



# MEMORIA JUSTIFICATIVA DEL ACUERDO MARCO PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS DE ATENCIÓN INTERMEDIA PARA REHABILITACIÓN Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA HOSPITALARIA PARA PACIENTES DEPENDIENTES DEL SERMAS A ADJUDICAR MEDIANTE PROCEDIMIENTO ABIERTO MEDIANTE PLURALIDAD DE CRITERIOS.

AM PA SER 3/2026 - A/SER-000595/2026

## CONTENIDO

1. NECESIDAD E IDONEIDAD DEL CONTRATO.....	1
A. ANTECEDENTES .....	2
B. EVOLUCIÓN DE LAS DERIVACIONES A UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA .....	3
C. GESTIÓN DE INGRESOS DESDE LA UNIDAD DE COORDINACIÓN DE MEDIA ESTANCIA (UCME) .....	4
2. DURACIÓN .....	7
3. JUSTIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 219 DE LA LEY 9/1997 DE CONTRATOS DEL SECTOR PÚBLICO.....	8
4. DIVISIÓN EN LOTES .....	10
5. ELECCIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y DE LOS CRITERIOS DE ADJUDICACIÓN .....	11
6. SOLVENCIA REQUERIDA.....	28
7. CONDICIONES ESPECIALES DE EJECUCIÓN .....	31
8. JUSTIFICACIÓN DE LA INSUFICIENCIA DE MEDIOS .....	31
9. JUSTIFICACIÓN DE LAS PENALIDADES .....	33
10. JUSTIFICACIÓN DE LA EXIGENCIA DE UN SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL.....	34

## 1. NECESIDAD E IDONEIDAD DEL CONTRATO

De acuerdo con las competencias en materia de contratación que tiene el SERMAS, y con el objetivo de dotarlo de recursos adecuados para la atención intermedia con rehabilitación y continuidad de cuidados en Unidades de Media Estancia en régimen de hospitalización, se manifiesta la necesidad de formalizar un nuevo procedimiento, con el objetivo de garantizar una adecuada atención sanitaria de los pacientes de la Comunidad de Madrid que son subsidiarios del uso de estas prestaciones.

Dar continuidad en la rehabilitación y los cuidados a los pacientes que así lo necesitan, independientemente del lugar de procedencia (ingresados en los hospitales de agudos, o que estén en sus domicilios), y que precisan tratamientos rehabilitadores intensivos y/o atención intermedia en régimen hospitalario para dar continuidad y/o finalizar tratamientos, siempre dirigidos a mejorar el estado de salud y funcional, en la medida de lo posible, es esencial para garantizar la continuidad del proceso asistencial y mejorar la calidad de vida de los pacientes con el mínimo coste a largo plazo y mejorando los resultados en salud.

El **objeto del contrato** es regular la prestación de servicios sanitarios de atención intermedia con rehabilitación y continuidad de cuidados en régimen hospitalario en Unidades de Media Estancia para aquellos pacientes beneficiarios del Servicio Madrileño de Salud, que padecen procesos clínicos que, afectan a su capacidad funcional y, por su complejidad, no pueden ser atendidos en el domicilio, pero no cumplen criterios de ingreso en hospital de agudos.

El principal **objetivo** de estos servicios es mejorar la situación clínica y funcional del paciente y obtener el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible para reintegrar al paciente a su medio habitual (domicilio, entorno residencial, o cualquier otro) en las mejores condiciones posibles.

## A. ANTECEDENTES

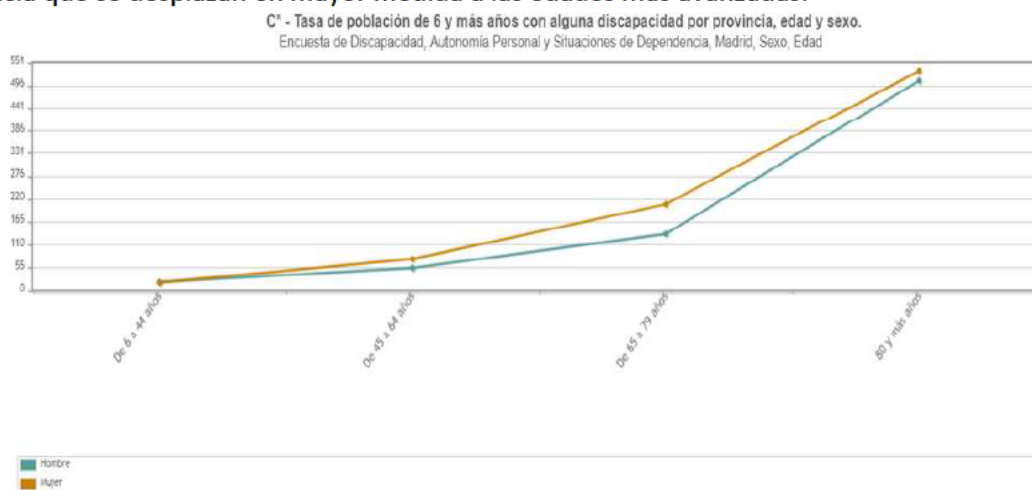
Para justificar la necesidad del inicio de este expediente en este momento, se realiza un análisis de la situación de partida de las necesidades sanitarias actuales y de las estimaciones sobre su evolución prevista para los próximos años.

### CIUDADANOS BENEFICIARIOS DE LOS SERVICIOS SANITARIOS OBJETO DEL CONTRATO:

Se entiende como beneficiarios a las personas que poseen TSI u otros documentos acreditativos de acceso a la asistencia sanitaria pública del Sistema Nacional de Salud, empadronados y con residencia habitual en la comunidad de Madrid emitidos por la Consejería de Sanidad (según figuren en SIP-CIBELES), así como otras situaciones administrativas que permitan el acceso a estos recursos.

### PERFIL DE PACIENTES A ATENDER: EVOLUCIÓN DE LA FRAGILIDAD, DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD

Como consecuencia, entre otros factores, del aumento de la esperanza de vida y del envejecimiento de la población, aumenta progresivamente la prevalencia de la fragilidad asociada al incremento de la edad y a la disminución de la capacidad intrínseca y funcional, lo que deriva en el aumento de las tasas de discapacidad y dependencia que se desplazan en mayor medida a las edades más avanzadas.



La población vulnerable y la población mayor frágil que precisa atención intermedia con rehabilitación y continuidad de cuidados para recuperar su funcionalidad y evitar o ralentizar el avance de la discapacidad a la dependencia, sigue aumentando progresivamente en la Comunidad de Madrid.

## B. EVOLUCIÓN DE LAS DERIVACIONES A UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA

La provisión de tratamientos rehabilitadores y otros cuidados clínicos complejos a los pacientes que así lo precisan, requieren intervenciones intensivas de equipos multidisciplinares especializados y unos recursos materiales e instalaciones adecuados a la complejidad de los procesos atendidos, iniciándose este proceso una vez que el paciente está estabilizado clínicamente y no requiere pruebas diagnósticas adicionales que superen las posibilidades de las Unidades de Media Estancia, momento en el que puede ser dado de alta en su hospital y pasar a atención intermedia con rehabilitación y continuidad de cuidados.

El abordaje integral y los cuidados centrados en el paciente incluyen a sus familias y personas cuidadoras, por lo que se requieren recursos adicionales a los relacionados exclusivamente con el paciente para facilitar la transición del paciente a su medio habitual en las mejores condiciones posibles.

El Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios describe los Hospitales de media y larga estancia como hospitales destinados a la atención de pacientes que precisan cuidados sanitarios, en general de baja complejidad, por procesos crónicos, o por tener reducido su grado de independencia funcional para la actividad cotidiana, pero que no pueden proporcionarse en su domicilio, y requieren un periodo prolongado de internamiento.

Según datos de Sociedades Científicas, aunque en nuestro país no existen apenas estudios de coste-eficacia en relación con estos recursos, diversos estudios en otros ámbitos arrojan resultados de que el ahorro económico a largo plazo de la rehabilitación superaría a los costes a corto plazo, y reduciría los índices de discapacidad futura y de complicaciones a largo plazo.

Diversos estudios publicados (Bachmann et al.) refieren que las Unidades de Recuperación Funcional que tienen esta tipología de hospitales, han demostrado eficacia y efectividad frente a los cuidados convencionales en reducción de mortalidad, del deterioro funcional, de la tasa de institucionalización, así como reducción de costes sanitarios.

Estos aspectos han condicionado una evolución y cambio de tendencia en el número de derivaciones solicitadas desde los hospitales donde se encuentran ingresados los pacientes. Las peticiones totales, y específicamente las de rehabilitación se han ido incrementando progresivamente, desde el 2020 en el que, del total de pacientes ingresados en unidades de media estancia, el 82% era para rehabilitación hasta la actualidad, donde estas solicitudes alcanzan ya el 93% de los pacientes ingresados, lo que supone un incremento de 10 puntos porcentuales en los pacientes que precisan rehabilitación.

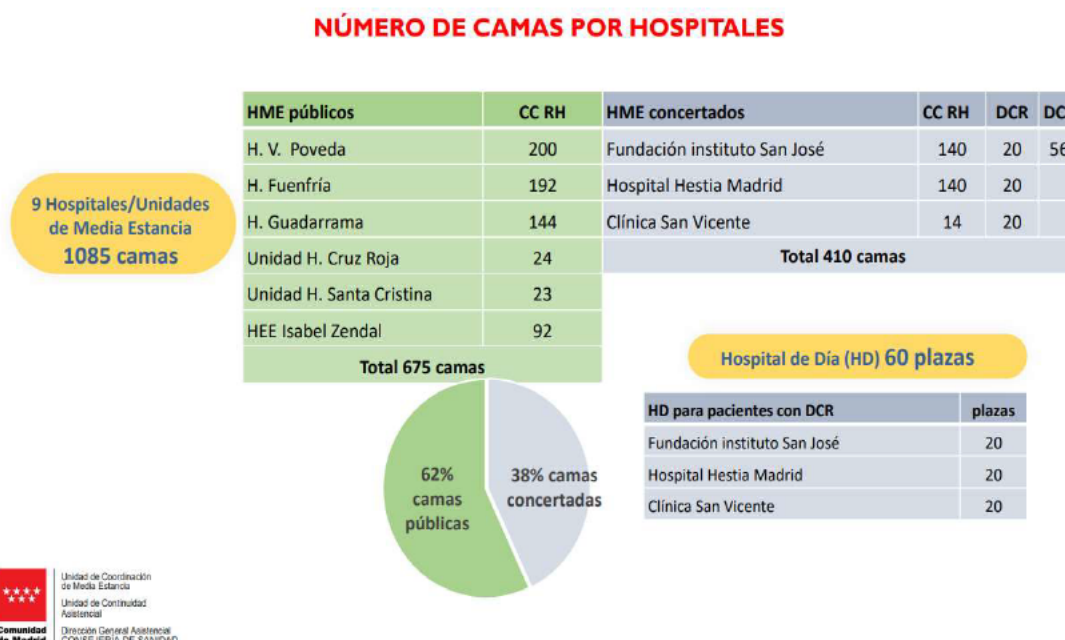


Así mismo, mediante tareas de difusión específicas, ha aumentado el conocimiento sobre este tipo de prestaciones existentes en la Comunidad de Madrid, se han ido perfilando los criterios de inclusión y se han ido presentando resultados a través de los indicadores de estas unidades, lo que ha generado que en el periodo 2020-2024 se hayan incrementado un 22% las peticiones de derivación y un 20 % el número de pacientes ingresados para atención intermedia con rehabilitación y continuidad de cuidados en las Unidades de Media Estancia, lo que da una visión del aumento de la necesidad y uso de estos recursos en sintonía con las recomendaciones científicas sobre el tratamiento de estos pacientes.

### C. GESTIÓN DE INGRESOS DESDE LA UNIDAD DE COORDINACIÓN DE MEDIA ESTANCIA (UCME)

La gestión de ingresos centralizada de las camas de la Red de Hospitales y Unidades de Media Estancia, conformada por recursos de titularidad pública y concertados, se coordina desde la Dirección General Asistencial, a través de la Unidad de Coordinación de Media Estancia (UCME), que es la unidad promotora de este expediente y la encargada de asignar las camas a los pacientes que para los que se solicita la prestación a la que se refiere este contrato y realizar las derivaciones. La Unidad de Coordinación de Media Estancia gestiona y coordina los recursos de otros programas de Media Estancia que implican otros expedientes de distinta tipología.

El mapa actual de recursos según se muestra en la siguiente figura:



Con todos estos datos, la justificación del inicio de este expediente obedece a distintas razones:

1.- Es necesario adecuar y homogeneizar las exigencias técnicas y los criterios de calidad de todas las plazas disponibles en la Comunidad de Madrid en Unidades de Media Estancia, para que todos los pacientes tengan la misma calidad asistencial independientemente de la titularidad del centro en el que sean atendidos. La importancia de este criterio radica en la equidad en la prestación de los servicios sanitarios públicos.

2.- Las plazas ofertadas en centros públicos en este momento son insuficientes para asumir las necesidades existentes, ya que estas van en aumento debido al envejecimiento de la población, y al incremento de la discapacidad. Según los últimos informes presentados por el INE (como se presenta en la primera gráfica de esta memoria con datos por mil habitantes de marzo 2023 en la Comunidad de Madrid), se convierte en una necesidad disminuir la discapacidad en la medida de lo posible con intervenciones rehabilitadoras y de recuperación temprana en personas vulnerables y con edad avanzada.

En el informe anual 2021 del INE se recoge la encuesta EDAD-2020, que describe como objetivo *“proporcionar una base estadística para la planificación de políticas que permitan la promoción de la autonomía personal y la prevención de las situaciones de dependencia”*.

Considerando que las Unidades de Media Estancia están alineadas con el cumplimiento de esos objetivos que tienen repercusión a nivel sanitario y social, la existencia de plazas suficientes para prestar estos cuidados y adecuarlos a la necesidad real, resulta imprescindible.

3.- La demanda creciente de estos recursos en los últimos años hacen que las plazas ofertadas en centros públicos y la tipología de las mismas sean insuficientes para dar cobertura a una población cercana a los 7 millones de habitantes, según la última memoria del Servicio Madrileño de Salud publicada en 2022.

Como se ha expuesto en apartado anteriores, los datos recogidos en la Unidad de Coordinación de Media Estancia muestran la tendencia ascendente en la demanda de recursos y también en la utilización de estos a lo largo de los últimos años como se ha apuntado en apartados anteriores.

4.- Es necesario reducir el tiempo entre las peticiones de derivación y el ingreso de pacientes en Hospitales de Media Estancia para reducir las estancias innecesarias en hospitales de agudos causadas por este motivo. Cuando los pacientes tienen criterios de ingreso en Unidades de Media Estancia, es esencial liberar camas con agilidad de las plantas y urgencias de los hospitales de agudos, para que así queden disponibles para el ingreso de pacientes con procesos agudos. Por ello, el traslado de los pacientes que requieren ingresar en Unidades de Media Estancia para dar continuidad a sus cuidados, precisa tener disponibilidad de camas suficientes en Unidades de Media Estancia en los centros específicos para ello.

5.- La dispersión geográfica y la localización de los centros públicos en la Comunidad de Madrid hace que sean necesarios más recursos de proximidad, que cubran el área metropolitana y principalmente Madrid capital, para acercar esta tipología de servicios sanitarios a la población.

6.- La necesidad de adecuar las prestaciones para poder atender a pacientes que no se recogían con anterioridad, y cuya tendencia es incrementarse en cuanto al número de personas susceptibles de necesitar la prestación. Los identificados hasta el momento son:

6.1. Pacientes infectados/colonizados por gérmenes multirresistentes y otras infecciones que requieren aislamiento. No se habían generado hasta este momento recursos específicos o reconocimiento de esta prestación, lo cual generaba un retraso en la atención de estos pacientes y, por tanto, una inequidad en el sistema. La única excepción se hizo en aislamiento por COVID-19 en situación de emergencia sanitaria.

Existen situaciones de riesgo para pacientes y profesionales a las que debemos dar respuesta de forma adecuada a través de, entre otras medidas, el aislamiento. Algunas infecciones provocadas por determinados tipos de gérmenes precisan condiciones de aislamiento de contacto y/o respiratorio, ya que ponen en riesgo la seguridad del resto de pacientes con los que pudieran permanecer en contacto estrecho.

Los pacientes colonizados o infectados no deberían compartir espacios con otras personas vulnerables, que son, por definición, todos los que se encuentran recibiendo cuidados en Unidades de Media Estancia.

Para ello es conveniente sectorizar los espacios y zonas donde están las personas con las que seguir precauciones especiales en la atención sanitaria.

6.2. Pacientes que requieren aislamiento inverso para protegerse de infecciones. Hay pacientes que, por su vulnerabilidad y susceptibilidad a las infecciones, bien sea por su estado inmunológico y/o por el uso de algunos tratamientos, es recomendable que no compartan espacios con otros pacientes y para los que se recomienda el aislamiento.

6.3. Pacientes con obesidad mórbida, para los que no se dispone de suficientes recursos específicos para su atención, lo que dificulta encontrar recursos adaptados a su situación clínica.

6.4. Pacientes con daño cerebral rehabilitable: que no pueden beneficiarse del programa específico y que tienen cabida en la neurorehabilitación de este pliego.

7.- Necesidad de ubicar a los pacientes en unidades con prestaciones más adecuadas a sus necesidades asistenciales, redefiniendo las prestaciones de este expediente en función de los perfiles y necesidades de los pacientes. Así los recursos y la inversión de cada estancia están perfilados y adaptados a la situación real de los pacientes.

8.- Dar continuidad al servicio que viene realizando el SERMAS mediante su Red de Hospitales y Unidades de Media Estancia en la atención a los pacientes con necesidades de atención intermedia con rehabilitación y continuidad de cuidados, que define a la Comunidad de Madrid como pionera e innovadora dentro del país en este tipo de prestación.

9.- Adecuación de los costes de la provisión de cuidados y rehabilitación a la realidad clínica asistencial actual y necesidades de los pacientes, y así poder obtener un número de proveedores y camas suficientes para garantizar la adecuada cobertura de las necesidades de la población y la calidad de los servicios sanitarios prestados, tanto en cuidados como en tratamientos, que han ido modificándose, adaptándose y haciéndose



más especializados y complejos en los últimos años, lo que genera la necesidad de solicitar y primar la existencia de tecnología sanitaria más compleja y dispositivos tecnológicamente más avanzados.

En consecuencia, se determina la necesidad de contratar este servicio sanitario. El procedimiento que se ha considerado más adecuado es el contrato de servicios sanitarios mediante procedimiento abierto con pluralidad de criterios, sujeto a regulación armonizada, que fomente la competencia entre los diferentes proveedores legalmente autorizados.

## 2. DURACIÓN

El artículo 219.2 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, establece que *“La duración de un acuerdo marco no podrá exceder de cuatro años, salvo en casos excepcionales, debidamente justificados. En todo caso, la duración del acuerdo marco deberá justificarse en el expediente y tendrá en cuenta, especialmente, las peculiaridades y características del sector de actividad a que se refiere su objeto”*.

En el presente Acuerdo Marco se da cumplimiento a lo dispuesto por el citado precepto dado que la **duración del mismo por dos años, con posibilidad de prórroga por otros dos años más**, se ha considerado como la más conveniente a la hora de compatibilizar, por una parte, el legítimo interés del órgano de contratación por comprometer el servicio objeto del Acuerdo durante el tiempo suficiente para la obtención de la mayor eficiencia económica y garantizar para la Administración una estabilidad económico presupuestaria, y por otra, la necesaria estabilidad asistencial en cuanto a las necesidades de los pacientes, así como a la seguridad jurídica que debe garantizarse a los adjudicatarios en lo que respecta a la inalterabilidad de las condiciones del Acuerdo Marco durante la vigencia del mismo, manteniendo así el equilibrio inicial que exista en el momento de la adjudicación.

En virtud de lo expuesto se puede concluir que, teniendo en cuenta la duración del contrato que implica cierta garantía en cuanto a la prestación del servicio para el licitador, así como la índole de los servicios a realizar, con competencia en el mercado, se cumplirían los requerimientos fijados por el artículo 219 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público para la contratación de los servicios objeto del presente procedimiento mediante la figura del Acuerdo Marco.

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 el contrato proyectado tendrá una duración de 24 meses, con posibilidad de prórroga por otros 24 meses.

Se entiende que el plazo de 24 meses es el más adecuado para satisfacer las necesidades de la Administración, dado que permite la adaptabilidad a la evolución de necesidades: El texto indica que la justificación del expediente se basa en un “análisis de la situación actual de partida, de las necesidades sanitarias actuales y de las estimaciones sobre su evolución prevista para los próximos años”. Las estimaciones sobre la evolución futura, por naturaleza, conllevan un grado de incertidumbre. Un plazo de 24 meses permite al SERMAS una mayor flexibilidad para:

- a. Reevaluar la precisión de dichas estimaciones.

- b. Adaptar las condiciones del servicio o el volumen de la prestación a la evolución real de las necesidades sanitarias de los beneficiarios de la Comunidad de Madrid de forma más ágil que un plazo mayor.
- c. Incorporar posibles mejoras o cambio en los modelos de cuidados intermedios o rehabilitación que puedan surgir.

### 3. JUSTIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 219 DE LA LEY 9/1997 DE CONTRATOS DEL SECTOR PÚBLICO.

Este Acuerdo Marco se fundamenta en atender las necesidades asistenciales que, en el ámbito de la atención especializada que requieren los enfermos que necesitan **atención intermedia para rehabilitación y continuidad de cuidados**.

Para la racionalización de la contratación a través del presente Acuerdo Marco y en virtud de las características del mismo y del servicio al que se refiere su objeto se ha tenido en cuenta lo dispuesto en los artículos 219.1 y 219.2 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, sobre la base de los siguientes argumentos:

1. El artículo 219.1 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, establece que *“Uno o varios órganos de contratación del sector público podrán celebrar acuerdos marco con una o varias empresas con el fin de fijar las condiciones a que habrán de ajustarse los contratos que pretendan adjudicar durante un período determinado, en particular por lo que respecta a los precios, y en su caso, a las cantidades previstas, siempre que el recurso a estos instrumentos no se efectúe de forma abusiva o de modo que la competencia se vea obstaculizada, restringida o falseada”*.

En el presente Acuerdo Marco se da cumplimiento a lo dispuesto por el citado precepto dado que los precios de licitación han sido establecidos tomando como punto de partida las autorizaciones y los precios de los contratos previos, las tarifas establecidas en el mercado y la información que nos proporcionan otras convocatorias públicas de otras Comunidades Autónomas.

#### Objetivos del acuerdo marco:

- Garantizar el acceso universal a **atención intermedia para rehabilitación y continuidad de cuidados** de calidad para todos los pacientes que lo requieran en la Comunidad de Madrid.
- Optimizar la utilización de los recursos disponibles y promover la eficiencia en la gestión de los servicios.
- Fortalecer la colaboración entre las administraciones públicas, los profesionales sanitarios y las entidades del tercer sector.

Con la realización del acuerdo marco se homogeneizan prestaciones y precios, se simplifica el procedimiento administrativo y se favorece una mayor concurrencia de empresas del sector con el establecimiento del citado número de lotes para permitirla.



Teniendo en cuenta que el Acuerdo Marco no tiene carácter de exclusividad respecto de dichos servicios ni limita la concurrencia, cabe concluir que el recurso a este instrumento no se está efectuando de forma abusiva y garantiza que la competencia no se vea obstaculizada, restringida o falseada.

2. El artículo 219.2 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, establece que *“La duración de un acuerdo marco no podrá exceder de cuatro años, salvo en casos excepcionales, debidamente justificados. En todo caso, la duración del acuerdo marco deberá justificarse en el expediente y tendrá en cuenta, especialmente, las peculiaridades y características del sector de actividad a que se refiere su objeto”*.

En el presente Acuerdo Marco se da cumplimiento a lo dispuesto por el citado precepto dado que la duración del mismo por dos años, con posibilidad de prórroga por otros dos años más, se ha considerado como la más conveniente a la hora de compatibilizar, por una parte, el legítimo interés del órgano de contratación por comprometer el servicio objeto del Acuerdo durante el tiempo suficiente para la obtención de la mayor eficiencia económica y garantizar para la Administración una estabilidad económica presupuestaria, y por otra, la necesaria estabilidad asistencial en cuanto a las necesidades de los pacientes, así como a la seguridad jurídica que debe garantizarse a los adjudicatarios en lo que respecta a la inalterabilidad de las condiciones del Acuerdo Marco durante la vigencia del mismo, manteniendo así el equilibrio inicial que exista en el momento de la adjudicación.

En virtud de lo expuesto se puede concluir que, teniendo en cuenta la duración del contrato que implica cierta garantía en cuanto a la prestación del servicio para el licitador, así como la índole de los servicios a realizar, con competencia en el mercado, se cumplirían los requerimientos fijados por el artículo 219 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público para la contratación de los servicios objeto del presente procedimiento mediante la figura del Acuerdo Marco.

Todo ello con el fin de realizar con efectividad la asistencia en el campo de los de atención intermedia para rehabilitación y continuidad de cuidados en unidades de media estancia hospitalaria

El empleo de este sistema de contratación permitirá combinar la disponibilidad de camas para mejorar la atención hospitalaria en este tipo de asistencia a la vez que obtener la ineludible eficiencia en precios, obteniendo una mayor optimización de los recursos implicados.

Asimismo, al contemplarse la celebración del acuerdo marco con varias empresas, **posibilita tener cubierta la necesidad asistencial en caso de producirse alguna incidencia en la ejecución del servicio y asegurar la continuidad de la atención especializada para estos pacientes.**

En el presente Acuerdo Marco se da cumplimiento a lo dispuesto por el citado precepto dado que, y se ha realizado su revisión actualizando, por un lado, el coste en recursos humanos en virtud de la actualización del Convenio Colectivo 2023-2026 para “Establecimientos Sanitarios de Hospitalización, Asistencia Sanitaria, Consultas y Laboratorios de Análisis Clínicos” de la Comunidad de Madrid”, y por otro, el coste en bienes y servicios según el incremento del IPC, conforme se detalla en la Memoria Económica, pudiendo quedar fijadas así las condiciones a que habrán de ajustarse los contratos en lo que a los precios respecta.

Con la realización del acuerdo marco se homogeneizan prestaciones y precios, se simplifica el procedimiento administrativo y se favorece una mayor concurrencia de empresas del sector con el establecimiento del citado número de lotes para permitirla.

Teniendo en cuenta que el Acuerdo Marco no tiene carácter de exclusividad respecto de dichos servicios ni limita la concurrencia, cabe concluir que el recurso a este instrumento no se está efectuando de forma abusiva y garantiza que la competencia no se vea obstaculizada, restringida o falseada.

En virtud de lo expuesto se puede concluir que, teniendo en cuenta la duración del contrato que implica cierta garantía en cuanto a la prestación del servicio para el licitador, así como la índole de los servicios a realizar, con competencia en el mercado, y las necesidades en cuanto al número de camas previstas durante dicho período, se cumplirían los requerimientos fijados por el artículo 219 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público para la contratación de los servicios objeto del presente procedimiento mediante la figura del Acuerdo Marco.

#### 4. DIVISIÓN EN LOTES

La contratación se ha estructurado en **12 lotes de 28 camas cada uno**. Las empresas que deseen participar en la licitación tienen la opción de presentar ofertas para uno, varios o la totalidad de estos lotes.

Cada empresa solo podrá presentar una única propuesta por lote, ya sea de forma individual o en unión temporal con otras empresas. El incumplimiento de esta directriz conllevará la exclusión de todas las ofertas presentadas por dicho licitador para el lote en cuestión.

##### **Número máximo de lotes a que los empresarios podrán licitar: 12**

El número ofertado de lotes está relacionado con el índice de ocupación de los hospitales y la demanda de ingreso registrada en los años previos.

Dicho número de lotes se justifica por la estimación de necesidades, teniendo en cuenta el histórico de ingresos, las solicitudes de ingreso que cumplen criterios, y estimando las necesidades futuras en función de variables como la demografía poblacional, la fragilidad, discapacidad y dependencia de la población.

##### **Número máximo de lotes a adjudicar a cada licitador: 5**

El número de lotes máximo que se adjudicará a cada licitador está en relación con el intento de optimización de los recursos, al mantenimiento de la calidad asistencial, y garantizar la cobertura geográfica de estos servicios sanitarios en relación con las unidades públicas.

Por otra parte, hay que considerar que son escasas las empresas proveedoras de este servicio y que el paciente tiene el derecho a la libre elección. Por todo ello, está justificado que el número de lotes máximo sea 5 intentando hacer una distribución lo más adecuada posible por zonas.

El número de lotes máximo que se adjudicará a cada licitador está en relación a la optimización de los recursos, al mantenimiento de la calidad asistencial, y garantizar la cobertura geográfica de estos servicios sanitarios en relación con las unidades públicas.

### **Número máximo de licitadores que pueden resultar adjudicatarios: 12**

En el caso de ser adjudicados varios proveedores, tendrán preferencia los que, según la puntuación técnica y económica establecida, hayan alcanzado mayor puntuación total.

Se obliga a los adjudicatarios a disponer y mantener durante toda la vigencia del contrato, de una estructura de profesionales y equipamientos sanitarios especializados suficiente para el cumplimiento del Pliego de Prescripciones Técnicas, independientemente de la ocupación, ya que las derivaciones de pacientes a los centros son fluctuantes y están condicionadas por las necesidades asistenciales del Servicio Madrileño de Salud en cada momento, pudiendo darse el caso de que no se ocupen la totalidad de las camas.

Teniendo en cuenta la variabilidad del número de pacientes derivados en función de las necesidades asistenciales del Servicio Madrileño de Salud, y con el fin de adecuarse a las mismas, se considerará el total de las estancias en un cómputo anual, pudiendo generarse un número de estancias superior en momentos concretos que podrán ser compensadas con otros momentos de ocupación incompleto.

En el caso de ser adjudicados varios proveedores, tendrán preferencia los que, según la puntuación técnica y económica establecida, hayan alcanzado mayor puntuación total.

Los licitadores presentarán en su oferta la indicación del número de lotes a los que optan, sin necesidad de indicar el lote concreto, ya que no existe diferencias cualitativas en los lotes.

## **5. ELECCIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y DE LOS CRITERIOS DE ADJUDICACIÓN**

A los efectos previstos en el art. 116.4 de la LCSP, el contrato se centra en la provisión de servicios sanitarios de cuidados continuados y de rehabilitación en Unidades de Media Estancia (UME) que abarca desde:

- Atención sanitaria de pacientes que necesitan cuidados intermedios o rehabilitación intensiva, que no pueden recibir en casa, pero tampoco requieren hospitalización.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes, con el mínimo coste a largo plazo y optimizando resultados de salud.

El expediente se tramita mediante procedimiento abierto, con pluralidad de criterios de adjudicación en base a los siguientes argumentos:

- Primero: el procedimiento abierto con pluralidad de criterios es uno de los procedimientos ordinarios de adjudicación de los contratos de las Administraciones Públicas (Artículo 131.2 de la Ley 9/2017 de Contratos del Sector Público)
- Segundo: el contrato se adjudicará por procedimiento abierto mediante pluralidad de criterios, en aplicación de los artículos 131.2 y 156.1 de la Ley 9/2017 de Contratos del Sector Público (LCSP), conforme a los términos y requisitos establecidos en dicho texto legal.



- Tercero: La justificación de la pluralidad de criterios de adjudicación es conforme a lo dispuesto en los artículos 145 de la LCSP respecto a los requisitos y clases de criterios, atendiendo en este caso a una mejor relación calidad-precio sobre la base del precio o coste, y 146 de la LCSP en lo que respecta a su aplicación.

Cada uno de los criterios cualitativos seleccionados, están relacionado con el objeto del contrato y se ha formulado teniendo en cuenta que el contrato proyecto es susceptible de ser mejorado, fijando unos criterios que mejoren la calidad en beneficio del paciente, así como gestión del servicio.

Para la valoración de las proposiciones y la determinación de la oferta más ventajosa, se atenderá a una pluralidad de criterios en base a la mejor calidad-precio, con arreglo a criterios cualitativos y económicos de acuerdo con lo dispuesto en el art. 145 de la LCSP. Con ello se pretende asegurar la máxima objetividad en la valoración al referirse a características que mejoren las prestaciones del contrato y que puedan valorarse mediante cifras o porcentajes

La fórmula para valorar el precio es proporcional, corregida y permite valorar de forma más equilibrada las diferencias resultantes de las ofertas con respecto al precio de litación que la que resultaría de la aplicación de una fórmula proporcional pura, de tal forma que se evita una sobreponderación del criterio precio respecto al resto de criterios de valoración.

En consecuencia, los criterios para valorar la mejor relación calidad- precio son:

- Criterios relacionados con los costes, en los que se valorará el precio de la Prestación Integral, asignando una ponderación de 49 puntos.
- Con respecto a los criterios cualitativos, se ha optado por incluir unos criterios de calidad, asignando una ponderación de 51 puntos.

La ponderación escogida (49 % económico y 51 % criterios técnicos) es conforme a lo establecido en el punto 2 del artículo 146 de la Ley 9/2017, en concreto: “cuando se utilicen una pluralidad de criterios de adjudicación, en su determinación, siempre y cuando sea posible, se dará preponderancia aquellos que hagan referencia a características del objeto del contrato que puedan valorarse mediante cifras o porcentajes obtenidos a través de la mera aplicación de las fórmulas establecidas en los pliegos”.

#### **A. Criterios evaluable mediante aplicación de fórmula matemática**

##### **A.1. Criterio Precio (49 puntos)**

El criterio que se valorará en este apartado será la oferta económica que realicen los licitadores. Por ofertar un importe igual o inferior al previsto en el Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares, se podrán otorgar hasta 49 puntos, que se asignarán en función de la baja en la oferta presentada de las admitidas a licitación. Partiendo de dicha oferta se hallará la mayor baja económica, a la que se asignará la máxima puntuación. A la oferta coincidente con el precio de licitación, se le asignarán 0 puntos. El resto de las puntuaciones se otorgarán proporcionalmente entre estos dos valores, de acuerdo con la fórmula que se indica a continuación:

$$P = \text{Baja de la Oferta que se valora (*)} / \text{Mayor Baja de las Ofertas} \times 49$$

$$(*) \text{ Baja} = \text{Presupuesto base de licitación} - \text{Oferta del licitador (Importe Total)}$$

## A.2. Criterios cualitativos: (hasta un máximo de 51 puntos).

Se podrá otorgar hasta un máximo de 51 puntos, a partir de la valoración total de los criterios objetivos que, ofertados por las entidades licitadoras, se establecen en este pliego.

Sobre la valoración máxima de las prestaciones ofertadas en este apartado, se calculará proporcionalmente la puntuación obtenida por cada entidad licitadora mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Ponderación} = [\text{VL} / \text{VMax}] \times 51$$

**VL** = Valoración total de los criterios cualitativos obtenidos por la entidad licitadora

**VMax** = Mayor Valoración total de los criterios cualitativos obtenidos

Para continuar en el proceso selectivo se deben obtener  $\geq 26$  puntos en los criterios técnicos evaluables por aplicación de fórmula presentados en la Tabla "VALORACIÓN DE CRITERIOS".

Los criterios valorables de forma automática por aplicación de fórmula para valorar la calidad de la asistencia se basan en cinco dimensiones generales: accesibilidad, seguridad, confort, calidad de la atención sanitaria individualizada dirigida a la consecución de objetivos de curación/mejoría funcional, y el uso de tecnología avanzada e innovadora, según la siguiente distribución de puntuación:

DESCRIPCIÓN DEL CRITERIO	VALORACIÓN	PUNTUACIÓN
<b>BLOQUE A: ESTRUCTURAS, LOCALES, SERVICIOS</b>		
A.1. Ubicación respecto al centro de la Capital (referido al uso de transporte sanitario)	Distancia de Madrid capital (Punto kilométrico 0) > 40km	0
	Distancia de Madrid capital (Punto kilométrico 0) >20km y ≤40km	2
	Distancia de Madrid capital (Punto kilométrico 0) ≤ 20km	5
	<b>A.1 Máximo 5 puntos</b>	
A.2. Proporción de habitaciones individuales	21%	0
	≥ 21% - 24%	1
	≥ 25%	2
	<b>A.2 Máximo 2 puntos</b>	
A.3. Proporción de camas eléctricas	<50%	0
	≥ 50%	2
	<b>A.3 Máximo 2 puntos</b>	
A.4. Dispone de consultas o boxes individuales adicionales para tratamiento de fisioterapia	NO	0
	SI	1
	<b>A.4 Máximo 1 puntos</b>	
A.5. Dispone de sistema unidosis de farmacia	NO	0
	SI	2
	<b>A.5 Máximo 2 puntos</b>	
A.6. Dispone de posibilidad de elección de menú alternativo por parte de los pacientes dentro de cada dieta	NO	0
	SI	1
	<b>A.6 Máximo 1 punto</b>	
A.7. Dispone de sistema de aviso al control de enfermería en los baños	NO	0
	SI	1
	<b>A.7 Máximo 1 punto</b>	
A.8. Dispone de barandillas en los pasillos para ayudar a la deambulación	NO	0
	SI	2
	<b>A.8 Máximo 2 puntos</b>	
A.9. Dispone de sensores de movimiento en habitaciones para evitar caídas nocturnas	NO	0
	SI	1
	<b>A.9 Máximo 1 punto</b>	
<b>SUMA DE TODOS LOS CRITERIOS BLOQUE A</b>		<b>BLOQUE A</b>
		<b>Máximo 17 puntos</b>



DESCRIPCIÓN DEL CRITERIO	VALORACIÓN	PUNTUACIÓN
<b>BLOQUE B: EQUIPAMIENTO DEL CENTRO</b>		
B.1. Dispone de exoesqueleto robótico o bipedestador dinámico articulado con bloqueo y sistema feedback	NO	0
	SI	2
	<b>B.1 Máximo 2 puntos</b>	
B.2. Dispone de dispositivos de estimulación eléctrica para el tratamiento de rehabilitadores y logopedas en los desórdenes de la deglución y disfagia (tipo Vitalstim o similar)	NO	0
	SI	1
	<b>B.2 Máximo 1 punto</b>	
B.3. Dispone de plataforma para neurorrehabilitación y estimulación cognitiva para personalizar el tratamiento (tipo NeuronUP o similar)	NO	0
	SI	2
	<b>B.3 Máximo 2 puntos</b>	
B.4. Dispone de tecnología de ratón óptico con movimiento y control con la mirada o dispositivo similar que cumpla la misma función	NO	0
	SI	2
	<b>B.4 Máximo 2 puntos</b>	
B.5. Dispone de equipo de realidad virtual con programas específicos para neurorrehabilitación o dispositivo similar que cumpla la misma función	NO	0
	SI	2
	<b>B.5 Máximo 2 puntos</b>	
<b>SUMA DE TODOS LOS CRITERIOS BLOQUE B</b>		<b>BLOQUE B</b>
		<b>Máximo 9 puntos</b>

DESCRIPCIÓN DEL CRITERIO	VALORACIÓN	PUNTUACIÓN
<b>BLOQUE C: RECURSOS HUMANOS</b>		
C.1. Médico/a Especialista en Medicina Interna, Especialista en Geriatria o Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria	Profesionales ajustados a las ratios mínimas exigidas	0
	Presencia física superior a ratio exigida cada 28 camas en turno de mañana o tarde de lunes a viernes no festivos en jornada completa	1
	≥ 30% de los médicos tengan la especialidad en geriatría	1
	<b>C.1 Máximo 2 puntos</b>	
C.2. Celadores	Sin profesionales de esta tipología	0
	Presencia física en ratio igual o superior a 1/28 camas en turno de mañana o tarde de lunes a viernes en jornada completa	1
	Presencia física igual o superior a 1/28 camas en turno, de mañana o tarde de lunes a domingo en jornada completa	1
	<b>C.2 Máximo 2 puntos</b>	
C.3. Médico/a Especialista en Neurología	Sin profesionales de esta tipología	0
	Presencia física, de mañana o tarde en jornada parcial	1

	<b>C.3 Máximo 1 punto</b>	
C.4. Médico/a Especialista en Psiquiatría	Sin profesionales de esta tipología	0
	Psiquiatra consultor	1
	Presencia física, de mañana o tarde en jornada parcial	1
	<b>C.4 Máximo 2 puntos</b>	
C.5. Enfermeras	< 25% de enfermeras sin especialidad en geriatría	0
	≥ 25% de enfermeras con especialidad en geriatría	1
	Profesionales ajustados a las ratios mínimas exigidas	0
	Presencia física superior a ratio exigida para 28 camas en fines de semana y festivos en turnos de mañana o tarde	1
	Presencia física superior a ratio exigida para 28 camas en turno de mañana o tarde de lunes a viernes no festivos	1
	<b>C.5 Máximo 3 puntos</b>	
C.6. Fisioterapeuta	Profesionales ajustados a las ratios exigidas	0
	Presencia física superior a ratio exigido para 28 camas en turnos de mañana de lunes a viernes no festivos en jornada completa	1
	Presencia física superior a ratio exigido cada 28 camas en turno de tarde de lunes a viernes no festivos en jornada completa	1
	Presencia física en jornada completa de fisioterapeuta en fines de semana en turno de mañana o tarde para continuidad de sesiones de terapia individual y realización de actividades grupales, o como recuperación de sesiones no realizadas por motivos clínicos	2
	<b>C.6 Máximo 4 puntos</b>	
C.7. Terapeuta ocupacional	Profesionales ajustados a las ratios mínimas exigidas	0
	Presencia física superior a la ratio exigida de lunes a viernes	1
	Presencia física de terapeuta ocupacional en fines de semana y festivos para continuidad de las sesiones	1
	<b>C.7 Máximo 2 puntos</b>	
C.8. TCAE	profesionales ajustados a las ratios mínimas exigidas	0
	Presencia física superior a ratio exigida de cada 28 camas en turno de mañana o tarde de lunes a viernes no festivos en jornada completa	1
	Presencia física superior a ratio exigida para 28 camas en turno de mañana, tarde o noche en fines de semana y días festivos en jornada completa	1
	<b>C.8 Máximo 2 puntos</b>	
<b>SUMA DE TODOS LOS CRITERIOS BLOQUE C</b>		<b>BLOQUE C</b>
		<b>Máximo 18 puntos</b>

DESCRIPCIÓN DEL CRITERIO	VALORACIÓN	PUNTUACIÓN
<b>BLOQUE D: PRESTACIÓN DE CUIDADOS Y TÉCNICAS</b>		
D.1. Nutrición Parenteral	NO	0
	SI	1
		<b>D.1 Máximo 1 punto</b>
D.2. Ventilación Mecánica Invasiva	NO	0
	SI	1
		<b>D.2 Máximo 1 punto</b>
D.3. Paracentesis	NO	0
	SI	1
		<b>D.3 Máximo 1 punto</b>
D.4. Tratamiento de la espasticidad (incluyendo Infiltración con toxina botulínica, manejo de bomba baclofeno, o tratamientos similares)	NO	0
	SI	1
		<b>D.4 Máximo 1 punto</b>
D.5. Determinación de INR con pinchazo digital	NO	0
	SI	1
		<b>D.5 Máximo 1 punto</b>
D.6. Analizador rápido de bioquímica general e iones	NO	0
	SI	1
		<b>D.6 Máximo 1 punto</b>
D.7. Analizador de hemograma o hematocrito	NO	0
	SI	1
		<b>D.7 Máximo 1 punto</b>
<b>SUMA DE TODOS LOS CRITERIOS BLOQUE D</b>		<b>BLOQUE D</b>
		<b>Máximo 7 puntos</b>

<b>RESUMEN DESCRIPCIÓN DEL CRITERIO</b>	
BLOQUE A: ESTRUCTURAS, LOCALES, SERVICIOS	Máximo 17 puntos
BLOQUE B: EQUIPAMIENTO DEL CENTRO	Máximo 9 puntos
BLOQUE C: RECURSOS HUMANOS	Máximo 18 puntos
BLOQUE D: PRESTACIÓN DE CUIDADOS Y TÉCNICAS	Máximo 7 puntos
<b>TOTAL DE TODOS LOS CRITERIOS POR APLICACIÓN DE FÓRMULA</b>	<b>Máximo 51 puntos</b>



## Justificación de los Criterios de Valoración:

### Bloque A: Características estructurales y funcionales

B.A	Criterio	Descripción resumida	Justificación principal
A.1	Ubicación respecto a Madrid centro	Cercanía al Km 0, reduce tiempos y riesgos de traslado sanitario	Optimiza transporte, confort y visitas familiares
A.2	Habitaciones individuales	Proporción ofertada de habitaciones individuales	Prevención infecciones, privacidad, calidad asistencial
A.3	Camas eléctricas	Proporción de camas eléctricas (mínimo 50%)	Movilización, prevención UPP, ergonomía, seguridad asistencial
A.4	Boxes/consultas de fisioterapia	Espacios individuales adicionales para fisioterapia	Privacidad, concentración y atención personalizada
A.5	Sistema unidosis de farmacia	Medicación en dosis unitaria	Seguridad, control y optimización de personal
A.6	Menú alternativo por paciente	Opción de elegir menú dentro de cada dieta	Satisfacción, aumento ingesta, humanización
A.7	Aviso en baños al control de enfermería	Sistema de llamada instalado en baños	Seguridad ante caídas/incidentes
A.8	Barandillas en pasillos	Instalación de pasamanos/barandillas para deambulación	Fomento autonomía, prevención de caídas
A.9	Sensores de movimiento en habitaciones	Sensores para evitar caídas nocturnas	Alerta preventiva, seguridad nocturna

### Bloque B: Equipamiento tecnológico avanzado para rehabilitación

B.B	Criterio	Descripción resumida	Justificación principal
B.1	Exoesqueleto/bipedestador dinámico	Tecnología para bipedestación y marcha asistida	Rehabilitación avanzada, recuperación funcional
B.2	Dispositivos NMES para disfagia	Estimulación eléctrica para trastornos de la deglución	Mejora función deglutoria en pacientes vulnerables
B.3	Plataforma de neurorrehabilitación	Sistema informático para estimulación cognitiva personalizada	Optimización de rehabilitación cognitiva
B.4	Tecnología de control por mirada	Ratón óptico con movimientos o seguimiento de la mirada	Comunicación y acceso digital para discapacitados severos
B.5	Realidad virtual para neurorehabilitación	Programas específicos de RV para ejercicios funcionales y cognitivos	Motivación, neuroplasticidad, mejora de resultados

### Bloque C: Recursos humanos

B.C	Criterio	Descripción resumida	Justificación principal
C.1	Médico especialista	Medicina interna, geriatría o familiar, ratio superior a mínima	Seguimiento integral, manejo de pluripatología, agilidad clínica
C.2	Médico rehabilitador	Presencia superior a la mínima	Planificación precisa y seguimiento de rehabilitación
C.3	Enfermería	Ratio y especialización geriátrica, refuerzo en turnos claves	Continuidad, seguridad y calidad del cuidado 24/7
C.4	Fisioterapeuta	Mayor ratio/turnos y en fines de semana	Intensidad y continuidad de la terapia
C.5	Logopeda	Mayor ratio/presencia	Seguridad de la deglución y comunicación
C.6	Terapeuta ocupacional	Dotación superior, formación y valoración funcional	Autonomía, adaptación, ayuda técnica
C.7	TCAE	Ratios reforzados en turnos clave	Atención básica continua y apoyo del equipo

### Bloque D: Prestación de cuidados y técnicas

B.D	Criterio	Descripción resumida	Justificación principal
D.1	Nutrición parenteral	Capacidad de administrar soporte intravenoso	Asistencia integral sin derivación a hospital de agudos
D.2	Ventilación mecánica invasiva	Manejo especializado de traqueotomía/soporte ventilatorio	Alta complejidad, transición UCIS
D.3	Paracentesis	Realización de punciones evacuadoras/diagnósticas	Resolución de ascitis in situ
D.4	Tratamiento de espasticidad	Infiltración toxina botulínica, bomba baclofeno	Manejo especializado y mejora funcionalidad
D.5	Determinación rápida de INR	Tecnología point-of-care para anticoagulantes	Monitorización inmediata, ajuste seguro
D.6	Analizador rápido bioquímica/iones	Equipamiento para bioquímica y electrolitos point-of-care	Diagnóstico agudo ágil, seguimiento
D.7	Analizador hemograma/hematocrito	Equipamiento para hemograma básico instantáneo	Detección rápida de anemia/sangrado

## Explicación detallada de la justificación de los criterios:

### A.1. Ubicación respecto al centro de la Capital (referido al uso de transporte sanitario)

- **Justificación:** La proximidad al centro de Madrid (Km 0) se valora positivamente debido a la necesidad frecuente de traslados de estos pacientes mediante transporte sanitario, ya sea para interconsultas, pruebas diagnósticas en otros centros de la red SERMAS, traslados desde/hacia hospitales de agudos o, eventualmente, a sus domicilios. Una menor distancia reduce los tiempos de traslado, lo cual minimiza el estrés y riesgo para pacientes frágiles y dependientes, optimiza el uso de los recursos de transporte sanitario del SERMAS y facilita las visitas de familiares, factor importante en el bienestar y recuperación del paciente. Por ello, se otorgan más puntos a las ubicaciones más cercanas.

### A.2. Proporción de habitaciones individuales ofertadas

- **Justificación:** Este criterio valora la disponibilidad de habitaciones individuales, ya que estas ofrecen beneficios significativos para el perfil de paciente atendido. Mejoran el control de infecciones cruzadas (especialmente relevante en pacientes vulnerables), garantizan una mayor privacidad y dignidad para el paciente y sus familias, favorecen un mejor descanso (fundamental para la recuperación), y facilitan el manejo de pacientes con necesidades complejas o en situaciones especiales (p. ej., cuidados paliativos, aislamiento). Una mayor proporción de habitaciones individuales se considera un indicador de calidad y confort asistencial.

### A.3. Proporción de camas eléctricas

- **Justificación:** Las camas eléctricas son un equipamiento fundamental en unidades que atienden a pacientes dependientes. Facilitan la movilización del paciente, los cambios posturales (clave para la prevención de úlceras por presión), y mejoran la ergonomía y seguridad del personal asistencial al realizar cuidados. Permiten ajustar la altura y posición de la cama según las necesidades del paciente y del cuidador, contribuyendo a una mayor autonomía del paciente en la medida de sus posibilidades y a una atención más segura y eficiente. Se exige un mínimo del 50% para garantizar una dotación adecuada.

### A.4. Dispone de consultas o boxes individuales adicionales para tratamiento de fisioterapia

- **Justificación:** La rehabilitación, y en particular la fisioterapia, es un componente esencial del servicio contratado. Disponer de espacios individuales (consultas o boxes) para los tratamientos de fisioterapia permite realizar las terapias con mayor privacidad, facilita la concentración del paciente, permite el uso de técnicas o equipamiento específico sin interferencias y contribuye a una atención más personalizada y eficaz. Se valora como una mejora que incide directamente en la calidad del proceso rehabilitador.

#### A.5. Dispone de sistema unidosis de farmacia

- **Justificación:** La seguridad en la administración de medicamentos es crítica, especialmente en pacientes polimedicados como suelen ser los de media estancia. El sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias (unidosis) reduce significativamente el riesgo de errores de medicación (dosis incorrecta, medicamento erróneo, hora equivocada), mejora la trazabilidad y control de los fármacos, y optimiza el tiempo del personal de enfermería. Su implantación es un estándar de calidad y seguridad farmacoterapéutica.

#### A.6. Dispone de posibilidad de elección de menú alternativo por parte de los pacientes dentro de cada dieta

- **Justificación:** La nutrición adecuada es vital para la recuperación. Ofrecer la posibilidad de elegir entre opciones de menú (dentro de las pautas dietéticas prescritas para cada paciente) mejora la satisfacción del paciente, respeta sus preferencias individuales, puede incrementar la ingesta nutricional al hacer la comida más apetecible y, en general, contribuye a una experiencia más humanizada durante la estancia hospitalaria. Se valora como un elemento que mejora el confort y bienestar del paciente.

#### A.7. Dispone de sistema de aviso al control de enfermería en los baños

- **Justificación:** Los baños son zonas de riesgo elevado para caídas o incidentes, especialmente para pacientes con movilidad reducida o dependencia. Contar con un sistema de llamada/aviso al control de enfermería instalado dentro de los baños (tanto comunes como de las habitaciones) es una medida de seguridad fundamental. Permite al paciente solicitar ayuda de forma inmediata en caso de necesidad, garantizando una respuesta rápida del personal asistencial y minimizando las consecuencias de posibles incidentes.

#### A.8. Dispone de barandillas en los pasillos para ayudar a la deambulación

- **Justificación:** Dado que uno de los objetivos es la rehabilitación y el fomento de la autonomía, facilitar la deambulación segura es primordial. Las barandillas o pasamanos instalados a lo largo de los pasillos proporcionan un punto de apoyo estable y continuo para los pacientes durante sus desplazamientos, aumentando su confianza, reduciendo el riesgo de caídas y promoviendo la movilidad como parte del proceso terapéutico.

#### A.9. Dispone de sensores de movimiento en habitaciones para evitar caídas nocturnas

- **Justificación:** Las caídas nocturnas son un riesgo importante en pacientes dependientes, desorientados o que necesitan ir al baño durante la noche. Los sensores de movimiento en las habitaciones pueden alertar discretamente al personal de enfermería cuando un paciente de alto



riesgo se levanta de la cama sin supervisión, permitiendo una intervención preventiva rápida para evitar una caída. Se valora como una tecnología adicional que refuerza la seguridad del paciente durante el periodo nocturno.

## Criterios de Valoración del Bloque B: Equipamiento Tecnológico Avanzado para Rehabilitación

Este bloque de criterios se centra en valorar la disponibilidad de equipamiento tecnológico avanzado específico para la rehabilitación física, neurológica, cognitiva y de la deglución. La incorporación de estas tecnologías en los programas de cuidados continuados y rehabilitación puede suponer una mejora significativa en la intensidad, especificidad y efectividad de las terapias, adaptándose a las necesidades complejas de los pacientes dependientes del SERMAS y potenciando sus resultados funcionales.

### B.1. Dispone de exoesqueleto robótico o bipedestador dinámico articulado con bloqueo y sistema feedback

- **Justificación:** Este criterio valora la disponibilidad de tecnología robótica o avanzada para la bipedestación y el entrenamiento de la marcha. Equipos como exoesqueletos o bipedestadores dinámicos con feedback permiten iniciar la movilización y la carga de peso de forma temprana y segura en pacientes con déficits motores severos (p. ej., post-ictus, lesión medular incompleta, enfermedades neurológicas). Facilitan la reeducación del patrón de marcha, mejoran el control postural y la propiocepción, y pueden acelerar la recuperación funcional. Su disponibilidad representa un salto cualitativo en la capacidad rehabilitadora del centro para pacientes complejos.

### B.2. Dispone de dispositivos de estimulación eléctrica para el tratamiento de rehabilitadores y logopedas en los desórdenes de la deglución y disfagia (tipo Vitalstim o similar)

- **Justificación:** La disfagia (dificultad para tragar) es una complicación frecuente y grave en pacientes neurológicos o geriátricos, con riesgo de malnutrición, deshidratación y neumonía por aspiración. La electroestimulación neuromuscular (NMES) aplicada a la musculatura deglutoria (con dispositivos como VitalStim o similares), bajo la supervisión de profesionales cualificados (médicos rehabilitadores, logopedas), es una terapia específica que ha demostrado ser eficaz para mejorar la función deglutoria y la seguridad de la misma. Se valora positivamente la disponibilidad de esta técnica para abordar de forma especializada uno de los problemas más relevantes en esta población de pacientes.

### B.3. Dispone de plataforma para neurorrehabilitación y estimulación cognitiva para personalizar el tratamiento (tipo NeuronUP o similar)

- **Justificación:** Los déficits cognitivos (atención, memoria, funciones ejecutivas, etc.) son habituales tras daño cerebral adquirido o en procesos neurodegenerativos, impactando significativamente en la autonomía del paciente. Las plataformas informáticas especializadas en neurorrehabilitación cognitiva (como NeuronUP o similares) permiten diseñar programas de estimulación y entrenamiento

cognitivo individualizados, adaptados al perfil de cada paciente. Ofrecen una gran variedad de ejercicios, permiten registrar el desempeño de forma objetiva y facilitan el seguimiento de la evolución, optimizando el proceso de rehabilitación cognitiva.

#### **B.4. Dispone de tecnología de ratón óptico con movimiento y control con la mirada o dispositivo similar que cumpla la misma función**

- **Justificación:** Este criterio valora la disponibilidad de tecnologías de acceso alternativas para pacientes con discapacidad motora muy severa que les impida utilizar interfaces estándar (teclado, ratón). Sistemas como el control por mirada (eye-tracking) permiten a estos pacientes interactuar con un ordenador para comunicarse (mediante sistemas de comunicación aumentativa y alternativa), controlar su entorno (domótica básica), acceder a actividades de ocio o incluso participar en terapias cognitivas computerizadas. Disponer de esta tecnología es fundamental para promover la autonomía, la comunicación y la calidad de vida de pacientes con grandes limitaciones funcionales.

#### **B.5. Dispone de equipo de realidad virtual con programas específicos para neurorehabilitación o dispositivo similar que cumpla la misma función**

- **Justificación:** La realidad virtual (RV) es una herramienta innovadora con creciente aplicación en neurorehabilitación. Permite crear entornos inmersivos y seguros donde los pacientes pueden practicar tareas funcionales (equilibrio, alcance y agarre, marcha simulada), realizar ejercicios cognitivos o trabajar aspectos como la negligencia espacial de forma más motivadora y ecológica. Los programas específicos para neurorehabilitación aprovechan el potencial de la RV para inducir la neuroplasticidad y mejorar el aprendizaje motor y cognitivo. Se valora como una tecnología que puede enriquecer y potenciar los tratamientos rehabilitadores convencionales.

### **Justificación de los Criterios de Valoración del Bloque C: Recursos Humanos**

La calidad y seguridad de la atención sanitaria en unidades de media estancia dependen críticamente de la dotación y cualificación de los recursos humanos. Este bloque evalúa la adecuación de los equipos profesionales a las necesidades complejas de los pacientes dependientes del SERMAS, valorando no solo el cumplimiento de las ratios mínimas exigidas, sino también la mejora de dichas ratios y la especialización del personal, factores que impactan directamente en la intensidad, continuidad y calidad de los cuidados y la rehabilitación.

#### **C.1. Médico/a Especialista en Medicina Interna, Geriátrica o Medicina Familiar y Comunitaria**

- **Justificación:** Valora la disponibilidad de médicos responsables del seguimiento clínico integral del paciente. Una ratio superior a la mínima exigida asegura una mayor presencia médica para la valoración continua, el manejo de la pluripatología frecuente en estos pacientes y la toma de

decisiones clínicas ágil. Se valora adicionalmente la especialización en Geriatria, dado que aporta un enfoque específico y conocimientos expertos en el manejo de la fragilidad, los síndromes geriátricos y la polifarmacia, muy prevalentes en la población diana de estas unidades.

## C.2. Médico/a Especialista en Medicina Física y Rehabilitación

- **Justificación:** El médico rehabilitador es clave en la planificación, prescripción y supervisión del programa de rehabilitación individualizado. Una mayor presencia (mejor ratio) permite una evaluación más exhaustiva de las necesidades del paciente, un diseño más preciso de los objetivos terapéuticos, una coordinación más estrecha con el equipo multidisciplinar (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas) y un seguimiento más continuo de la evolución funcional, optimizando así los resultados de la rehabilitación.

## C.3. Enfermeras/o

- **Justificación:** La dotación de enfermería es fundamental para garantizar la continuidad, seguridad y calidad de los cuidados básicos y complejos 24/7. Se valora positivamente una ratio superior a la mínima exigida, especialmente en turnos de tarde y fines de semana/festivos, para asegurar una atención adecuada en momentos de menor presencia de otros profesionales. Adicionalmente, se valora la especialización en Enfermería Geriátrica, que aporta competencias específicas para el cuidado experto de pacientes mayores frágiles y dependientes.

## C.4. Fisioterapeuta

- **Justificación:** La intensidad y continuidad de la fisioterapia son cruciales para la recuperación funcional. Se valoran ratios superiores a las mínimas, que permiten dedicar más tiempo de terapia individualizada a cada paciente. La presencia en ambos turnos (mañana y tarde) ofrece mayor flexibilidad. La disponibilidad de fisioterapia los fines de semana es una mejora muy significativa, ya que permite mantener la continuidad terapéutica, evitar retrocesos funcionales y optimizar la estancia media.

## C.5. Logopeda

- **Justificación:** La intervención logopedia es esencial para tratar los trastornos de la comunicación y la deglución (disfagia), frecuentes en estos pacientes. Una mayor presencia de logopedas permite realizar valoraciones más detalladas y ofrecer sesiones de terapia más frecuentes e intensivas, mejorando la seguridad de la deglución (previniendo complicaciones como la neumonía aspirativa) y la capacidad comunicativa del paciente.



### C.6. Terapeuta Ocupacional

- **Justificación:** La terapia ocupacional se centra en maximizar la independencia del paciente en las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Una mayor dotación de terapeutas ocupacionales permite una evaluación más profunda de las capacidades y limitaciones funcionales, un entrenamiento más intensivo en AVDs, y una mejor valoración y recomendación de productos de apoyo o adaptaciones del entorno, facilitando la autonomía del paciente.

### C.7. TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería)

- **Justificación:** Los TCAE son esenciales para la prestación de cuidados básicos (higiene, confort, alimentación, movilización) y el apoyo al equipo de enfermería. Ratios superiores a las mínimas, especialmente en turnos de tarde, noche y festivos, garantizan la cobertura adecuada de las necesidades básicas de los pacientes dependientes en todo momento, contribuyendo a su bienestar y seguridad, y permitiendo al personal de enfermería centrarse en tareas de mayor complejidad técnica.

### Justificación de los Criterios de Valoración del Bloque D: Prestación de Cuidados y Técnicas

Este bloque evalúa la capacidad del centro para realizar determinadas técnicas diagnósticas y terapéuticas avanzadas o de manejo complejo in situ. Disponer de estas capacidades permite ofrecer una atención más resolutive e integral, gestionar agudizaciones o complicaciones específicas de forma más eficiente, y evitar derivaciones innecesarias a otros niveles asistenciales, mejorando la continuidad de cuidados y la comodidad del paciente.

#### D.1. Nutrición Parenteral

- **Justificación:** Valora la capacidad del centro para administrar y manejar nutrición por vía intravenosa. Esto permite atender a pacientes que, temporal o permanentemente, no pueden cubrir sus requerimientos nutricionales por vía enteral, asegurando un soporte nutricional completo sin necesidad de traslado a un hospital de agudos únicamente por este motivo.

#### D.2. Ventilación Mecánica Invasiva

- **Justificación:** Valora la capacidad para manejar pacientes que requieren soporte ventilatorio invasivo (a través de traqueotomía generalmente). Indica un alto nivel de complejidad y cuidados críticos, permitiendo acoger pacientes en transición desde unidades de cuidados intensivos que aún presenten dependencia de ventilación, facilitando su proceso de desconexión o estabilización en un entorno de media estancia.



### D.3. Paracentesis

- **Justificación:** Valora la capacidad de realizar punciones evacuadoras o diagnósticas de líquido ascítico. Permite manejar in situ esta complicación frecuente en pacientes con hepatopatía, insuficiencia cardíaca o patología oncológica, aliviando síntomas y evitando traslados para realizar el procedimiento.

### D.4. Tratamiento de la espasticidad (incluyendo Infiltración con toxina botulínica, manejo de bomba baclofeno, o tratamientos similares)

- **Justificación:** Valora la disponibilidad de tratamientos especializados para la espasticidad severa, una secuela frecuente y discapacitante tras daño neurológico. La capacidad de realizar infiltraciones con toxina botulínica o manejar bombas de infusión intratecal de baclofeno indica un alto grado de especialización en neurorrehabilitación, permitiendo mejorar la funcionalidad, reducir el dolor y facilitar los cuidados en pacientes afectados.

### D.5. Determinación de INR con pinchazo digital

- **Justificación:** Valora la disponibilidad de tecnología *point-of-care* para la monitorización del tratamiento anticoagulante oral (Sintrom® o similar). Permite obtener resultados de INR de forma inmediata mediante un pinchazo capilar, facilitando el ajuste rápido y seguro de la dosis por parte del médico, optimizando el control de la anticoagulación y aumentando la comodidad del paciente al evitar extracciones venosas frecuentes.

### D.6. Analizador rápido de bioquímica general e iones

- **Justificación:** Valora la disponibilidad de tecnología *point-of-care* para analizar parámetros bioquímicos básicos y electrolitos. Permite una evaluación rápida de situaciones clínicas agudas (p. ej., deshidratación, insuficiencia renal, desequilibrios hidroelectrolíticos) o el seguimiento estrecho de pacientes inestables, agilizando la toma de decisiones clínicas sin depender de los tiempos de respuesta del laboratorio central.

### D.7. Analizador de hemograma o hematocrito

- **Justificación:** Valora la disponibilidad de tecnología *point-of-care* para determinar rápidamente cifras de hemoglobina/hematocrito o un hemograma básico. Facilita la detección y seguimiento de anemias, la evaluación de posibles sangrados o la monitorización de la respuesta a tratamientos (p. ej., transfusiones, hierro), permitiendo una toma de decisiones clínicas más rápida.

### **Sistema de Puntuación:**

Se asigna una puntuación a cada criterio en función de su importancia y del nivel de cumplimiento. La puntuación total se calcula mediante una fórmula que pondera la importancia de cada bloque.

### **Objetivo:**

El objetivo de este sistema de evaluación es asegurar la calidad de la atención sanitaria en las UMES, priorizando la seguridad del paciente, la disponibilidad de recursos humanos y materiales, y la capacidad de realizar procedimientos y técnicas específicas.

La inclusión de estos criterios de valoración cualitativos, es potestativa para el órgano de contratación, lo que implica que su falta de prestación no tenga por consecuencia la no valoración de una oferta. Por tanto, mientras que el operador económico cumpla con las prescripciones técnicas esenciales que se han definido en la prestación contractual, la falta de presentación de criterios de valoración, no supone su exclusión de la licitación, porque son estos criterios- como se han dicho, prestaciones adicionales que mejoran la principal, pero que no forman parte de la esencialidad de esta última.

Todos los criterios anteriores redundan en beneficio para el paciente en cuanto a resultados en salud, prevención de secuelas futuras, confort, y seguridad de los pacientes, así como en la accesibilidad de las familias y optimización del uso de otros recursos. Secundariamente, estos beneficios en los pacientes repercuten también de forma positiva en el trabajo del personal sanitario y no sanitario que les atienden, aliviando cargas de trabajo, presión asistencial, y mejorando el confort, la seguridad en los tratamientos, en la movilización de los pacientes y en los espacios en los que se desarrolla su actividad laboral.

Todos los criterios justifican la necesidad de su valoración en función de las características concretas que son propias de la población con criterios de fragilidad y vulnerabilidad a la que van destinado de modo prioritario el uso de estos servicios, dado que se requiere una atención muy específica para mejorar la funcionalidad de los pacientes, la prevención de secuelas y el paso a la discapacidad y dependencia.

De los criterios objetivos establecidos anteriormente, se tomará en consideración a efectos de apreciar, en su caso, que la proposición no pueda ser cumplida como consecuencia de la inclusión de valores anormales, el criterio Precio, siendo los límites para apreciar que se da en aquella, dicha circunstancia, los siguientes:

- Si se presentase un único licitador, se considerará que incurre en presunción de valor anormal, si su oferta es inferior al presupuesto de licitación en más de 20 unidades porcentuales.
- En el caso que sean varias las ofertas, se considerará como desproporcionada o anormal, las que sean inferiores en 10 unidades porcentuales a la media aritmética de las proposiciones presentadas.

En el caso de que todas las ofertas presentadas lo hagan al tipo de licitación todas ellas obtendrán 51 puntos en este concepto.

Se considera que una oferta está incurso en valores anormales si está por debajo de los límites establecidos de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 149 de la Ley de Contratos del Sector Público, que regula la solicitud de justificación de bajas anormales.

La puntuación final de cada oferta se obtendrá sumando la puntuación obtenida en los criterios económicos y criterios cualitativos evaluables de forma automática.

Si bien de conformidad con lo dispuesto en el artículo 149.b) de la LCSP cuando los pliegos prevean la aplicación de más de un criterios de adjudicación los parámetro objetivos para determinar que una oferta se encuentra incurso en baja anormal o desproporcionada deben basarse en el conjunto de la oferta, esto es, en el conjunto de los criterios de adjudicación, se ha de indicar que en el presente expediente de contratación se ha optado por aplicar un criterio de baja anormal referido exclusivamente al precio ya que se considera que es el único elemento objetivo que permite determinar si una oferta puede ser inviable. Al ser el precio el criterio con mayor puntuación se considera que, con independencia del grado de calidad ofertado, este parámetro es suficiente para determinar aquellas ofertas que se encuentren en presunción de anormalidad, no siendo necesario añadir otros criterio o parámetros.

## 6. SOLVENCIA REQUERIDA

La relación calidad-precio se pretende garantizar también con la solvencia económica, la solvencia técnica. En este contrato el contratista deberá acreditar requisitos específicos de solvencia, ya que los servicios objeto de este contrato y el CPV no están incluidos en el Anexo II del RGLCAP y por lo tanto no procede solicitar clasificación.

Los requisitos específicos de solvencia solicitados son los siguientes:

### - Solvencia Económica y Financiera:

La empresa en caso de estar inscrita en el Registro Mercantil acreditará mediante certificación expedido por el Registro Mercantil o por medio de copia de las cuentas depositadas expedidas por dicho registro. En el caso de aportarse únicamente el certificado deberá acompañarse de una copia de las cuentas presentadas. En caso contrario de no estar inscrita, por las depositadas en el registro oficial en que deba estar inscrita. La solvencia económica requerida es de un volumen anual de negocios que referido al año de mayor volumen de negocio de los tres últimos concluidos, deberá ser igual o superior para cada uno de los lotes a: **2.920.814,16 € IVA excluido**.

Los empresarios individuales no inscritos en el Registro Mercantil acreditarán su volumen anual de negocios mediante sus libros de inventarios y cuentas anuales legalizados por el Registro Mercantil e igualmente el volumen anual de negocios, referido al año de mayor volumen de negocio de los tres últimos concluidos, deberá ser al menos para cada uno de los lotes, de **2.920.814,16 € IVA excluido**.

En el caso de licitar a varios lotes, el volumen anual de negocios (expresado en euros excluido el IVA e impuestos equivalentes) referido al mejor dentro de los tres últimos años, deberá ser igual o superior a la suma de los importes exigidos para los lotes a los que se licite. En caso contrario, se desestimará la oferta a todos los lotes a los que haya licitado.

El importe anual solicitado para la solvencia económica se ha calculado teniendo en cuenta lo establecido en el Artículo 87.1.a) y 87.3.a) de la LCSP, en el que se indica que el volumen de negocios mínimo anual exigido será al menos una vez y media el valor anual medio del contrato si su duración es superior a un año.

Se ha tomado el importe anual sin IVA del contrato y se ha multiplicado por una vez y media.



Se ha tomado el importe anual por lote y se ha multiplicado por su valor y medio.

SOLVENIA ECONÓMICA POR LOTE		
1,5 Veces el valor medio del contrato		
1.947.209,44 €	1,5	<b>2.920.814,16 €</b>

#### - Técnica o profesional

Conforme a la letra a) del apartado 1 y el apartado 3 del artículo 90 de la LCSP, la empresa deberá acreditar la ejecución de servicios o trabajos de igual o similar naturaleza que los que constituyen el objeto del contrato en el curso de, como máximo los tres últimos años, Para verificar la similitud se comparará el objeto del contrato ejecutado con el que es objeto de esta licitación. Además, y para el caso de los contratos públicos, se podrá acudir al CPV como elemento comparativo.

El importe anual solicitado para la solvencia Técnica o profesional, se ha calculado teniendo en cuenta lo establecido en el Artículo 90.2 de la LCSP, en el que se indica que, el importe anual acumulado de los servicios efectuados en los tres últimos años, de igual o similar naturaleza que los que constituyen el objeto del contrato, cuyo importe anual acumulado en el año de mayor ejecución, debe ser igual o superior al 70 por ciento de la anualidad media del contrato. Por lo tanto, se ha dividido el importe sin IVA del contrato entre 24 meses de duración del contrato, el resultado se ha multiplicado por 12 para calcular la anualidad y por 0,7 para calcular la solvencia técnica.

SOLVENIA TÉCNICA POR LOTE	
70% de la anualidad media del contrato	
Anualidad-1.947.209,44 €	<b>1.363.046,61 €</b>

Los licitadores deberán acreditar, para cada uno de los lotes a los que presenten oferta, una solvencia técnica mínima de **1.363.046,61 €**

El presente criterio de solvencia se considera adecuado y proporcional, de acuerdo a lo establecido en el artículo 74.2 LCSP, en el cual se establece que los requisitos mínimos de solvencia deben estar vinculados a su objeto y ser proporcionales al mismo. Teniendo en cuenta la especialidad y complejidad de los sistemas a mantener, es necesario contar con empresas con amplia experiencia en la ejecución de servicios de la misma naturaleza.

#### Acreditación documental

- Relación firmada por el representante legal de la empresa en la que se indique el importe, la fecha y el destinatario, público o privado de los mismos.
- Los servicios o trabajos efectuados se acreditarán mediante certificados expedidos o visados por el órgano competente, cuando el destinatario sea una entidad del sector público; cuando el destinatario



sea un sujeto privado, mediante un certificado expedido por este o, a falta de este certificado, mediante una declaración del empresario acompañado de los documentos obrantes en poder del mismo que acrediten la realización de la prestación. Los certificados deben incluir el objeto del servicio lo más detallado posible, el importe por periodos anuales, las fechas y el destinatario, público o privado de los mismos.

### Concreción de las condiciones de solvencia

1. Especificación en la oferta de los nombres y cualificación profesional del personal responsable de ejecutar la prestación objeto del contrato: NO
2. Compromiso de adscripción a la ejecución del contrato de medios (personales y/o materiales): SI

Todas la empresas deberán presentar una declaración responsable, en la que se comprometan a dedicar o adscribir a la ejecución del contrato, los medios personales y materiales establecidos como necesarios para la ejecución de los servicios objeto del contrato relacionado nominalmente todo el personal establecido como necesario en el apartado del Bloque C del PPT para la ejecución de los servicios objeto del contrato, con indicación de su titulación homologada, formación específica y experiencia profesional.

Este compromiso, referido a la adscripción de medios personales, se integrará en el contrato, se le atribuirá el carácter de obligación esencial, a los efectos de lo previsto en el artículo 211.1.f) de la LCSP y tendrá una vigencia desde su firma hasta la finalización del contrato objeto de este expediente de contratación.

En los casos en que el licitador recurra a la solvencia y medios de otras empresas, de conformidad con el art. 140.1c), cada una de ellas también deberá presentar una declaración responsable con la información pertinente.

La declaración responsable de adscripción de medios personales. En el Anexo III, del PCAP, los licitadores deberán indicar expresamente si se comprometen a dedicar o adscribir a la ejecución del contrato los medios personales y/o materiales que se detallan en la cláusula correspondiente. Es fundamental que esta declaración incluya la confirmación de que dichos medios cumplen con todas las características, requisitos y condiciones que se establecen en dicha cláusula, solicitándose dicha declaración en caso de ser adjudicatario.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 150.2 de la Ley 9/2017 de contratos del Sector Público, el órgano de contratación requerirá al licitador que haya presentado la mejor oferta, para que, en el plazo de 10 días hábiles, a contar desde el siguiente a aquél en que hubiera recibido el requerimiento, presente la documentación justificativa de disponer efectivamente de los medios personales indicados en los párrafos anteriores, tanto del licitador como de aquellas otras empresas a cuyas capacidades se recurra. Esta documentación deberá presentarse en formato electrónico.

En aplicación del citado artículo 150.2 de la Ley 9/2017 de contratos del Sector Público, de no cumplimentarse adecuadamente el requerimiento en el plazo señalado, se entenderá que el licitador ha retirado su oferta,

procediéndose en ese caso a recabar la misma documentación al licitador siguiente, por el orden en que hayan quedado clasificadas las ofertas.

La documentación acreditativa de la efectiva disposición de los medios que se hubiese comprometido a dedicar o adscribir a la ejecución del contrato, tanto los recogidos en el Pliego de Prescripciones Técnicas como los que hubiese ofertado como criterios objetivos de adjudicación, se aportará conforme a lo dispuesto en la cláusula 16 del PCAP por el licitador/es que haya/n resultado propuesto/s como adjudicatario/s.

El adjudicatario propuesto deberá aportar el compromiso del personal ofertado, acreditando su disponibilidad para incorporarse a la plantilla que va a encargarse de la prestación objeto del contrato.

#### Justificación solicitud adscripción de medios personales

Dadas las características del servicio a desarrollar- y la experiencia de la Dirección General Asistencial en proyectos de similar naturaleza, se han establecido los requisitos mínimos indicados en el Pliego de Prescripciones Técnicas, que se consideran razonables y proporcionales, incidiéndose en experiencia en cuidados continuados y rehabilitación. De esta forma se pretende garantizar la correcta y óptima realización del proyecto.

Los requisitos profesionales solicitados garantizan que las empresas participantes en la licitación disponen de especialización necesaria en las materias que afectan y están directamente relacionadas con la ejecución de los servicios, objeto del contrato.

Así pues, los perfiles profesionales exigidos se consideran razonables, justificados y proporcionales al objeto del contrato, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 76.3 de la LCSP.

## 7. CONDICIONES ESPECIALES DE EJECUCIÓN

De conformidad con el art 202 es obligatorio establecer al menos una de las condiciones especiales de ejecución referidas a consideraciones económicas, relacionadas con la innovación, de tipo medioambiental, de tipo social o relativas al empleo. Asimismo, de conformidad con lo dispuesto en el apartado Séptimo del Acuerdo de 3 de mayo de 2018, del Consejo de Gobierno, los órganos de contratación deberán incluir, al menos, una condición especial de tipo social, medioambiental o relacionada con la innovación, siempre que esté vinculada al objeto del contrato, no sea discriminatoria y sea proporcionada y compatible con el derecho comunitario.

Como condiciones especiales de ejecución deberá presentar una declaración responsable donde se especifique:

El licitador propuesto como adjudicatario deberá presentar una declaración responsable comprometiéndose a realizar un **plan de gestión medioambiental**, conforme a lo establecido en el Acuerdo de 3 de mayo de 2018 del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid y en la Ley 1/2024, de 17 de abril, de Economía Circular de la Comunidad de Madrid. Este plan deberá estar vinculado a la prestación del servicio objeto del contrato.

Además, el licitador deberá comprometerse, mediante declaración responsable, a mantener durante la

vigencia del contrato el plan de gestión medioambiental. Este plan deberá garantizar el uso responsable de recursos naturales y la adecuada gestión de los residuos. Anualmente, se pondrán a disposición del Órgano de Contratación el plan de gestión ambiental actualizado según la implementación llevada a cabo.

Esta condiciones especiales de ejecución se considera obligación contractual esencial a los efectos señalados en la letra f) del artículo 211 de la LCSP.

Se exigirá una declaración responsable para comprobar el cumplimiento. Y en cualquier momento de la vigencia del contrato, el SERMAS podrá comprobar que se cumple esta cláusula.

## 8. JUSTIFICACIÓN DE LA INSUFICIENCIA DE MEDIOS

La insuficiencia de medios para la atención sanitaria en UMES (Unidades de Media Estancia) en la Comunidad de Madrid es una realidad que afecta a la calidad de vida de los pacientes y a la eficiencia del sistema sanitario. Es necesario tomar medidas necesarias para aumentar la oferta de camas, mejorar la distribución geográfica de los recursos, actualizar las prestaciones y garantizar la equidad en el acceso a los servicios.

Esta Dirección General Asistencial no dispone de medios materiales y personales suficientes para poder llevar a cabo las diversas prestaciones que son objeto del presente contrato, lo que justifica la necesidad de llevar a cabo esta contratación con el fin de que se presten estos servicios.

### 1. Aumento de la demanda:

- El envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida han incrementado la prevalencia de la fragilidad, la discapacidad y la dependencia, lo que se traduce en una mayor necesidad de cuidados continuados y rehabilitación en UMES.
- La demanda de UMES ha aumentado en un 20% en el periodo 2020-2023, mientras que el número de pacientes ingresados ha crecido un 22%.
- Las plazas ofertadas en centros públicos no pueden absorber la demanda actual ni la prevista para los próximos años.

### 2. Insuficiencia de recursos:

- La dispersión geográfica de los centros públicos dificulta el acceso a los servicios de proximidad, especialmente en el área metropolitana de Madrid.
- Existe una falta de recursos adaptados a las necesidades específicas de ciertos pacientes, como aquellos con infecciones multirresistentes, que requieren aislamiento inverso, con obesidad mórbida, etc.

### 3. Necesidad de homogeneización y actualización:

- Es necesario homogeneizar los criterios de calidad y las exigencias técnicas en todas las UMES de la Comunidad de Madrid para garantizar la equidad en la atención sanitaria.
- Se requiere una actualización de las prestaciones para responder a las necesidades cambiantes de los pacientes y a la creciente complejidad de los tratamientos.



- Es fundamental invertir en tecnología sanitaria más avanzada para asegurar la calidad de los servicios.

#### 4. Consecuencias de la insuficiencia de medios:

- Demoras en el ingreso de pacientes en UMES, lo que provoca estancias innecesarias en hospitales de agudos y saturación del sistema.
- Dificultad para proporcionar una atención adecuada a pacientes con necesidades especiales.
- Riesgo de inequidad en el acceso a los servicios sanitarios.

En definitiva, lo que se pretende con este contrato:

- Aumentar la inversión en UMES para ampliar la oferta de camas y mejorar la dotación de recursos.
- Promover la creación de UMES en áreas con mayor demanda, especialmente en el área metropolitana de Madrid.
- Actualizar las prestaciones para dar respuesta a las necesidades específicas de los pacientes.
- Implementar medidas para homogeneizar los criterios de calidad y las exigencias técnicas en todas las UMES.
- Fomentar la innovación y la incorporación de tecnología sanitaria avanzada.
- Establecer mecanismos de coordinación eficientes para optimizar la gestión de las camas disponibles.

Por lo anteriormente expuesto, se hace constar expresamente la falta de adecuación e insuficiencia de medios humanos y materiales para la prestación del servicio.

#### 9. JUSTIFICACIÓN DE LAS PENALIDADES

Las Penalidades impuestas se ajustan al objeto del contrato y a las obligaciones concretas de prestación de servicios de los adjudicatarios y se podrían agrupar en las siguientes causas:

- Relativas a los Recursos y medios para la prestación del servicio
- Relativas a la Calidad del servicio y trato al paciente
- Relativas a la Información y transparencia
- Relativas a la Ejecución defectuosa del contrato
- Relativas a la Reiteración de infracciones

Todo ello necesario para la correcta ejecución del contrato. Así mismo se consideran adecuadas por ser proporcionadas a la gravedad del incumplimiento. Su objetivo es garantizar la calidad del servicio, la seguridad del paciente y el cumplimiento normativo.

##### 1. Incumplimiento de estándares de calidad asistencial

La atención hospitalaria debe cumplir con protocolos clínicos y estándares de calidad establecidos por normativas sanitarias. Penalizar el incumplimiento asegura que el proveedor mantenga altos niveles de cuidado y reduzca riesgos para los pacientes.

##### 2. Retrasos en la prestación del servicio



En hospitalización, los tiempos son críticos. Un retraso en la admisión, en la atención médica o en la entrega de medicamentos puede afectar la salud del paciente. Las penalidades incentivan la puntualidad y la eficiencia.

### **3. Falta de disponibilidad de recursos (camas, personal, equipos)**

La no disponibilidad compromete la continuidad asistencial y puede generar riesgos graves. Penalizar esta situación obliga al proveedor a garantizar capacidad operativa adecuada.

### **4. Incumplimiento de normativas legales y sanitarias**

Las leyes sanitarias exigen condiciones específicas (higiene, seguridad, protección de datos). Penalizar el incumplimiento protege al contratante frente a sanciones regulatorias y asegura el respeto a la normativa.

### **5. Errores en facturación o cobros indebidos**

La transparencia económica es esencial en contratos sanitarios. Penalizar errores o prácticas indebidas evita fraudes y garantiza la correcta gestión financiera.

### **6. Deficiencias en la atención al paciente (trato, información, consentimiento informado)**

El respeto a los derechos del paciente es obligatorio. Penalizar deficiencias asegura que se cumplan principios éticos y legales.

Estas penalidades son proporcionales a la gravedad del incumplimiento y las cuantías de cada una de ellas no son superiores al 10 por ciento del precio del contrato, ni el total de las mismas superan el 50 por cien del precio del contrato, ajustándose así a lo dispuesto en el Art. 192 de la LCSP.

## **10. JUSTIFICACIÓN DE LA EXIGENCIA DE UN SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL**

Durante la ejecución del contrato, no garantizar de forma expresa la reparación de los daños que puedan sufrir las personas o las cosas, de modo muy especial las que constituyan el objeto mismo de la prestación, puede tener consecuencias negativas en la continuidad y seguridad de la asistencia a los pacientes, y por este motivo se entiende que está suficientemente justificada la necesidad de que el adjudicatario del contrato cuente con un seguro para cubrir la responsabilidad civil sobre los daños causados durante la prestación del servicio en las personas o en los bienes muebles e inmuebles objeto de la actividad contratada.

La suscripción de una póliza de seguros en contratos de servicios sanitarios se exige principalmente para garantizar la responsabilidad civil y la cobertura de posibles daños o perjuicios derivados de la prestación de dichos servicios. Esto es especialmente relevante en el ámbito sanitario, donde los riesgos pueden ser elevados y la protección de los pacientes es primordial.

Los profesionales sanitarios están obligados a disponer de un seguro de responsabilidad civil y así lo indica la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

El adjudicatario está obligado a suscribir un seguro de responsabilidad civil con terceros, que cubra la responsabilidad que sea imputable, con independencia de que sea sanitaria o no sanitaria, del centro donde se realice el contrato y de los profesionales que presten su servicio en el mismo.

El adjudicatario contratará a su cargo un seguro de Responsabilidad civil con las siguientes coberturas y límites:

Deberá contemplar, como mínimo, las siguientes coberturas:

- Daños corporales o materiales a terceros derivados de la explotación de la actividad durante la vigencia del contrato derivados del uso de instalaciones o equipamiento.
- Riesgo de intoxicación alimentaria.
- Daños a expedientes y documentación Indemnización por pérdida o daño de expedientes médicos
- Responsabilidad patronal: daños sufridos por el personal asalariado y/o dependiente del adjudicatario como consecuencia de accidentes de trabajo.
- Responsabilidad profesional: daños y perjuicios causados a terceros como consecuencia de la actividad profesional desarrollada en la prestación de los servicios objeto del contrato.
- Indemnización por infracciones en materia de protección de datos personales

**Límites:**

- Sublímite por víctima: 250.000 €
- Límite por siniestro y anualidad: 900.000 €

Dicho seguro se mantendrá vigente durante la duración del contrato.

De conformidad con lo establecido en los arts. 94 y 95 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, las tarifas de primas deben fundamentarse en bases técnicas y en información estadística elaborada de acuerdo con lo dispuesto en dicha Ley y sus disposiciones de desarrollo, pero responden al régimen de libertad de competencia en el mercado de seguros, sin que ni las condiciones contractuales, ni las tarifas de primas y las citadas bases técnicas estén sujetas a autorización administrativa.

Un seguro de responsabilidad civil adecuado es crucial debido a la elevada sensibilidad y riesgo inherente a los servicios hospitalarios. La existencia y vigencia de este seguro protege a la administración contratante frente a posibles reclamaciones o indemnizaciones, evitando consecuencias económicas negativas tanto para la entidad adjudicataria como para el sistema público de salud.

Las cantidades propuestas en la cláusula (sublímite de 250.000 € por víctima y límite de 900.000 € por siniestro/anualidad) están justificadas por el alto riesgo inherente a los servicios de hospitalización, donde los daños corporales o materiales pueden generar reclamaciones significativas que afectan la continuidad asistencial y la seguridad de pacientes y bienes.

La Ley 44/2003 exige seguros de Responsabilidad Civil para profesionales sanitarios en ámbito privado, extendiéndose a adjudicatarios en contratos públicos para cubrir daños derivados de la actividad, incluyendo Responsabilidad profesional, patronal y por datos.

Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras permite fijar límites basados en bases técnicas actuariales y estadísticas de siniestros.

Los límites propuestos se alinean con estándares del sector sanitario:

Sublímites por víctima oscilan entre 150.000-1.000.000 € y anuales por siniestro entre 600.000-1.500.000 € en pólizas comunes, ajustándose a recomendaciones para especialidades de riesgo como hospitalización.

Los establecidos en el Pliego han sido:

- Por víctima (250.000 €): Cubre indemnizaciones individuales por daños corporales/materiales, comunes en hospitalización (ej. errores médicos).

- Por siniestro/anualidad (900.000 €): Protege contra eventos múltiples o agregados (expedientes, datos, patronal), suficiente para siniestros medios-altos.

Estas cantidades equilibran protección patrimonial del adjudicatario, seguridad pública y competitividad, evitando sobrecostes prima desproporcionados.

### CONCLUSIÓN

Tal como queda acreditado en la Memoria Justificativa debido a la necesidad creciente y cambiante y para dar continuidad y respuesta a las necesidades descritas, es imprescindible la contratación de 12 lotes de 28 camas de hospitalización para el servicio sanitario de cuidados continuados y rehabilitación de unidades de media estancia hospitalaria, en los términos previstos en los pliegos de referencia, por el plazo de vigencia allí indicado y con el coste detallado en la memoria económica.

LA DIRECTORA GENERAL ASISTENCIAL

Firmado digitalmente por: ALMUDENA QUINTANA MORGADO  
Fecha: 2026.03.18 14:12

Fdo.: Almudena Quintana Morgado