalucía, dado que no ha aportado información al respecto, se desconoce si en esta Comunidad Autónoma se han llevado a cabo procesos de externalización de la gestión sanitaria o sociosanitaria.

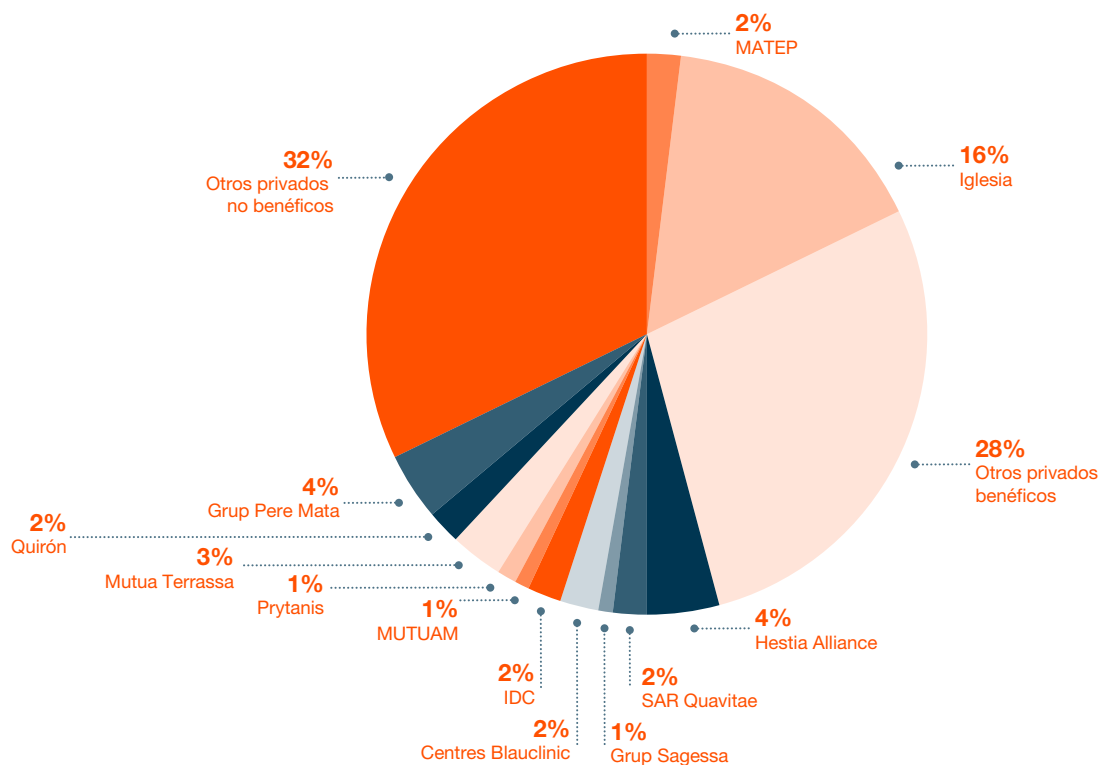
⁴⁰ También se ha llevado a cabo la externalización de la construcción y gestión de la asistencia sociosanitaria del Hospital Durán i Reynals, que no figura en el Catálogo Nacional de Hospitales 2013.

⁴¹ Estas cifras incluyen el mencionado Hospital Jaume Nadal Meroles, dado que de acuerdo con el Catálogo Nacional de Hospitales 2013, es de dependencia funcional privada (la dependencia funcional ha sido el criterio empleado para clasificar los hospitales como públicos o privados en este epígrafe).

430 camas), Quirón (2 hospitales, 362 camas), el Grupo SAR Quavita (5 hospitales, 351 camas), Grup Mutuam (4 hospitales, 311 camas) y Grup Sagessa (3 hospitales, 275 camas).

Grafico 3

Cuotas de mercado en hospitales privados en Cataluña, por número de camas



Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales 2013, MSSSI (datos a 31.12.2012).

Comunidad de Madrid

En la Comunidad de Madrid hay un total de 82 hospitales (10,4% del total de hospitales en España), y 22.136 camas (13,7% del total de camas en España), lo que supone 290 habitantes por cada cama (en España la relación es 289 habitantes por cama). El tamaño medio de los hospitales madrileños es de 270 camas por hospital.

Son de titularidad pública 35 hospitales madrileños, que suman 14.982 camas (el 67,7% del total). Otros 47 hospitales, que suman 7.154 camas (el 32,3%), son de titularidad privada. Además, en los últimos años, se han llevado a cabo procesos de externalización de la gestión sanitaria que han afectado a 10 hospitales públicos, los cuales cuentan con 2.521 camas, tal y como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4

Red de hospitales públicos civiles de la Comunidad de Madrid, por tipo de gestión

	Gestión Directa	Gestión Externalizada	Total
Número de hospitales	25	10*	35
Número de camas	12.461	2.521	14.982

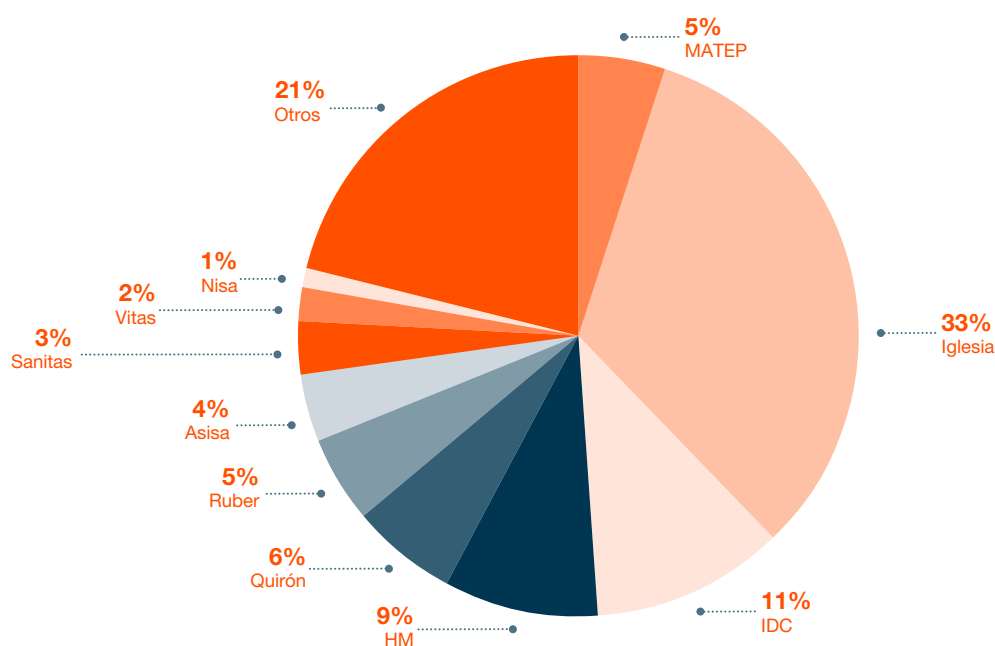
* En el cómputo de hospitales con gestión externalizada no se tiene en cuenta el Hospital de Collado Villalba, que permanece cerrado y no aparece en el Catálogo Nacional de Hospitales 2013.

Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales 2013. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En cuanto a los hospitales de titularidad privada, los centros adscritos a la Iglesia suman 11 hospitales y 2.340 camas (33,2% del total). Al margen de los grupos integrados en el epígrafe Iglesia, el principal operador en la Comunidad de Madrid es el Grupo IDC-Capio, que tiene 2 hospitales y 796 camas (11,3% del total). Por detrás están el Grupo HM (5 hospitales, 634 camas), el Grupo Quirón (3 hospitales, 441 camas), Ruber (2 hospitales, 322 camas), Asisa (1 hospital, 259 camas), Sanitas (2 hospitales, 234 camas), Vithas (1 hospital, 100 camas) y Nisa (1 hospital, 100 camas). El epígrafe MATEP (5%) engloba a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, cuyo desglose por entidades se desconoce.

Gráfico 4

Cuotas de mercado en hospitales privados en la Comunidad de Madrid, por número de camas



Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales 2013, MSSSI (datos a 31.12.2012).

Comunidad Valenciana

En la Comunidad Valenciana hay un total de 62 hospitales (7,9% del total de hospitales en España) y 14.026 camas (8,7% del total de camas en España), lo que supone 357 habitantes por cada cama (en España la relación es 289 habitantes por cama). El tamaño medio de los hospitales valencianos es de 223 camas por hospital.

Son de titularidad pública 35 hospitales, que suman 11.499 camas (el 82% del total). Otros 27 hospitales, que suman 2.527 camas (el 18%), son de titularidad privada. Además, se ha llevado a cabo un proceso de externalización de la atención integral (servicios sanitarios y no sanitarios) de 5 áreas de salud de la Comunidad Valenciana⁴², que totalizan 1.423 camas, tal y como muestra la tabla 5.

Tabla 5 Red de hospitales públicos civiles de la C. Valenciana, por tipo de gestión			
	Gestión Directa	Gestión Externalizada	Total
Número de hospitales	30	5	35
Número de camas	10.076	1.423	11.499

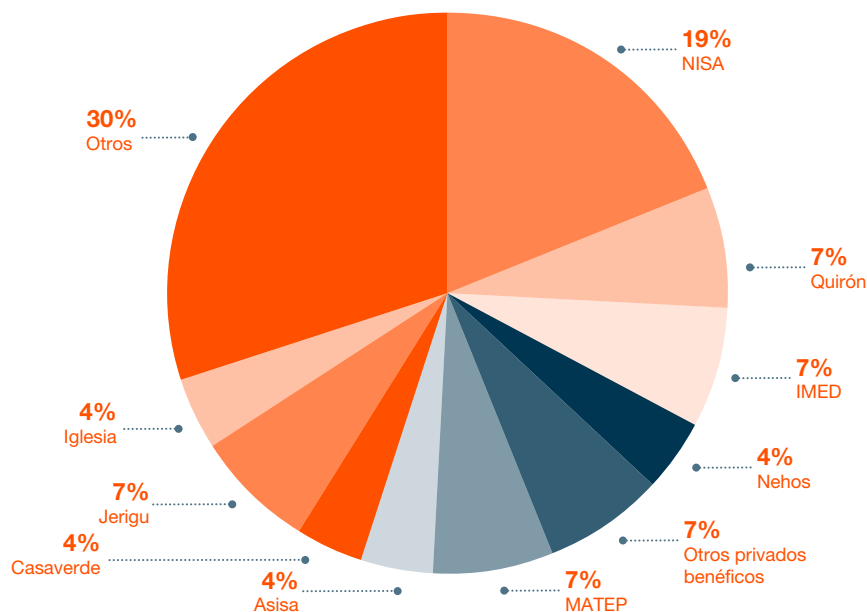
Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales 2013, MSSSI.

En cuanto a los hospitales de titularidad privada, al margen de los grupos integrados en el epígrafe Iglesia (1 hospital y 192 camas), el principal operador es el Grupo NISA, con 5 hospitales y 739 camas (29% del total). Por detrás están el Grupo Quirón, que tiene 2 hospitales y 179 camas, IMED (2 hospitales y 198 camas). Por su parte, Jerigu, aunque con 2 hospitales, sólo cuenta con 21 camas. El epígrafe MATEP (7%) engloba a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, cuyo desglose por entidades se desconoce por la CNC.

42 Las áreas de salud que tienen como hospitales de referencia los hospitales de la Ribera, Manises, Torrevieja, Denia y Vinalopó (Elche-Crevillente).

Gráfico 5

Cuotas de mercado en hospitales privados en la Comunidad Valenciana, por número de hospitales



Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales 2013, MSSSI (datos a 31.12.2012).

La Rioja

La Rioja tiene un total de seis hospitales, que cuentan con 960 camas, lo que implica 335 habitantes por cama (por encima de la media estatal, 289 habitantes por cama) y un tamaño medio de 160 camas por hospital.

La red de hospitales públicos cuenta con 3 centros, cuyo número de camas asciende a 808, mientras que el número de camas de los 3 hospitales privados asciende a 152 camas.

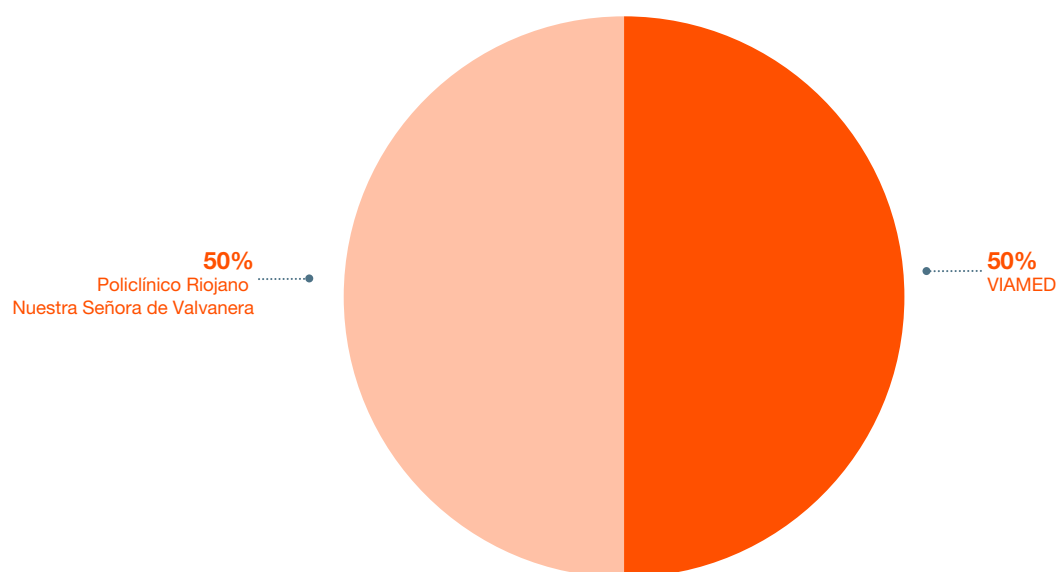
Se ha externalizado la gestión integral de dos hospitales, el Centro Sociosanitario de Convalecencia Los Jazmines de Haro, que cuenta con 26 camas, y el Centro Sociosanitario de Convalecencia Virgen del Carmen de Calahorra, que tiene 91 camas.

Dos de los tres hospitales privados⁴³ pertenecen al Grupo Viamed (que suman 76 camas), y el otro al Policlínico Riojano Nuestra Señora de Valvanera (76 camas).

⁴³ Estas cifras incluyen el mencionado Centro Sociosanitario de Convalecencia Los Jazmines de Haro, dado que de acuerdo con el Catálogo Nacional de Hospitales 2013, es de dependencia funcional privada (la dependencia funcional ha sido el criterio empleado para clasificar los hospitales como públicos o privados en este epígrafe).

Gráfico 6

Cuotas de mercado en hospitales privados en La Rioja, por número de camas



Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales 2013, MSSSI (datos a 31.12.2012).

Navarra

La Comunidad Foral de Navarra cuenta con una red de 11 hospitales que disponen de un total de 2.422 camas, lo que supone 264 habitantes por cama (algo menos que la media nacional, 289 habitantes por cama). El tamaño medio de los hospitales navarros asciende a 220 camas por hospital.

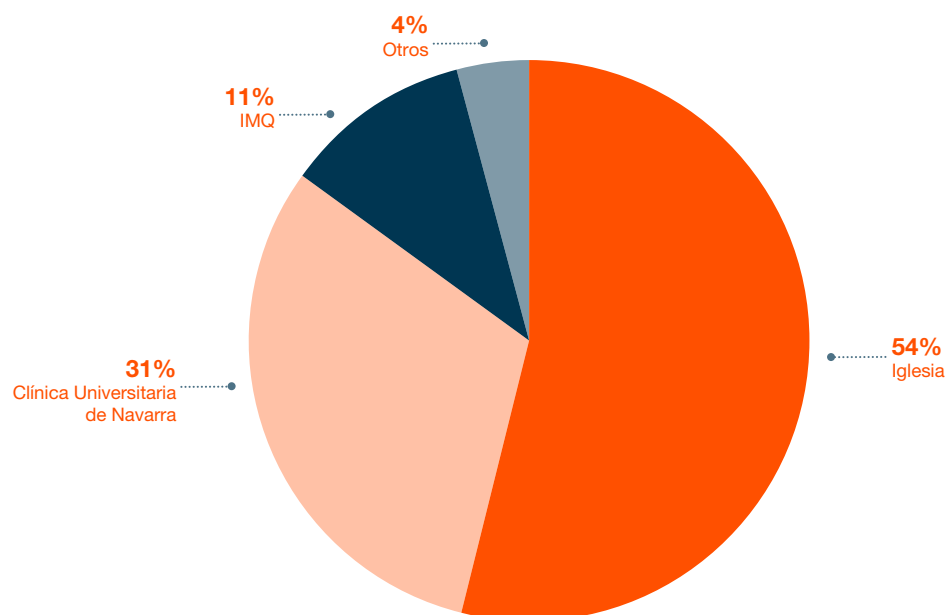
Del total de hospitales, 4 son de carácter público (1.435 camas) y 7 privados (987 camas). Por otra parte, aunque no computen dentro de los hospitales públicos⁴⁴, se han llevado a cabo dos procesos de externalización de la gestión sociosanitaria, referentes al Centro de Salud de Día de Burlada y el Hospital de Día de Salud Mental y al Hospital de Día Zuria.

En cuanto a los hospitales privados, al margen de los grupos que integran el epígrafe Iglesia (3 hospitales, 536 camas), que suponen el 54% de los hospitales privados de Navarra, el mayor operador es la Clínica Universitaria de Navarra (1 hospital, 307 camas), seguido por el Grupo IMQ (1 hospital, 110 camas).

⁴⁴ Al tratarse de Centros de hospitales de día no se encuentran recogidos en el Catálogo Nacional de Hospitales.

Gráfico 7

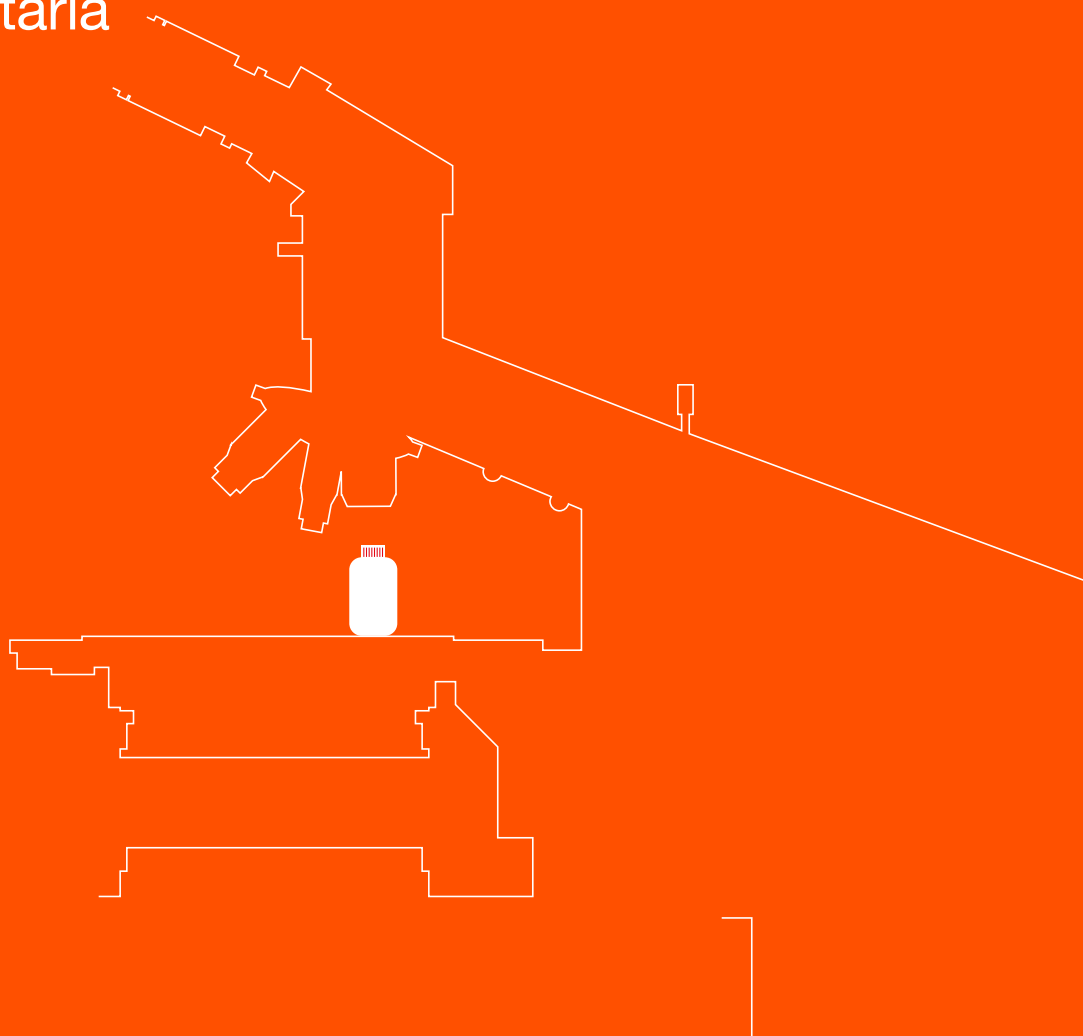
Cuotas de mercado en hospitales privados en Navarra, por número de camas



Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales 2013, MSSSI (datos a 31.12.2012).

3.

Análisis de los procesos de licitación para la provisión de los servicios públicos de atención sanitaria en España



En esta sección se examinan los procesos de licitación para la dotación de infraestructura sanitaria y externalización de la gestión en el sector sanitario en España desde la óptica de la competencia efectiva en los mercados. Para ello se utiliza como referencia fundamental la Guía sobre Contratación Pública y Competencia, y se aplica al sector sanitario teniendo en cuenta el análisis sobre su estructura competitiva realizado en las secciones anteriores.

Adicionalmente a los procesos de externalización de la gestión sanitaria, en este apartado se analizan también determinados procesos en los que el objeto de licitación ha comprendido la construcción del centro sanitario y la gestión, durante un tiempo, de los servicios no sanitarios del mismo. La razón de incluir estos procesos en el análisis, pese a que no han conllevado la externalización de la gestión sanitaria, es que se refieren a centros sanitarios y la forma de licitación guarda numerosas similitudes con las externalizaciones sanitarias. De esta forma, elementos inadecuados, desde el punto de vista de la competencia, de las licitaciones comprensivas, construcción del centro y gestión de los servicios no sanitarios pueden extrapolarse a las externalizaciones de la gestión sanitaria. Debe notarse que, con todo, el tipo de empresas que acuden a las licitaciones de la gestión de servicios sanitarios no son típicamente las mismas que acuden a las licitaciones de servicios no sanitarios, y es por ello que respecto a las CC.AA. de Castilla y León y Baleares, en las que no se ha producido externalización de gestión sanitaria pero sí externalizaciones de la construcción del centro y la gestión de los servicios no sanitarios, no se ha analizado con detalle la estructura competitiva de su sector sanitario en el apartado 2.2.2 anterior. De esta forma, el análisis se ha centrado en una muestra de pliegos, que cubre los tres supuestos típicos por el objeto de externalización⁴⁵:

- Externalización de la gestión sanitaria (segundo proceso de licitación en los Hospitales Infanta Sofía, Infanta Leonor, Infanta Cristina, del Henares, del Sureste y del Tajo de la Comunidad de Madrid).
- Externalización de la gestión integral (sanitaria y no sanitaria) y construcción del hospital e infraestructuras (Hospitales Infanta Elena, de Torrejón y Rey Juan Carlos de la Comunidad de Madrid y Departamentos de Salud de La Ribera, Torrevieja, Denia, Manises y Elx-Crevillent de la Comunidad Valenciana).
- Externalización de la gestión no sanitaria y construcción del hospital e infraestructuras (Hospital de Burgos y Hospitales Son Espases y Can Mises de Baleares).

El análisis realizado se basa en la información obtenida a través de requerimientos de información a las Consejerías de salud de las Comunidades Autónomas y al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). La Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía es la única

45 Además de los procesos de licitación de la gestión de hospitales, se ha analizado el proceso de externalización del laboratorio clínico correspondiente a la población protegida de los Hospitales Infanta Sofía, Infanta Cristina, Infanta Leonor, Sureste, Henares y del Tajo, por su estrecha relación con la gestión de estos hospitales.

que no ha aportado la información solicitada, pese a que se le ha reiterado la solicitud inicial de información en dos ocasiones.

La siguiente tabla resume la información aportada por las CC.AA. en cuanto a sus procesos de externalización en el ámbito sanitario⁴⁶:

Tabla 6

Procesos de externalización en el sector sanitario llevados a cabo por cada CCAA

CC.AA.	Año	Centros	Objeto de la externalización*
Andalucía	No ha aportado información		
Aragón	No ha llevado a cabo externalización de la gestión en el sector sanitario**		
Asturias	No ha llevado a cabo externalización de la gestión en el sector sanitario**		
Balears	2006	Hospital Universitario Son Espases (antiguo Son Dureta)	(1)
	2010	H. Can Misses, H. de Formentera, Área de Salud de Eivissa, Centro de atención primaria (CAP) de Andratx, CAP de Ariany, CAP de Es Molinar, CAP de Esporles, CAP de María de la Salut, CAP de Muro, CAP de Porreres, CAP de Sa Pobla, CAP de Ses Salines y CAP de Son Servera	(1)
Canarias	No ha llevado a cabo externalización de la gestión en el sector sanitario**		
Cantabria	No ha llevado a cabo externalización de la gestión en el sector sanitario**		
C.-La Mancha	No ha llevado a cabo externalización de la gestión en el sector sanitario**		
C. y León	2006	Hospital Universitario de Burgos	(1)
	2000	H. Jaume Nadal Meroles (antiguo Hosp. Militar de Lleida)	(3)
Cataluña	2003	Hospital Duran i Reynals	(3)
	2006	Centro de Atención Primaria Olesa de Montserrat	(2)
Extremadura	No ha llevado a cabo externalización de la gestión en el sector sanitario**		
Galicia	No ha llevado a cabo externalización de la gestión en el sector sanitario**		

⁴⁶ La respuesta de la Consejería de Sanidad de la Xunta de Galicia de 12 de julio de 2013 al requerimiento de información de la CNC no hace referencia a ningún proceso de externalización llevado a cabo en dicha Comunidad. No obstante, se ha identificado una concesión de servicio público para la construcción y explotación del nuevo Hospital de Vigo: http://www.xunta.es/dog/Publicados/2010/20100510/Anuncio139E6_es.html

Tabla 6

Procesos de externalización en el sector sanitario llevados a cabo por cada CCAA

CC.AA.	Año	Centros	Objeto de la externalización*
C. Madrid	2005	Hospital del Henares (Coslada), Infanta Cristina (Parla), del Tajo (Aranjuez), Infanta Leonor (Vallecas), Infanta Sofía (San Sebastián de los Reyes), del Sureste (Arganda) y Puerta de Hierro (Majadahonda)	(1)
	2005	Hospital Infanta Elena (Valdemoro)	(2)
	2009	Hospital de Torrejón	(2)
	2010	Hospital Rey Juan Carlos (Móstoles)	(2)
	2013	Hospital del Henares (Coslada), Infanta Cristina (Parla), del Tajo (Aranjuez), Infanta Leonor (Vallecas), Infanta Sofía (San Sebastián de los Reyes) y del Sureste (Arganda)	(4)
Murcia	No ha llevado a cabo externalización de la gestión en el sector sanitario**		
Navarra	2010	Centro de Salud Mental de Burlada, Hospital de Día de Salud Mental y Hospital de Día Zuria	(4)
País Vasco	No ha llevado a cabo externalización de la gestión en el sector sanitario**		
La Rioja	2004	C. Sociosanitario de Convalecencia Los Jazmines de Haro	(2)
	2010	C. Sociosanitario de Convalecencia Virgen del Carmen (Calahorra)	(2)
C. Valenciana	1997	Área de Salud 10 (La Ribera)	(2)
	2003	Áreas de Salud 10 (La Ribera) y Torrevieja	(2)
	2004	Área de Salud 12 (Denia)	(2)
	2006	Departamentos de Salud de Manises y de Elx-Crevillent	(2)

* Leyenda: (1) Construcción de infraestructuras y gestión de los servicios de tipo no sanitario; (2) Construcción de infraestructuras y gestión integral (servicios sanitarios y no sanitarios); (3) Construcción de infraestructuras y gestión de los servicios de tipo sociosanitario; (4) Gestión de servicios sanitarios.

** De acuerdo con la información indicada por estas CC.AA.

Fuente: Información aportada por las Consejerías de Sanidad de las CC.AA. al requerimiento de información de la CNC

Tabla 7

Pliegos de externalización analizados en el Informe*

Identificación	CCAA	Año	Objeto de externalización		
			GS	GNS	C
Hospital Infanta Elena (Valdemoro)	C. Madrid	2005	X	X	X
Laboratorio clínico correspondiente a la población protegida de los Hospitales Infanta Sofía, Infanta Cristina, Infanta Leonor, Sureste, Henares y del Tajo	C. Madrid	2008	-	X	-
Hospital de Torrejón	C. Madrid	2009	X	X	X
Hospital Rey Juan Carlos (Móstoles)	C. Madrid	2010	X	X	X
Hospital Infanta Sofía (San Sebastián de los Reyes)	C. Madrid	2013	X	-	-
Hospital Infanta Leonor (Vallecas)	C. Madrid	2013	X	-	-
Hospital del Henares (Coslada)	C. Madrid	2013	X	-	-
Hospital del Sureste (Arganda)	C. Madrid	2013	X	-	-
Hospitales del Tajo (Aranjuez) e Infanta Cristina (Parla)	C. Madrid	2013	X	-	-
Área 10 del Servicio Valenciano de Salud: La Ribera	C. Valenciana	2003	X	X	X
Departamento de Salud de Torrevieja	C. Valenciana	2003	X	X	X
Departamento de Salud de Denia	C. Valenciana	2004	X	X	X
Departamento de Salud de Manises	C. Valenciana	2006	X	X	X
Departamento de Salud de Elx-Crevillent	C. Valenciana	2006	X	X	X
Hospital de Burgos	Castilla y León	2006	-	X	X
Hospital Universitario Son Espases	I. Baleares	2006	-	X	X
Hospital Can Misses	I. Baleares	2010	-	X	X

* El anexo 1 recoge un listado con la identificación y procedencia de los pliegos de externalización que se han analizado.

GS: Gestión de servicios sanitarios; GNS: Gestión de servicios no sanitarios; C: Construcción del centro.

Fuente: información aportada por las CC.AA. y elaboración propia.

Los servicios sanitarios afectan directamente a la salud de los ciudadanos, una razón imperiosa de interés general. Se caracterizan económicamente por las asimetrías informacionales en su prestación⁴⁷, ser intensivos en capital

47 Asimetrías informacionales que existen entre la administración adjudicataria y los licitadores, entre el gestor del hospital y el personal sanitario y, en tercer lugar, entre el personal sanitario y los pacientes.

humano de elevada cualificación y altamente sensibles a la innovación tecnológica. Por tanto, es necesario que, con independencia de quién sea el prestador de dichos servicios, se asegure un determinado nivel de calidad, debiéndose recoger esta circunstancia en los pliegos de licitación, a través de una adecuada valoración de la calidad de la prestación de los servicios y su correcto seguimiento.

Siguiendo la Guía sobre Contratación Pública y Competencia, el análisis ha permitido identificar una serie de ejemplos prácticos de situaciones potencialmente negativas sobre la competencia en el ámbito de las licitaciones y que deberían ser evitadas por los órganos responsables. Los resultados se estructuran siguiendo las diferentes fases del proceso más relevantes desde la óptica de la competencia:

- El diseño general de la externalización
- Las condiciones de acceso a las licitaciones
- Los criterios de selección de los licitadores
- El desarrollo de los contratos

Desde el punto de vista de la competencia, los **problemas potenciales que pueden surgir en una contratación pública de este tipo** pueden ser:

- En primer lugar, una **reducida competencia ex ante por el servicio que se externaliza**. Un inadecuado diseño del objeto o del proceso de licitación puede facilitar la colusión entre los potenciales adjudicatarios del servicio objeto de la licitación, o reducir severamente el número de empresas con capacidad para presentarse a la misma. Cuanto menor sea la competencia *ex ante*, con mayor probabilidad se observarán consecuencias negativas sobre el precio resultante del concurso y/o la calidad de los bienes y servicios prestados.
- En segundo lugar, pueden aparecer **ineficiencias durante la ejecución de los contratos** como consecuencia del diseño inadecuado de los pliegos, de sus modificaciones o de su supervisión. Por ejemplo, un mal diseño de las fórmulas de remuneración establecidas en los pliegos puede desincentivar la eficiencia productiva o la inversión alejándolas de sus niveles óptimos. Asimismo, un control insuficiente o inefectivo por parte del órgano de contratación puede acentuar los problemas de información asimétrica entre el órgano de contratación y la empresa concesionaria y favorecer la capacidad de ésta para obtener modificaciones que la favorecen sobre los términos iniciales de la concesión. En el ámbito de la construcción de infraestructura puede conllevar revisiones y modificaciones posteriores del precio resultante de la licitación, en el ámbito de la prestación de servicios sanitarios puede redundar en una merma de la calidad del servicio licitado. Por otro lado, un diseño inadecuado de las relaciones del adjudicatario con el resto de centros del sistema sanitario puede reducir la calidad de los servicios prestados por el centro externalizado y por el resto de centros.
- En tercer lugar, en el ámbito de los servicios sanitarios, **puede reducirse la competencia potencial futura por el servicio que se externaliza**. La

adjudicación puede conllevar ciertas ventajas para el adjudicatario de cara a una renovación de la concesión, por ejemplo por una prolongada duración o por dar acceso privilegiado a información sobre la rentabilidad real del negocio. Una licitación poco competitiva puede facilitar que aparezcan tales ventajas o que no sean conocidas ni anticipables en el momento de llevarse a cabo la primera licitación.

- En cuarto lugar, una **reducción de la competencia efectiva en el mercado del servicio que se externaliza**. La adjudicación puede otorgar al licitador una ventaja sustancial sobre sus rivales en el mercado del servicio que se externaliza, o facilitar un entendimiento anticompetitivo de los operadores en dicho mercado, por ejemplo cuando se producen varias licitaciones que ayudan a reforzar las posiciones geográficas de los agentes en el mercado.
- En quinto lugar, una **reducción de la competencia efectiva en mercados relacionados con el servicio que se externaliza**. Análogamente al caso anterior, la adjudicación puede otorgar al licitador una ventaja sustancial sobre sus rivales en otros mercados relacionados con el servicio que se externaliza, o facilitar un entendimiento de los operadores en dichos mercados. Por ejemplo, el adjudicatario de una licitación sanitaria puede incrementar su poder de compra de suministros o equipamientos, o si se trata de una empresa aseguradora, su cartera de servicios.

3.1

Diseño general de la licitación

3.1.1 Objeto de las externalizaciones

La primera decisión fundamental en las licitaciones es la determinación de los elementos que configurarán el objeto del servicio que se licita. Si bien esta decisión corresponde a la esfera discrecional propia del organismo licitante, la delimitación del objeto de la contratación pública puede afectar también a la competencia entre licitadores y a la eficiencia de la provisión o prestación del bien o servicio objeto de la licitación.

En el ámbito concreto de las externalizaciones, si el órgano licitante quiere externalizar la provisión de varios bienes o servicios, puede optar por contratarlos por separado o licitarlos conjuntamente. En principio, la eficiencia será mayor cuanto mayor sea la complementariedad de estos bienes o servicios desde el punto de vista de la oferta, lo que normalmente se observará cuanto más se parezca el objeto de licitación a la oferta de las empresas existentes en el mercado. Cuanto más difieran entre sí y respecto al mercado los productos comprendidos en la externalización, más probable es que ninguna empresa pueda prestarlo por sí sola y que para poder licitar, deba agruparse con otras o subcontratar la prestación de determinados servicios. Ello puede reducir la eficiencia de las licitaciones por varias vías. En primer lugar, porque ninguna de las agrupaciones de licitadores sea tan eficiente como sería el conjunto de

contratistas que surgirían de una contratación separada de los servicios⁴⁸. En segundo lugar, por la posible existencia de costes de transacción superiores en las relaciones privadas que en las relaciones público-privadas⁴⁹. En tercer lugar, si existe un problema de competencia en uno de los servicios objeto de externalización, la contratación conjunta puede extender dicho problema al resto de los servicios que se contratan con aquél.

Cuadro 1

Adición de servicios durante la ejecución del contrato

La externalización de la gestión sanitaria de los hospitales Infanta Leonor, Infanta Sofía, Infanta Cristina, Hospital del Tajo, Hospital del Henares y Hospital del Sureste de la Comunidad de Madrid incluye la prestación de diversos servicios, cuya licitación podría ser más conveniente efectuar por separado en lugar de agrupar en una sola licitación. Más si cabe, cuando el licitador no puede conocer, en el momento de presentar su oferta, si deberá asumir la prestación de algunos de estos servicios, o a partir de qué fecha:

- Los servicios de **diagnóstico por imagen** en estos hospitales se realizan actualmente por la empresa Unidad Central Radiodiagnóstico (UCR). La concesionaria deberá respetar la vigencia de los mismos hasta el año 2014, cuando finalizan los contratos con esta empresa. A partir de ese momento, si las concesionarias lo acuerdan unánimemente, previa autorización de la Administración, es posible que se continúe la vigencia de dicho contrato; de lo contrario, cada concesionaria deberá gestionar este servicio con sus propios medios, para lo cual la Administración le cederá los equipos actualmente instalados en los hospitales.
 - Los **servicios de laboratorio** en estos hospitales también están externalizados y se realizan por una UTE formada por Ribera Salud y Unilabs (grupo IDC-Capio), con una duración inicial de 8 años (hasta noviembre de 2016), que podría prorrogarse por otros dos años más (noviembre de 2018). Según establece el Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares (PCAP), las concesionarias de la gestión sanitaria de los seis hospitales deben respetar dicho contrato hasta su vencimiento, y a partir de entonces prestar por sí mismas el servicio.
-

⁴⁸ Por ejemplo, supóngase el caso de una Administración que tenga la necesidad de licitar dos servicios no complementarios por el lado de la oferta, de manera que actualmente ninguna empresa los presta conjuntamente. En cada uno de esos servicios, hay una empresa que sería la más eficiente para satisfacer las necesidades de la Administración, de manera que si los servicios se licitaran por separado, se podría producir una asignación eficiente a las empresas licitadoras más eficientes en cada servicio. Sin embargo, si la Administración licitase esos servicios conjuntamente, podría ocurrir que las agrupaciones de empresas que se formasen para concurrir a la licitación no estuviesen constituidas, en todos los casos, por las más eficientes posibles, y con ello que no se maximizase la eficiencia en la prestación global de los servicios.

⁴⁹ Los costes de transacción son inherentes a las transacciones en el mercado y se deben a la existencia de información incompleta. Coase (1937) explica que "cuando se desea operar una transacción en un mercado, es necesario investigar a los contratistas, proporcionarles ciertas informaciones necesarias y establecer las condiciones del contrato, llevar a cabo las negociaciones que instauren un verdadero mercado, establecer una estructura de control de las respectivas prestaciones de obligaciones de las partes, etc." Los costes de transacción pueden ser superiores en las relaciones privadas que en las público-privadas por varios motivos, entre los que destacan la asimetría de información entre el órgano licitador y las empresas licitadoras y la capacidad del órgano licitante de reservarse contractualmente determinadas potestades frente a la empresa adjudicataria.

3.1.2 Diseño de los lotes

La Guía sobre Contratación Pública y Competencia reconoce que el tamaño y diseño de los lotes objeto de la licitación tiene importantes implicaciones a efectos de la competencia entre las empresas concurrentes a las licitaciones, especialmente en mercados cuyas características pueden facilitar la colusión (producto homogéneo, pocos oferentes, barreras de entrada, demanda y tecnología estables).

Por un lado, la subdivisión del objeto de la licitación en varios lotes puede facilitar el reparto de los mismos entre las empresas participantes en el mercado. Por ello, si se opta por el fraccionamiento, el número de lotes no debe ser similar al número estimado de participantes, y debe evitarse que los lotes sean del mismo tamaño. Por otro lado, lotes demasiado grandes pueden dificultar la participación de las pequeñas y medianas empresas, de modo que si bien puede ser positivo agrupar varios contratos de características parecidas en una única licitación, debe tratar de evitarse que con ello se dificulte la aparición de licitadores.

Cuadro 2

Diseño de los lotes en la Comunidad de Madrid

En la externalización de la gestión sanitaria de los hospitales Infanta Leonor, Infanta Sofía, Infanta Cristina, Hospital del Tajo, Hospital del Henares y Hospital del Sureste de la Comunidad de Madrid, se subastan mediante un único procedimiento 5 lotes, algunos de los cuales tienen un tamaño relativamente parecido entre sí:

- Lote 1 (H. del Norte): 283 camas, 132,9 millones de euros/año.
- Lote 2 (H. Infanta Leonor -Vallecas-): 269 camas, 159,2 millones de euros/año.
- Lote 3 (H. del Sur y H. del Tajo): 278 camas, 112,5 millones de euros/año.
- Lote 4 (H. del Sureste): 132 camas, 75,7 millones de euros/año.
- Lote 5 (H. del Henares): 187 camas, 81,5 millones de euros/año.

En línea con las recomendaciones de la Guía sobre Contratación Pública y Competencia, sería preferible, a fin de reducir las probabilidades de colusión entre licitadores, haber separado temporalmente las licitaciones y diseñar lotes más asimétricos en cada licitación.

3.1.3 Duración de los contratos

Uno de los aspectos cruciales del diseño de los pliegos es la duración del contrato, ya que es uno de los elementos que incide sobre la existencia de una verdadera competencia en el mercado. De acuerdo con el artículo 23 del Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público⁵⁰ (TRL CSP), la

duración de los contratos deberá establecerse teniendo en cuenta la naturaleza de las prestaciones, las características de su financiación y la necesidad de someter periódicamente a concurrencia la realización de las mismas.

Los contratos que exigen inversiones elevadas deben tener una duración suficiente para permitir la amortización de las mismas y, al mismo tiempo, que esta duración sea la menor posible para maximizar los beneficios que se derivan de la concurrencia en las contrataciones en las sucesivas licitaciones. Asimismo, en la medida en que se trate de contratos importantes, las empresas adjudicatarias pueden obtener a través de la licitación una ventaja irreplicable y prolongada en el tiempo sobre sus rivales para extenderse a otros mercados conexos. Se trata, por tanto, de llegar a un equilibrio que facilite una mayor competencia por el mercado y que, simultáneamente, posibilite la amortización de las inversiones realizadas por la empresa concesionaria.

La Guía sobre Contratación Pública y Competencia establece una serie de propuestas para reducir ambos tipos de riesgos:

- Conviene que los contratos no perduren largos períodos de tiempo sin ser sometidos a competencia.
- Deben evitarse las prórrogas sobrevenidas del plazo contractual como contrapartida por la introducción de modificaciones sustanciales del contrato, salvo que exista una razón imperiosa de necesidad⁵¹.
- En el caso de que los pliegos prevean la posibilidad de establecer prórrogas y éstas se encuentren justificadas, sólo deben aplicarse como mecanismo de carácter excepcional. Se pretende, así, evitar el riesgo de que prórrogas sucesivas deriven en un cierre de mercado por largos y potencialmente indefinidos períodos de tiempo.
- Para el caso de contratos de concesión de obra pública y gestión de servicios públicos, debe justificarse el plazo elegido en función de parámetros objetivos, que se encuentre relacionado con el período de amortización de las inversiones necesarias para la ejecución del objeto del contrato o de los activos vinculados al contrato.
- Las disposiciones normativas sobre plazos contractuales deben entenderse como plazos máximos, que no deben agotarse necesariamente.

Cuadro 3

Duración excesivamente larga de contratos

En la externalización de la gestión sanitaria de los hospitales Infanta Leonor, Infanta Sofía, Infanta Cristina, Hospital del Tajo, Hospital del Henares y Hospital del Sureste de la Comunidad de Madrid, el plazo de concesión de la gestión sanitaria de los hospitales es de 10 años. Este plazo podría ser elevado, teniendo en cuenta que los adjudicatarios no deben efectuar grandes inversiones: al tratarse de hospitales prácticamente nuevos (su entrada en funcionamiento se produjo en el año 2008), las infraestructuras, equipamiento y mobiliario

51 Por ejemplo, la existencia de un riesgo inminente de cesación del servicio.

no requerirán, en principio, más que inversiones de mantenimiento. Un plazo prolongado de diez años puede otorgar a sus rivales una ventaja competitiva para ganar una eventual nueva adjudicación de la gestión dentro de 10 años.

Por otra parte, llaman la atención las diferencias dentro del territorio nacional en cuanto a las duraciones iniciales de los contratos ante objetos de externalización similares. Las licitaciones de las áreas de salud de la Comunidad Valenciana, que incluían la construcción de un hospital en cada área de salud y la gestión integral (sanitaria y no sanitaria) de la misma, preveían como norma general periodos iniciales de 15 años. Por el contrario, las licitaciones en Madrid de los hospitales de Valdemoro, Torrejón y Móstoles, cuyo objeto de licitación era similar (construcción de un hospital y la gestión sanitaria y no sanitaria del mismo)* tenían una duración inicial de 30 años.

En algunos supuestos de licitaciones de gestión no sanitaria y construcción de obra pública, los plazos de los contratos han rondado los 30 años:

- Nuevo Hospital de Burgos: 30 años
- Hospital Son Espases de Baleares: 31 años y 8 meses (dos años y ocho meses de fase de construcción y 29 de fase de explotación).
- Hospital de Can Misses de Baleares: 32 años y siete meses (dos años y cuatro meses para la construcción).
- Procesos de externalización de gestión no sanitaria de la Comunidad de Madrid en los hospitales del Henares, Infanta Cristina, del Tajo, Infanta Leonor, Infanta Sofía, del Sureste y Puerta de Hierro: 30 años.

* Incluso se puede señalar que el objeto de externalización es más limitado en estos tres hospitales que en la Comunidad Valenciana, pues en los de Madrid sólo abarca la atención sanitaria especializada, mientras que en la Comunidad Valenciana comprende la atención sanitaria primaria y la especializada.

Cuadro 4 **Concesión de prórrogas**

El PCAP del Laboratorio Central de la Comunidad de Madrid tiene una duración de ocho años, pudiéndose prorrogar 2 años más por acuerdo del órgano de contratación, siendo la aceptación de esta prórroga obligatoria para la empresa concesionaria. En el pliego no se desarrollan los motivos que aconsejan la prórroga del contrato, ni se hace mención a que su aplicación sea de carácter excepcional. Por tanto, no parece que la inclusión de esta prórroga se encuentre suficientemente justificada desde el punto de vista de la competencia.

3.1.4 Procedimiento de contratación

De acuerdo con la Guía sobre Contratación Pública y Competencia, el procedimiento que más favorece la competencia en la contratación pública, por ser el que mejor garantiza el principio de igualdad entre los participantes es el procedimiento abierto, que permite la participación de todas aquellas empresas que cumplan los requisitos de capacidad y solvencia contemplados en los pliegos. La Guía recomienda que, aunque exista la previsión legal para ello, no se acuda a los procedimientos que *a priori* son menos favorables para la competencia ya que desde el inicio, se estaría restringiendo el acceso

a potenciales empresas competidoras. En todo caso, si la Administración decide acudir a cualquier otro procedimiento permitido por la normativa, deberá valorar el impacto que puede tener sobre la competencia, aunque los procedimientos alternativos presenten otra clase de ventajas.

En la totalidad de los procesos de externalización analizados en este informe el órgano licitador acudió al procedimiento abierto como forma de licitación.

3.2

Acceso a la licitación

Si los requisitos de acceso a la licitación son innecesariamente exigentes, el número de participantes en las licitaciones será más reducido. Cuanto menor sea el número de participantes, más probable es que la intensidad de la competencia en la licitación sea inferior, y ello arrojará peores resultados de los que podrían haberse obtenido en términos de precio y calidad en la concesión.

La siguiente tabla recoge el número de participantes en los procesos de licitación de las diferentes Comunidades Autónomas:

Tabla 8

Número de empresas participantes en las licitaciones de hospitales

Licitación	Objeto de externalización	Número de participantes
COMUNIDAD VALENCIANA		
Área de salud Ribera (1997)	Construcción y gestión integral	1
Área de salud Ribera (2002)	Construcción y gestión integral	1
Área de salud Torrevieja	Construcción y gestión integral	1
Área de salud Denia	Construcción y gestión integral	1
Área de salud Manises	Construcción y gestión integral	2
Área de salud Elche-Crevillente	Construcción y gestión integral	1
COMUNIDAD DE MADRID		
Hospital del Henares	Construcción y gestión no sanitaria	8
Hospital Infanta Cristina	Construcción y gestión no sanitaria	8
Hospital del Tajo	Construcción y gestión no sanitaria	9
Hospital Infanta Leonor	Construcción y gestión no sanitaria	9

Tabla 8

Número de empresas participantes en las licitaciones de hospitales

Licitación	Objeto de externalización	Número de participantes
Hospital Infanta Sofía	Construcción y gestión no sanitaria	8
Hospital del Sureste	Construcción y gestión no sanitaria	8
Hospital Puerta de Hierro	Construcción y gestión no sanitaria	5
Hospital Infanta Elena (Valdemoro)	Construcción y gestión integral	5
Hospital de Torrejón	Construcción y gestión integral	1
Hospital Rey Juan Carlos	Construcción y gestión integral	1
HH. Infanta Cristina y del Tajo*	Gestión sanitaria	1
Hospital Infanta Leonor	Gestión sanitaria	1
Hospital Infanta Sofía	Gestión sanitaria	1
Hospital del Henares	Gestión sanitaria	1
Hospital del Sureste	Gestión sanitaria	1

CATALUÑA

Hospital Jaume Nadal Meroles	Construcción y gestión integral	2
Hospital Duran I Reynals	Construcción y gestión integral	1
C. A. P. Olesa de Montserrat	Construcción y gestión integral	1

ISLAS BALEARES

Hospital Son Espases	Construcción y gestión no sanitaria	6
Hospital Can Misses	Construcción y gestión no sanitaria	2
Hospital de Formentera	Construcción y gestión no sanitaria	2
Área de salud de Eivissa	Construcción y gestión no sanitaria	2
Andratx	Construcción y gestión no sanitaria	2
Ariany	Construcción y gestión no sanitaria	2
Es Molinar	Construcción y gestión no sanitaria	2
Esporles	Construcción y gestión no sanitaria	2

Tabla 8

Número de empresas participantes en las licitaciones de hospitales

Licitación	Objeto de externalización	Número de participantes
María de la Salut	Construcción y gestión no sanitaria	2
Muro	Construcción y gestión no sanitaria	2
Porreres	Construcción y gestión no sanitaria	2
Sa Pobla	Construcción y gestión no sanitaria	2
Ses Salines	Construcción y gestión no sanitaria	2
Son Servera	Construcción y gestión no sanitaria	2
CASTILLA Y LEÓN		
Hospital Universitario de Burgos	Construcción y gestión no sanitaria	8
NAVARRA		
Centro de Salud Mental de Burlada y Hospital de Día de Salud Mental	Gestión no sanitaria	1
Hospital de día Zuría	Gestión no sanitaria	1
LA RIOJA		
Centro Sociosanit. de Convalecencia Los Jazmines de Haro	Construcción y gestión integral	1
Centro Sociosanit. de Convalecencia Virgen del Carmen en Calahorra	Construcción y gestión integral	2
TOTAL NACIONAL (en la última columna, promedio de participantes)		
14 licitaciones	Construcción y gestión integral	1,5 empresas
22 licitaciones	Construcción y gestión no sanitaria	4,3 empresas
5 licitaciones	Gestión sanitaria	1,0 empresas
2 licitaciones	Gestión no sanitaria	1,0 empresas
TOTAL		2,9 empresas

* Se adjudican como un único lote.

Fuente: Elaboración propia a partir de la información aportada por las Consejerías de Salud y sitio web de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Como se aprecia en la tabla anterior, el número medio de empresas participantes en las 43 licitaciones recogidas es de 2,9 empresas por licitación. Solamente en 10 licitaciones acudieron más de 2 empresas, y en 17 licitaciones únicamente concurrió una empresa.

Las 19 licitaciones que incluyeron la gestión sanitaria (los tipos “Construcción y gestión integral” y “Gestión sanitaria” en la tabla) tuvieron un promedio de empresas participantes inferior a 2 por licitación (de las 19 licitaciones, sólo en 4 se presentó más de 1 candidato), mientras que en las otras 24 licitaciones que no incluyeron la gestión sanitaria el promedio de empresas participantes fue superior a 4.

Del análisis anterior, podría colegirse que o bien el número de potenciales competidores capaces de prestar servicios de gestión sanitaria es especialmente reducido o bien el escaso número de licitadores se deriva del diseño del procedimiento licitador o del comportamiento o incentivos de los agentes relacionados con dicho procedimiento.

La sección 2 de este informe muestra que el número de empresas que compiten en la prestación de servicios sanitarios privados es elevado (gráfico 2), y que, presentes ya en el mercado, hay varios grupos privados, de carácter lucrativo y no lucrativo, que gestionan una red de varios hospitales. En consecuencia podría existir, *a priori*, un número relativamente alto de candidatos potenciales, incluso sólo entre los operadores ya presentes, para la gestión de servicios sanitarios públicos. Sin embargo, en varias licitaciones la única empresa participante ha sido siempre la misma. Así, por ejemplo, a 5 de las 6 licitaciones en la Comunidad Valenciana concurrió solo una agrupación de empresas y las 6 licitaciones han sido adjudicadas a agrupaciones de empresas participadas todas ellas por la empresa Ribera Salud⁵².

Tampoco parece ser compatible con un procedimiento competitivo robusto la escasa participación que se ha producido en algunos de los procesos de externalización de la Comunidad de Madrid, en concreto en la licitación de la gestión sanitaria en 2013 de seis hospitales. En este procedimiento se licitaron 5 lotes, no pudiendo resultar adjudicataria de más de tres hospitales (dos lotes) una misma empresa o grupo de empresas. El hecho es que sólo se presentaron tres empresas para los cinco lotes, no existiendo concurrencia de ofertas para ningún lote⁵³ y resultando que no hubo reducciones significativas en ninguno de los mismos de la variable precio (la cápita) propuesta respectivamente por el licitador.

En el caso de las Islas Baleares, sólo en la licitación del Hospital Universitario Son Espases participaron más de dos empresas (el número de participantes totales fue seis).

52 En el Hospital de Manises de la Comunidad Valenciana, Ribera Salud ha participado en la UTE hasta diciembre de 2012.

53 En el caso de las externalizaciones de la Comunidad de Madrid del año 2013, y suponiendo que se trata de una subasta de valores comunes, la probabilidad de que se produjera el resultado observado es extremadamente reducida, aunque dependiente del número de potenciales licitadores. Por ejemplo, si existieran 6 posibles licitadores, la probabilidad de que sólo se presentaran tres candidatos a los cinco lotes, que ningún lote quede sin oferta y que sus ofertas no coincidieran para ningún lote es del 0,0002%; si el número de posibles licitadores fuera mayor, por ejemplo, 50 empresas, dicha probabilidad sería prácticamente cero ($9,8 \cdot 10^{-68}\%$).

Se obtienen resultados similares del análisis de los procedimientos de Cataluña, Navarra y La Rioja, donde en ningún caso ha habido más de dos empresas participantes.

La Guía sobre Contratación Pública y Competencia de la CNC establece como uno de los indicadores para detectar posibles casos de colusión entre los licitadores la existencia de un número de licitadores más reducido de lo habitual. La Guía recomienda a las Administraciones públicas acudir a la autoridad de competencia ante sospechas de esta clase de prácticas.

3.2.1 Requisitos económicos y técnicos de acceso a la licitación

Los requisitos de solvencia económico-financiera y capacitación técnico-profesional que se recogen en los pliegos de los procesos de licitación están dirigidos a garantizar una calidad mínima en la prestación de los servicios, de forma que los participantes que cumplen los requisitos estén capacitados para llevar a cabo la prestación del servicio de manera adecuada. Por ello, estos criterios deben estar vinculados con el objeto del contrato y deben ser proporcionados al mismo. De no ser así, se podrían generar barreras de acceso innecesarias y, por tanto, reducir desproporcionadamente la competencia en la licitación.

La Guía sobre Contratación Pública y Competencia de la CNC recoge diferentes tipologías de requisitos de acceso a las licitaciones que pueden resultar innecesarios o no proporcionados para asegurar un mínimo de calidad en la prestación de los servicios objeto de las licitaciones.

- **Exigencia de solvencia y clasificación de los licitadores.** La Guía sobre Contratación Pública y Competencia señala que la solvencia económico-financiera y técnico-profesional debe estar vinculada al objeto del contrato y ser proporcional al mismo. Los medios de prueba de la solvencia deben ser también proporcionados.
- **Exigencia de una determinada forma jurídica.** La Guía sobre Contratación Pública y Competencia de la CNC recuerda la prohibición de supeditar el acceso a una licitación pública a presentar una determinada forma jurídica, ya que de ser así, se estarían excluyendo *a priori* a una serie de empresas que, de no existir esta limitación, podrían estar en condiciones de llevar a cabo la prestación del servicio de manera adecuada.
- **Discriminación por razones de territorio.** Todas aquellas disposiciones de las que se deriven diferencias en el acceso por razón del territorio, lengua, domicilio o nacionalidad, así como la exigencia de que los participantes se localicen en un determinado territorio constituirían barreras a la entrada, en principio, injustificadas.
- **Requisitos técnicos y económicos innecesarios o excesivos.** La Guía sobre Contratación Pública y Competencia también enfatiza los efectos anticompetitivos derivados del establecimiento de referencias a determinadas tipologías, marcas o especificaciones técnicas que definan el acceso

al mercado, así como aquellos requisitos que puedan suponer una carga económica excesiva para los licitadores, con excepción de aquellas disposiciones contempladas en la ley. Esta prohibición se apoya en el hecho de que constituyen un criterio excesivo e injustificado que priva a otras potenciales empresas de acceder a la licitación.

- **Exigencias de certificaciones de calidad.** Las Administraciones Públicas pueden contemplar en los pliegos la exigencia de aportar determinados certificados de calidad. Se entiende que esta previsión no supone una restricción a la competencia siempre que se acepten las certificaciones emitidas por cualquier entidad de certificación acreditada por la Entidad Nacional de Acreditación. Asimismo, esta certificación es una de las alternativas existentes para certificar la calidad pero no deben excluirse otras posibilidades de acreditación por otros medios.

Cuadro 5

Exigencia de solvencia a las empresas que concurren en una UTE

En el caso de las empresas que concurren agrupadas, tal y como ha puesto de manifiesto la CNC, la exigencia de que cada una de las empresas satisfaga individualmente los criterios exigidos de solvencia técnica y económica puede tratarse de una restricción *“innecesaria e injustificada, puesto que si una UTE se presenta al concurso lo relevante es que, como unidad económica, sea capaz de cumplir los requisitos que se le exigen. Precisamente una de las razones por la que se constituyen UTEs para participar en los concursos suele ser la de aglutinar experiencia y solvencia técnica y económica/financiera de diferentes operadores económicos, permitiendo con ello el acceso a los concursos a empresas que individualmente no podrían competir. Exigir los requisitos a cada uno de los integrantes de la UTE supone restringir innecesariamente la capacidad de participación de muchas empresas en los concursos y, con ello, obstaculizar de manera injustificada la competencia en la licitación.”* (CNC, Res. S/0272/10, FJ 2º, subrayado añadido).

Existen **numerosos ejemplos** en cuanto a la exigencia de solvencia individual a las empresas que concurren en una UTE:

- El pliego de condiciones administrativas particulares (PCAP) para la externalización de la gestión sanitaria de los hospitales Infanta Leonor, Infanta Sofía, Infanta Cristina, Hospital del Tajo, Hospital del Henares y Hospital del Sureste de la Comunidad de Madrid prevé determinados requisitos de solvencia a las empresas que se presenten a la licitación (cifra de negocios y resultados positivos en 2 de los 3 últimos ejercicios). En el caso de empresas que se presentan conjuntamente en una UTE, se exige que cada uno de los miembros de la UTE cumpla dichos requisitos individualmente.
- En los PCAP de los hospitales Son Espases y Can Misses de Islas Baleares, el Hospital de Torrejón, el Hospital Infanta Elena y el Hospital Rey Juan Carlos de la Comunidad de Madrid* se exige que el criterio de resultados positivos de las cuentas anuales se cumpla por cada uno de los licitadores aunque concurren agrupados.
- En los pliegos de externalización de las áreas de salud de Ribera, Torrevieja, Denia, Manises y Elche-Crevillente de la Comunidad Valenciana se dispone que cuando dos o más empresas presenten una oferta conjunta *“cada una acreditará su personalidad, capacidad y solvencia”*.

- El PCAP por el que se externaliza la gestión del servicio del laboratorio central de la Comunidad de Madrid* también exige el cumplimiento de los criterios de solvencia relativos a las cuentas anuales *“para el licitador o cada uno de los licitadores”* en caso de concurrir en agrupación de empresas.

Por el contrario, la licitación de la construcción y explotación de los servicios no sanitarios del nuevo Hospital de Burgos prevé, de forma más favorable a la competencia, la acumulación de las características de cada una de las empresas que concurren en UTE a efectos de cumplir con los requisitos de solvencia exigidos.

* Para el requisito de financiación sí se permite la acumulación para determinar que el licitador, o los licitadores, gozan de una situación financiera suficientemente saneada.

Cuadro 6

Acreditar beneficios en dos de los últimos tres años

Los pliegos de externalización de la gestión sanitaria de los hospitales Infanta Leonor, Infanta Sofía, Infanta Cristina, Hospital del Tajo, Hospital del Henares y Hospital del Sureste de la Comunidad de Madrid, del Hospital Can Misses de las Islas Baleares y del Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles exigen a las empresas licitadoras haber registrado beneficios positivos en dos de los últimos tres años.

Los pliegos de externalización del laboratorio central de la Comunidad de Madrid, del nuevo Hospital de Burgos y del Hospital Infanta Elena de Valdemoro exigen que las cuentas anuales de los últimos tres años reflejen resultados positivos en al menos uno de ellos.

Este tipo de requisitos penaliza a las empresas de nueva constitución, a aquellas empresas que hayan llevado a cabo inversiones recientes, o que hayan optado por criterios conservadores para la amortización de sus inversiones y el reconocimiento de dificultades de pago de sus deudores. Por otra parte, el requisito no acredita suficientemente la solvencia de los licitadores, dado que pueden existir, por ejemplo, empresas muy endeudadas y, por tanto, con escasa capacidad de endeudamiento para realizar las inversiones necesarias al objeto del contrato, y que sin embargo hayan registrado beneficios en alguno de los últimos años.

Cuadro 7

Criterios de experiencia previa aparentemente no proporcionados

El PCAP para la externalización de la gestión sanitaria de los hospitales Infanta Leonor, Infanta Sofía, Infanta Cristina, Hospital del Tajo, Hospital del Henares y Hospital del Sureste de la Comunidad de Madrid establece como criterio de solvencia técnica haber operado un número de camas igual o superior a la de cada hospital que se licita. Si bien la exigencia de una determinada experiencia en la gestión puede estar justificada para garantizar la adecuada prestación de servicios a los ciudadanos, el hecho de que dicho requisito acredite la solvencia técnica no supone que sea la única forma posible de acreditarla, ni que sea la forma más proporcionada para ello.

En los pliegos de los hospitales de Torrejón y Rey Juan Carlos de Móstoles, para demostrar la solvencia técnica debe acreditarse, a través de declaración responsable, haber ostentado la titularidad o gestión durante los últimos tres años, de al menos dos hospitales de agudos con

un mínimo conjunto de 150 camas. En los pliegos del Hospital Infanta Elena de Valdemoro, la solvencia técnica se acredita con la titularidad o gestión, durante los últimos cinco años, de al menos dos hospitales de agudos como mínimo de sesenta camas. El número de hospitales gestionados o bajo titularidad del licitador, debería resultar irrelevante, ya que parece razonable que el requisito verse sobre la titularidad o gestión de un complejo con características similares. Por ello, el dato relevante debería ser el número de camas, con independencia de que éstas pertenezcan a uno o varios hospitales. El requisito de ser titular o gestionar al menos dos hospitales, podría limitar la entrada de empresas que sean titulares o gestionen un hospital con características similares y que, por tanto, pudieran estar capacitadas para administrar el hospital*.

En los PCAP del Área de Salud 10 (Ribera) y del Área de Salud de Torrevieja de la Comunidad Valenciana, se recoge como uno de los criterios de solvencia técnica para la construcción del hospital de la Ribera, haber sido adjudicatario con anterioridad para la construcción de obra pública de características similares al futuro hospital. Por tanto, se prima la participación en una obra de carácter público en detrimento de la realización de proyectos de carácter privado, pudiendo ser de características similares. El objetivo de exigir cierta experiencia en la construcción de complejos similares radica en la acreditación de que las empresas que licitan tienen la capacidad técnica suficiente para realizar el proyecto con la diligencia debida, con independencia de cuál haya sido la naturaleza del proyecto ejecutado. De no ser así, se estaría favoreciendo desproporcionadamente la participación de empresas incumbentes que ya hubieran realizado proyectos públicos y, de facto, supondría un cierre de mercado para que nuevas empresas pudieran contratar en estos mercados con la Administración.

* Un ejemplo es el pliego del Hospital de Can Misses, en los que para acreditar la solvencia se exige experiencia específica en la ejecución de dos edificios de volumen y complejidad similar al que es objeto de este contrato y la prestación de, al menos, tres servicios análogos a los señalados en el pliego, así como una experiencia de 5 años para su personal directivo.

Cuadro 8

Discriminación en los requisitos acreditativos de la solvencia técnica

En los PCAP de externalización de la Comunidad Valenciana, los licitadores deben ejercer su actividad como prestadores de servicios sanitarios o en el sector de seguros de asistencia sanitaria (en el caso de UTEs, la UTE debe estar liderada por una empresa de una de estas clases). Sin embargo, los requisitos previstos en los pliegos para asegurar la solvencia técnica difieren en función del tipo de licitador:

- Si el licitador opera principalmente como prestador de servicios sanitarios, los pliegos del Área de Salud 12 (Denia), de L'Horta-Manisses y de Elx-Crevillent exigen acreditar las actividades que en ese ámbito lleve a cabo, mientras que en los pliegos de Torrevieja y del Área de Salud 10 (La Ribera), se exige al licitador poseer un hospital de similares características al que es objeto de licitación.
- En cambio, si el licitador opera principalmente en el sector de seguros de asistencia sanitaria, en todos los casos se establece como único requisito aportar *“Informe de la Dirección General de Seguros sobre suficiencia del margen de solvencia y fondos propios para el volumen de contratación esperado”*.

El certificado justificativo sobre la capacidad financiera del licitador, como ocurre cuando se trata de empresas del ámbito de los seguros de asistencia sanitaria, no parece guardar relación alguna con la solvencia técnica. Así, mientras que las empresas de seguros sanitarios no deben acreditar su solvencia técnica, a las empresas que operan en la prestación de servicios sanitarios sí se les exige.

Cuadro 9

Requisitos excesivos de solvencia técnica

En los PCAP de externalización de la Comunidad Valenciana se permite a los prestadores de servicios sanitarios o que ejerzan su actividad en el sector de seguros de asistencia sanitaria presentarse en UTE con otras empresas constructoras, financieras o tecnológicas. Los PCAP de Torrevieja y del Área de Salud 10 (La Ribera) establecen, como parte de los requisitos de solvencia técnica, que la empresa constructora haya sido adjudicataria con anterioridad para la construcción de obra pública de características similares a la proyectada. Este requisito, sin embargo, no se exige en el resto de PCAP de la Comunidad Valenciana, cuyo objeto de externalización tiene características similares, y puede restringir el acceso de potenciales candidatos.

En el PCAP de Torrevieja de la Comunidad Valenciana se establecen requisitos detallados para el equipo técnico redactor del proyecto-dirección facultativa de la obra: *“deberá tener reconocida solvencia y en él deberán figurar, al menos, un arquitecto superior, un ingeniero industrial superior y un aparejador o arquitecto técnico (...). En el caso del arquitecto superior deberá haber intervenido en la redacción del proyecto básico y de ejecución y dirección facultativa de al menos dos hospitales de nueva planta en los últimos cinco años o de dos obras hospitalarias con un presupuesto superior a 30 millones de euros en este mismo periodo”*. Tanto el grado de detalle sobre la composición del equipo técnico como los requisitos que se exigen al arquitecto superior parecen excesivos y no proporcionados, y se pueden plantear dudas sobre su necesidad al no exigirse en ninguno de los demás PCAP de la Comunidad Valenciana, cuyo objeto de externalización es de características similares. El excesivo grado de detalle sobre la composición del equipo técnico puede limitar la capacidad autoorganizativa de los licitadores, mientras que los requisitos del arquitecto superior pueden restringir severamente el número de candidatos posibles.

3.2.2 Publicidad y acceso a la información relevante para preparar la oferta

La participación de licitadores capaces de competir efectivamente por la prestación del servicio que se externaliza depende de manera crucial de que el anuncio de licitación provea toda la información necesaria para preparar adecuadamente las ofertas. Esto supone:

- Que exista suficiente publicidad de las licitaciones. Cuanto mayor sea la publicidad de los anuncios de licitaciones, más probable es que aparezca un mayor número de candidatos.
- Que exista suficiente tiempo para preparar las ofertas, dado que la construcción y gestión de servicios en el ámbito sanitario es compleja, y el licitador debe preparar soluciones técnicas complejas y valorarlas adecuadamente.
- Que la información publicada permita reducir al máximo, para todos los participantes, las posibles incertidumbres sobre la magnitud y evolución futura de la corriente de ingresos y costes del contrato.
- Que no existan asimetrías de información entre los potenciales licitadores. Si una empresa tiene una ventaja de información sobre sus competidores, éstos tendrán menores incentivos a presentarse a la licitación, dado que el

problema económico que puede surgir en las licitaciones denominado la “maldición del ganador” se agudizará para ellos.

Publicidad suficiente de los anuncios de licitación y tiempo para preparar las ofertas

Para asegurar la efectividad del concurso y posibilitar una amplia participación de empresas en los procesos de licitación, es aconsejable utilizar de la manera más amplia posible todos los mecanismos que el órgano contratante tenga a su disposición. Esto implica la difusión a través de los diarios oficiales e, incluso, más allá de los casos previstos en la normativa, la utilización de la Plataforma de Contratación del Estado.

La mayor propagación contribuye a reducir los costes de búsqueda por parte de las empresas, cuyo efecto directo es una mayor participación en el proceso de licitación y, por ende, una mayor competencia. Asimismo, en la medida que las empresas deban destinar menores recursos a la búsqueda de los procedimientos, tendrán margen para una mayor eficiencia, que podrá reflejarse en menores precios de las ofertas o una mayor calidad en la ejecución del contrato y, por tanto, mejoras desde el punto de vista de las Administraciones Públicas y de los ciudadanos.

Cuadro 10

Publicidad insuficiente de las licitaciones

La licitación de los contratos sujetos a una regulación armonizada, como es el caso de los contratos de obras o concesión de obra pública que superen determinados umbrales cuantitativos (art. 14 TR), debe publicarse en el Boletín Oficial del Estado (BOE) y en el Diario Oficial de la Unión Europea (DOUE)*. De esta forma, todos los pliegos analizados que conllevan la ejecución de la obra del hospital o un centro de salud, calificados como contratos de concesión de obra pública, han sido publicados en tres diarios oficiales distintos: el diario autonómico correspondiente, el BOE y el DOUE, concediendo a estos contratos una amplia difusión.

No obstante, en el caso de la externalización de la gestión sanitaria de los hospitales Infanta Leonor, Infanta Sofía, Infanta Cristina, del Tajo, del Henares y del Sureste de la Comunidad de Madrid, como no llevan aparejada la construcción de obras, no tendrían en principio obligación de publicación más allá de los diarios oficiales autonómicos. De hecho, los anuncios de licitación tan sólo fueron publicados en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid (BOCM). Teniendo en cuenta la cuantía del contrato, superior a los 4.000 millones de euros, hubiera sido recomendable una mayor difusión de la licitación con el objeto de ampliar el número de potenciales participantes en la misma, potestad que el órgano contratante tiene reconocida en la ley**.

* Art. 142.1. TRLCSP: “Los procedimientos para la adjudicación de contratos de las Administraciones Públicas, a excepción de los negociados que se sigan en casos distintos de los contemplados en los apartados 1 y 2 del artículo 177, deberán anunciarse en el «Boletín Oficial del Estado». No obstante, cuando se trate de contratos de las Comunidades Autónomas, entidades locales u organismos o entidades de derecho público dependientes de las mismas, se podrá sustituir la publicidad en el «Boletín Oficial del Estado» por la que se realice en los diarios o boletines oficiales autonómicos o provinciales.

Cuando los contratos estén sujetos a regulación armonizada, la licitación deberá publicarse, además, en el «Diario Oficial de la Unión Europea», sin que en este caso la publicidad efectuada en los diarios oficiales autonómicos o provinciales pueda sustituir a la que debe hacerse en el «Boletín Oficial del Estado».

** Art. 142.2 TRLCSP.

Cuadro 11

Plazos reducidos para preparar las ofertas*

La concesión de un plazo reducido para la presentación de ofertas puede tener el efecto indeseado de constreñir el número de empresas concurrentes a las licitaciones, e incluso de otorgar ventaja a algunas empresas que cuenten inicialmente con información, aunque la misma no sea privada. Por ejemplo, el anuncio de licitación de la externalización de la gestión sanitaria de los hospitales Infanta Leonor, Infanta Sofía, Infanta Cristina, Hospital del Tajo, Hospital del Henares y Hospital del Sureste de la Comunidad de Madrid se publicó en el BOCM el 7 de mayo de 2013, concediéndose un plazo de presentación de ofertas de un mes (hasta el 7 de junio de 2013). Este plazo puede resultar escaso para la preparación de las proposiciones, dada la complejidad de los requisitos de participación y los criterios de valoración. Por ejemplo, el detalle requerido en el plan asistencial limita gravemente el número de empresas que pueden realizarlo en el plazo de un mes desde la publicación de los pliegos.

En las licitaciones de los hospitales de Torrejón y Rey Juan Carlos de Móstoles, se concedió un mes y medio para la presentación de las ofertas, que debían contener en detalle el desarrollo de un plan asistencial, un proyecto de licitación de construcción del hospital y un plan de inversiones, entre otros elementos.

En las licitaciones de las Áreas de Salud de la Comunidad Valenciana correspondientes a los hospitales de Ribera y Torrevieja, el plazo para la presentación de ofertas apenas alcanzaba el mes y medio, exigiéndose presentar un plan de gestión de calidad, anteproyectos técnicos, plan de inversiones e información sobre el equipo técnico del proyecto.

* El TRLCSP determina en el artículo 159 un plazo no inferior a 52 días desde la fecha del envío del anuncio del contrato a la Comisión Europea para los contratos sujetos a regulación armonizada, mientras que el plazo para contratos no sujetos a regulación armonizada, el plazo de presentación de ofertas no podrá ser inferior a 15 días desde la publicación del anuncio del contrato.

Cuadro 12

Modificaciones de las condiciones de licitación sin ampliación de plazos

Durante el plazo de presentación de ofertas del proceso de externalización de la gestión sanitaria de los hospitales Infanta Leonor, Infanta Sofía, Infanta Cristina, Hospital del Tajo, Hospital del Henares y Hospital del Sureste de la Comunidad de Madrid, se introdujeron dos modificaciones en los pliegos. La primera corrección de errores versa sobre un porcentaje de la fórmula para la valoración de la oferta económica. La segunda se produjo con fecha 3 de junio de 2013, aclarando que la garantía del licitador con la oferta económica más ventajosa debía alcanzar el 5% del importe *anual* del contrato y no del importe *global* del mismo.

Esta nueva interpretación de la cuantía podría suponer mayor facilidad de acceso a la licitación y ser favorable a la competencia. Sin embargo, esta modificación se produjo sólo cuatro días antes de la finalización del plazo para presentación de ofertas lo que, dado el volumen de información que las empresas debían presentar, planteaba dificultades para que empresas potencialmente interesadas pudieran presentar toda la documentación requerida. De hecho, podría haberse dado el caso de alguna empresa que hubiera descartado participar al entender que no era económicamente rentable, y que con el cambio de condiciones hubiera modificado su decisión, pero sin disponer de tiempo para preparar una oferta. Incluso, podría también haber ocurrido que alguna empresa hubiera presentado ya su oferta antes del cambio de condiciones, porque el anuncio se efectuó dentro del plazo para ello.

Información suficiente para preparar las ofertas

Los pliegos deben aportar el máximo de información económica y técnica sobre los costes e ingresos futuros que tendrá el prestatario del servicio, a fin de que el riesgo incurrido por los licitadores en el momento de presentar sus ofertas se minimice. Cuanto mayor sea el grado de incertidumbre, mayor será el riesgo percibido por los potenciales licitadores, lo que puede retraer a algunos licitadores de presentarse, tener consecuencias negativas para la Administración contratante en cuanto al precio y calidad ofertadas por los licitadores e incrementar la probabilidad de que, a posteriori, los adjudicatarios no puedan asumir los costes del contrato.

Cuadro 13

Incertidumbre, en el momento de presentar las ofertas, de los costes a asumir

En el PCAP de externalización de la gestión sanitaria de los hospitales Infanta Leonor, Infanta Sofía, Infanta Cristina, Hospital del Tajo, Hospital del Henares y Hospital del Sureste de la Comunidad de Madrid, los cobros y pagos por el contrato tienen asociada una incertidumbre muy elevada, pues dependen de factores externos cuya previsión actual por los licitadores es limitada, y en algunos casos depende de la discrecionalidad administrativa. En concreto, los factores donde más acusadamente se constatan estos problemas son:

- **Personal médico:** los licitadores desconocen el detalle del personal médico que se quedará finalmente en el hospital (el PCAP contempla que el personal de los hospitales puede optar por quedarse o no) y cuyos costes laborales habrán de asumir.
 - **Facturación intercentros:** La Comunidad de Madrid no ha puesto a disposición de los posibles adjudicatarios estadísticas que permitan hacer estimaciones fiables sobre cuánto supondrá la facturación y las posibilidades de mejorarla por el adjudicatario, sino simplemente un montante global del promedio que ha supuesto la facturación neta intercentros en los dos años anteriores en cada hospital. Tampoco existe una metodología de cálculo establecida de los precios por tipo de intervención, sino que periódicamente se publican los precios, de forma que puede percibirse un elevado riesgo regulatorio por los agentes ante posibles modificaciones desfavorables de estos precios. Este mismo problema se observa en los pliegos de externalización de la gestión de los hospitales de Torrejón, Infanta Elena de Valdemoro, Rey Juan Carlos de Móstoles y en los PCAP de las cinco áreas de salud de la Comunidad Valenciana.
-

Igualdad en el acceso a la información

Los pliegos deben aportar toda la información técnica relevante que facilite la preparación de cara a la presentación de ofertas por parte de las empresas participantes en la licitación. No obstante, existen circunstancias en las que a priori determinadas empresas cuentan con más información que el resto de potenciales competidores. Estos casos pueden ocurrir, por ejemplo, cuando una empresa ha estado prestando el servicio anteriormente, y así conoce con mayor profundidad los aspectos relativos a determinados beneficios y costes de operación y la ejecución del servicio.

Para asegurar una simetría de información de todos los candidatos, en estos casos de renovación de contratos o en circunstancias similares, el órgano de contratación debe hacer pública con antelación suficiente toda la información que sea necesaria para la adecuada elaboración de las ofertas.

Cuadro 14

Asimetrías en el acceso a información

En los pliegos de externalización de la gestión sanitaria de los hospitales Infanta Leonor, Infanta Sofía, Infanta Cristina, Hospital del Tajo, Hospital del Henares y Hospital del Sureste de la Comunidad de Madrid, se exige que en el plan asistencial se recojan aspectos tales como una previsión de la demanda de servicios sanitarios y una estimación de las necesidades de ampliación de las infraestructuras de cada hospital. Esta información puede ser imposible de recabar para las empresas que no estén ya operando en las mismas zonas, por lo que parten con cierta ventaja aquellas empresas gestoras de servicios no sanitarios de los mencionados hospitales, así como aquellas empresas que, en el ámbito de la sanidad privada, realizan su actividad en la misma zona que el hospital cuya gestión se externaliza.

Una situación similar se produce para la facturación intercentros que contemplan los pliegos que externalizan la gestión sanitaria de la Comunidad Valenciana y la Comunidad de Madrid, cuyo cálculo está previsto para la determinación de la retribución a los adjudicatarios en los pliegos de aquellos hospitales con gestión sanitaria externalizada. Como se ha comentado, en ninguno de los casos parecen existir estadísticas que permitan hacer estimaciones fiables ni metodología de cálculo. En el caso concreto de los seis hospitales cuya gestión sanitaria se externaliza en 2013 en la Comunidad de Madrid, previamente se había externalizado la gestión no sanitaria, por ello, esta falta de transparencia en la determinación de la facturación intercentros puede favorecer a las empresas que realizan la gestión no sanitaria de estos hospitales porque cuentan con un mayor conocimiento sobre la gestión y funcionamiento de los mismos.

En los pliegos de externalización de la gestión sanitaria de los hospitales Infanta Leonor, Infanta Sofía, Infanta Cristina, Hospital del Tajo, Hospital del Henares y Hospital del Sureste de la Comunidad de Madrid, el adjudicatario se ve obligado a contratar, hasta el año 2016, los servicios del laboratorio con la empresa que resultó adjudicataria del contrato de laboratorio, efectuado en 2008, y a partir de ahí, prestarlo con sus propios medios o contratarlo con un tercero. Así, la empresa adjudicataria de estos servicios (una UTE compuesta por IDC-Capio y Ribera Salud) dispone, a diferencia de otros posibles licitadores, de información detallada relativa al coste real de estos servicios.

3.3

Criterios y procedimiento de adjudicación de los contratos

De acuerdo con la normativa vigente, los criterios de valoración de las ofertas deben ser públicos, guardar relación con el objeto del contrato y deben ser objetivos. Es importante que los criterios de adjudicación cumplan determinados aspectos que se analizan a continuación.

3.3.1 Garantía de la igualdad de trato y de no discriminación entre licitadores

Tal y como establece el TRLCSP, los órganos de contratación deben dar a los licitadores y candidatos un tratamiento igualitario y no discriminatorio. Esto supone, tal y como expone la Guía sobre Contratación Pública y Competencia, la prohibición de favorecer a empresas que ya se encuentran establecidas en el sector, a través de distintos mecanismos que primen esta circunstancia.

- **Valoración de la experiencia.** La normativa española y la jurisprudencia establecen que la solvencia es el elemento que mide la aptitud de las empresas, mientras que los criterios de evaluación han de medir las características de la oferta. Por ello, no resultaría adecuado considerar la experiencia de los licitadores como un parámetro puntuable en el proceso de adjudicación. En consecuencia, todas aquellas empresas que cumplan con los requisitos de solvencia recogidos en los pliegos se entiende que se encuentran igualmente capacitadas para ejecutar el contrato, y la selección entre ellas debe realizarse sobre la base de otros criterios.
- **Valoración del cumplimiento satisfactorio de otros contratos.** La participación de empresas en la ejecución de contratos anteriores con la Administración no debe actuar como criterio de adjudicación del contrato, puesto que de ser así, se estaría cerrando el mercado a nuevas empresas y se constituiría un círculo muy restringido de empresas con las que las Administraciones pudieran contratar, con el consiguiente riesgo de posibles acuerdos anticompetitivos de reparto de mercado o fijación de precio entre las empresas ya establecidas. Por ello, sólo debe tenerse en cuenta la previsión recogida en la normativa sobre la prohibición de contratar por parte de las Administraciones Públicas con empresas que hubieran incumplido en procesos anteriores las condiciones especiales de ejecución del contrato.
- **Derechos de preferencia y tanteo.** La Guía sobre Contratación Pública y Competencia recomienda evitar estos dos derechos ya que, en última instancia, se traducen en situaciones asimétricas entre las empresas candidatas a la licitación. En efecto, en el caso del derecho de preferencia se conceden, bajo determinadas circunstancias, ventajas al vigente titular por el mero hecho de serlo. Por su parte, el derecho de tanteo permite al beneficiario subrogarse en la posición del licitador que resulte adjudicatario, sustituyéndole en el contrato. Se observa, por tanto, que en ambos casos se favorece o bien al vigente titular de la concesión o a un tercero en detrimento de un proceso abierto, transparente y público que permita la presentación de ofertas y fomente la competencia en el mercado.

3.3.2 Subsanción de errores por el licitador

Existen una serie de exigencias en el procedimiento administrativo que se dirigen a garantizar la seguridad jurídica a los licitadores. No obstante, este procedimiento puede, a su vez, presentar una serie de trámites complejos y costosos que pueden suponer obstáculos a la participación de empresas en la licitación, afectando de manera acusada a las pequeñas empresas que no siempre cuentan con infraestructura suficiente para poder hacer frente a estos trámites. Para evitar que estos trámites funcionen como obstáculos a la participación de empresas, la normativa prevé un plazo para la subsanación de errores, de forma que aspectos formales no actúen como óbice para una mayor competencia.

Tal y como establece la Guía sobre Contratación Pública y Competencia, con carácter general es subsanable la acreditación de datos o elementos relativos a todas aquellas características que presentaba la empresa en el momento de conclusión del plazo de presentación de ofertas. Sin embargo, no se consideran subsanables la acreditación de aquellos elementos que en el momento de finalización del plazo no existieran en la empresa o aquellos elementos que se refieren al contenido de las proposiciones de las empresas candidatas.

3.3.3 Ponderación adecuada de las variables básicas

La Guía sobre Contratación Pública y Competencia detecta una serie de elementos que pueden dificultar la ponderación de las variables básicas. En efecto, los criterios establecidos para valorar las ofertas deben estar diseñados de manera que permitan reflejar la prioridad e importancia concedida a cada uno de los elementos competitivos y además, debe existir margen para la competencia entre tales variables.

En el caso de que el diseño no atendiera a estos principios, el resultado final podría resultar en una inadecuada prestación de los servicios o en precios superiores al precio competitivo, especialmente en los casos de servicios públicos.

- **Ponderación inadecuada de los distintos criterios de valoración.** Para garantizar la correcta ejecución del contrato, es razonable que los criterios de valoración que se establecen, así como su ponderación, tengan relación con el objeto del contrato. De no ser así, no se estaría asegurando una prestación del servicio óptima. Para el caso de los servicios sanitarios, el objetivo fundamental es asegurar una adecuada prestación del servicio al paciente, por lo que cabe una elevada puntuación de los criterios relativos a la calidad del servicio. Por ello, habría que conseguir un equilibrio entre la competencia en la variable precio y la calidad del servicio y evitar que los pliegos se basen en cuestiones técnicas que no aseguren un determinado nivel de calidad en la prestación del servicio, así como pliegos que incentiven un mayor ingreso a corto plazo en detrimento de la calidad. No obstante, en los pliegos de externalización de la construcción y gestión no sanitaria se diluye el componente relativo a la salud pública, por lo que el precio del contrato debe obtener una mayor ponderación, por ser una

variable de carácter objetivo y económicamente cuantificable que permite señalar la eficiencia relativa de los distintos operadores. De esta manera, se reduce en este caso el riesgo de que la Administración conceda una mayor ponderación a criterios que tengan un mayor componente discrecional, circunstancia que podría derivar en una ejecución subóptima de los servicios.

Cuadro 15

Valoración reducida de la oferta económica en gestión no sanitaria

En los pliegos de los hospitales de Son Espases y Can Misses de las Islas Baleares, la variable precio tiene una ponderación de 30 puntos sobre los 100 posibles. En estos casos, el objeto del contrato no abarca la gestión sanitaria.

Cuadro 16

Valoración de criterios económicos con escasa relevancia en la facturación

Los PCAP de L'Horta-Manises y Elx-Crevillent de la Comunidad Valenciana establecen que el precio del contrato se compone de 3 elementos: la parte capitativa (prima per cápita por población protegida), la facturación intercentros (el saldo resultante por la liquidación por la atención, por parte del concesionario, de pacientes que no forman parte de la población protegida por el concesionario, menos la liquidación por la atención, por parte de terceros, de pacientes que forman parte de la población protegida por el concesionario) y el ahorro por la prestación farmacéutica.

Sin embargo, entre los criterios de valoración de las ofertas, hay un único criterio económico: el porcentaje de reducción en el coeficiente de transferencia de servicios. El coeficiente de transferencia de servicios es un porcentaje que se aplica a la facturación a ingresar por el concesionario en concepto de atención, por parte del concesionario, a pacientes que no forman parte de su población protegida. La compensación se determina aplicando el citado coeficiente de transferencia de servicios -ofertado por el concesionario- a los precios oficiales por los distintos tratamientos en la Comunidad Valenciana.

De esta forma, la capacidad de los licitadores para competir en precio es muy reducida, dado que se limita a uno de los elementos que forman parte del precio del contrato, que, previsiblemente, no es el de mayor entidad (la parte capitativa debería ser, de forma muy significativa, el más importante de los tres).

- **Reflejo inadecuado del impacto del precio o tarifa ofertados en el presupuesto seleccionado como base del proyecto.** La ponderación de la variable precio debe ser proporcional a la reducción del presupuesto base que permite, como señala la Guía sobre Contratación Pública y Competencia. El objetivo no es más que evitar falsear el impacto del precio en la valoración total del contrato.

Cuadro 17

Valoración inadecuada de la oferta económica

La mayoría de los pliegos analizados establecen reglas para determinar las ofertas temerarias (definidas como aquéllas cuya oferta económica sea un determinado porcentaje inferior a la media de las ofertas económicas presentadas). Esta definición suele ir acompañada de reglas que, a través de la comparativa entre la mejor oferta y la oferta del licitador, determinan la puntuación para cada uno de los licitadores, pudiéndose obtener cero puntos si la oferta económica presentada no es suficientemente atractiva desde la perspectiva económica.

No obstante, en el PCAP del laboratorio central de la Comunidad de Madrid, se concede, bajo determinadas circunstancias, un total de 50 puntos a la oferta económica más baja y un total de 20 puntos a la oferta económica más alta. La Guía de Contratación Pública y Competencia analiza un ejemplo similar y determina que este incremento generalizado de 20 puntos en la ponderación del precio a todas las ofertas, no sólo minora la ponderación real de la oferta económica más eficiente, sino que además desincentiva la presentación de bajas importantes del precio ofertado por los licitadores.

- **Establecimiento de límites a precios, tarifas u otras características básicas del servicio.** El establecimiento de límites en las ofertas pretende asegurar un nivel mínimo de calidad del servicio prestado, de forma que se eliminen las denominadas “ofertas temerarias” y busca evitar la asunción de riesgos innecesarios que puedan afectar a los ciudadanos. Sin embargo, el establecimiento de un límite estricto puede reducir el margen para la presentación de ofertas con precios viables para los licitadores. Por ello, se trata de establecer mecanismos que consigan equilibrar un nivel adecuado de calidad en la prestación del servicio junto con la existencia de un margen suficiente que impulse la competencia vía precios. La Guía sobre Contratación Pública y Competencia recomienda que *“el criterio de definición del carácter temerario de las ofertas se establezca de tal manera que no afecte a los incentivos de los licitadores para competir, debiendo depurarse las ofertas anormales o desproporcionadas por mecanismos independientes de la valoración de la oferta”*, siempre que se garantice un adecuado nivel de calidad en la prestación del servicio.
-

Cuadro 18

Límites a las mejoras de las ofertas económicas

Los PCAP relativos a la externalización de la asistencia sanitaria en la zona de Torrevieja y a la segunda licitación del Área de Salud 10: La Ribera, ambos de la Comunidad Valenciana, establecen que las *“ofertas cuyo porcentaje de baja sea superior al 12% del importe de la prima se presumirán temerarias”*.

Estos pliegos también otorgan un máximo de 10 puntos a la rebaja que oferten los licitadores en el coeficiente de transferencia de servicios, pero indican que *“Cada centésima de baja se valorará con dos puntos”*. De este modo, la máxima baja es, de facto, 5 centésimas, pues otorga el máximo de 10 puntos de valoración. Seguir ofertando bajas adicionales no supone mejor valoración del licitador en el concurso, perjudicando la competencia efectiva.

Esto supone que los licitadores tienen un límite a la baja en sus ofertas respecto a un valor (la prima) calculado por la propia Administración licitante, que además no coincide con el contemplado en el art. 85 del Reglamento general de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas*.

* Aprobado por Real Decreto 1098/2001, de 12 de octubre.

-
- **Excesivo peso de criterios escasamente relevantes para la ejecución de la prestación o que imponen costes adicionales a los licitadores en relación con el vigente titular del contrato.** En los contratos de gestión de servicios públicos, en ocasiones se limita la capacidad de gestión y autoorganización del licitador en aras de garantizar las condiciones laborales vigentes o de organización aparejada a la gestión del servicio. Esta limitación puede dificultar la capacidad del licitador de obtener mayor ahorro en costes o mejora en la calidad del servicio. Por ello, si se considera que esas garantías son esenciales para la adecuada prestación del servicio, sería preferible que las mismas no se recogieran como criterios de puntuación de las ofertas, sino más bien como una condición especial de ejecución del contrato.
-

Cuadro 19

Criterios que plantean costes adicionales a los licitadores

En el PCAP de externalización de la gestión sanitaria de los hospitales Infanta Leonor, Infanta Sofía, Infanta Cristina, Hospital del Tajo, Hospital del Henares y Hospital del Sureste de la Comunidad de Madrid, se valora con hasta un máximo de 150 puntos (sobre 500 puntos de la oferta técnica) la presentación de un plan de oferta de participación en el accionariado de los profesionales del hospital. La razón de ser de este criterio sería *“involucrar a los profesionales en la gestión del centro, beneficiando la buena ejecución del servicio público”*. Sin embargo, hay dos consideraciones que podrían tenerse en cuenta a la hora de establecer esta clase de criterios.

- En primer lugar, el personal del hospital que termine adquiriendo las acciones no tiene por qué ser representativo de la estructura del centro: por ejemplo, puede ocurrir que sólo compren acciones los directivos, o los profesionales de un departamento concreto. Los intereses de estos accionistas no tienen por qué coincidir con los del centro.
- En segundo lugar, a lo largo de los 10 años de duración del contrato puede ocurrir que algunos de los profesionales que adquirieron acciones dejen el centro, con lo cual la razón de ser de esta participación en el capital puede quedar obsoleta.

En el pliego del Hospital Infanta Elena de Valdemoro, el total de la valoración alcanza los 1.000 puntos, y se asignan 400 puntos a la oferta económica, 400 puntos a la oferta técnica y 200 puntos a criterios de estabilidad y calidad en el empleo. Este último criterio obedece más a una característica básica que permita garantizar una buena prestación del servicio que a un criterio objeto de puntuación. Por ello, teniendo en cuenta la recomendación anterior, debería recogerse como una condición especial de ejecución del contrato que, por tanto, se exija a todos los candidatos que participen en la licitación, más que un criterio de valoración del mismo.

3.3.4 Precisión en la definición de los criterios

En aras de una mayor seguridad jurídica, los criterios de adjudicación de las licitaciones deben ser claros, precisos y reflejar los objetivos que se pretenden puntuar.

Cada criterio debe establecer de manera clara el contenido del objetivo perseguido y debe dejarse margen para que cada licitador elija el mecanismo que considere oportuno para alcanzar dichos objetivos. De no ser así, se estaría interfiriendo en la capacidad de toda empresa para asignar libremente sus factores productivos.

En ocasiones, los criterios de adjudicación elegidos entrañan determinados juicios de valor. En este caso, con el objetivo de reducir el margen discrecional del organismo adjudicatario, es deseable desarrollar estos criterios en subcriterios y la evaluación cualitativa correspondiente a cada uno de ellos.

Cuadro 20

Excesiva discrecionalidad del órgano adjudicador

Los PCAP de Valencia no detallan la forma de valoración de los planes de calidad, que suman el 75-80% del total de la ponderación, según los casos. La Sindicatura de Comptes de la Comunidad Valenciana ha criticado esta situación en varios informes*. Así, por ejemplo, en cuanto a la externalización del Área de l'Horta-Manises señalaba que *“En cuanto a los criterios de adjudicación del contrato, que figuran recogidos en la cláusula 11 del PCAP, es de destacar que **su redacción puede permitir diversidad de interpretaciones, lo que amplía la discrecionalidad por parte de los evaluadores.** Entre tales criterios no figura el precio del contrato”* (subrayado añadido). Una valoración casi idéntica realizaba respecto de la externalización del Área de Salud de Elx-Crevillent.

* Sindicatura de Comptes de la Comunidad Valenciana, Cuenta de la Administración de la Generalitat del ejercicio 2006 y Cuenta de la Administración de la Generalitat del ejercicio 2007.

3.3.5 Otros aspectos a evitar

Insuficiente transparencia en el sistema de atribución de puntuación a los criterios de valoración

Para garantizar una adecuada aplicación del principio de transparencia, la Guía sobre Contratación Pública y Competencia recomienda a la Administración contratante aclarar el mecanismo y los parámetros que determinan la progresividad de las puntuaciones, evitándose posibles excesos de discrecionalidad. Asimismo, se desaconseja que existan únicamente dos posibles puntuaciones, la máxima y la mínima, que no consigan reflejar las diferencias reales que existen entre las distintas ofertas. La puntuación debe contar con tramos suficientes de modulación, de forma que exista margen e incentivos suficientes que estimulen esta competencia en precios, garantizando, en todo caso, un adecuado nivel de calidad en la prestación del servicio.

Igualmente, para evaluar los parámetros económicos, es preferible seguir un sistema de progresión lineal entre la puntuación otorgada a cada oferta y el grado de mejora a este respecto que ésta conlleva.

Cuadro 21

Valoración decreciente de las sucesivas mejoras de la oferta económica

Los PCAP de Torrevieja y del Área de Salud 10 (La Ribera) de la Comunidad Valenciana establecen como uno de los criterios de valoración económicos el porcentaje de baja sobre la prima per cápita máxima establecida en el pliego. Los PCAP especifican también los puntos que se obtienen en la valoración de la oferta por cada porcentaje de reducción. El problema es que cuanto mayor es el porcentaje de reducción que oferta el licitador, menos puntos adicionales se le van otorgando. Por ejemplo, si el licitador ofrece una rebaja del 4%, se le dan 10 puntos; si ofrece una rebaja del 7%, se le dan 12 puntos; y si ofrece una rebaja del 10%, se le dan 13 puntos. De este modo, un 3% adicional de rebaja “vale” 2 puntos si se pasa de un 4% a un 7% de rebaja, pero sólo “vale” 1 punto si se pasa de un 7% a un 10% de rebaja. De este modo, se desincentiva que los licitadores hagan ofertas favorables a un resultado competitivo, dado que cada vez obtienen menos rédito en la valoración.

Conocimiento *ex ante* del umbral de anormalidad de las ofertas

Anteriormente se han indicado los riesgos que se derivan del conocimiento previo por los licitadores del umbral de anormalidad de las ofertas. Por ello, la Guía sobre Contratación Pública y Competencia recomienda evitar sistemas que señalicen con carácter previo este umbral máximo de competencia⁵⁴. Esto es así, de acuerdo con la CNC porque *“la revelación de esta información puede restringir severamente la competencia, especialmente si el umbral establecido limita excesivamente el ámbito de posibles niveles del parámetro”*.

Asimismo, se recomienda que estos parámetros no se establezcan en valores absolutos, sino que se determinen en base a fórmulas relativas para evitar afectar a los incentivos en materia de precios en las ofertas de los licitadores, como es la definición de la oferta temeraria según la desviación respecto a un determinado porcentaje del valor medio de las ofertas presentadas.

Finalmente, el TRLCSP contempla que ante el caso de ofertas que puedan considerarse anormales o desproporcionadas, debe darse audiencia al licitador que ha presentado la mencionada oferta para que justifique su valoración y desarrolle las condiciones de la misma⁵⁵.

⁵⁴ La Guía de Contratación Pública y Competencia de la CNC lo define como el nivel del parámetro en cuestión a partir del cual la oferta se considerará desproporcionada.

⁵⁵ La normativa establece que, en particular, debe precisar *“lo que se refiere al ahorro que permita el procedimiento de ejecución del contrato, las soluciones técnicas adoptadas y las condiciones excepcionalmente favorables de que disponga para ejecutar la prestación, la originalidad de las prestaciones propuestas, el respeto de las disposiciones relativas a la protección del empleo y las condiciones de trabajo vigentes en el lugar en que se vaya a realizar la prestación, o la posible obtención de una ayuda de Estado”* (art. 152.3 TRLCSP).

Cuadro 22

Ausencia de definición de oferta temeraria

Los PCAP de las áreas de salud correspondientes a los hospitales de Manises y de Vinalopó (Elche-Crevillente) de la Comunidad Valenciana y los pliegos de los hospitales de Son Espases y Can Misses de Baleares no definen lo que se entiende por oferta temeraria, lo que introduce incertidumbre sobre si esta ausencia se debe a que no se aplicará este concepto o a que simplemente falta definición sobre los criterios para aplicar dicho concepto, lo que favorece la discrecionalidad administrativa y la percepción de riesgo regulatorio *ex ante*. Como se ha señalado, los pliegos deben abstenerse de limitar la capacidad de competir en precio de los licitadores, y para ello es recomendable que la definición del umbral de temeridad de las ofertas en los pliegos no establezca un límite a las posibles mejoras de la oferta económica. Pero ello debe conjugarse con la necesidad de que los pliegos definan claramente las normas para apreciar el umbral de temeridad en las ofertas, si es de aplicación.

Asimismo, en aras de una mayor seguridad jurídica, sería deseable que los propios pliegos recogieran la previsión establecida en la normativa de contratos públicos sobre la obligación de dar audiencia a aquellos licitadores que presenten ofertas temerarias. Sólo los pliegos de la Comunidad de Madrid hacen mención expresa a la normativa en este punto.

Puntuación de elementos ya tenidos en cuenta al valorar la solvencia

Anteriormente ya se ha hecho referencia a la prohibición normativa de esta práctica. La Guía sobre Contratación Pública y Competencia hace una referencia expresa en el caso de la valoración de la calidad⁵⁶, donde aconseja que los criterios de valoración y, por tanto la puntuación, se configuren de tal manera que reflejen la existencia de distintos grados de calidad de las ofertas. Por ello, para valorar estos elementos debe evitarse acudir a criterios ya utilizados, tales como la solvencia y la aptitud de los licitadores.

En consecuencia, estos criterios de calidad para la valoración de las ofertas deben estar vinculados a aspectos relativos al contenido de la oferta y con los objetivos de calidad que se persiguen y se debe dejar libertad de medios a los licitadores para que presenten la acreditación de la calidad exigida.

3.4

Desarrollo de los contratos

3.4.1 Calidad de los servicios prestados

La externalización de la gestión de servicios públicos conlleva una pérdida de control directo por parte de la Administración contratante. La empresa concesionaria tiene mucha más información sobre la calidad de los servicios prestados que la Administración, lo que, sin un control y unos incentivos adecuados, puede llevar a que los usuarios de los servicios públicos vean reducida la calidad de los servicios recibidos.

⁵⁶ Por ejemplo, a través de la acreditación de una determinada certificación.

Esto es especialmente importante en el caso de los servicios sanitarios, en los que las asimetrías de información son un elemento característico, no solamente entre el gestor del servicio y la Administración contratante, sino también entre médicos y pacientes y entre médicos y gestores. Dadas estas asimetrías de información, el adecuado diseño de elementos que aseguren una calidad adecuada de los servicios prestados es fundamental.

Los elementos con los que puede tratarse de asegurarse una calidad adecuada de los servicios son básicamente dos: (i) control sobre la empresa gestora e (ii) incentivos para que ésta internalice el objetivo de calidad asistencial.

Control sobre la calidad de los servicios prestados

Es fundamental que los pliegos de externalización establezcan medidas de control del cumplimiento adecuado del objeto del contrato. Algunas recomendaciones que pueden efectuarse para llevar a cabo un adecuado control de calidad son las siguientes:

- **Los pliegos deben establecer una definición adecuada de los elementos de control.** Sin perjuicio de las adaptaciones que puedan producirse de manera justificada durante el desarrollo de los contratos, es importante que tanto el órgano adjudicador como los licitadores conozcan desde el primer momento los elementos que van a ser objeto de evaluación. Ello puede facilitar tanto la correcta preparación del licitador para la calidad requerida como la detección temprana de elementos inadecuados para medir la calidad o para llevar a cabo el control. Es también importante que los elementos de control se construyan a partir de variables objetivas y mensurables, en lugar de a partir de estimaciones subjetivas del concesionario, la Administración o el organismo de control.
- **El órgano de control debe seleccionarse con arreglo a los principios de independencia y competencia (especialización).** El órgano que lleve a cabo la supervisión debe ser totalmente independiente de la empresa concesionaria, y puede ser conveniente que tenga también una cierta independencia de la Administración contratante, en la medida en que ésta puede verse motivada a ser más laxa en el control por justificar que ha llevado a cabo correctamente el proceso de externalización.
- **Penalizaciones creíbles por desviaciones respecto a los objetivos de calidad.** Para ser efectivos, el control y la supervisión deben incorporar elementos disuasorios creíbles, lo que puede conseguirse en mayor medida si los pliegos prevén una penalización proporcionada al coste de las desviaciones sobre los objetivos de calidad y un procedimiento automático de aplicación de las penalizaciones en caso de incumplimiento.
- **Transparencia en el control, segundas evaluaciones y evaluaciones *ex post*.** Es importante también que la actividad de control se vea a su vez sometida a contraste y a evaluación pública, lo que permite asegurar que se lleva a cabo correctamente.

Cuadro 23

Medidas de control de la calidad

El PCAP y el PPT de externalización sanitaria de los hospitales Infanta Leonor, Infanta Sofía, Infanta Cristina, del Tajo, del Henares y del Sureste de la Comunidad de Madrid desarrollan de un modo muy sucinto los controles de calidad y la penalización efectiva que puede ocasionar para la remuneración del adjudicatario el incumplimiento de los estándares, lo que favorece la discrecionalidad administrativa y la percepción de riesgo regulatorio por los licitadores. Las penalizaciones por el incumplimiento de determinados indicadores asociados a la calidad de los servicios de atención sanitaria pueden incrementar los incentivos a prestar una atención de mayor calidad. Sin embargo, los pliegos contienen un detalle muy escueto de las penalizaciones y de su forma de determinación, lo cual reduce su credibilidad. Por otra parte, los pliegos recogen un límite máximo por deducción sobre la prima per cápita por incumplimiento de niveles de calidad del 20%; por tanto, aunque la empresa concesionaria no cumpla con ninguno de los indicadores de calidad, aún recibiría el 80% de la cápita. Parecería más oportuno que se establecieran unos valores mínimos para los indicadores de calidad, y no para los ingresos de la sociedad gestora.

Los PCAP de la Comunidad Valenciana hacen referencia a un desarrollo de un Plan de Gestión y Calidad para la adjudicación del contrato, pero no regulan su implementación posterior ni su control por parte de la Administración.

En el caso de la externalización de la gestión no sanitaria de los hospitales de Son Espases y Can Misses (Baleares), la normativa prevé deducciones mensuales por los defectos de calidad hallados en la prestación de estos servicios. No obstante, la máxima deducción que se recoge alcanza el 0,5% sobre el canon variable.

Incentivos a la calidad de los servicios prestados

La segunda forma de inducir a la calidad en la prestación de los servicios es el establecimiento de incentivos, de forma que el gestor internalice como propio el objetivo de calidad, y de este modo, busque mejorar la calidad asistencial. La remuneración del gestor puede, así, introducir mecanismos que estimulen esa búsqueda de calidad⁵⁷.

Dichos mecanismos se fundamentan en introducir competencia en la prestación del servicio público, asociando la remuneración al resultado de dicha competencia. La competencia puede introducirse de forma directa (los centros públicos compiten entre sí por captar usuarios) o introduciendo mecanismos de competencia referencial entre los centros públicos (vinculando su remuneración a la eficiencia respecto a otros centros similares). En cualquiera de los casos, si una sola empresa gestiona todos los servicios públicos externalizados de una Comunidad Autónoma es más difícil

⁵⁷ La OCDE (2012) reconoce que la retribución por la prestación de servicios sanitarios es un factor fundamental para estimular la productividad, la eficiencia y la calidad en el sector sanitario. Sus conclusiones apuntan a que tanto los presupuestos fijos como los esquemas de reembolso generan ineficiencias. En los últimos años, muchos países han adoptado el método relativo a los Grupos de Diagnóstico Relacionado (DRG) que parece ser más eficiente. Este método asigna un “precio eficiente” por caso y estos precios eficientes pueden contribuir a una mayor innovación y ganancias de productividad.

que exista competencia entre centros públicos (presumiendo que existirá algún grado de competencia entre centros externalizados y centros no externalizados).

Cuadro 24

Facturación intercentros

En todos los procesos de externalización de la gestión sanitaria estudiados, la remuneración al gestor se basa en un pago caputivo, cuyo importe depende únicamente de la población atendida (es el resultado de aplicar una cápita sobre la población protegida). Este concepto no estimula la calidad de la prestación sanitaria, dado que la remuneración es independiente del número de pacientes atendidos y de la calidad de la atención. Por ello, los procesos de externalización prevén otros mecanismos retributivos que tratan de estimular la calidad en la prestación de los servicios, entre los cuales destaca la facturación intercentros.

La facturación intercentros puede ser un estímulo de la calidad de atención sanitaria, dado que si el gestor presta servicios de baja calidad, los pacientes se desplazarán a otros centros, haciendo negativa la facturación intercentros para la empresa concesionaria. Sin embargo, la capacidad real de la facturación intercentros para estimular la calidad asistencial es limitada, por varias razones:

- En primer lugar, para que la facturación intercentros sea un estímulo real a la mejora de la calidad, deben existir mecanismos de medición creíble de la misma*.
- En segundo lugar, el estímulo de calidad por la facturación intercentros se basa en la existencia de competencia en el mercado por atraer pacientes. Cuanto menor sea el nivel de competencia entre centros públicos, menos efectiva será esta variable. En este sentido, debe valorarse negativamente la efectividad de la facturación intercentros como estímulo de calidad en la Comunidad Valenciana, donde todos los procesos de externalización son gestionados por agrupaciones de empresas en las que participa el grupo Ribera Salud. Ello debilita notablemente la competencia entre centros.
- En tercer lugar, en los pliegos en los que se prevé la externalización de la gestión sanitaria de la Comunidad de Madrid y Comunidad Valenciana, la facturación intercentros se basa en una serie de precios por cada tipo de atención o intervención sanitaria publicados en el diario oficial de la comunidad autónoma. En la medida en que dichos precios puedan no estar bien calculados y no reflejen correctamente los costes de la atención sanitaria puede distorsionar gravemente la oferta sanitaria de los centros de gestión externalizada, dado que tendrán incentivos a enfocar sus recursos hacia la captación de pacientes de otras áreas de las especialidades comparativamente mejor remuneradas, desatendiendo la atención de las especialidades peor remuneradas.
- Por último, la facturación intercentros únicamente se dirige a estimular la competencia en la calidad percibida por los pacientes, que no tiene por qué coincidir con una mayor calidad de la asistencia sanitaria. El paciente no suele tener conocimientos médicos suficientes, y únicamente evalúa indicadores externos de la atención recibida (como, por ejemplo, si ha dejado de estar enfermo, la limpieza de las instalaciones o el tiempo de espera), que no tienen por qué coincidir con la mejor atención posible (por ejemplo, el paciente puede dejar de estar enfermo pese a haber recibido una atención sanitaria deficiente).

* En algunos medios, han surgido críticas a la falta de mecanismos para medir verazmente la facturación intercentros en los hospitales de la Comunidad de Madrid. Ver Asociación de Facultativos Especialistas de Madrid (AFEM) (2013).

3.4.2 Utilización de los elementos de la concesión

Otro aspecto importante que debe definirse en los pliegos es la capacidad del gestor de un servicio público de utilizar en su propio interés los bienes y servicios que gestiona.

En el sector sanitario, dadas las elevadas inversiones que se deben llevar a cabo en infraestructuras y en equipos, el acceso a éstos a través de la prestación de un servicio público puede generar importantes distorsiones en los procesos competitivos. Si el gestor de un servicio sanitario puede utilizar, por ejemplo, las infraestructuras sanitarias o el equipamiento sanitario que gestiona por cuenta de una Administración pública para prestar u ofertar sus propios servicios de tipo sanitario, ello puede otorgarle una fuerte ventaja frente a sus rivales. Así, pueden aparecer distorsiones en los mercados de prestación de servicios sanitarios, en los seguros de asistencia sanitaria o en otros mercados relacionados.

Otra fuente de ventajas para el adjudicatario que puede distorsionar la competencia es la capacidad de negociar con sus proveedores la adquisición de equipamiento o de suministros conjuntamente para el servicio público que gestiona y para la prestación de servicios privados. Por ejemplo, un gestor de un hospital público que, a su vez, sea propietario y gestione sus propios hospitales puede obtener una fuerte ventaja frente a sus competidores en la prestación de servicios de asistencia sanitaria al aumentar su escala de compras, lo que puede aumentar su poder de negociación frente a sus proveedores.

Cuadro 25

Disponibilidad para uso propio de los bienes objeto del contrato

En el PCAP de externalización de la gestión sanitaria de los hospitales Infanta Leonor, Infanta Sofía, Infanta Cristina, Hospital del Tajo, Hospital del Henares y Hospital del Sureste de la Comunidad de Madrid, se establece una limitación al gestor para utilizar los servicios públicos para otros fines diferentes del objeto de las externalizaciones (*“Queda expresamente prohibida la utilización de la infraestructura y medios puestos a disposición del adjudicatario, para su utilización en la prestación de servicios sanitarios de carácter privado, excepto para los casos de asistencia urgente y aquellos que se deriven de la aplicación de la normativa estatal vigente”*).

Por el contrario, esta clase de previsiones no se contemplan en los procesos de externalización de la Comunidad Valenciana, lo que puede otorgar a los gestores de las áreas de salud externalizadas una ventaja competitiva en la asistencia sanitaria privada, en la medida en que puedan utilizar la infraestructura y medios públicos para prestar esa clase de servicios.

3.4.3 Subcontratación

La subcontratación es un proceso que permite una mayor agilidad y flexibilidad en la prestación de los servicios, con la consiguiente reducción en términos de costes. Además, gracias a esta figura, se promueve la participación de PYMES que, en ocasiones, encuentran dificultades para acceder a las licitaciones debido a los requisitos que se exigen para participar en estos procedimientos.

No obstante, es deseable establecer límites a la subcontratación del contrato porque la falta de control en este proceso podría derivar en la ejecución del contrato por una empresa que no cumpliera las exigencias de solvencia requeridas en la licitación con la consiguiente relajación de las condiciones de competencia de la licitación.

Cuadro 26

Subcontratación obligatoria en pliegos

Llama la atención la disposición prevista en los pliegos de los Hospitales de Son Espases y Can Misses (Baleares) que establecen la subcontratación obligatoria del 30% del contrato, con un límite máximo del 50% y 60% respectivamente. Esto supone que la mitad del contrato pueda ejecutarse por una empresa que no ha resultado adjudicataria directa del contrato, por lo que podría facilitarse la colusión entre licitadores.

Cuadro 27

Subcontrataciones no sujetas a evaluación por el órgano licitante

La totalidad de los pliegos analizados recogen la posibilidad de llevar a cabo la subcontratación de parte del contrato objeto de licitación. No obstante, muchos pliegos no prevén que estas empresas deban cumplir los mismos criterios de solvencia que los exigidos para participar en el contrato, por lo que es posible que estas subcontrataciones no estén sujetas a la evaluación por el órgano licitante.

Los pliegos de las áreas de salud correspondientes a los hospitales de Manises y Vinalopó de la Comunidad Valenciana establecen que la subcontratación sólo puede recaer en prestaciones accesorias y que los subcontratistas deben *“reunir los requisitos subjetivos de solvencia que garanticen la efectiva realización y cumplimiento de las prestaciones”*, sin especificar si estos requisitos deben ser equivalentes a los contenidos en los pliegos de licitación.

3.4.4 Modificaciones sobrevenidas y prestaciones complementarias

El TRLCSP establece que sólo se podrán llevar a cabo modificaciones del contrato siempre que esta posibilidad se haya previsto en los pliegos o en el anuncio de la licitación, salvo en los casos previstos en el artículo 107 TRLCSP⁵⁸. Esta previsión pretende evitar modificaciones posteriores que incidan sobre elementos básicos del contrato y que pueda utilizarse por algunas empresas para llevar a cabo comportamientos estratégicos, tales como presentar un precio bajo en la oferta para resultar adjudicataria y posteriormente modificar el contrato a favor de un mayor precio.

Modificaciones sobrevenidas

Estas modificaciones deben atender al principio general según el cual sólo podrán producirse modificaciones posteriores a la adjudicación si han sido previstas en los pliegos, y siempre por razones de interés general. Asimismo, las modificaciones no podrán afectar a las condiciones esenciales del contrato.

Pese a que la posibilidad de modificación sobrevenida se encuentra contemplada en la normativa española, conviene no abusar y hacer un uso comedido de esta figura, en aras de una mayor transparencia para las empresas del sector y de una mayor seguridad para la empresa adjudicataria.

En la siguiente tabla se analizan las modificaciones en los procesos de licitación que han tenido lugar:

Tabla 9

Modificaciones sobrevenidas de los contratos

Licitación	Número de modificaciones del contrato	Tipo modificación
COMUNIDAD VALENCIANA		
Área de salud Ribera (1997)	1	GS
Área de salud Ribera (2002)	0	

58 El artículo 107 del TRLCSP establece que, en el caso de no estar previstas en los pliegos, sólo podrán efectuarse modificaciones cuando se justifique la existencia de alguna de las siguientes circunstancias: i) Inadecuación de la prestación contratada debido a errores u omisiones en la redacción del contrato o en las especificidades técnicas; ii) Inadecuación del proyecto por causas objetivas que determinen su falta de idoneidad y puestas de manifiesto con posterioridad a la adjudicación del contrato; iii) Fuerza mayor o caso fortuito; iv) Conveniencia de incorporar avances técnicos que se hayan producido con posterioridad a la adjudicación del contrato; v) Necesidad de ajustar la prestación a especificaciones técnicas, medioambientales, urbanísticas, de seguridad o de accesibilidad aprobadas con posterioridad a la adjudicación del contrato.

Tabla 9

Modificaciones sobrevenidas de los contratos

Licitación	Número de modificaciones del contrato	Tipo modificación
Área de salud Torrevieja	0	
Área de salud Denia	1	C
Área de salud Manises	1	GS
Área de salud Elche-Crevillente	1	GS
COMUNIDAD DE MADRID		
Hospital del Henares	2	C/GNS*
Hospital Infanta Cristina	2	C/GNS*
Hospital del Tajo	2	C/GNS*
Hospital Infanta Leonor	2	C/GNS*
Hospital Infanta Sofía	2	C/GNS*
Hospital del Sureste	2	C/GNS*
Hospital Puerta de Hierro	0	
Hospital Infanta Elena Valdemoro	0	
Hospital de Torrejón	0	
Hospital Rey Juan Carlos	0	
CATALUÑA		
Hospital Jaume Nadal Meroles	0	
Hospital Duran I Reynals	0	
Centro de atención primaria Olesa de Montserrat	0	
ISLAS BALEARES		
Hospital Son Espases	1	n.d.**
Hospital Can Misses	1	n.d.
Hospital de Formentera	0	
Área de salud de Eivissa	0	
Andratx	1	n.d.

Tabla 9

Modificaciones sobrevenidas de los contratos

Licitación	Número de modificaciones del contrato	Tipo modificación
Ariany	1	n.d.
Es Molinar	1	n.d.
Esporles	1	n.d.
María de la Salut	1	n.d.
Muro	1	n.d.
Porreres	1	n.d.
Sa Pobla	1	n.d.
Ses Salines	1	n.d.
Son Servera	1	n.d.
CASTILLA Y LEÓN		
Hospital Universitario de Burgos	2	C
NAVARRA		
Centro de Salud Mental de Burlada y Hospital de Día de Salud Mental	0	
Hospital de día Zuría	0	
LA RIOJA		
Centro Sociosanitario de Convalecencia Los Jazmines de Haro	1	GNS***
C. Sociosanitario de Convalecencia Virgen del Carmen en Calahorra	0	
<p>* Se produce una primera modificación por mayores inversiones en infraestructuras durante la fase de construcción y una segunda modificación por mayores inversiones en la infraestructura en la fase de explotación.</p> <p>** La Consejería de Salud de Baleares no ha facilitado información detallada sobre las modificaciones realizadas.</p> <p>*** Se modifica el contrato para garantizar el mantenimiento del equilibrio económico-financiero (se regula el precio de las estancias garantizadas y no ocupadas).</p> <p>GS: Gestión de servicios sanitarios; GNS: Gestión de servicios no sanitarios; C: Construcción del centro.</p> <p>Fuente: Elaboración propia a partir de datos de las Consejerías de Salud de las CC.AA. Datos actualizados a 31.08.2013</p>		

De los 38 contratos de los que se dispone de información, se han producido modificaciones en 24 de ellos (el 64%). En 7 de los 24 contratos modificados se han registrado 2 modificaciones del contrato.

La Guía sobre Contratación Pública y Competencia señala algunas medidas para limitar el impacto negativo que la modificación sobrevenida puede tener en el mercado a efectos de competencia, siendo estos efectos similares a los que se derivan de la adjudicación directa:

- Recoger en cada pliego las circunstancias tasadas en las que es posible la modificación sobrevenida del contrato en caso de circunstancias sobrevenidas de carácter imprevisible.
- Definición clara y detallada de las circunstancias imprevistas para evitar una interpretación excesivamente amplia que desvirtúe el contenido de la disposición.
- En el caso de modificación significativa de los precios, es recomendable contrastar los nuevos precios acordados entre las partes con los precios del mercado, con el fin de asegurar unos términos razonables del contrato.
- La modificación debe versar exclusivamente en aquellos elementos que derivan de la circunstancia imprevista y debe evitarse introducir modificaciones en aquellos elementos no relacionados con la mencionada circunstancia.
- Realizar un seguimiento de los contratos que se otorgan por el órgano contratante para identificar el porcentaje de ellos objeto de modificación y hacer públicos estos datos.
- También es recomendable que el órgano contratante establezca los porcentajes medios de variación del precio como consecuencia de las modificaciones. Si como resultado del análisis se obtiene que los porcentajes se sitúan de manera sistemática en franjas relativamente elevadas, puede ser un indicador de una interpretación excesivamente laxa de las “circunstancias imprevistas”.
- Además, en aras de una mayor transparencia del procedimiento, sería recomendable que las Administraciones Públicas publicaran las modificaciones de los contratos.

Cuadro 28 **Modificaciones en los contratos**

En los contratos de construcción de infraestructuras y gestión no sanitaria de los hospitales Infanta Leonor, Infanta Cristina, Infanta Sofía, Hospital del Tajo, Hospital del Sureste y Hospital del Henares de la Comunidad de Madrid, se han producido dos modificaciones: la primera de ellas relativa a mayores inversiones en la infraestructura durante la fase de construcción y la segunda concerniente a mayores inversiones en la infraestructura en la fase de explotación. En ningún caso la modificación conllevó la convocatoria de un nuevo concurso, sino que fue la UTE adjudicataria la que realizó las modificaciones acordadas.

En la Comunidad Valenciana, las modificaciones que se han producido en los contratos tienen distinta naturaleza: las modificaciones en las áreas de salud de Manises y Elche-Crevillente se deben a la incorporación de una nueva zona básica de salud. En el área de salud de Denia, sin embargo, la modificación afecta a la construcción de centros. Así, se sustituye la previsión

contemplada en los pliegos de adecuar el antiguo Hospital de Denia por la construcción de tres nuevos centros de salud. En estos tres casos, la modificación fue llevada a cabo por la UTE que había resultado adjudicataria de la licitación inicial. En el caso del área de salud de Ribera, la primera licitación de 1997 contemplaba como objeto del contrato la gestión de los servicios sanitarios especializados. Se modificó el contrato para ampliar la gestión sanitaria también a la atención primaria, para lo cual se convocó una nueva licitación en 2002.

Otras Comunidades Autónomas también han llevado a cabo modificaciones de sus contratos: en La Rioja, se produjo una modificación del contrato del Centro Los Jazmines para asegurar el mantenimiento del equilibrio económico. Las modificaciones del Hospital de Burgos supusieron una modificación técnica del proyecto de ejecución de obra (sin alteración del plan económico-financiero) y una segunda modificación del proyecto de ejecución consistente en un incremento del importe de inversión. En el caso de las Islas Baleares, no se especifica las causas que originaron las modificaciones.

Así, salvo en el caso comentado de la licitación del área de salud de la Ribera en la Comunidad Valenciana, en el resto de los procesos analizados se ha adjudicado directamente la ejecución de la modificación a la empresa originalmente adjudicataria. Si bien es cierto que la normativa permite esta adjudicación directa, nada impide que, en determinados casos, se pudiera convocar una nueva licitación que impulsara una mayor transparencia en el procedimiento y promoviera la igualdad de oportunidades para las empresas del sector.

Por último, del análisis detallado de los pliegos, se han identificado una serie de ellos en los que no se prevé expresamente la modificación de los contratos, tal es el caso de los pliegos de las áreas de salud de Denia, la Ribera y Torrevieja en la Comunidad Valenciana. En el resto de los pliegos analizados sí se hace una mención expresa a la modificación en caso de interés general. Sólo en los pliegos del Hospital Infanta Elena de Valdemoro y de los seis hospitales de la Comunidad de Madrid se desarrollan los supuestos en los que se puede llevar a cabo dicha modificación.

Prestaciones complementarias

Estas prestaciones implican en la práctica la elaboración de un nuevo contrato que se adjudica por el procedimiento negociado⁵⁹. Debido a su carácter extraordinario, sólo debe utilizarse por causas justificadas y sobre la base de circunstancias imprevistas. Para evitar su utilización de forma indebida, la Guía sobre Contratación Pública y Competencia recomienda que *“su uso se justifique clara y expresamente, identificando precisamente el motivo que origina la necesidad de recurrir a esta figura”*.

Al igual que en el caso de las modificaciones sobrevenidas, si del análisis de los procesos se observa que este tipo de prácticas se emplea de manera recurrente por parte de los órganos administrativos o se observa un porcentaje de estas prácticas en torno al máximo permitido por la normativa, pueden ser indicativas de una interpretación indebida de la imprevisibilidad.

59 Se recuerda que el procedimiento negociado recae sobre el licitador seleccionado por el órgano contratante previa negociación con uno o varios candidatos. Se trata de un procedimiento extraordinario.

Modificaciones de precios

Los precios establecidos en los contratos para determinar la retribución del adjudicatario deben partir de la referencia del valor real del mercado. En el caso de prever su determinación de acuerdo con determinados parámetros, es aconsejable que se trate de parámetros claros y sencillos, de carácter objetivo, que eviten que estos mecanismos de revisión de precios se conviertan en mecanismos de retribución adicional al adjudicatario. Para ello, se aconseja que estos parámetros sean de fácil seguimiento y control.

En cuanto a las fórmulas de revisión de los precios, debe tratarse de pautas que atiendan al objetivo de mantenimiento económico-financiero del contrato, sin que supongan mayores pagos a las empresas adjudicatarias.

Cuadro 29

Indeterminación del precio del contrato

Los pliegos de los hospitales de Torrejón, Rey Juan Carlos de Móstoles e Infanta Elena de Valdemoro establecen un presupuesto indeterminado para el contrato, cuyo precio se establece una vez determinada la oferta del adjudicatario propuesto. Existe el riesgo de que los candidatos presenten presupuestos relativamente elevados, superiores al precio de mercado que lleven a un contrato ineficiente. En particular, este efecto puede apreciarse en aquellos procesos en los que concurren un bajo número de licitadores y, por tanto, no existe presión competitiva en términos de precio, como es el caso de los hospitales de Torrejón y Rey Juan Carlos en los que únicamente participaron una y dos empresas respectivamente.

Cuadro 30

Indeterminación de las prestaciones futuras

En varios casos se ha detectado que los PCAP reconocen la revisión futura de la remuneración establecida para el concesionario, pero no determinan su forma de cálculo, con lo cual otorgan a la Administración contratante una discrecionalidad que puede ser excesiva.

Así, en relación a los procesos de externalización del Área de Salud 10 (La Ribera) y Torrevieja de la Comunidad Valenciana, la Sindicatura de Comptes critica esta indeterminación*:

“Para la determinación de la prima per cápita se ha tomado como base los presupuestos iniciales de la Generalitat Valenciana. La revisión de precios se establece en la cláusula 19, fijándose como referencia de actualización de la prima per cápita el crecimiento del presupuesto sanitario registrado en los presupuestos de la Generalitat Valenciana.

La actualización del precio según la cláusula indicada en el párrafo anterior se limita de dos maneras: como límite inferior, el IPC y como límite superior, el porcentaje de aumento anual del gasto sanitario público consolidado del Estado para el ejercicio.

“Consideramos cuestionable este criterio de actualización de tarifas ya que no responde a una evolución de precios ni de costes reales.”

* Sindicatura de Comptes de la Comunidad Valenciana, *Fiscalización de la Cuenta General de la Generalitat Valenciana del ejercicio 2003*.

Cuadro 31**Regla excesiva de revisión de precios**

El PCAP del Hospital Infanta Elena de Valdemoro prevé una regla de revisión de precios que consiste en una actualización automática de los precios según el menor valor entre el IPC del Estado o el de la Comunidad de Madrid, más dos puntos.

Prácticamente la totalidad del resto de los pliegos establecen una regla de actualización de acuerdo con el 0,85 de un indicador de precios. En la medida que esta regla no prevé la completa actualización de precios de la economía, se intenta incentivar a la empresa a funcionar de manera más eficiente. No ocurre lo mismo en la regla prevista para el Hospital Infanta Elena, donde una remuneración por encima del IPC puede no estimular lo suficiente a la empresa para comportarse de manera eficiente en el tiempo.

4.

Conclusiones



El presente informe analiza los procesos de licitación para la provisión de servicios públicos en materia de sanidad, que recientemente han tenido lugar, comprendiendo desde la construcción de infraestructuras sanitarias hasta la externalización de la gestión en la provisión del servicio final. No se trata de valorar la necesidad o conveniencia de un sistema de gestión directa o gestión indirecta en la prestación de los servicios sanitarios, sino de analizar los procesos de externalización de la sanidad pública llevados a cabo hasta la fecha, estudiando si se han realizado convenientemente de acuerdo con los principios básicos de competencia y realizando recomendaciones para el futuro. Para ello, se aplican las recomendaciones contenidas en la Guía sobre Contratación Pública y Competencia publicada por la CNC en 2011 a las licitaciones realizadas en el sector sanitario, teniendo en cuenta algunos elementos esenciales de la estructura competitiva del mismo.

La atención sanitaria es un servicio del máximo interés para el bienestar directo de los ciudadanos, y un elemento básico para asegurar la equidad y la cohesión territorial. El gasto sanitario en 2011 ascendió a 1.923 euros por habitante (lo que supone algo menos del 9% del PIB), de los que 1.434 euros corresponden a la sanidad pública (fuente: MSSSI). Las actividades sanitarias y sociales emplearon a 1,5 millones de personas en 2011 (7,9% del empleo nacional). Se trata de un sector que puede ser fuente de innovación, dinamismo y competitividad para la economía española. Por todo ello, es fundamental asegurar que se organiza de forma eficiente y que los servicios prestados tienen una calidad adecuada.

El diseño inadecuado desde el punto de vista de la competencia de los procesos de contratación pública para la provisión de los servicios sanitarios puede tener consecuencias muy negativas, dado que puede encarecer innecesariamente el coste de la prestación del servicio para las Administraciones públicas o conducir a una calidad inadecuada de los servicios recibidos por los usuarios, todo ello con efectos negativos sobre el interés general. Asimismo, una contratación inadecuada de la gestión de servicios públicos puede empeorar las condiciones de competencia en otras actividades relacionadas o mercados conexos, como la prestación privada de servicios de asistencia sanitaria o los seguros de asistencia sanitaria, entre otras.

El informe muestra, en particular, que los procesos de externalización de la gestión sanitaria llevados a cabo por las Comunidades Autónomas han registrado, por lo general, una participación alarmantemente reducida de empresas. En la mayoría de procesos analizados, sólo se presentó un candidato. En algunos otros procesos de externalización de la gestión no sanitaria, se ha registrado también un número de participantes reducido. Algunas causas de este fenómeno pueden ser que los requisitos de participación en las licitaciones sean muy restrictivos, que los potenciales licitadores perciban un riesgo excesivo en los ingresos y gastos futuros asociados a la gestión del centro -o que algún competidor puede tener ventajas de información-, o que existan problemas de competencia en el mercado. En cualquier caso, cuando el número de licitadores es bajo, es muy posible que no se estén aprovechando los potenciales beneficios de la competencia. La Guía sobre Contratación Pública y Competencia recomendaba a las Administraciones públicas ponerse en conocimiento de las autoridades de competencia ante indicios de colusión entre licitadores, y un número extraordinariamente reducido de licitadores puede serlo.

Además, el informe muestra diversos ejemplos de situaciones potencialmente dañinas para la existencia de una competencia efectiva suficiente en los mercados que deben ser corregidos en la medida de lo posible o tenidos en cuenta por los órganos licitadores en el futuro. Estos ejemplos están relacionados tanto con la gestión sanitaria como con la gestión no sanitaria adjudicada en bloque junto con la construcción del centro sanitario. Se analizan las principales fases del proceso de contratación desde la óptica de competencia: i) el diseño general de las externalizaciones, ii) el acceso de empresas a las licitaciones, iii) la valoración de las ofertas presentadas y la ejecución de los contratos. Los ejemplos expuestos analizan diferentes situaciones con consecuencias negativas para la competencia y proponen, en su caso, formas alternativas de diseñar las licitaciones para posibilitar el aprovechamiento de los beneficios estáticos y dinámicos que ofrece la competencia en la contratación pública.

Por todo ello, la CNC insta a todas las Administraciones públicas competentes en el ámbito sanitario y en la contratación pública a extremar el cuidado en el diseño, implantación, adjudicación y seguimiento de los procesos de externalización en el ámbito sanitario, y a tomar en consideración los ejemplos y las recomendaciones efectuadas en este informe.

En particular, a la luz de los casos analizados, y a efectos de impulsar la efectividad de la competencia en los procesos de contratación en el sector sanitario, la CNC considera oportuno recordar e insistir en las principales recomendaciones efectuadas en la Guía sobre Contratación Pública y Competencia a las Administraciones públicas:

En cuanto al diseño de las licitaciones:

- Optar, siempre que sea posible, por el procedimiento abierto en las licitaciones, al ser el más favorecedor en términos de competencia.
- Evitar que la licitación de varios servicios en un único contrato reduzca el número de posibles adjudicatarios.
- Evitar que el número de lotes se asemeje al número de potenciales participantes, así como evitar que los lotes sean del mismo tamaño.
- Adecuar la duración de los contratos al tiempo preciso para amortizar las posibles inversiones necesarias para desarrollar el objeto del contrato, procurando evitar que duraciones prolongadas en exceso reduzcan la competencia por el mercado.

En cuanto al acceso de participantes a las licitaciones:

- Adecuar al objeto del contrato los requisitos económicos y técnicos para participar en las licitaciones, así como los medios de prueba que acreditan su cumplimiento. Y en particular, en el caso de UTEs, exigir el cumplimiento de requisitos de solvencia al conjunto de empresas que forman la UTE.
- Dar publicidad suficiente en las licitaciones, aunque no exista obligación legal.

- Establecer plazos suficientes para la preparación de ofertas, que faciliten la máxima participación de empresas en el proceso.
- Incluir en los pliegos toda la información relevante para que los potenciales licitadores puedan realizar previsiones ajustadas de la corriente de ingresos y gastos futuros.
- Vigilar que ningún candidato pueda tener ventajas sobre los demás derivadas de un acceso privilegiado a información relevante.

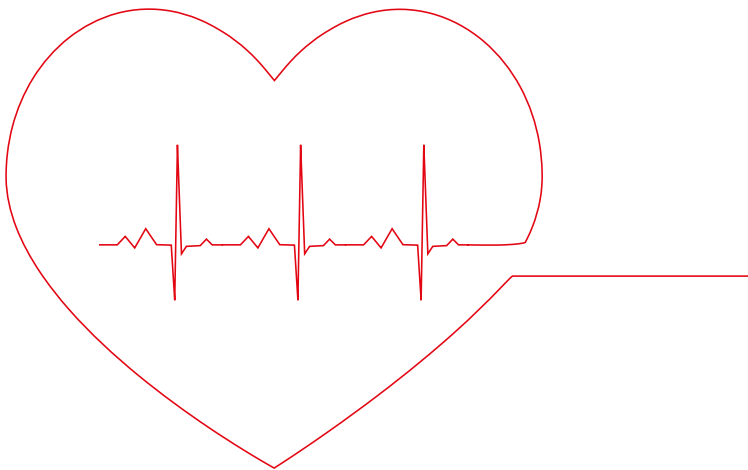
En cuanto a la ponderación de los criterios y el procedimiento de adjudicación de los contratos:

- Ponderar adecuadamente las variables, evitando dar una excesiva discrecionalidad al órgano adjudicador. En el caso de los servicios sanitarios, el objetivo fundamental es asegurar la calidad en la prestación del servicio al paciente, por lo que cabe una elevada puntuación a los criterios relativos a la calidad del servicio. Por ello, habría que conseguir un equilibrio entre la competencia en la variable precio y la calidad del servicio. Minorar la ponderación en términos de valoración de aquellos criterios económicos que carecen de relevancia en la facturación.
- Eludir el establecimiento de límites estrictos a los precios u otras variables básicas del contrato que restrinjan el margen de presentación de ofertas con precios viables, asegurando, en todo caso, un determinado nivel de calidad en la prestación del servicio.
- Asegurar que los pliegos proveen una descripción clara y precisa de los criterios de valoración, que incluya el conocimiento *ex ante* del umbral de anormalidad de las ofertas.

En cuanto al desarrollo de los contratos:

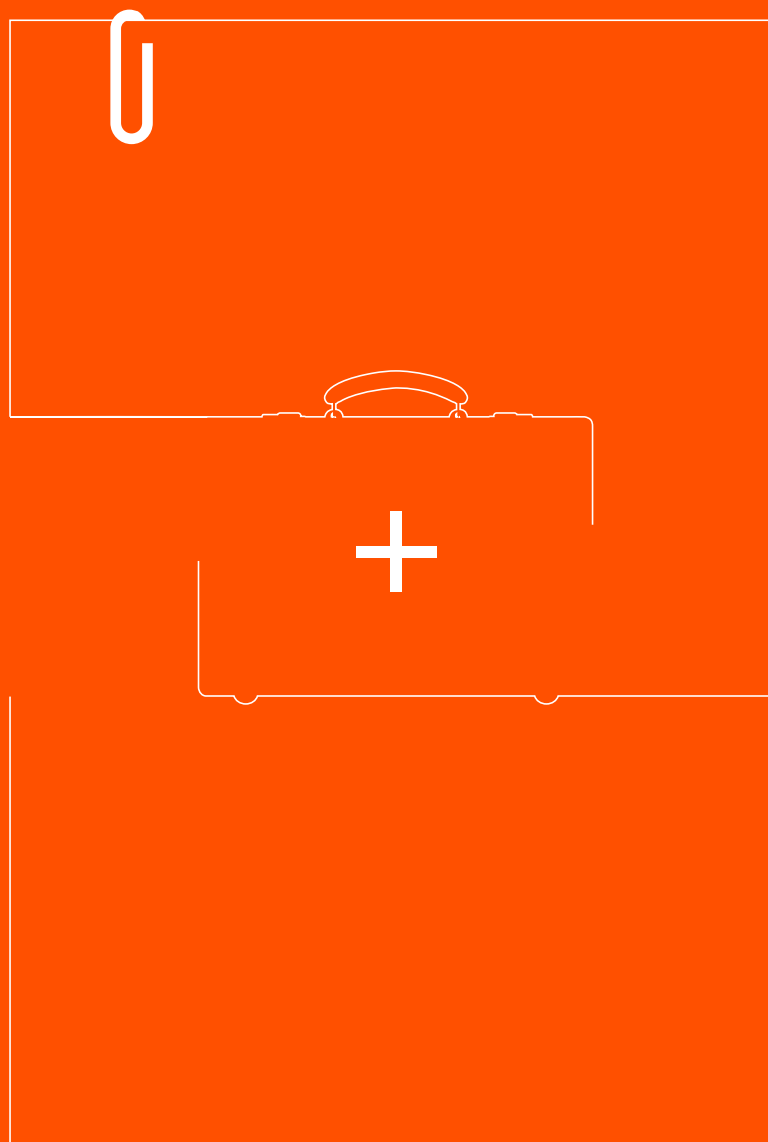
- Prever en los pliegos los elementos definidores de la calidad de ejecución del contrato y prever mecanismos creíbles y robustos de control y penalización por falta de cumplimiento de los mismos.
- Establecer mecanismos de remuneración que incentiven al adjudicatario a desarrollar un nivel adecuado de calidad en la prestación de los servicios. En el ámbito sanitario, en particular, se recomienda mejorar los mecanismos de medición, control, y transparencia de la facturación intercentros para permitir a los licitadores acceso a información fundamental para la elaboración de las ofertas y que se convierta en un estímulo real a la calidad y eficiencia.
- Evitar posibles ventajas competitivas a determinadas empresas derivadas de la disponibilidad, para usos distintos a los del contrato, de recursos públicos objeto de contrato.
- Establecer límites a la subcontratación para evitar una relajación en las condiciones de solvencia de las empresas subcontratadas.

- Reforzar la excepcionalidad de las modificaciones sobrevenidas de los contratos, lo que implica tasar en los pliegos las posibles situaciones extraordinarias que pueden dar lugar a modificaciones y limitar su alcance, especialmente de aquellos aspectos relativos a los elementos básicos del contrato.
- Evitar el establecimiento de fórmulas de revisión de precios que supongan pagos más allá del mantenimiento económico-financiero del contrato.



5.

Anexo:
Descripción
y origen de la
documentación
analizada
en la sección 3



Hospital de Burgos: Anuncio de licitación para la concesión de obra pública para la construcción y explotación del nuevo Hospital de Burgos, publicada en el BOE de 24 de agosto de 2005.

Hospitales Infanta Sofía, Infanta Leonor, Infanta Cristina, del Henares, del Sureste y del Tajo de la Comunidad de Madrid: Resolución de 30 de abril de 2013, de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, por la que se hace pública la convocatoria para la licitación del contrato de servicios denominado: «Gestión por concesión del servicio público de la atención sanitaria especializada correspondiente a los hospitales universitarios “Infanta Sofía”, “Infanta Leonor”, “Infanta Cristina”, del Henares, del Sureste y del Tajo», publicada en el BOCM de 7 de mayo de 2013.

Hospital Infanta Elena (Valdemoro): Resolución de 3 de agosto de 2005, de la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud, por la que se hace pública la convocatoria de concurso por procedimiento abierto para la adjudicación del contrato de gestión de servicios públicos, modalidad concesión, de la asistencia sanitaria especializada del Hospital de Valdemoro, publicada en el BOE de 10 de agosto de 2005.

Hospital de Torrejón: Resolución de 2 de marzo de 2009, de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Sanidad, por la que se hace pública la licitación del contrato de gestión de servicio público en la modalidad de concesión, denominado “Atención sanitaria especializada correspondiente a los municipios de Torrejón de Ardoz, Ajalvir, Daganzo de Arriba, Ribatejada y Fresno del Torote” a adjudicar por procedimiento abierto mediante pluralidad de criterios, publicada en el BOE de 11 de marzo de 2009.

Hospital Rey Juan Carlos (Móstoles): Resolución de 27 de octubre de 2009, de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Sanidad, por la que se hace pública la licitación del contrato de Gestión de Servicio Público en la modalidad de concesión, denominado: “Atención sanitaria especializada correspondiente a los municipios de Móstoles (zonas básicas de presentación Sabio, La Princesa y Barcelona), Navalcarnero, Cadalso de los Vidrios, San Martín de Valdeiglesias, Villa del Prado, Navas del Rey, Villaviciosa de Odón, Cenicientos, Rozas de Puerto Real, Pelayos de la Presa, Aldea del Fresno, Sevilla la Nueva, Villamanta, Villamantilla, Villanueva de Perales, Chapinería, Colmenar de Arroyo y El Álamo” a adjudicar por procedimiento abierto mediante pluralidad de criterios, publicada en el BOE de 19 de noviembre de 2009.

Áreas y Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana: Documentación facilitada por la Consellería de Sanitat de la Comunidad Valenciana.

- Área de Salud 10 del Servicio Valenciano de Salud (La Ribera): Anuncio de licitación de la gestión de la atención sanitaria especializada del Área de Salud 10, publicada en el DOGV de 25 de febrero de 1997.
- Área de Salud 10 del Servicio Valenciano de Salud (La Ribera II): Anuncio de licitación de la gestión de servicio público mediante concesión de la Atención Sanitaria Integral en el Área de Salud 10 de la Comunidad Valenciana, publicada en el DOGV de 11 de diciembre de 2002.

- Departamento de Salud de Torrevieja: Resolución de la Subsecretaría para los Recursos de Sanidad por la que se hace público el concurso para la gestión de servicio público mediante concesión de la Atención Sanitaria Integral en la zona de Torrevieja, publicada en el BOE de 13 de diciembre de 2002.
- Departamento de Salud de Denia: Anuncio de licitación de la gestión de servicio público mediante concesión de la Atención Sanitaria Integral en el Área de Salud 12, publicada en el DOGV de 29 de julio de 2004.
- Departamento de Salud de Manises: Resolución de la Agencia Valenciana de Salud de la Conselleria de Sanidad por la que se hace público el concurso para la gestión de servicio público mediante concesión de la Asistencia Sanitaria Integral en el futuro Departamento de Salud l'Horta-Manises de la Comunidad Valenciana, publicada en el BOE de 25 de abril de 2006.
- Departamento de Salud de Elche-Crevillente: Resolución de la Agencia Valenciana de Salud de la Conselleria de Sanidad por la que se hace público el concurso para la gestión de servicio público mediante concesión de la Asistencia Sanitaria Integral en el futuro Departamento de Salud Elche-Crevillente de la Comunidad Valenciana, publicada en el BOE de 8 de agosto de 2006.

Hospital Universitario Son Espases (antiguo Hospital Son Dureta): Resolución del Director Gerente del Servicio de Salud de las Illes Balears (Ib-salut) por la que se convoca la licitación del contrato de concesión de obra pública para la construcción, conservación y explotación del nuevo Hospital Universitario Son Dureta, publicada en el BOE de 18 de noviembre de 2005.

Hospital Can Misses: Anuncio de la Secretaría General del Servicio de Salud de las Islas Baleares de licitación para la Construcción, conservación y explotación del Nuevo Complejo Asistencial de Can Misses en Ibiza y dos Centros de Salud vinculados, publicada en el BOE de 20 de agosto de 2009.

Bibliografía

Acerete, B.; Stafford, A.; Stapleton, P. (2011), "Spanish Healthcare Public Private Partnerships: the Alzira Model", *Critical Perspectives on Accounting*, Elsevier.

Asociación de Facultativos Especialistas de Madrid (AFEM) (2013), *Informe AFEM-López Rodó & Cruz Ferrer sobre la inconstitucionalidad de la concesión de los servicios sanitarios de hospitales y centros de salud por la Comunidad de Madrid*. Obtenido en la página web de AFEM (www.asociacionfacultativos.com).

Cámara de Cuentas de la Comunidad de Madrid (2010), *Informe de fiscalización del programa presupuestario 750.- Atención especializada del Servicio Madrileño de Salud*. Ejercicio 2007.

Capen, E.C.; Clapp, R.V.; Campbell, W.M. (1971), "Competitive Bidding in High Risk Situations", *Journal of Petroleum Technology*, vol. 23, no. 6, pp. 641-653.

Coase, R. (1937), "The Nature of the Firm", *Economica*, No. 4, pp. 386-405.

Comisión Nacional de la Competencia (2011), *Guía sobre Contratación Pública y Competencia*.

Culyer, A.J.; Newhouse, J.P. (2000), *Handbook on Health Economics*, Volume 1A, North-Holland.

IASIST (2012), *Evaluación de Resultados de Hospitales en España según su Modelo de Gestión*.

Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) (2013), *Informe de Situación*.

Klemperer, P. (2004), *Auctions: Theory and Practice*. Princeton University Press.

Jakubowski, E., Saltman, R.B. (2013), "The Changing National Role in Health System Governance", *European Observatory on Health Systems and Policies*.

Marín Ferrer, M.; de Rosa Torner, A. (2007), *Las nuevas Formas de Gestión Sanitaria. Modelo Alzira*, Instituto de Estudios Económicos.

Martín Martín, J.L. (2003), *Nuevas Fórmulas de Gestión en las Organizaciones Sanitarias*, Fundación Alternativas, Doc. trab. nº 14/2003.

McKee, M., Edwards, N., Atun, R. (2006), "Public-Private Partnerships for Hospitals", *Bulletin of the World Health Organization* 2006; 84:890-896.

Menéndez Rexach, A. (2008), "La Gestión Indirecta de la Asistencia Sanitaria Pública. Reflexiones en torno al Debate sobre la Privatización de la Sanidad", *Revista de Administración Sanitaria* 2008; 6(2):269-96.

Morillo Balado, R. (2009), *Contractualismo y Reformas Sanitarias en el Marco de la Nueva Gestión Pública*, Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid.

OCDE (2012), *Competition in Hospital Services*.

OCDE (2005), *Competition in the Provision of Hospital Services*.

PriceWaterhouseCoopers (2012), *Diez Temas Candentes de la Sanidad Española para 2012*.

Prieto Orzanco, A.; Arbelo López de Letona, A., Mengual García, E. (2006), "El Papel de la Financiación Público-Privada de los Servicios Sanitarios", *Laboratorio de Alternativas* nº43/2007.

Rosado Bretón, L. (2010), "La Sostenibilidad y los Recursos del Sistema Nacional de Salud: el Modelo de Concesión Administrativa de la Comunidad Valenciana". *Revista de Administración Sanitaria* 2010;8(1):51-62.

Saltman, R.B, Durán, A., Dubois, H. (2011), "Governing Public Hospitals. Reform Strategies and the Movement towards Institutional Autonomy", *Observatory Studies Series No. 25*, European Observatory of Health Systems and Policies.

Sindicatura de Comptes de la Comunidad Valenciana, *Fiscalización de la Cuenta General de la Generalitat Valenciana del ejercicio 2003*.

Sindicatura de Comptes de la Comunidad Valenciana, *Cuenta de la Administración de la Generalitat del ejercicio 2006*.

Sindicatura de Comptes de la Comunidad Valenciana, *Cuenta de la Administración de la Generalitat del ejercicio 2007*.