MEMORIA JUSTIFICATIVA PARA LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA PARA EL ASEGURAMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL Y RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

1.- ANTECEDENTES

La regulación de la responsabilidad patrimonial de la administración pública que lleva a cabo la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, establece que respecto de aquellos daños que puedan derivarse de las actuaciones administrativas, siempre que medien determinados requisitos. La aplicación de esta normativa a la prestación de asistencia sanitaria da lugar a la llamada responsabilidad sanitaria, que genera la obligación de indemnizar económicamente a los ciudadanos que hayan sufrido en ella tales daños o perjuicios. Junto a esta responsabilidad patrimonial, pueden nacer en el ámbito de la prestación sanitaria otras responsabilidades jurídicas, con causas diferentes: la responsabilidad penal en la que pudieran incurrir los profesionales que trabajan en los distintos niveles del sistema público de salud, y la responsabilidad civil subsidiaria establecida en el Código Civil.

El Servicio Andaluz de Salud, desde 1.994 puso en práctica un programa de aseguramiento, llevando a cabo la contratación de seguros mediante la suscripción de pólizas que cubren tanto la responsabilidad integral en el ejercicio de sus funciones de todos los profesionales, como la responsabilidad patrimonial de la administración.

En el año 2009 se procedió a la contratación de la póliza de seguros por el procedimiento abierto, adjudicándose a la empresa ZURICH ESPAÑA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. Dicha póliza se fue prorrogando de acuerdo con la legislación vigente hasta el 12 de diciembre de 2015.

En el año 2015 se planteó una nueva licitación de este servicio: servicios de seguros, comprendido en la categoría 6 del Anexo II a los que se refiere el art. 10 – Contrato de Servicios - y art. 20 - Contratos Privados – del Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público.

El planteamiento técnico de este contrato de seguro, de naturaleza jurídica privada, se estructuró en tres SECCIONES.

La SECCIÓN I tenía por objeto el aseguramiento concreto de las consecuencias económicas derivadas de la responsabilidad profesional sanitaria o no sanitaria, que durante la vigencia del contrato pudiera corresponder directa, solidaria o subsidiariamente al Asegurado, por daños corporales o materiales y perjuicios económicos consecutivos, causados por acción u omisión a terceros en el ejercicio de sus actividades por cuenta y para el SERVICIO ANDALUZ DE SALUD siempre que la reclamación, se dirigiera contra el Asegurador en virtud de la acción directa contemplada en la Ley de Contratos de Seguros, o bien se tramitara por un procedimiento distinto del procedimiento de responsabilidad patrimonial previsto en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común y su reglamento de desarrollo, o en una jurisdicción distinta de la contencioso-administrativa.

La SECCIÓN II tenía por objeto el aseguramiento de la responsabilidad patrimonial que durante la vigencia del contrato pudiera corresponder al SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, por daños corporales o materiales y perjuicios económicos consecutivos, causados por acción u omisión a terceros en el ejercicio de sus actividades.

Se continuó con la definición de siniestro en la SECCIÓN II, relativa a la Responsabilidad Patrimonial, por cuanto que se considera siniestro bajo esa Sección la obligación de indemnizar a un tercero, dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato, los daños y perjuicios causados por un hecho previsto en la póliza de seguro, de cuyas consecuencias sea responsable el SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, conforme a derecho, por resolución administrativa estimatoria total o parcial del SAS, o

sentencia condenatoria firme dictada por los Juzgados y Tribunales del orden jurisdiccional contencioso-administrativo.

Esta configuración tenía una significativa importancia técnico-aseguradora al prescindir en la valoración de la siniestralidad del riesgo de Responsabilidad Patrimonial del SAS de todo aquello que no sea una obligación de pago, es decir, quedaría fuera del concepto de siniestro aquellas reclamaciones cuya cuantía económica no se haya materializado en una obligación de indemnizar por resolución administrativa estimatoria total o parcial del SAS, o sentencia condenatoria firme dictada por los Juzgados y Tribunales del orden jurisdiccional contencioso-administrativo.

La SECCIÓN III tenía por objeto el aseguramiento concreto de las consecuencias económicas derivadas de la responsabilidad patrimonial que durante la vigencia del contrato pudiera corresponder al Asegurado, por resolución administrativa estimatoria total o parcial del SAS o sentencia condenatoria firme dictada por los Juzgados y Tribunales de la jurisdicción contencioso-administrativa por reclamaciones presentadas al SAS con anterioridad a la fecha de efecto del citado contrato de seguro, correspondientes a la Sección II de la póliza de Zurich Nº 49581135, las cuales se detallaron en un listado que se anexó actualizado en el momento de la firma del contrato, toda vez que por la definición de siniestro contenida en la póliza nº 00000049581135 SECCIÓN II, suscrita entre el SAS y la aseguradora ZURICH con un periodo de vigencia desde su efecto a las 00 horas del 13 de Diciembre de 2009 hasta su vencimiento a las 24 horas del 12 de Diciembre de 2015, las reclamaciones declaradas al Asegurado no son objeto de cobertura en esa póliza por cuanto que solo se considera siniestro bajo esa SECCIÓN la obligación de indemnizar a un tercero, dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato, los daños y perjuicios causados por un hecho previsto en el contrato de cuyas consecuencias sea responsable el Asegurado, conforme a derecho, por resolución administrativa estimatoria total o parcial del SAS o sentencia condenatoria firme dictada por los Juzgados y Tribunales del orden jurisdiccional contencioso-administrativo dictadas desde las cero horas del día 13 de diciembre de 2009 y hasta las veinticuatro horas del día 12 de diciembre de 2015.

Los licitadores fueron las Compañías Aseguradoras y éstas podían presentar como mejora de su oferta, la participación de un corredor de seguros para llevar a cabo las gestiones de asesoramiento y mediación a favor de la Administración contratante, en los términos legales de independencia que marca la Ley de mediación de Seguros Privados. La propia Administración valoró en la licitación de la Aseguradora, la intervención de un corredor de seguros, mediante su correspondiente puntuación en los criterios de adjudicación.

Finalmente se procedió a la contratación de la póliza de seguros mediante procedimiento abierto, adjudicándose a la empresa ZURICH INSURANCE PLC, Sucursal en España, con el siguiente número de póliza 83.247.684.

El contrato tenía una duración de UN AÑO, desde su efecto a las 00 horas del 13 de Diciembre de 2015 hasta su vencimiento a las 24 horas del 12 de Diciembre de 2016, pudiendo ser objeto de prórroga por mutuo acuerdo de las partes, de acuerdo con la legislación vigente, por una duración anual hasta un máximo de SEIS AÑOS (incluido período inicial y prórrogas).

Con fecha 12 de abril de 2016, ZURICH INSURANCE PLC, comunicó mediante un escrito presentado en el Registro del Servicio Andaluz de Salud, la imposibilidad de prorrogar las coberturas de la póliza de referencia en las condiciones actuales, obedeciendo dicha decisión a la salida por parte de ZURICH del mercado internacional en el ámbito de la responsabilidad sanitaria.

Por tanto, se planteó una contratación de este servicio, con duración de UN AÑO, desde su efecto a las 00 horas del 13 de Diciembre de 2016 hasta su vencimiento a las 24 horas del 12 de Diciembre de 2017, pudiendo ser objeto de prórroga por mutuo acuerdo de las partes, de acuerdo con la legislación vigente, por una duración anual hasta un máximo de SEIS AÑOS (incluido período inicial y prórrogas).

Esta nueva licitación, por procedimiento abierto y tramitación ordinaria, mantuvo idéntica

estructura de las tres SECCIONES anteriores, con la diferencia obvia, de que la SECCIÓN III, tenía por objeto el aseguramiento concreto de las consecuencias económicas derivadas de la responsabilidad patrimonial que durante la vigencia del contrato pudiera corresponder al Asegurado, por resolución administrativa estimatoria total o parcial del SAS o sentencia condenatoria firme dictada por los Juzgados y Tribunales de la jurisdicción contencioso-administrativa por reclamaciones presentadas al SAS con anterioridad a la fecha de efecto del citado contrato de seguro, correspondientes a la Sección II y Sección III de la póliza de Zurich Nº 83.247.684, las cuales se detallarían en un listado que se anexaría actualizado en el momento de la firma del contrato.

Se consideró que el presupuesto máximo de licitación anual para las secciones I, II y III, de NUEVE MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL EUROS (9.980.000,00 €), estaba justificado, teniendo en cuenta el histórico de indemnizaciones del Servicio Andaluz de Salud, la aplicación del nuevo baremo de indemnizaciones, el volumen de riesgo asegurado, las coberturas, los amplios límites de indemnización, y los Informes del Mercado Asegurador interesado, los cuales se adjuntaban.

Con fecha 17 de octubre de 2016, vencía el plazo para presentar ofertas en esta licitación, pero debido a la complejidad técnica de esta contratación, se hizo necesario ampliar el plazo de presentación de ofertas, al objeto de facilitar a los posibles candidatos que concurrieran a la licitación, un estudio exhaustivo de la documentación jurídica y técnica que conformaba esta contratación, hasta el 24 de octubre de 2016.

Llegado el nuevo vencimiento de presentación de ofertas, ante la ausencia de presentación de las mismas, se declaró desierta la licitación.

Habida cuenta de la imposibilidad de que al vencimiento del contrato, 13 de diciembre de 2016, se hubiera podido formalizar el nuevo contrato que garantizara la continuidad de la prestación aseguradora, es por lo que fue necesaria la prórroga de la póliza de Zurich Nº 83.247.684, durante un período de 3 meses, esto es, desde las 00 horas del 13 de Diciembre de 2016 hasta las 24 horas del 12 de marzo de 2017.

Desde este centro directivo se planteó una nueva licitación, con duración de UN AÑO, desde su efecto a las 00 horas del 13 de marzo de 2017 hasta su vencimiento a las 24 horas del 12 de marzo de 2018, pudiendo ser objeto de prórroga por mutuo acuerdo de las partes, de acuerdo con la legislación vigente, por una duración anual hasta un máximo de SEIS AÑOS (incluido período inicial y prórrogas).

En esta licitación por procedimiento abierto y tramitación urgente, se mantuvo la sección I y respecto a la sección II, se volvió al modelo tradicional de seguro, considerando siniestro, todo hecho que hubiera producido un daño del que pudiera resultar legalmente responsable el Asegurado, siempre que fuera objeto de este contrato de seguro y pusiera en juego las garantías de la póliza de conformidad a los términos y condiciones pactados, y la reclamación se tramitara por un procedimiento de responsabilidad patrimonial en la actual Ley 39/2015, de 1 de octubre, o se sustanciara ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

La temporalidad se circunscribió a las reclamaciones que se formularon al Asegurado desde las 00 horas del 13 de marzo de 2017 hasta su vencimiento a las 24 horas del 12 de marzo de 2018, con independencia de cuando se hubieran producido los errores, omisiones o actos negligentes, y se incluyeron cambios respecto a los modelos anteriores.

El contrato de la nueva póliza se adjudicó el 16 de febrero de 2017 a la compañía AIG EUROPE LIMITED, Sucursal en España, siendo la única aseguradora que licitó, con las siguientes variantes y un importe de 6.779.600 €:

- Una franquicia por importe de 30.000 € por siniestro, cuantía a cargo del Asegurado para ir deduciendo de la indemnización y gastos que correspondieran en cada siniestro.
- En cuanto al límite máximo de indemnización por período de seguro, que es la cantidad máxima de que responde el Asegurador por la suma de todas las indemnizaciones, reservas, intereses y gastos correspondientes a cada período de seguro, con independencia de que fuera consumida en uno o varios

siniestros, entendiendo por período de seguro el comprendido entre dos vencimientos de prima, o entre la entrada en vigor y la fecha de fin del seguro, se estableció un límite de indemnización de veinticinco millones de euros (25.000.000 €). El Asegurador sólo indemnizaría los siniestros hasta los límites de las sumas aseguradas anteriormente estipuladas, en exceso de ocho millones de euros (8.000.000 €), a excepción de la defensa jurídica y prestación de fianzas judiciales de la sección I, en la cual el Asegurador asumirá hasta quinientos mil euros (500.000 €) por período de seguro, sin deducción de franquicia alguna. A partir de esta cifra, indemnizará en exceso de los ocho millones de euros (8.000.000 €) indicados anteriormente, pero manteniendo la no aplicación de franquicia.

La compañía AIG EUROPE LIMITED, Sucursal en España, entregó escrito en el Registro del SAS con fecha 7 de noviembre del 2017, manifestando su deseo de prorrogar las coberturas de la póliza indicada, por el período comprendido entre las 00 horas del día 13 de marzo de 2018 hasta las 24 horas del día 12 de marzo de 2019, manteniendo las condiciones actuales.

Persistiendo el interés igualmente por parte del Servicio Andaluz de Salud en continuar con la póliza, se procedió a la prórroga de la misma, por el período comprendido entre las 00 horas del día 13 de marzo de 2018 hasta las 24 horas del día 12 de marzo de 2019, manteniendo las condiciones, así como el importe anual de prima total.

En escrito de 5 de septiembre de 2018, AIG nos comunica que como parte de su estrategia a nivel internacional, ha tomado la decisión de dejar de suscribir el negocio de responsabilidad profesional sanitaria y se opone a una prórroga futura; por lo que el 11 de septiembre se les remite escrito solicitándoles una extensión adicional de 90 días desde el vencimiento, es decir, a partir del 13 de marzo de 2019, con el objeto de poder preparar convenientemente el nuevo procedimiento de contratación administrativa.

En escrito de 19 de septiembre de 2018, con entrada en el SAS el 24 de septiembre, AIG nos informa que acepta la extensión de la póliza, de las 00h del 13 de marzo 2019 a las 00h del 13 de junio de 2019, siendo la prima total correspondiente al periodo de

extensión, de 1.708.830,69 €, que es la parte proporcional de la prima anual aplicada a los 92 días de duración de la prórroga.

Con fecha 20 de diciembre de 2018 se ha fiscalizado dicha extensión de la póliza para el período indicado en el párrafo anterior.

Encontrándonos en la situación descrita, desde este centro directivo se plantea una nueva licitación por procedimiento abierto y tramitación urgente, con duración de UN AÑO, desde su efecto a las 00 horas del 13 de junio de 2019 hasta su vencimiento a las 24 horas del 12 de junio de 2020, pudiendo ser objeto de prórroga por mutuo acuerdo de las partes, de acuerdo con la legislación vigente, por una duración anual hasta un máximo de SEIS AÑOS (incluido período inicial y prórrogas).

Límites de Indemnización asegurados:

- Límite de indemnización por siniestro: La cantidad máxima a cargo del Asegurador por la suma de todas las indemnizaciones, reservas, intereses y gastos correspondientes a un siniestro. Se establece un límite de indemnización por siniestro por importe de tres millones de euros (3.000.000 €).

- Sublímite por víctima: La cantidad máxima a cargo del Asegurador por la suma de todas las indemnizaciones, reservas, intereses y gastos correspondientes a la víctima, lesionado o dañado, junto con las que, en su caso, pudieran corresponder a sus causahabientes o perjudicados. Se establece un sublímite de indemnización por víctima por importe de tres millones de euros (3.000.000 €).

- Límite máximo de indemnización por periodo anual de seguro: La cantidad máxima de que responderá el Asegurador por la suma de todas las indemnizaciones, reservas, intereses y gastos correspondientes a cada período de seguro, con independencia de que sea consumida en uno o varios siniestros, entendiendo por período de seguro el comprendido entre dos vencimientos de prima, o entre la entrada en vigor y la fecha de fin del seguro. Se establece un

límite de indemnización por periodo anual de seguro de veinticinco millones de euros (25.000.000 €) o el límite que se adjudique finalmente.

- Límite máximo de indemnización por siniestros en serie: En caso de siniestro excepcional con carácter de siniestro en serie, tal como viene definido más adelante, la cobertura de seguro se limita por siniestro y por año de seguro, para el conjunto de Centros asegurados por la póliza, independientemente del número de víctimas y asegurados implicados, del número de reclamaciones recibidas el año de seguro que se trate y el escalonamiento en el tiempo de los pagos realizados por la compañía aseguradora. El límite de la presente cobertura será independiente del límite por año de seguro acordado para el conjunto de asegurados, siendo un límite único independientemente del número de garantías implicadas, del número de reclamaciones recibidas durante el año de seguro y del escalonamiento en el tiempo de los pagos realizados por la compañía aseguradora. Por siniestro en serie se entiende el conjunto de daños causados a una pluralidad de terceros, que comporte la responsabilidad de uno o varios asegurados, resultado de un único o de un conjunto de daños con una misma causa técnica (derivada de un hecho causal o conjunto de hechos causales vinculados entre ellos), consecuencia de una actividad de diagnóstico, prevención o tratamiento llevada a cabo por los asegurados y cubierta por el contrato que den lugar a una pluralidad de reclamaciones. Son aplicables a la presente garantía todas las coberturas y exclusiones previstas en la póliza. En caso de que el siniestro cause a la vez daños corporales, materiales y los perjuicios consecuenciales, estos últimos no podrán exceder la cantidad prevista en la presente garantía. La presente garantía cubre aquellas reclamaciones presentadas por primera vez durante el periodo de validez de la póliza de seguros. Se precisa que el siniestro en serie se imputará al año de recepción de la primera reclamación, independientemente del número de reclamaciones recibidas, de la fecha de recepción de estas, así como del número de asegurados implicados en el siniestro. Se establece un límite máximo de indemnización por siniestros en serie de cinco millones de euros (5.000.000 €).

  Esta cláusula de siniestros en serie no será de aplicación en aquellas reclamaciones relacionadas con ensayos clínicos.

Franquicia para la SECCIÓN II - CONTRATO DE ASEGURAMIENTO DEL RIESGO DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL

Toda indemnización y gasto que corresponda en un siniestro de la Sección II del presente contrato, se le deducirá la cantidad de 55.000 € o el límite que se adjudique finalmente, que irá a cargo del SERVICIO ANDALUZ DE SALUD hasta un máximo anual de 6.000.000 €.

Consumida esta franquicia máxima anual asumida por el SAS, el Asegurador indemnizará todo siniestro sin aplicación de franquicia alguna.

Para el cálculo de agotamiento de la franquicia se tendrá en cuenta toda indemnización o gasto abonada por el SAS, y las reservas constituidas por la Aseguradora.

Trimestralmente se realizará un cálculo provisional y el definitivo al finalizar el periodo de seguro anual.

Cada periodo anual del contrato tendrá las cuentas provisionales de ajuste de franquicia y una revisión final al vencimiento del contrato, en los tres meses siguientes.

2.- OBJETO DEL CONTRATO

2.1.- Objeto del contrato: el objeto de la presente contratación lo constituyen el aseguramiento de los riesgos de:

SECCIÓN I: CONTRATO DE ASEGURAMIENTO DEL RIESGO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL.

Esta SECCIÓN tiene por objeto el aseguramiento concreto de las consecuencias económicas derivadas de la responsabilidad profesional sanitaria o no sanitaria, que durante la vigencia del contrato pudiera corresponder directa, solidaria o subsidiariamente al Asegurado, por daños corporales o materiales y perjuicios económicos consecutivos, causados por acción u omisión a terceros en el ejercicio de sus actividades por cuenta y para el TOMADOR siempre que la reclamación, se dirija contra el Asegurador en virtud de la acción directa contemplada en la Ley de Contratos de Seguros, o bien se tramite por un procedimiento distinto del procedimiento de responsabilidad patrimonial previsto en la actual Ley 39/2015, de 1 de octubre, del

Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, o en una jurisdicción distinta de la contencioso-administrativa.

SECCIÓN II: CONTRATO DE ASEGURAMIENTO DEL RIESGO DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL.

Esta SECCIÓN tiene por objeto el aseguramiento concreto de las consecuencias económicas derivadas de la responsabilidad patrimonial que durante la vigencia del contrato pudiera corresponder al Asegurado, por daños corporales o materiales y perjuicios económicos consecutivos, causados por acción u omisión a terceros en el ejercicio de sus actividades.

2.2.- CPV: 65510000-8

2.3.- División en lotes: la no división en lotes se justifica, de acuerdo con el artículo 99.3 b) de la Ley 9/2017, de 8 noviembre, de Contratos de Sector Público, en base a las siguientes razones:

El contrato de seguro de responsabilidad sanitaria, con independencia de su ámbito público o privado, se configura como un contrato de todo riesgo, en el cual se aseguran las consecuencias económicas que estén obligados a indemnizar por una responsabilidad no expresamente excluida en la póliza de seguro que se vaya a formalizar.

A tenor de esa naturaleza, el mercado de seguros especializado distingue a efectos estadísticos las causas que provocan la obligación de indemnizar con la finalidad de identificar los puntos críticos de la siniestralidad (importes indemnizados) que garantizan.

Es por esta razón, que en el seguro de responsabilidad no existen LOTES diferenciados, ni el riesgo ni en el objeto del contrato, siendo un mismo riesgo el que se asegura (riesgo de responsabilidad sanitaria) y un único contrato / póliza de responsabilidad sanitaria.

La existencia de SECCIONES en el contrato de seguro de responsabilidad, y no LOTES, obedece como se ha manifestado con anterioridad, a razones puramente técnicas-aseguradoras que determinan la necesidad de que en un mismo contrato se diferencien las causas que determinan la obligación de indemnizar, para estipular a su vez diferentes parámetros cuantitativos del riesgo, como son los límites de indemnización que se garantizan y las franquicias (parte no asegurada).

Por lo tanto, la conveniencia de separar por secciones, y no por lotes -UNA SECCIÓN NO ES UN LOTE- , la contratación de la póliza de seguro que cubre la posible responsabilidad civil / patrimonial del Servicio Andaluz de Salud se debe a que el mercado de seguros a la hora de licitar el contrato requiere conocer y diferenciar las diferentes vías de reclamación de los terceros perjudicados:

Sección I – Responsabilidad Civil Profesional Sanitaria, donde los terceros perjudicados reclama por una vía distinta a la administrativa / contenciosa.

Sección II – Responsabilidad Patrimonial Sanitaria, donde los reclamantes utilizan la vía contenciosa administrativa.

Ambas secciones son un todo de responsabilidad, en donde:

1. Se trata de compensar las posibles pérdidas de una sección con la otra, facilitando la concurrencia y la antiselección del riesgo en el área más complicada desde el punto de vista asegurador que es la responsabilidad patrimonial.

2. Se mantiene una perfecta coordinación de un mismo hecho dañoso con posibles consecuencias económicas y responsabilidades, enjuiciadas por distintas órdenes jurisdiccionales, sin cambiar de Asegurador dependiendo de la jurisdicción en el que se sustancie la reclamación.

Ambas circunstancia justifican la licitación de un contrato que abarque un mismo riesgo; responsabilidad sanitaria, pero que contemple DOS SECCIONES, según qué vía jurisdiccional elija el perjudicado, pero manteniendo el mismo Asegurador, evitando así la descoordinación de actuaciones, procesales y técnicas, y la misma línea de cobertura, cuestión que podría verse imposibilitada por su división en lotes y ejecución por una pluralidad de contratistas diferentes.

2.4.- Necesidades administrativas a satisfacer e idoneidad del objeto: la regulación de la responsabilidad patrimonial de la administración pública que lleva a cabo la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, establece que respecto de aquellos daños que puedan derivarse de las actuaciones administrativas, siempre que medien determinados requisitos. La aplicación de esta normativa a la prestación de asistencia sanitaria da lugar a la llamada responsabilidad sanitaria, que genera la obligación de indemnizar económicamente a los ciudadanos que hayan sufrido en ella tales daños o perjuicios. Junto a esta responsabilidad patrimonial, pueden nacer en el ámbito de la prestación sanitaria otras responsabilidades jurídicas, con causas diferentes: la responsabilidad penal en la que pudieran incurrir los profesionales que trabajan en los distintos niveles del sistema público de salud, y la responsabilidad civil subsidiaria establecida en el Código Civil.

Este contrato es necesario para afrontar en tiempo y forma las obligaciones de indemnizar que resultaran de resolución administrativa o de sentencia judicial, así como la prestación de fianza en procedimientos penales con la rapidez que es necesaria por la preclusión de los plazos y las consecuencias de su no prestación.

2.5.- Centros vinculados al contrato: centros dependientes del Servicio Andaluz de Salud.

3.- FORMA DE ADJUDICACIÓN

3.1.- Procedimiento de licitación: abierto, según el artículo 131 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, porque los servicios

contemplados en este expediente de contratación pueden ser prestados por distintos operadores/proveedores del mercado. Así, toda aseguradora que cumpla los requisitos establecidos podrá presentar oferta, lo que a su vez favorecerá la consecución de una mejor relación calidad/precio obtenida como consecuencia de la concurrencia y libre competencia de distintos proveedores.

3.2.- Tipo de tramitación: urgente.

4- PLAZO DE DURACIÓN DEL CONTRATO Y DE EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

4.1.- Fecha de inicio del contrato: las 00 horas del 13 de junio de 2019.

4.2.- Duración del contrato: un año, esto es, hasta las 24 horas del 12 de junio de 2020.

4.3.- Prórroga: podrá prorrogarse por mutuo acuerdo de las partes, por periodos anuales de conformidad con los dispuesto en el artículo 22 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, sin que la duración total del contrato, incluidas las prórrogas, exceda de seis años.

Se exige un preaviso de 6 meses para manifestar su no disposición a la prórroga, a fin de que el órgano de contratación pueda preparar y resolver una nueva contratación.

5- PRESUPUESTO BASE DE LICITACIÓN, PRECIOS UNITARIOS Y VALOR ESTIMADO

5.1.- Presupuesto base de licitación: el riesgo de la responsabilidad sanitaria sigue siendo uno de los más complejos del mercado asegurador y las

aseguradoras que surgen o siguen en este sector requieren una especialización técnica muy alta acompañada de unos criterios de márgenes económicos importantes que le garanticen estabilidad en el tiempo, respondiendo así a diversos factores externos con influencia en la indemnización de los daños; impactos normativas y tendencias judiciales.

Por esta razón los presupuestos base de licitación de las contrataciones convocadas por los Servicios de Salud vienen materializados por el mercado para evitar licitaciones desiertas y de ser adjudicadas evitar la no materialización de las prórrogas o la anulación de contratos.

El mercado de seguros que pudiera estar interesado en presentar una oferta al SAS evaluará como riesgo potencial la carga de siniestralidad más madura por estar cerrada en un porcentaje superior al 80%.

La siniestralidad en el riesgo de responsabilidad se define como la suma de las indemnizaciones satisfechas por la Aseguradora adjudicataria, los gastos pagados por la gestión de la reclamación (abogados, procuradores, peritos, costas) y los importes cuantitativos (reservas) que sin estar abonados las Aseguradoras deben prever LEGALMENTE en sus balances y cuentas para responder a futuras indemnizaciones que estén obligados a satisfacer por un reclamación conocida y ya presentada, pero todavía no resuelta.

La siniestralidad MADURA es aquella siniestralidad cuyas reclamaciones presentadas en una anualidad contractual superan un porcentaje del 80% de reclamaciones cerradas y resueltas. Es madura pues las oscilaciones en el concepto de reservas es inferior al 20%, y por lo tanto su desviación no desvirtúa en grandes números los resultados finales de la siniestralidad, en su conjunto.

En esas condiciones de valoración técnica del riesgo / siniestralidad y teniendo en cuenta los diferentes parámetros que configuran el coste de aseguramiento de la responsabilidad sanitaria, el análisis de mercado se concreta en las siguientes cifras económicas, con los límites de indemnización y franquicia contemplados en el Pliego de Prescripciones Técnicas:

CONCEPTO	IMPORTE A	IMPORTE B	%
SINIESTRALIDAD media anual estimada CON FRANQUICIA 55.000 €	6.358.442,00 €		52,88%
SINIESTRALIDAD HISTÓRICA MEDIA INDEXADA IPC (13 años)	1.342.900,28 €		21,12%
MARGEN DE DESVIACIÓN POR FRECUENCIA SINIESTROS PUNTAS	763.013,04 €		12,00%
SINIESTRALIDAD MEDIA AJUSTADA 2018		**8.464.355,32 €**	
REAJUSTE DEL IMPACTO NORMATIVO NUEVO BAREMO VALORACIÓN DE DAÑOS	1.990.633,35 €	**10.454.988,67 €**	19,04%
GASTOS DE GESTIÓN DE LA ASEGURADORA	1.045.498,87 €		10,00%
MARGEN EMPRESARIAL	522.749,43 €		5,00%
PRIMA NETA		**12.023.236,97 €**	
IMPUESTOS LEGALES		739.429,07 €	6,15%
PRESUPUESTO LICITACIÓN estimado 2019		**12.762.666,04 €**	

El riesgo de responsabilidad sanitaria desde hace tres años está experimentando un endurecimiento muy importante en las condiciones que las Aseguradores ofrecen, y una limitación de los licitadores interesados en garantizar el riesgo.

Las empresas licitadoras especializadas valoran mucho la información de siniestralidad ofrecida por el órgano de contratación, para que puedan verificar la verdadera exposición del riesgo que se les pretender transferir mediante el procedimiento de contratación, y realizar así un estudio técnico actuarial de la siniestralidad máxima prevista y probable, y calcular así sus márgenes empresariales.

En los importes anteriores se han tenido en cuenta factores muy importantes que el mercado valora como son la actualización de la siniestralidad media del SAS con criterios de corrección motivados por:

a. IPC indexado de los últimos años
b. Existencia de siniestros superiores a 1 millón de euros en un periodo medio de 2/3 años.
c. Impacto del nuevo BAREMO.

Todo ello con la intención de atraer a un mercado muy reducido de Aseguradores y de propiciar la concurrencia de licitadores.

5.2.- Valor estimado: Teniendo en cuenta los factores técnicos de siniestralidad anteriores, el presupuesto ANUAL aplicado para el contrato es de 12.763.000 €, y su división presupuestaria en las DOS SECCIONES contempladas en el Pliego es:

Sección I – Responsabilidad Civil Profesional Sanitaria: 3.800.000 €, al considerar que para esta sección no se aplica franquicia por siniestro.

Sección II – Responsabilidad Patrimonial Sanitaria: 8.963.000 €.

6- ESPECIAL REFERENCIA A LA SUBCONTRATACIÓN

En el contrato de seguro de responsabilidad sanitaria, el concepto de subcontratación debe ser explicado en su justa dimensión.

La subcontratación entendida como la parte del servicio que se licita y se contrata que a su vez no es prestada por la empresa adjudicataria del servicio / contrato, sino por un tercero que recibe el encargo del adjudicatario de ejecutar el servicio adjudicado por esa empresa externa, no es de aplicación en el contrato de seguro, por cuanto que el objeto del contrato que se licita y que se adjudica es asumir el riesgo de responsabilidad sanitaria y de garantizar las consecuencias económicas que deriven de una obligación de indemnizar por parte del SAS o de sus profesionales, y ese objeto de contrato es imposible que pueda ser subcontratado.

Otra cuestión es que en la gestión de las reclamaciones presentadas al Asegurador bajo la cobertura del contrato, intervengan necesariamente empresas profesionales, pues el objeto del contrato no es el aseguramiento, en donde no puede subcontratarse, pero sí realizar otras prestaciones consustanciales al contrato de seguro; como son los servicios de defensa jurídica, procuradores, de peritación médica, valoración del daño personal o de correduría de seguros, que intervienen en la gestión de las reclamaciones de forma regulada por el contrato de seguro que se licita.

EL DIRECTOR GENERAL

DE ASISTENCIA SANITARIA

Y RESULTADOS EN SALUD