

ANTEPROYECTO:

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE TOLEDO

1.- MEMORIA

1.1.- Necesidades a satisfacer: datos y cálculos básicos	03
1.2.- Factores sociales, técnicos, económicos, medioambientales y administrativos	17
1.3.- Justificación de la solución propuesta	22

2.- PLANOS

2.1.- Planos de situación general y de conjunto de la obra	26
--	----

3.- PRESUPUESTO

3.1.- Presupuesto de ejecución de la obra	45
---	----

4.- ESTUDIO DEL RÉGIMEN DE UTILIZACIÓN Y EXPLOTACIÓN DE LA OBRA

4.1.- Forma de financiación	48
4.2.- Régimen tarifario	50

1.- MEMORIA

Se redacta el presente Anteproyecto en cumplimiento del punto 3, artículo 129, del Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, Real Decreto Legislativo 3/2011, BOE 16 de Noviembre de 2011

1.1.- Necesidades a satisfacer: datos y cálculos básicos

Las Comunidades Autónomas han potenciado y desarrollado la creación de una extensa red de infraestructuras sanitarias en los últimos 10 años. Este esfuerzo planificador e inversor ha estado en gran parte apoyado en modelos de financiación y construcción que armonizan la aportación de capital privado con el carácter público de la prestación.

De este modo, para la creación y modificación de infraestructuras sanitarias de carácter público y con el fin de mejorar los mecanismos de financiación, facilitar una estabilidad presupuestaria e incorporar mejores niveles de eficiencia y eficacia en la gestión de servicios públicos, se han impulsado nuevas fórmulas de colaboración con el ámbito privado, lo que han fomentado la expansión de los modelos con financiación privada, más conocidos por sus siglas en inglés (Private Finance Initiative o PFI). Esto ha ayudado a mantener el ritmo inversor y a satisfacer las necesidades de los ciudadanos sin perjuicio del mantenimiento de la transparencia, el control y la estabilidad de la evolución futura del gasto público.

Las fórmulas de PFI se constituyen como una “cooperación a largo plazo, regulada por contrato, entre las autoridades públicas y el sector privado con el fin de llevar a cabo proyectos públicos en los que los recursos requeridos se gestionan en común y los riesgos vinculados al proyecto se distribuyen de forma conveniente sobre la base de la capacidad de gestión de riesgos de los socios del proyecto”.

ANTECEDENTES:

- o La necesidad de potenciar la cartera de servicios de referencia o alta complejidad, entre otras, dio lugar al proyecto del Hospital Universitario de Toledo cuyo fin era permitir prestar servicios asistenciales de excelencia a los ciudadanos castellano-manchegos.
- o En octubre de 2006 se concretó la adjudicación de las primeras fases de la construcción de la infraestructura con un presupuesto de casi 300 millones de euros y un plazo de 40 meses.
- o Recientemente, GICAMAN (la empresa pública encargada de la gestión de dicha obra) ha resuelto el contrato de obras de construcción del proyecto, que se encuentra en un grado de ejecución de alrededor del 30% de la obra presupuestada.
- o En este escenario, y teniendo en cuenta la necesidad de actuales niveles de déficit público de las Administraciones Públicas españolas en general motivados por la crisis económica, el SESCAM ha asumido el compromiso de finalizar el Hospital Universitario de Toledo y, para ello, ha requerido como fórmula facilitadora del mismo un modelo de contrato de Colaboración Público Privada

El **objeto** del presente anteproyecto, es, por tanto, regular y servir de base para el futuro contrato de concesión de obra pública para la redacción del proyecto, construcción, conservación y explotación parcial de la unidad de actuación que se denominará, como Complejo Hospitalario Universitario de Toledo en adelante «CHUT». El **CHUT** comprende los siguientes centros, cuyas siglas se enumeran a continuación y que son utilizadas en el presente Anteproyecto:

HUT	Hospital Universitario de Toledo
HP	Hospital Provincial de Toledo
HNP	Hospital Nacional de Parapléjicos
HVV	Hospital Virgen del Valle

Las prestaciones que se incluirán en el contrato de concesión del CHUT, y que se enumeran en el presente Anteproyecto, son las siguientes:

• **Redacción del Proyecto de construcción para finalizar el HUT:**

1. Se redactará de conformidad con el Plan Funcional del CHUT y la diferente documentación administrativa.
2. También se redactará de conformidad con el Pliego de Prescripciones Técnicas de Redacción, y conforme con el resto de documentación técnica proporcionada por la Administración.
3. Tanto el Proyecto Básico como el Proyecto de Ejecución del HUT tendrán especialmente en cuenta la relación y sinergias entre las distintas infraestructuras y del Plan de Traslado de la Actividad que se incluye como parte de la concesión.
4. Asimismo, el Proyecto de Ejecución del HUT se redactará considerando la necesaria coordinación de las obras con el equipamiento médico que será objeto de una licitación distinta por el SESCAM.
5. El Proyecto de Ejecución del HUT deberá ajustarse en su contenido a lo dispuesto en el artículo 123 del TRLCSP.
6. El concesionario presentará el Proyecto de Ejecución al órgano de contratación para su supervisión, aprobación y replanteo en el plazo de 3 meses, a contar desde el día siguiente al de la formalización del contrato.
7. Tanto en el Proyecto Básico como en el Proyecto de Ejecución del HUT el concesionario preverá la existencia de un edificio sin uso asignado, edificio A según la nomenclatura empleada en el Plan Funcional, que deberá ser terminado, conservado y mantenido por el concesionario, cualquiera que sea la finalidad que el SESCAM decida darle a este espacio, y tanto si esa finalidad la desarrolla el SESCAM directamente como si este organismo llega a acuerdos con terceros para la utilización de esta parte de la infraestructura.

• **Finalización de la construcción del HUT:**

1. Se ejecutará conforme con el Proyecto de Ejecución, parte del contrato de concesión, y que estará basado en el presente anteproyecto del HUT, aprobado por el SESCAM.
2. La construcción del HUT incluirá la ejecución, dirección y coordinación de seguridad y salud por el concesionario, por sí misma, o a través de la subcontratación con terceros de acuerdo con lo que se prevea en el futuro PCAP, de las obras que se definan en el Proyecto de Ejecución aprobado por el SESCAM, sobre la base de las nuevas necesidades asistenciales definidas en el Plan Funcional correspondiente.
3. Las obras accesorias, cuando así se establezcan en los correspondientes Pliegos de Prescripciones Técnicas, y las zonas complementarias no incluidas en el Proyecto de Ejecución, se construirán de acuerdo con las especificaciones técnicas o proyectos propuestos para cada una de ellas y aprobados por el SESCAM.
4. Al igual que en la redacción del Proyecto Básico y de Ejecución, la programación y ejecución de los trabajos de construcción serán ejecutados teniendo en consideración las necesidades del plan de equipamiento electromédico que será objeto de licitación separada por el SESCAM.

• **Dotación de equipamiento:**

1. El equipamiento incluido en el objeto del futuro contrato será el mobiliario general y clínico y la integración de los sistemas de información Concesionario-SESCAM, respectivamente para el HUT. Asimismo, forma parte del presente contrato el equipamiento necesario para el desarrollo y explotación de la totalidad de los servicios no clínicos y de servicios comerciales cuya explotación corresponde al concesionario.
2. Quedará expresamente excluido del objeto de la concesión el equipamiento de Alta Tecnología, Electromédico y Clínico. Este último equipamiento será objeto de licitación aparte por el SESCAM sin perjuicio de las obligaciones de coordinación y colaboración que, en relación con ese otro contrato de equipamiento, corresponden al concesionario.

• **Mantenimiento, actualización y reposición del equipamiento:**

1. El concesionario asumirá las obligaciones de adecuación, mantenimiento, reforma, modernización, actualización, reposición y gran reparación exigibles en relación con cada uno de los equipos a fin de que puedan cumplir con la finalidad del contrato durante todo el plazo concesional.

• Sistemas de Información:

1. Adecuación e integración de las Herramientas y/o Sistemas de Información propios del Concesionario a las necesidades operativas, funcionales o de gestión del SESCAM y el despliegue, dotación y mantenimiento durante los cuatro primeros años de los elementos activos de las TIC.

• Elaboración y ejecución de la Logística de los Equipamientos y Consumibles y del Plan de Traslado de la actividad:

1. De conformidad con lo previsto en el Plan Funcional, corresponderá al concesionario la elaboración de las actividades de validación del actual inventario del CHUT, la elaboración de la dotación completa del nuevo CHUT, la determinación de la dotación a completar, la agrupación técnica en lotes de material tecnológicamente afín y sus correspondientes prescripciones técnicas y el cronograma necesario para su adquisición y puesta en obra.
2. La ejecución del Plan de Traslado de la actividad necesario para lograr la distribución de los servicios asistenciales entre los distintos centros del CHUT que se diseña en el Plan Funcional. El Plan de Traslados describirá las medidas que han de adoptarse en cuanto a la seguridad de los pacientes, información a pacientes, acompañantes, profesionales y a la comunidad y cese de la actividad e inicio en su nueva localización. En este sentido, la puesta a disposición por el concesionario a favor del SESCAM de la obra pública consistente en el CHUT incluirá la puesta en marcha de los distintos centros del CHUT con la distribución de los servicios asistenciales que se definan en el Plan Funcional, así como los servicios no clínicos y de explotación comercial recogidos en este Anteproyecto

• Explotación de la obra pública CHUT:

1. Se considerará explotación de la obra pública la constante puesta a disposición de la misma para su utilización. Para tal explotación, corresponderá al concesionario la gestión integral de la puesta en marcha del HUT así como del resto de centros del CHUT tras las adaptaciones incluidas en la concesión, incluidos los traslados necesarios entre los centros del CHUT. En concreto, la explotación de la obra pública se realizará mediante la puesta a disposición —con el equipamiento necesario— de las áreas asistenciales, la explotación de los servicios no clínicos, y la explotación de las zonas complementarias aptas para el desarrollo de actividades de carácter comercial o análogo compatibles con la prestación de servicios asistenciales, de acuerdo con la documentación contractual y con el alcance que, a modo de resumen, se indica a continuación:

a) Explotación de los siguientes servicios no clínicos en la forma que determinará el Pliego de Prescripciones Técnicas para la Prestación de Servicios no Clínicos:

- Servicio de limpieza.
- Servicio de mantenimiento integral de edificios y urbanización.
- Servicio de gestión de residuos urbanos y sanitarios.
- Servicio de seguridad y vigilancia.
- Servicio de lavandería y lencería.
- Servicio de logística.
- Servicio de gestión documental.
- Servicio de recepción, información y centralita telefónica.
- Servicio de alimentación a pacientes.
- Servicio de suministros energéticos y de agua.

b) Explotación de los siguientes servicios no clínicos en la forma que se determinará en el Pliego de Prescripciones Técnicas para la Prestación de Servicios no Clínicos:

- Aparcamiento.
- Máquinas expendedoras.
- Televisión y Telefonía.
- Cafetería, restaurantes y comedor externo.
- Guardería – ludoteca
- Locales y otros servicios comerciales
- Se podrán incluir, también, otras oportunidades de explotación adicionales

2. Las obligaciones del concesionario en relación con la explotación de la obra pública CHUT se mantendrán inalteradas aun cuando parte de los servicios asistenciales no sean prestados directamente por el SESCAM cualquiera que fuera la causa. Sin perjuicio de la generalidad de lo anterior, en concreto, las obligaciones de explotación se mantendrán sin cambios aun cuando servicios como diálisis, radioterapia, diagnóstico por imagen u otros servicios equivalentes se decidan prestar de manera conjunta para varios centros hospitalarios incluidos o no en el CHUT.

• **Actuaciones de conservación, mantenimiento, adecuación, reforma, modernización, reposición y gran reparación del HUT:**

1. Conservación de la totalidad de las infraestructuras incluidas en el HUT.
2. Mantenimiento y explotación de la obra pública de conformidad con lo que en cada momento, y según el progreso de la ciencia, disponga la normativa técnica, medioambiental, de accesibilidad y eliminación de barreras y de seguridad que resulte de aplicación, introduciendo, asimismo, las mejoras que disponga la Administración a tal efecto.
3. Cumplimiento de las especificaciones técnicas para cada uno de los servicios en los términos que se prevean en el futuro Pliego de Prescripciones Técnicas de Explotación.

• **Edificio A del HUT:**

1. Según lo señalado para la redacción del Proyecto Básico y del Proyecto de Ejecución, en el HUT existirá un espacio sin uso cuya conservación corresponderá al concesionario cualquiera que sea la finalidad a la que se destine. La explotación de este espacio, al margen de la conservación, no formará inicialmente parte de la concesión por lo que el SESCAM podrá decidir contratar la explotación con un tercero distinto del concesionario, sin que el concesionario ostente ningún derecho al respecto y sin perjuicio de sus obligaciones de conservación o mantenimiento.
2. No obstante, el SESCAM podrá modificar el presente contrato para incluir la explotación del espacio sin uso referido a cargo del concesionario con el correspondiente equilibrio económico-financiero del contrato que tal inclusión exija.

La **Cartera de Servicios** prevista para el Complejo Hospitalario Universitario de Toledo se presenta en la siguiente tabla. Se remarca entre paréntesis cuando la sede es en un edificio diferente al Hospital Universitario de Toledo:

ÁREAS MÉDICAS	ÁREAS QUIRÚRGICAS	ÁREAS PEDIÁTRICAS	AREA CENTRAL
ALERGOLOGIA	CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA	RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICO
DERMATOLOGÍA (HVV)	UROLOGÍA	ÁREAS OBSTÉTRICAS	FARMACIA HOSPITALARIA
CARDIOLOGÍA - Hemodinámica - Electrofisiología - Ecocardiografía	CIRUGÍA ORTOPEDICA (HNP) Y TRAUMATOLOGIA	OBSTETRICIA - Diagnóstico Prenatal - Unidad de Reproducción	ANATOMIA PATOLOGICA - Citologías - Biopsias - Autopsias
MEDICINA INTERNA	OTORRINOLARINGOLOGÍA	OTRAS ÁREAS	FARMACOLOGIA CLÍNICA
ENDOCRINOLOGÍA-NUTRICION Dietética	OFTALMOLOGÍA	URGENCIAS - Generales - Traumatológicas - Tocoginecológicas - Pediátricas - Psiquiátricas	LABORATORIO - Análisis Clínicos - Bioquímica - Microbiología y Parasitología - Hematología - Genética - Inmunología
HEMATOLOGÍA CLINICA	GINECOLOGÍA	CENTRO REGIONAL DE TRANSFUSIÓN - Banco de Sangre - Servicio de Transfusión	MEDICINA PREVENTIVA SALUD PÚBLICA
MEDICINA APA. DIGESTIVO - Endoscopia - CPRE	CIRUGÍA CARDIACA	HOSPITAL DE DIA - Onco-hematológico - Médico - Quirúrgico - Pediátrico (nueva creación)	ONCOLOGIA RADIOTERAPICA (nueva creación) - Radioterapia - Braquiterapia - Intraoperatoria - Radioquirófano
NEFROLOGÍA Diálisis	CIRUGÍA TORÁCICA (nueva creación)	DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS	NEUROFISIOLOGÍA CLINICA
NEUMOLOGÍA Endoscopia	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	MEDICINA INTENSIVA	MEDICINA NUCLEAR (nueva creación)
NEUROLOGÍA Unidad Ictus	CIRUGÍA PLÁSTICA	ADMISIÓN, ARCHIVO Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	MEDICINA DEL TRABAJO
ONCOLOGÍA MEDICA	NEUROCIRUGÍA	ATENCION AL PACIENTE	RADIOFÍSICA HOSPITALARIA
REUMATOLOGÍA	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	TRABAJO SOCIAL	ÁREA INTENSIVOS
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN (HNP) - Fisioterapia - Logopedia - Foniatría - Terapia Ocupacional	ANGIOLOGIA Y CIRUGÍA VASCULAR	BIBLIOTECA	CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS
PSIQUIATRÍA (HP) - Unidad Hosp.. Breve - Psicología Clínica	ANESTESIA Y REANIMACION Unidad de Dolor	DOCENCIA	CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS Y NEONATOLÓGICOS
PSIQUIATRÍA (HUT) Unidad agudos (nueva creación)	CMA	FORMACION	
GERIATRIA (HVV)	CMA	INVESTIGACION	
PALIATIVOS (HVV)	CMA (HP)	CALIDAD	
ATEN. DOMICILIARIA (HVV)		GABINETE COMUNICACIÓN	
		ADMINISTRACIÓN y DIRECCIÓN	

La estructura funcional prevista es la siguiente:

ÁREAS ASISTENCIALES		ÁREAS ASISTENCIALES	
ÁREAS DE ASISTENCIA AMBULATORIA	ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN	ÁREAS DE SOPORTE GENERAL	ÁREAS DE SERVICIOS GENERALES
• Urgencias • Consultas Externas • Gabinetes de Exploración • Hospital de Día • Unidad de Diálisis • Rehabilitación	• Hospitalización polivalente • Hospitalización médica • Hospitalización quirúrgica • Hospitalización tocoginecológica • Hospitalización pediátrica y neonatal • Hospitalización psiquiátrica • UCI	• Dirección y administración • Atención al paciente y trabajo social • Biblioteca • Medicina Preventiva • Salud Laboral • Área de docencia • Área de Investigación • Unidades administrativas de servicios • Gabinete de comunicación • Calidad	• Cocinas • Cafeterías y comedores • Lencería • Limpieza • Vestuarios • Servicio religioso • Mortuorio • Seguridad • Hall y zona comercial • Zona de residuos • Aparcamiento • Helisuperficie
ÁREAS DE SOPORTE CLÍNICO			
ÁREAS DE SOPORTE ASISTENCIAL	ÁREAS TÉCNICO ASISTENCIALES		
• Farmacia • Esterilización • Admisión y documentación clínica	• Bloque quirúrgico • Programado • C. Mayor Ambulatoria • Urgente • REA • Bloque Obstétrico • Diagnóstico por Imagen	• Medicina nuclear • Oncología radioterápica • Radiofísica • Hemodinámica • Litotricia • Laboratorios, banco de sangre y Anatomía patológica	• Residencia de médicos • Vestuarios centrales • Organizaciones sindicales • Guardería
		ÁREAS DE SOPORTE AL PERSONAL	ÁREAS DE SOPORTE LOGÍSTICO
		• Residencia de médicos • Vestuarios centrales • Organizaciones sindicales • Guardería	• Informática • Mantenimiento • Suministros y almacén

Distribución de los servicios del HUT que hacen sinergia con otros hospitales del área de salud.

Servicios que se derivan desde el Hospital Universitario de Toledo		Hospital receptor			CEDT San Ildefonso
		Hospital Nacional de Parapléjicos	Hospital Provincial de Toledo	Hospital Virgen del Valle	
Traumatología (solamente la ortopedia)	Consultas	X			
	Quirófanos	X			
	Camas Hosp.	X			
Psiquiatría	Consultas		X		
	Boxes Hosp. día		X		
	Camas Hosp.		X		
Gereatría	Consultas			X	
	Boxes Hosp. día			X	
	Camas Hosp.			X	
Rehabilitación	Consultas	X			
	Terapias	X			
Especialidades Méd. y Quir.	Consultas				X
	Quirófanos CMA		X		

Dimensionado del Hospital Universitario de Toledo

El cálculo de los espacios funcionales necesarios toma como referente la relación existente entre la población de referencia del área de salud y la tasa de frecuentación (por mil habitantes) esperada en función de la disponibilidad estimada de los diferentes recursos. De acuerdo con esto, se realiza el cálculo de las dimensiones del nuevo hospital.

1.- Áreas ambulatorias

Consultas externas:

El área de Consultas Externas ha de dar soporte a la actividad de diagnóstico y tratamiento que más volumen de actividad genera dentro de un hospital. Contarán con apoyo funcional y acceso a los gabinetes funcionales.

Para el dimensionamiento del área se ha tenido en cuenta lo siguiente:

- La población objetivo en función de la especialidad: Ginecología a la población femenina mayor de 14 años, obstetricia a la población femenina entre 15 y 49 años, pediatría a la población entre 0 y 18 años, geriatría a la población mayor de 64 años y para el resto de especialidades la población adulta a partir de los 19 años.
- Frecuentación estimada en base a población y actividad del año base.
- Datos de primeras consultas y consultas sucesivas de las tarjetas del área.
- Disponibilidad: 250
- Tiempo medio de consultas: para primera consulta 20 minutos y para sucesivas 15 minutos.
- Tiempo operativo de consultas/día: 7 h/día.
- Índice de rendimiento del 80% para el año base y del 85% para los demás hitos temporales.

LOCALES	Cant.	Especialidades
Médicas	45	Alergia, Cardiología, Dermatología, Digestivo, Endocrinología, Geriatría, Hematología, Med. Interna, Nefrología, Neumología, Neurología, Oncología, Psiquiatría, Rehabilitación, Reumatología.
Quirúrgicas	45	Cir. General, Urología, Traumatología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Ginecología, Cir. cardiaca, Cir. infantil, Cir. maxilofacial, Cir. plástica, Neurocirugía, Cir. vascular, Anestesia
Obstétricas	5	Obstetricia
Pediátricas	5	Pediatría
TOTAL	100	A estas 100, hay que añadir espacio de reserva para otras 20.

Gabinetes de exploración:

Las características del modelo de hospital determinan una función estratégica a los gabinetes funcionales, que han de ser considerados como unidades dotadas del soporte tecnológico necesario para lograr una alta capacidad de resolución en la atención a los pacientes, en estrecha colaboración con los servicios centrales de radiología y laboratorio.

Para el dimensionamiento del área se ha tenido en cuenta lo siguiente:

- La población objetivo en función de la especialidad: Ginecología a la población femenina mayor de 14 años, obstetricia a la población femenina entre 15 y 49 años, pediatría a la población entre 0 y 18 años, geriatría a la población mayor de 64 años y para el resto de especialidades la población adulta a partir de los 19 años.
- Frecuentación estimada en base a población y actividad del año base.
- Datos de exploraciones de la población protegida del área de salud.
- Disponibilidad:
- Tiempo medio de exploración de 40 minutos.
- Tiempo operativo de gabinete: 7 horas/día.
- Índice de rendimiento del 80% para el año base y del 85% para los demás hitos temporales.

LOCALES	Cant.	Especialidades
Gabinetes	35	Citología, Biopsias, Punciones, Endoscopias, Ergometría, ECG, Holter cardiaco, Electromiogramas, Encefalogramas, Potenciales evocados, Saos, Neumología, ORL, Cirugía general, Obstetricia, Ginecología, Traumatología
TOTAL	35	A estas 35, hay que añadir espacio de reserva para otras 10.

Los locales para biopsias, citologías y punciones, pueden ser distribuidos relacionados con otras pruebas o servicios, en función de si se pueden realizar dichas pruebas en locales de consultas.

Otros gabinetes, como para la realización de pruebas de SAOS, están mejor ubicados en planta, para optimizar recursos. En el caso de la logopedia, esta se realizara en el HNP.

Pese a todo ello, y aun cuando parte de las actividades de gabinete no se realicen en área de consultas del HUT, se estima que el número de gabinetes en esa área no debiera ser inferior a 35, debiendo considerarse la diferencia como capacidad de "reserva".

Hospital de día:

Para el dimensionamiento del área se ha tenido en cuenta lo siguiente:

- La población objetivo en función de la especialidad: para geriatría la población mayor de 64 años y para el resto la población total.
- Frecuentación estimada en base a población y actividad del año base.
- Datos de actividad de la población protegida del área de salud.
- Disponibilidad: 250 días hábiles/año.
- Estancia media de 180 minutos.
- Tiempo operativo de box/día: 7 h/día.
- Índice de rendimiento del 85%.

LOCALES	Cant.	Especialidades
Boxes	61	12 Hospital de día médico, 12 Hospital de día quirúrgico, 26 Hospital de día oncológico, 11 Hospital de día pediátrico
TOTAL	61	A estas 61, hay que añadir espacio de reserva para otras 11.

Los Hospitales de Día (en adelante **HDD**) geriátrico y psiquiátrico no se dimensionan aquí porque su actividad se desarrolla y desarrollará en otros centros del CHUT. A efectos informativos, el HDD de geriatría mantendrá su ubicación en el HWV con 12 puestos y en cuanto al servicio de psiquiatría, el HP cuenta con un HDD psiquiátrico que pasará de los actuales 20 boxes a un total de 25. Por otro lado, una parte importante de CMA se realizará también en el HP, donde se estima que pueden ubicarse 15 puestos de HDD quirúrgico.

Actualmente a nivel nacional existen múltiples experiencias de HDD pediátrico, y es intención del SESCAM promover una iniciativa de este tipo. En términos de actividad convertible en esta modalidad, se estima que el HDD pediátrico podría tener en torno a 10-11 boxes, en los que se realizaría una actividad de al menos 1.500 procedimientos pediátricos, tanto médicos como quirúrgicos. Físicamente podrían situarse en el mismo entorno que la Hospitalización Pediátrica convencional.

Unidad de diálisis:

Para el dimensionamiento de la unidad se ha tenido en cuenta lo siguiente:

- La población objetivo es la población protegida del área de salud.
- Frecuentación estimada en base a población y actividad del año base.
- Datos de actividad de la población protegida del área de salud, en la que se agrupa la actividad propia y con la actividad concertada.
- Tratamientos por paciente: 3 por semana.
- Disponibilidad: 312 días hábiles/año.
- Tiempo medio de tratamiento de 240 minutos.
- Tiempo operativo por día: 14 h/día.
- Índice de rendimiento del 85%.

LOCALES	Cant.	Especialidades
Puestos	23	15 Estándar, 4 Aislamiento infecciosos, 4 Diálisis peritoneal
TOTAL	23	23 a las que hay que añadir 4 puestos de agudos (planta + UCI).

En esta estimación se consideran exclusivamente las necesidades para pacientes crónicos, cuya atención en el momento actual, para un número de pacientes año entre 180-200, se atienden con una media 15 puestos con recursos propios y 20 concertados. Se podría considerar la perspectiva de cálculo global de recursos, integrando en una estructura más amplia puestos propios y concertados.

2.- Áreas quirúrgicas

Bloque quirúrgico.

El escenario de dimensionamiento del bloque quirúrgico toma en consideración la actividad programada con ingreso, la actividad ambulatoria y la cirugía urgente, tanto con ingreso, como ambulatoria.

Para el dimensionamiento del Bloque Quirúrgico se ha tenido en cuenta lo siguiente:

- La población objetivo en función de la especialidad: Ginecología a la población femenina mayor de 14 años, pediatría a la población entre 0 y 18 años, geriatría a la población mayor de 64 años y para el resto de especialidades la población adulta a partir de los 19 años.
- Frecuentación quirúrgica estimada en base a población y actividad del año base.
- Datos de actividad de la población protegida del área de salud.
- Disponibilidad para intervenciones programadas: 250 días hábiles/año.
- Disponibilidad para intervenciones urgentes: 365 días año.
- Tiempo medio de intervención con internamiento de 120 minutos.
- Tiempo medio de intervención ambulatoria de 60 minutos.
- Tiempo operativo por día para intervenciones programadas: 7 horas/día.
- Tiempo operativo por día para intervenciones urgentes: 24 horas día.
- Índice de rendimiento del 85%.

LOCALES	Cant.	Especialidades
Quirófanos	24	12 Programados con ingreso, 10 CMA, 2 Urgentes
TOTAL	24	Hay 1 quirófano más, pero que se cuenta en el Bloque Obstétrico

En el cuadro se recoge un quirófano específico para cesáreas ubicado en área obstétrica y mencionado en ese punto del Plan funcional.

La estimación tiene que ver con las sinergias con otros centros de la red. Según el modelo de hospital planteado, en el que uno de los ejes considerados es la flexibilidad, se propone que la concepción del bloque quirúrgico sea de uso polivalente. Con posterioridad, en la fase de asignación, se designará la utilización específica por parte de las especialidades que correspondan.

Los quirófanos de urgencias deberán ser ubicados y dotados de forma que pueda desarrollar actividad quirúrgica durante la noche estando el resto del área quirúrgica cerrada. De cualquier forma, ha de tenerse en cuenta que determinadas urgencias de especialidad deberán ser atendidas en quirófanos específicamente asignados a ellas.

La Unidad de Animación Postanestésica (en adelante **REA**), se encuentra descrita dentro del punto 4.2.- Área de hospitalización especial.

3.- Áreas obstétricas

Para el dimensionamiento del bloque obstétrico se ha optado por no utilizar la división clásica divide el proceso en: dilatación, parto y recuperación. El modelo que se adopta es más eficiente e integra las tres fases en una única unidad denominada Unidad de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación (UTPR).

Para el dimensionamiento del Bloque Obstétrico se ha tenido en cuenta lo siguiente:

- La población objetivo es la población femenina comprendida entre los 15 y los 49 años.
- Frecuentación estimada en base a población y actividad del año base.
- Datos de actividad de la población protegida del área de salud.
- Disponibilidad para el toda el área: 365 días/ año.
- Estancia media en UTPR de 720 minutos.
- Tiempo medio por cesáreas de 45 minutos.
- Tiempo operativo por día de 24 horas.
- Índice de rendimiento en UTPR con pico de actividad del 100%
- Índice de rendimiento en UTPR sin pico de actividad del 80%
- Índice de rendimiento de quirófano de cesáreas con pico de actividad del 100%
- Índice de rendimiento de quirófano de cesáreas sin pico de actividad del 82%

LOCALES	Cant.	Especialidades
Espacios	11	10 UTPR, 1 Quirófano de cesáreas
TOTAL	11	

El bloque obstétrico debe contar con 3 boxes para reconocimiento y observación de la madre, previo al ingreso a las UTPR. El bloque obstétrico debe contar con un espacio adecuado que se utilizará para la recuperación post quirúrgica del quirófano de cesáreas.

4.- Áreas de hospitalización

4.1.- Área de hospitalización convencional

El escenario de dimensionamiento del Área divide la hospitalización en cuatro tipos: Hospitalización Médica, Hospitalización Quirúrgica, Hospitalización Obstétrica y Hospitalización Pediátrica.

Para el dimensionamiento de camas se ha tenido en cuenta lo siguiente:

- La población objetivo en función de la especialidad: Obstetricia a la población femenina entre 15 y 49 años, pediatría a la población entre 0 y 18 años, geriatría a la población mayor de 64 años y para el resto de especialidades la población adulta a partir de los 19 años.
- Frecuentación estimada en base a población y actividad del año base.
- Datos de actividad en base a la población protegida del área de salud.
- Disponibilidad: 365 días cama/año.
- Estancia media: 9,5 días para la hospitalización médica, 7,2 días para la hospitalización quirúrgica, 2,8 días para la hospitalización tocoginecológica, 6,8 días para la hospitalización pediátrica y 7 días para la hospitalización psiquiátrica de agudos.
- Tiempo operativo por día: 24 horas/día.
- Índice de ocupación del 85%.

4.2.- Área de hospitalización especial (UCI y REA)

Para el dimensionamiento Unidad de Cuidados Intensivos se ha tenido en cuenta lo siguiente:

- La población objetivo es la de referencia para el área de salud.
- Frecuentación estimada en base: población y actividad de referencia a nivel nacional y Comunidad.
- Disponibilidad: 365 días cama/año.
- Estancia media: 4,6 días.
- Tiempo operativo por día: 24 horas/día.
- Índice de ocupación del 70% para el año base y del 75% para los demás hitos temporales.

En el área intensiva neonatal se prevé una regionalización de la asistencia neonatal con una concentración de cuidados intensivos neonatales en centros concretos, uno de los cuales sería éste. La UCI neonatológica, requiere un área independiente, que debería ser muy cercana al paritorio y a ser posible, sin necesidad de comunicación vertical.

Además la UCI neonatológica puede estar en cercanía o contigüidad con el área pediátrica (hospitalización, UCI pediátrica, URPA pediátrica), ya que si se comparten espacios, se permite que la recuperación posquirúrgica pediátrica se haga en un entorno infantil, disminuye las necesidades de aparataje y monitorización, permite una cobertura de enfermería más adecuada y puede permitir cierta utilización compartida de equipamiento o incluso flujos funcionales entre sí, así como la cobertura de atención continuada.

Sería recomendable la correlación funcional de estas áreas de manera que se situaran:

PARITORIO – UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN NEONATAL – UCIP – URPAP – HDD PEDIÁTRICO – HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL PEDIÁTRICA.

La UCI neonatológica debe contar con al menos 10 incubadoras para cuidados intensivos, con el soporte (ya calculado en hospitalización convencional) de 15 incubadoras/cunas para cuidados intermedios y 10 cunas para observación/prealta. En todo caso se debe favorecer la hospitalización del neonato con acceso y participación permanente de sus padres.

El escenario de dimensionamiento la Unidad de Reanimación Postanestésica se toma en consideración la actividad programada y urgente con ingreso.

Para el dimensionamiento de la REA se ha tenido en cuenta lo siguiente:

- La población objetivo en función de la especialidad: Ginecología a la población femenina mayor de 14 años, pediatría a la población entre 0 y 18 años, geriatría a la población mayor de 64 años y para el resto de especialidades la población adulta a partir de los 19 años.
- Frecuentación quirúrgica estimada en base a población y actividad del año base.
- Datos de actividad de la población protegida del área de salud.
- Disponibilidad para atender intervenciones programadas: 245 días hábiles/año.
- Disponibilidad para intervenciones urgentes: 365 días año.
- Estancia media: 180 minutos.
- Tiempo operativo por día para intervenciones programadas: 7,5 horas/día.
- Tiempo operativo por día para intervenciones urgentes: 24 horas día.
- Índice de rendimiento del 70% para el año base y del 75% para los demás hitos temporales.

CAMAS	Cant.	Especialidades
Médicas	287	Cardiología, Digestivo, Endocrinología, Geriatría, Hematología, Medicina interna, MIV, Nefrología, Neumología, Neurología, Oncología, Reumatología
Quirúrgicas	176	Angiología y Cir. Vascular, ANR, Cir. Cardíaca, Cir. General-Digestiva, Maxilofacial, Cir. Pediatría, Cir. Plástica, Dermatología, Ginecología, Neurocirugía, Oftalmología, ORL, Traumatología, Urología
Obstétricas	45	
Pediátricas	46	
Psiquiá.	25	
Neonatos no intensivos	25	
SUBTOTAL	604	Camas Convencionales
CAMAS	Cant.	Especialidades
UCI Adultos	30	UCI Adultos
UCI Pediátrica	8	UCI Pediátrica
UCI Neonatos	10	UCI Neonatos
REA	26	REA
SUBTOTAL	74	Camas Especiales
TOTAL	678	Camas Totales HUT
CAMAS	Cant.	Descripción
Médicas	160	140 en el HWV y 20 en el HP
Quirúrgicas	80	60 en el HNP y 20 en el HP
Paraplégicos	180	Camas del Centro Nacional de Referencia de Paraplégicos
Paraplégicos	25	Camas del Centro Nacional de Referencia de Paraplégicos
SUBTOTAL	445	Camas en otros centros dentro del CHUT
TOTAL	1123	Camas Totales CHUT – Área de Salud de Toledo

Notas:

- Para el nuevo dimensionado, en el que ha de tenerse en cuenta la intención de una regionalización de la asistencia neonata, se ha estimado que se precisen 15 camas de cuidados intermedios y 10 de básicos.
- El dimensionamiento en Pediatría considera la posibilidad de ubicar el HDD pediátrico en el área de hospitalización convencional.
- En cuanto a la hospitalización penitenciaria hay que tener en cuenta que no es una especialidad o servicio en sí, ya que es un espacio reservado que se deja en función de los acuerdos que existan entre el Ministerio de Justicia y la Consejería de Sanidad, por lo que incluido dentro del dimensionado se han tenido en cuenta 6 camas para dicha finalidad.

5.- Área de Urgencias

El dimensionamiento y la estructura del Área de Urgencias debe responder a las características de la frecuentación general y a comportamiento horario de la presión asistencial. Asimismo debe tener en consideración la organización interna de la asistencia de acuerdo con las condiciones de los pacientes. En este sentido cabe considerar las siguientes divisiones del área: consultas de urgencias, gabinetes de exploración y puestos de observación.

Para el dimensionamiento del área se ha tenido en cuenta lo siguiente:

- La población objetivo: Salas de triaje (total de la población), ginecológicas (población femenina), obstétricas (población femenina en edad fértil), pediátricas (niños) y generales y traumatológicas (población adulta).
- Frecuentación estimada en base a población y actividad del año base.
- Datos de actividad de la población protegida del área de salud.
- Disponibilidad: 365 días/año.
- Tiempo medio de consultas de 20 minutos, tiempo medio de exploración de 60 minutos y estancia media en puestos de observación de 576 minutos.
- Tiempo operativo por día: 24 horas/día.
- Índice de rendimiento del 80% en consultas y exploraciones en el año base y del 85% para los demás hitos temporales.
- Índice de ocupación del 80% en puestos de observación para el año base y del 85% para los demás hitos temporales.

ESPACIOS	Cant.	NOTA
RCP	3 + 1	3 Generales + 1 Pediátrico
Clasificación	6	
Consultas y Puestos de Observación corta	40	
Puestos de Observación larga y Camas de Preingreso	54	
TOTAL PUESTOS	104	Hay que añadir 40 puestos de pacientes en espera de pruebas, acompañados por familiar.

6.- Servicios Centrales

De acuerdo con el modelo de hospital, la dotación de servicios centrales estará coordinada funcionalmente con la de los otros hospitales del área de salud. Los recursos de intercomunicación digitalizada y telemedicina serán estratégicos en la dotación de recursos y en la funcionalidad de unidades.

Laboratorio central.

Los tres procesos clave de todo laboratorio de diagnóstico biomédico son:

- Proceso pre analítica
- Proceso analítica
- Proceso post analítico

En estos procesos se sustenta toda la actividad de un laboratorio de diagnóstico, estos procesos permiten también diferenciar funcionalmente los espacios del laboratorio, por lo que un laboratorio estaría conformado en tres áreas: Área pre analítica, Área analítica y Área post analítica.

Actualmente la tendencia en gestión de laboratorios es pasar de múltiples laboratorios dentro de un mismo hospital, a tener un espacio centralizado en donde confluyen áreas de conocimiento, de esta forma se aprovechan mejor los recursos de personal, tecnología, materiales, etc.

Para el CHUT, se tiene previsto el desarrollo de un nuevo modelo de gestión de laboratorios de diagnóstico biológico, en este sentido, el modelo a implementar está basado en la centralización e integración de los diversos laboratorios existentes.

Estará conformado por:

- Un laboratorio de rutina que engloba: área de Pre analítica, área Analítica que incluye un área CORE para la bioquímica, hematología, análisis clínicos, un área de microbiología y parasitología y un área de pruebas especiales, y área de Post analítica (que puede estar anexa o al área analítica).
- Un laboratorio de urgencias y respuesta hospitalaria, que estará ubicado en el mismo espacio que el laboratorio de rutina pero independiente a este.
- Un banco de sangre de respuesta hospitalaria.
- Un Laboratorio de Anatomía Patológica.

Por la dispersión de la comunidad, la zona Pre analítica debe ser especialmente amplia, dado que se pretende que en su mayoría las determinaciones especiales se realicen en el Laboratorio centralizado de Toledo y no se deriven pruebas a laboratorios externos.

En cuanto a la actividad, el laboratorio realizará el proceso analítico de las muestras provenientes del CHUT y de la atención primaria de su área de influencia. Por tanto, estará previsto como un laboratorio centralizado e integrado en el modelo de referencias con otras áreas sanitarias de la comunidad.

En la actualidad se plantea la creación de un centro regional de transfusiones que realice la captación, recogida, procesamiento y distribución de la sangre y hemoderivados de manera centralizada. El Hospital Virgen de la Salud aloja el llamado "Centro regional de transfusiones. Área Toledo-Guadalajara-Talavera". En la comunidad existen otros dos Centros Regionales de Transfusión: el de Ciudad Real (para la provincia de Ciudad Real y los Hospitales de Ciudad Real, Puertollano, Alcázar, Tomelloso, Manzanares, Valdepeñas) y el de Albacete (para las provincias de Albacete y Cuenca y los Hospitales de Albacete, Almansa, Villarrobledo, Hellín y Cuenca).

Por este motivo también cabe la posibilidad de crear, dentro de los espacios que según el nuevo plan funcional no prevea ocupar, un centro regional de transfusiones encargado de promocionar y planificar las campañas de donación de sangre, procesar, estudiar, conservar y distribuir los componentes sanguíneos atendiendo las necesidades de todos los hospitales públicos de la Comunidad, además de efectuar la extracción de sangre en las colectas organizadas, en el propio centro y en servicios de transfusión hospitalarios.

Diagnóstico por imagen.

La Unidad de Diagnóstico por Imagen deberá dar respuesta a las necesidades de estudios de los enfermos ingresados, de los ambulatorios y de los que acuden a Urgencias.

Para el dimensionamiento del área se ha tenido en cuenta lo siguiente:

- La población objetivo: Para todas las pruebas se utiliza la población de referencia, excepto para mamografías que se utiliza el grupo de población de ginecología.
- Frecuentación estimada en base a población y actividad del año base.
- Datos de actividad de la población protegida del área de salud.
- Disponibilidad: 250 días/año.
- Tiempo medio de exploración: 30 minutos para todas las pruebas, excepto radiología convencional que es de 10 minutos.
- Tiempo operativo por día: 7 horas por la mañana y 4 horas de atención continuada.
- Índice de ocupación: del 80% para todas las pruebas excepto en Rx convencional que es del 85% y TAC y RM que es del 90%

En el área de diagnóstico por imagen, el número de salas a instalar está en función de las sinergias que se realizan con los recursos de otros hospitales y los CEDT del área, al trabajar funcionalmente en red, y suponiendo la utilización de equipos en dos turnos en un buen número de las instalaciones, la propuesta para el área de diagnóstico por imagen es la siguiente:

LOCAL	Equipo nuevo a instalar en apertura
Radiología Convencional	6
Telemando	3
Ecografías	10 (6 convencional, 2 Mama, 2 Doppler)
Mamografías	4 (3 Mamografías, 1 Mesa de biopsia)
TAC	3
RM	4 (Dejando 1 espacio de estos en reserva)
Angiógrafos Digital	2

Oncología Radioterápica.

La Unidad de oncología radioterápica deberá dar respuesta a las necesidades de estudios de los enfermos ingresados, de los ambulatorios y de los que acuden a Urgencias. Para la Oncología Radioterápica se plantea un servicio de referencia a nivel regional, de esta forma se tendría como población de referencia a la población del área de Toledo, la población del área de Talavera de la Reina y parte de la población del área de la Mancha Centro. De acuerdo con el alcance y previsiones del SESCAM, la dotación inicial prevista (con 4 búnqueres ya construidos) es la siguiente:

- 2 unidades de tratamiento gemelas (aceleradores o tomógrafos)
- 1 braquiterapia de alta tasa (para ginecología, próstata y mama)
- 1 planificador (TC)
- Una sala de simulación
- Un radioquirófano que se ubicará en una de las instalaciones búnquerizadas

En las proximidades debe ubicarse la unidad de Radiofísica Hospitalaria.

Medicina Nuclear.

La Unidad de medicina nuclear deberá dar respuesta a las necesidades de estudios de los enfermos ingresados, de los ambulatorios y de los que acuden a Urgencias. Para la medicina nuclear se plantea un servicio de referencia a nivel regional, de esta forma se tendría como población de referencia a la población del área de Toledo, la población del área de Talavera de la Reina y parte de la población del área de la Mancha Centro. Tomando como referencia de cálculo los parámetros de estudio de la Sociedad Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular (SEMNUM) se ha estimado que el servicio de Medicina Nuclear estaría dotado con 3 salas para Gammacámaras (con una dotación inicial de 2) y una sala para PET-TAC.

No obstante la decisión final del número de equipos a instalar dependerá del SESCAM y del alcance que se pretenda dar al servicio de Medicina Nuclear, bien como referencia de área o como referencia regional.

Esterilización.

El centro dispondrá de una Central de Esterilización que dará servicio principalmente a las áreas quirúrgica y obstétrica, y en menor medida a otras áreas como la de diagnóstico biológico.

Se debe tener en cuenta que existirá la posibilidad de que la central de esterilización prevista para el HUT esté integrada con los otros hospitales de la red, esta decisión será tomada por el SESCAM

Farmacia.

La farmacia del centro se ajustará a las funciones asistenciales que corresponden a la Cartera de Servicios del centro. Estará coordinada con los hospitales del área de salud en relación con las funciones de selección, adquisición, almacenamiento general y conservación de medicamentos, farmacovigilancia, información y uso racional del medicamento. El centro dispondrá de un almacén y estará dotada de las instalaciones necesarias para su dispensación mediante sistema unidosis.

Se prevé que la farmacia hospitalaria del HUT sea una unidad integrada, con botiquines en los otros hospitales del área de salud de Toledo.

Rehabilitación.

La rehabilitación del HUT contará exclusivamente con un área de hospitalización. El resto de elementos de esta área se emplazarán en el Hospital Nacional de Paraplégicos.

Medicina Preventiva.

El centro dispondrá de una Unidad de Medicina Preventiva para llevar a cabo las funciones de vigilancia y control epidemiológico que le corresponden.

Salud Laboral.

El centro estará dotado de una Unidad de Salud Laboral para llevar a cabo las funciones de atención a los empleados según prevé la normativa laboral actual, para la prevención de la salud y para atender las incidencias y accidentes que pudieran producirse durante el desempeño de su trabajo.

1.2.- Factores sociales, técnicos, económicos, medioambientales y administrativos

En los últimos años asistimos a un acelerado proceso de cambio en la forma de entender, hacer y organizar la asistencia sanitaria, y muy especialmente la hospitalaria. De esta forma, los actuales modelos sanitarios están inmersos en un proceso dinámico de transformación constante, derivado del rápido avance en el conocimiento de las Ciencias de la Salud, gran desarrollo de la tecnología aplicada a la práctica clínica, los nuevos modelos organizativos y de gestión, o las nuevas posibilidades que ofrecen las tecnologías de la comunicación.

Por ello, la planificación del nuevo hospital ha exigido un profundo y equilibrado proceso metodológico de reflexión sobre su futura misión en la atención sanitaria especializada integrada en el SESCAM, y un análisis de las necesidades que iban a ser demandadas a la luz de la evolución de la sociedad castellano-manchega en general y de la práctica médica en particular.

Reformulación del alcance, modelo de contratación, explotación y dimensionamiento.

Partimos de la necesidad de replantear el proyecto para adaptarlo a las necesidades asistenciales de la Comunidad.

Es por ello que la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, partiendo de la situación actual, que exige acciones orientadas a la eficacia, la calidad asistencial y la eficiencia, ha optado por trabajar sobre el proyecto original, para adaptarlo a la realidad sanitaria de la región. Se incorporarán calidades de construcción funcionales y eficientes, así como criterios de diseño más acordes con la búsqueda de la calidad y la eficiencia de recursos, de tal modo que se ajustarán los mismos a las variaciones observadas en la población y a las frecuentaciones de los diferentes servicios asistenciales que conforman la cartera de servicios del Complejo Hospitalario Universitario de Toledo.

El proyecto busca, por tanto, una racionalización de los recursos manteniendo la coherencia funcional del plan original y el aprovechamiento de todos sus espacios. Se pretende conseguir un enfoque funcional.

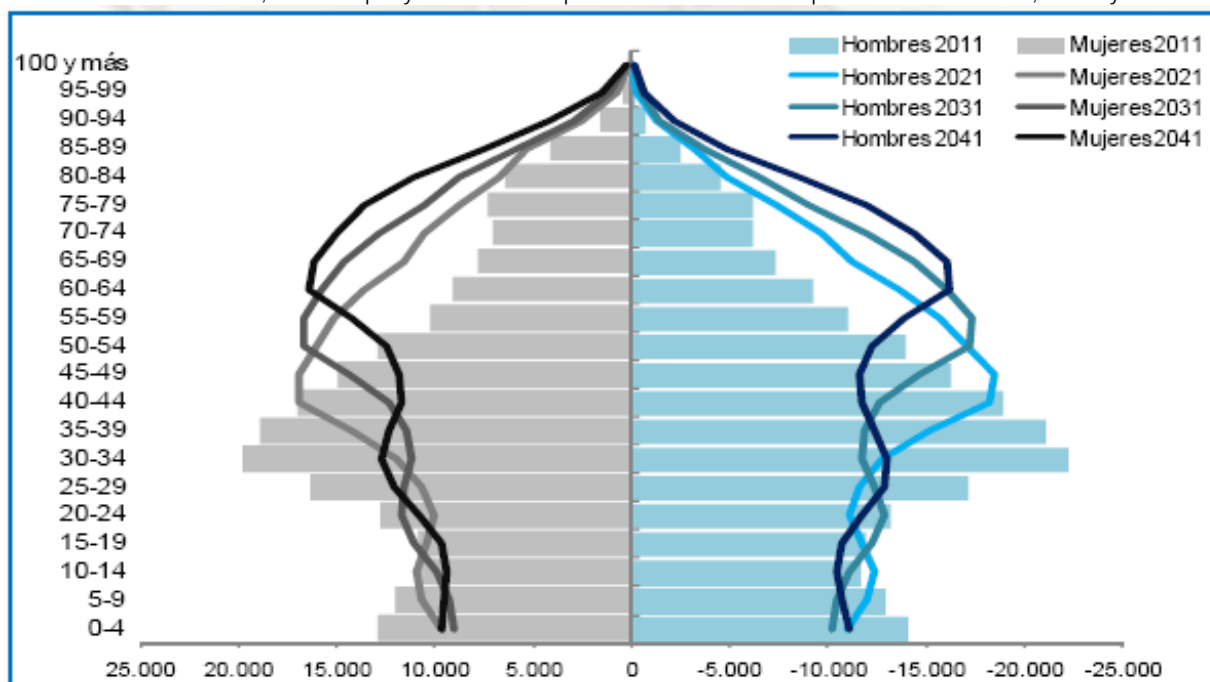
Por ello, en la realización del Nuevo Plan Funcional, sobre el que se basa el presente Anteproyecto, se han considerado los siguientes principios estructuradores, que actúan como marco general para la realización de la adecuación arquitectónica a los nuevos requerimientos:

Población de referencia y actividad estimada.

El crecimiento natural o crecimiento vegetativo se define como la diferencia entre los nacimientos y las defunciones que tienen lugar en un territorio. En el cuadro se recogen las cifras de nacimientos, defunciones y matrimonios registrados en Castilla La Mancha desde el año 2001 hasta el año 2011.

Año	Matrimonios	Nacimientos	Defunciones	Saldo
2001	8.561	16.796	17.255	-459
2002	8.493	17.117	17.577	-460
2003	8.585	18.051	17.832	219
2004	8.882	18.507	17.443	1.064
2005	9.009	19.007	18.028	979
2006	8.897	20.389	17.276	3.113
2007	9.021	20.875	18.146	2.729
2008	8.947	23.038	18.167	4.871
2009	7.816	22.322	17.771	4.551
2010	7.372	21.998	17.457	4.541
2011	7.203	21.284	18.238	3.046

El escenario de población previsto viene definido por la ordenación del Mapa Sanitario de la Comunidad de Castilla-La Mancha, con las proyecciones de población estimadas para los años 2021, 2031 y 2041.



En función del número de Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS) para la población de referencia del área de Toledo, con las proyecciones de población estimadas a partir de los datos de INE (año anterior) para los hitos temporales establecidos, resulta el siguiente cuadro:

Grupo de población	Año 0	2021	2031	2041
Adultos mayores de 15 y menores de 65 años	297.956	281.691	272.080	250.797
Ginecología	177.741	177.822	190.168	193.834
Obstetricia	110.643	91.384	83.949	81.160
Menores 15 años	74.549	66.554	60.047	60.908
Mayores de 65 años	62.519	84.332	104.763	128.300
Total	435.024	432.577	436.890	440.005

Organización del Área de Salud de Toledo

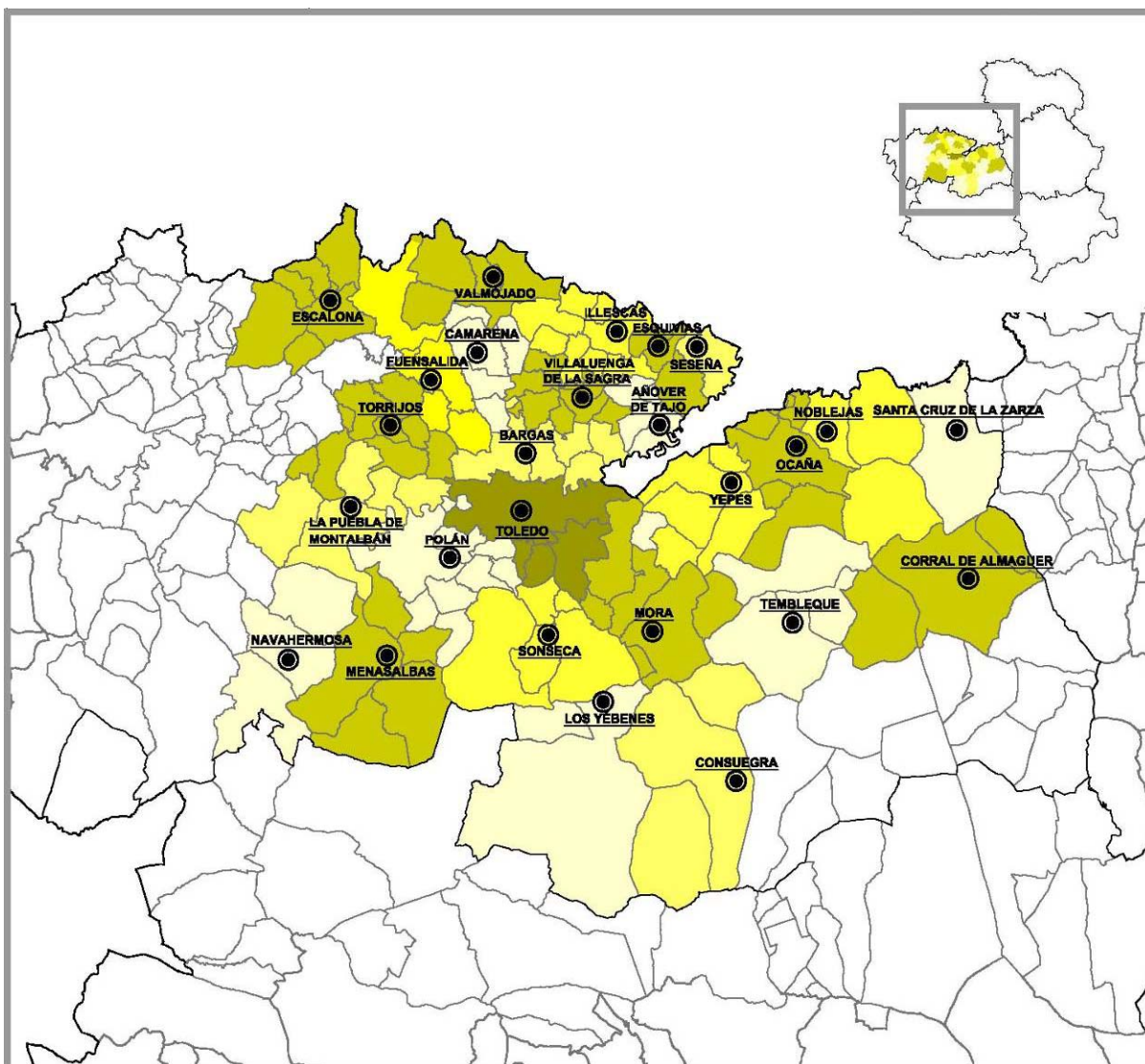
La ordenación territorial de la asistencia sanitaria del SESCAM en el Área de Salud de Toledo se gestiona a través de las Gerencias de Atención Primaria y Atención Especializada (**GAP y GAE**).

De la **GAE** de Toledo dependen los centros integrados en el Complejo Hospitalario de Toledo: Hospital Virgen de la Salud, Hospital Virgen del Valle y el Centro de Especialidades de Diagnóstico y Tratamiento (CEDT) de Toledo. El Hospital Nacional de Paraplégicos tiene carácter de centro especial de referencia nacional, sin población básica de referencia asignada. El Hospital Provincial de La Misericordia era un centro dependiente de la Diputación Provincial que ha pasado a ser dependiente del SESCAM.

Nombre	Dep. funcional	Finalidad	Camas	Concierto
Hospital Virgen de la Salud	SESCAM	General	619	N
Hospital Geriátrico Virgen del Valle	SESCAM	Geriatría	156	N
Hospital Nacional de Paraplégicos	SESCAM	Traumatología	229	N
Hospital Provincial de la Misericordia	SESCAM	General	159	N

La **GAP** de Toledo se compone de 30 zonas básicas que atienden a una población beneficiaria de 438.736 personas, distribuidas geográficamente en 116 municipios. La GAP de Toledo cuenta con 26 centros de salud, 4 CEDTs y 98 consultorios. A continuación se presentan las zonas básicas de salud:

Zona básica	Centros de salud adscritos	Consultorios adscritos	Población protegida
Añoover de Tajo	1	2	12.101
Bargas	1	5	24.843
Camarena	1	4	10.406
Consuegra	1	2	13.913
Corral de Almaguer	1	2	8.831
Escalona	1	5	7.422
Esquivias	1	2	12.592
Fuensalida	1	4	16.564
Illescas	1	7	48.442
Menasalbas	1	5	10.989
Mora	1	5	13.368
Navahermosa	1	2	4.811
Noblejas	1	2	8.312
Ocaña	1	3	14.776
Polán	1	7	14.481
La Puebla de Montalbán	1	5	13.528
Santa Cruz de la Zarza	1	-	4.469
Seseña	1	1	14.196
Sonseca	1	4	17.899
Tembleque	1	2	5.114
Toledo - Palomarejos	1	1	22.391
Toledo - Buenavista	1	-	20.277
Toledo - Sillería	1	-	9.999
Toledo - Santa Bárbara	1	2	12.837
Toledo - Sta. M ^a Berenquencia	1	1	25.477
Torrijos	1	8	23.219
Valmojado	1	5	12.518
Villaluenga de la Sagra	1	6	17.710
Los Yébenes	1	1	6.397
Yepes	1	4	10.874
TOTAL	30	97	438.736



Los grupos poblacionales utilizados para el dimensionado del Hospital son los siguientes:

En el escenario estimado, la población de referencia se mantiene en torno a los 440.000 habitantes si bien su distribución por tramos de edad varía ampliamente: disminuyen unos 50.000 adultos entre 15 y 65 años, disminuyen unos 15.000 menores de 15 años y aumentan unos 65.000 mayores de 65 años. Por ello recursos asistenciales deben de tener en cuenta la atención de las necesidades de una población envejecida. La actividad estimada para la realización de los cálculos de recursos, se ha obtenido a partir de los datos de frecuentación que se han venido desarrollando en el área sanitaria de Toledo y calculándola en función de la población proyectada para el área, así tenemos que la actividad estimada sería la siguiente:

Actividad estimada de Consultas Externas:

CONSULTAS EXTERNAS	2011	2021	2031	2041
Primeras	194.044	196.041	202.007	204.091
Sucesivas	391.111	392.771	402.847	407.775
TOTAL	585.155	588.812	604.854	611.866

Actividad estimada de Exploraciones (en Gabinete):

GABINETES DE EXPLORACIONES	2011	2021	2031	2041
Exploraciones	106.411	108.539	110.710	112.924

Actividad estimada de Ingresos Hospitalarios:

HOSPITALIZACIÓN	2011	2021	2031	2041
Ingresos Totales	31.911	32.028	33.004	33.998

Actividad estimada de Partos:

OBSTETRICIA	2011	2021	2031	2041
Partos vía vaginal	3.487	2.880	2.646	2.558
Partos cesárea	902	745	684	662
TOTAL (vaginales + cesárea)	4.389	3.625	3.330	3.219

Actividad estimada de Intervenciones Quirúrgicas:

OBSTETRICIA	2011	2021	2031	2041
Intervenciones programadas con hospitalización	7.299	7.232	7.310	8.169
CMA	13.847	13.717	13.836	13.847
Intervenciones urgentes	4.274	4.250	4.378	4.274
TOTAL	24.420	25.199	25.524	26.500

Actividad estimada de Urgencias:

URGENCIAS	2011	2021	2031	2041
Urgencias Totales	153.917	153.111	154.638	156.500

Actividad estimada de Tratamientos de Diálisis:

DAIÁLISIS	2011	2021	2031	2041
Tratamientos	19.902	19.790	20.000	22.000

Actividad estimada de Hospital de Día:

HOSPITAL DE DÍA	2011	2021	2031	2041
Estancias	23.330	23.955	24.862	25.816

1.3.- Justificación de la solución propuesta

PRINCIPIOS GENERALES DE LA PROPUESTA

Se han considerado los siguientes **principios**:

1. Optimización de las obras ejecutadas y eficiencia en la inversión a realizar

Se propone utilizar al máximo las obras realizadas, procurando aprovechar la inversión realizada. Este principio regirá siempre que el respeto de la actual estructura no suponga unos costes mayores que su modificación.

2. Ubicación de la nueva cartera de servicios en la menor cantidad de edificios.

Con este principio se busca una potenciación de las circulaciones verticales para reducir las distancias de las circulaciones internas, tanto para el personal del Hospital, como para pacientes y visitas. También se reducen los accesos exteriores y se favorece la seguridad del Hospital.

3. Acabar exteriormente los edificios construidos aunque no sean utilizados.

De esta forma se preservarán ante las inclemencias del tiempo y el conjunto arquitectónico dará una imagen acabada exteriormente, aunque interiormente los edificios no se ocupen en su totalidad. En el proyecto definitivo se deberá determinar en qué grado y de qué forma se acaban exteriormente los edificios no ocupados.

4. De los edificios no ocupados, solamente acabar las instalaciones contraincendios.

Esta propuesta tiene la intención de cumplir la normativa contraincendios en áreas no ocupadas. Se deberán sectorizar apropiadamente los espacios que se ocupen respecto a los que no.

5.- Optimización y priorización en Áreas de Hospitalización

Se buscará la optimización y la eficiencia funcional dentro de las Unidades de Hospitalización. Del mismo modo se maximizará la utilización de habitaciones individuales siempre bajo criterios de calidad asistencial y eficiencia

RESUMEN DE LA PROPUESTA

Criterios fundamentales:

1. Realización de los cálculos de necesidades según ratios, datos actuales y futuros de crecimiento, adaptados a una racionalización y optimización de los recursos.

2. Incorporación de las sinergias producidas por los dispositivos pertenecientes al Área de Salud de Toledo (Hospital Nacional de Paraplégicos, Hospital Provincial de Toledo y Hospital Virgen del Valle).

La inclusión de los hospitales del Área de Salud de Toledo, implica que determinados recursos que inicialmente se habían incluido en el Hospital Universitario de Toledo, se distribuyan entre los dispositivos existentes. Esta situación contribuye a disminuir superficie en el Hospital Universitario de Toledo y a optimizar las inversiones a realizar.

De la elaboración del Plan Funcional incorporando nuevas variables de cálculo y los recursos aportados por los hospitales que conforman el Área de Salud de Toledo (Provincial, Paraplégicos y Virgen del Valle) se obtienen los recursos necesarios y se dimensiona el nuevo Hospital.

RESUMEN DEL DIMENSIONAMIENTO DEL HOSPITAL

RECURSOS	HUT incluyendo sinergias
Camas	678
Consultas	100
Gabinets Exploración	35
Boxes HDD	61
Quirófanos	24
Quirófanos - Cesáreas	1
UTPR	10
RCP Urgencias	4
Consultas Clasificación Urgencias	6
Consultas Urgencias	14
Gabinets Exploración Urgencias	46
Puestos Observación Urgencias	14
Camas Preingreso	20
UCI (adultos+pediátrica+ neonatal)	48
REA	26
RX Convencional Digital	6
Telemando	3
Ecografía Convencional	6
Ecografía Mama	2
Ecografía Doppler	2
Mamografías	3
Mesa de Biopsia	1
TAC	3
Resonancia Magnética	3
Angiografías	2
Simulador	1
Acelerador	2
Gammacámara	2
Plazas aparcamiento	1.746

El proyecto inicial tenía **360.168 m²** construidos. Considerando el dimensionado de la propuesta final del HUT, estos pasarían a ser **256.174 m²**, lo que supone una reducción de **103.994 m²**. Con ello, **99.820 m²** quedarían en reservas de edificios sin acabar, y **4.174 m²** no se construirían.

De la propuesta final de ocupación de espacios realizada sobre el Hospital Universitario de Toledo, se deben diferenciar 2 situaciones diferenciadas:

1. Espacios / edificios a acabar y ocupar
2. Espacios / edificios de reserva que quedan sin acabar

A continuación se indica lo que se incluye en cada una de las opciones propuestas.

1. Espacios a acabar y ocupar

Corresponde a los espacios / edificios que se acaban completamente (cerramientos, acabados, instalaciones, etc.) y que quedan aptos para el uso asignado en el Plan Funcional.

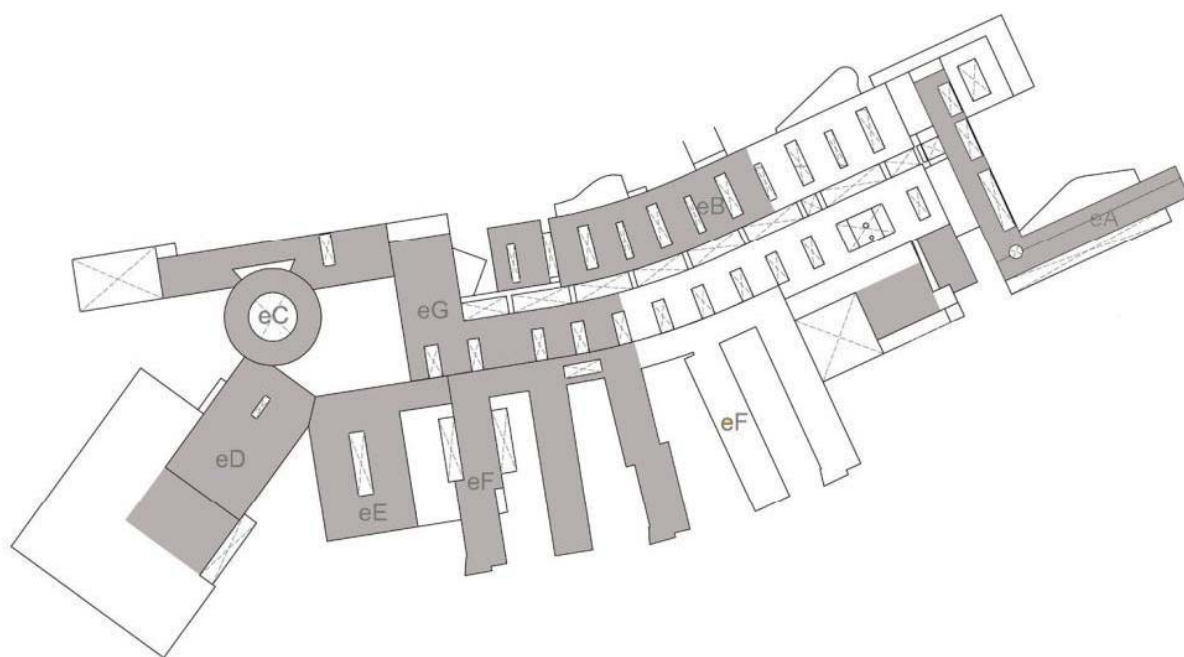
En estos espacios / edificios se desarrollará el Plan Funcional del Hospital Universitario de Toledo.

Para determinar estas superficies, se han tenido en cuenta los siguientes criterios:

- Los recursos resultantes del Plan Funcional.
- Los condicionantes heredados del proyecto original (patios, proporciones de los edificios, conexiones entre ellos, circulaciones, distribuciones de los servicios, etc...)
- Criterios de racionalidad de la inversión respecto a la realización de obras.

Los espacios que se ocuparán están en concordancia con el equipamiento necesario para el funcionamiento.

En esta categoría se contemplan 256.174 m²

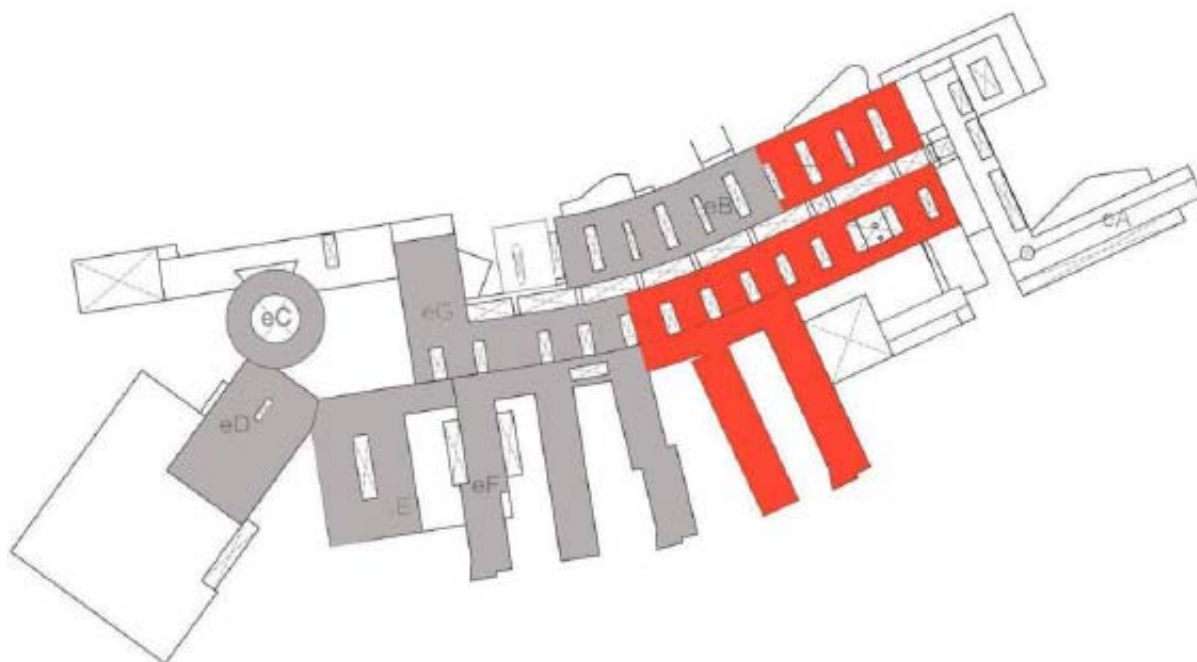


2. Espacios / edificios de reserva que quedan sin acabar

Corresponde a edificios que se acaban o cierran exteriormente pero que interiormente no están acabados.

Dada la sectorización realizada en la propuesta, se ha buscado la forma de que estos espacios, en caso que se decidan ocupar en un futuro, queden lo suficientemente sectorizados de los espacios que funcionaran en el Nuevo Hospital, para minimizar la afectación de las obras sobre partes del edificio en funcionamiento.

En esta categoría se contemplan 99.820 m²



Se deben sectorizar las instalaciones, según corresponda a cada una de las categorías.
Se resume a continuación los m² de cada una de ellas.

EDIFICIOS	TOTAL m ² Proyecto	m ² acabar y ocupar	m ² reserva sin acabar
Edificio A – ADMINISTRATIVO	16.742	16.742	0
Edificio B – CONSULTAS EXT. / ONCO.	60.223	50.117	10.106
Edificio C – LABORATORIOS	15.653	10.827	4.826
Edificio D – BQ / URG / UCEs	32.364	23.360	9.004
Edificio E – RAYOS / UCMA / UCEs	25.093	18.583	6.510
Edificio F – HOSPITALIZACIÓN	90.513	55.726	34.787
Edificio G – GAB. / HOSP. DÍA / DOC.	47.293	27.210	20.083
Edificio J – EDIFICIO INDUSTRIAL	6.368	2.800	0
TOTAL m² útiles	294.249	205.365	85.316
Coef. muros interiores y exteriores (17%)	50.022	34.912	14.504
Vial Subterráneo	15.896	15.896	
TOTAL m² construidos	360.168	256.174	99.820

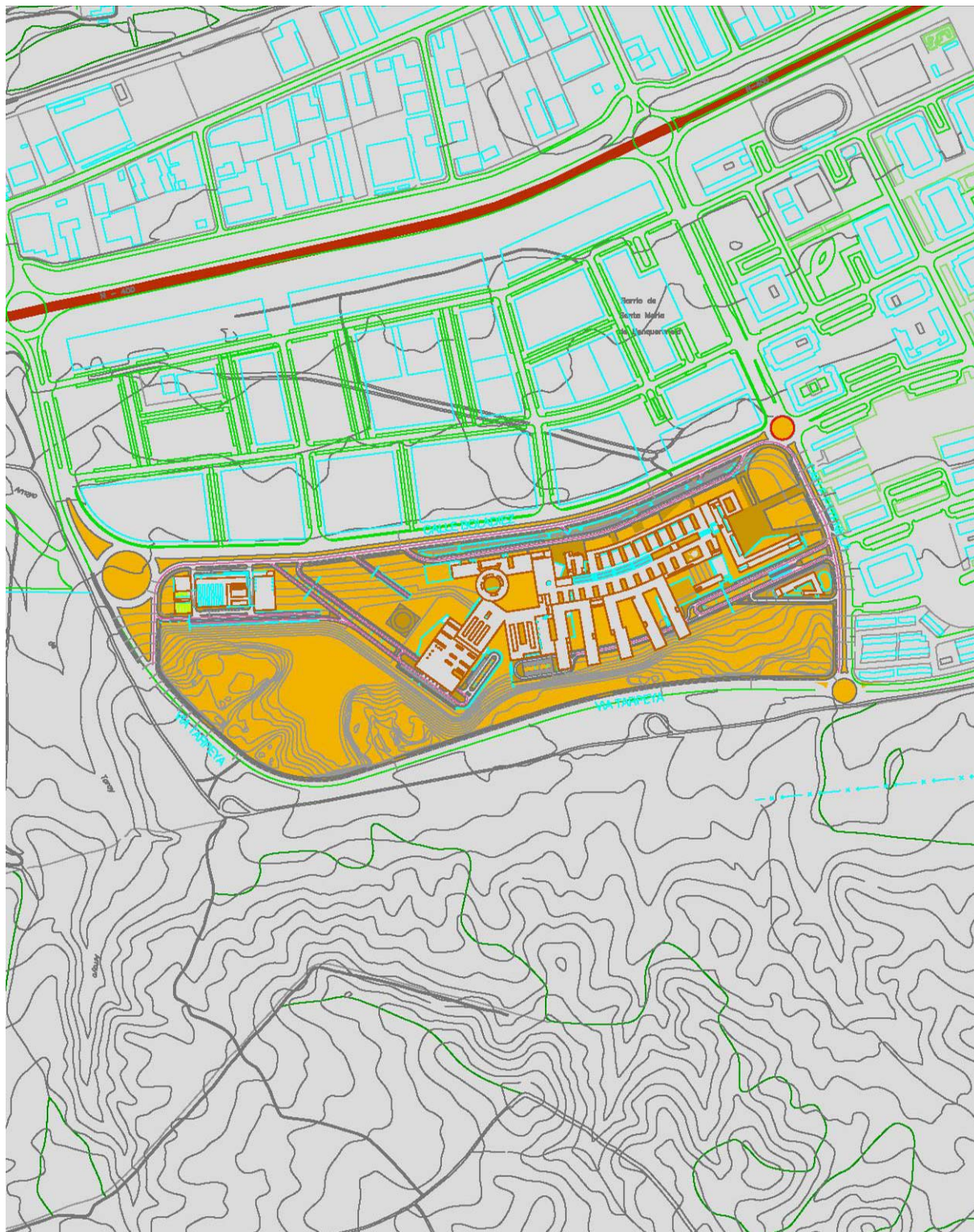
En el apartado siguiente se describe de qué forma se adecua el nuevo Plan Funcional al edificio existente, como propuesta orientativa que podrá ser modificada por los licitadores.

Los esquemas que se presentan a continuación son propuestas de superficie orientativas para el presente anteproyecto, y no soluciones definitivas, a definir durante el concurso. Después se presentan las plantas del proyecto original de Licitación.

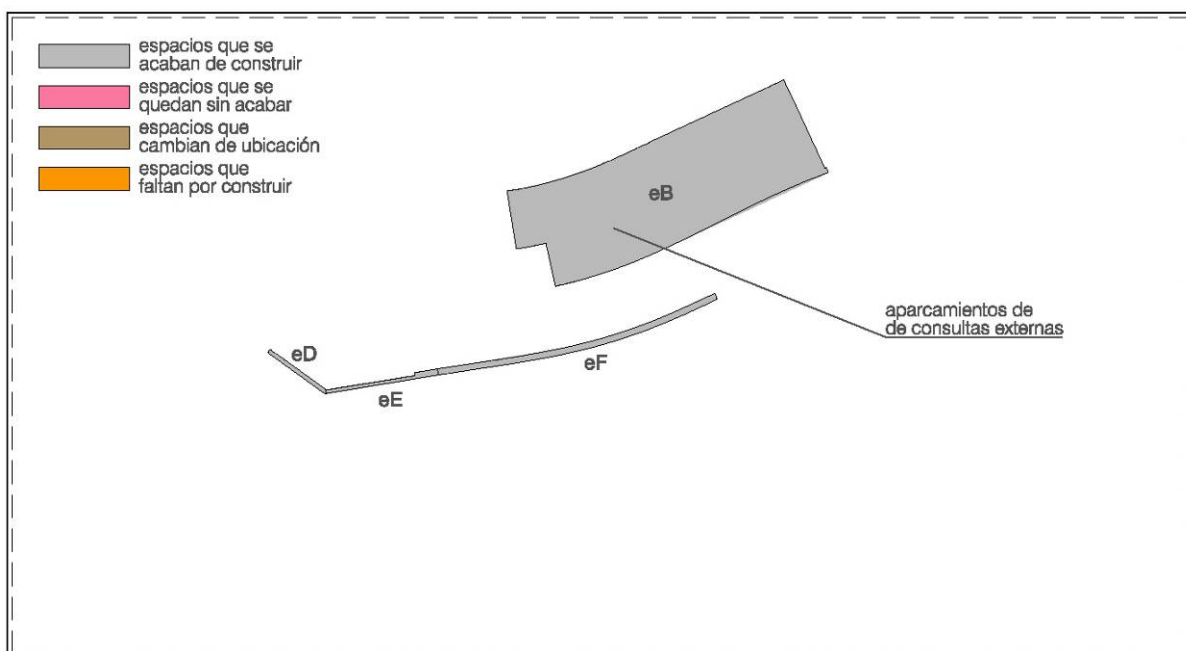
2.- PLANOS

2.1.- Planos de situación general y de conjunto de la obra

0.- PLANO DE SITUACIÓN

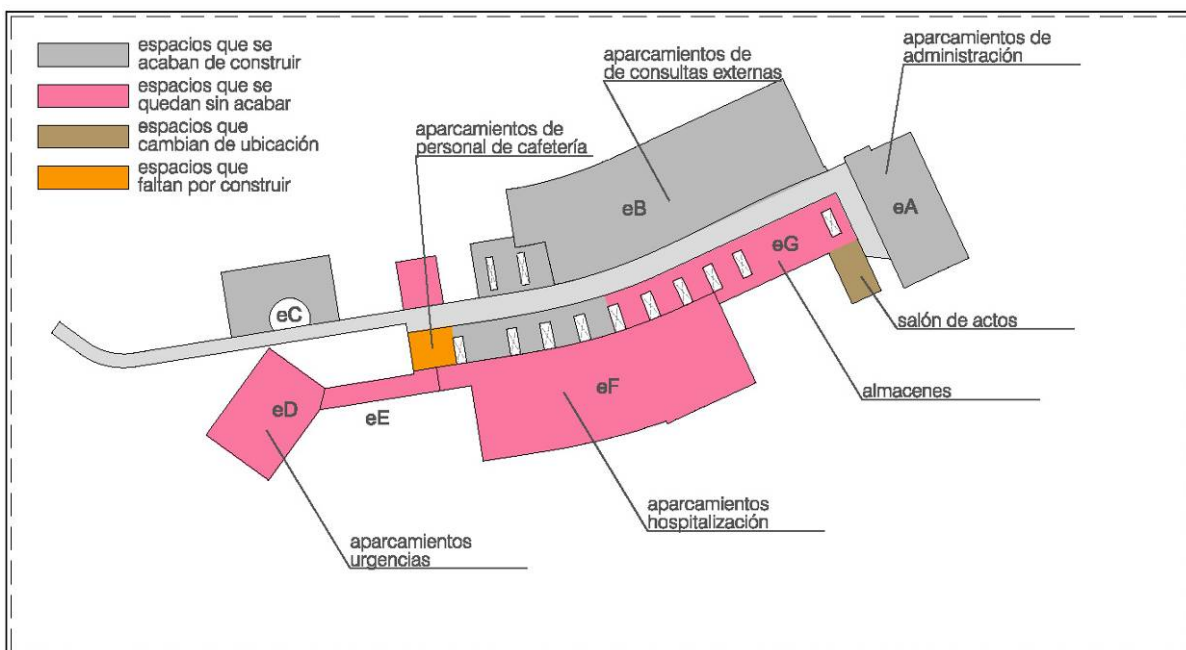


1.- ESQUEMA PROPUESTO NIVEL -3



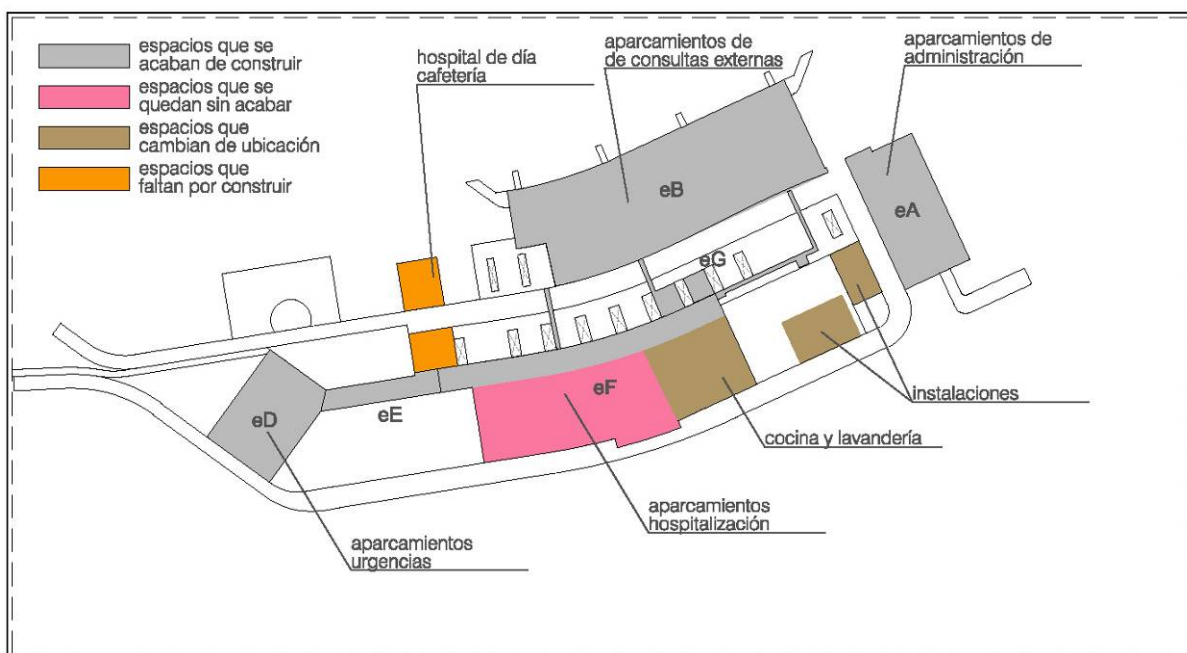
- En esta planta no se realizan modificaciones respecto al proyecto original.

2.- ESQUEMA PROPUESTO NIVEL -2



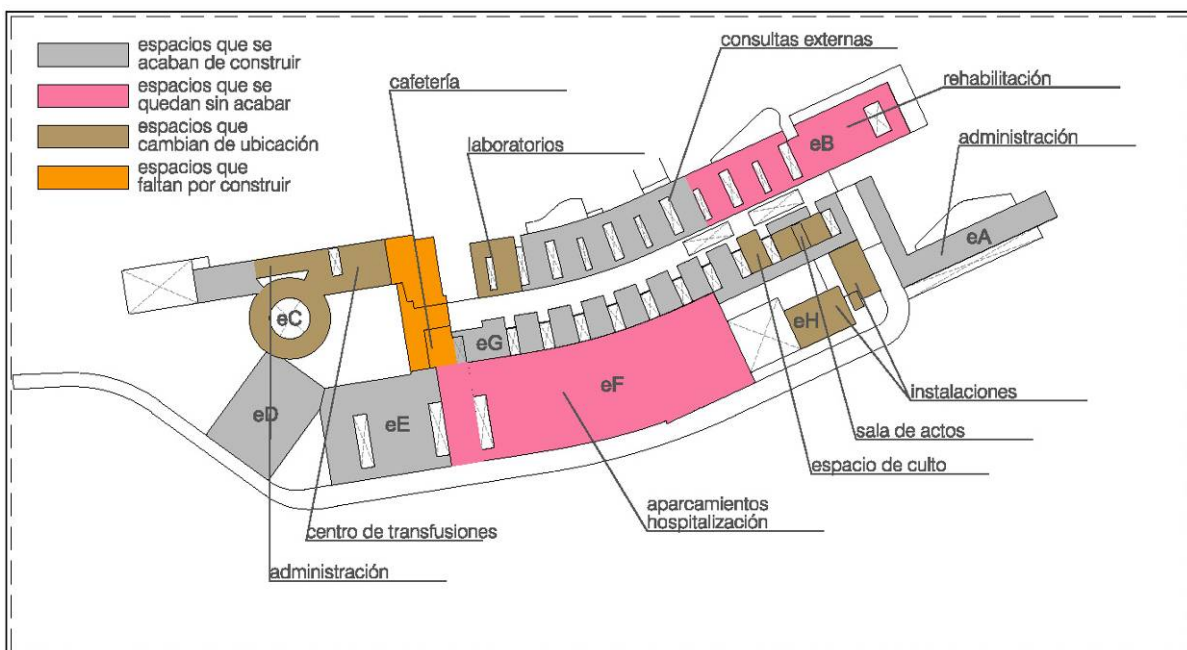
- No ocupar planta -2 aparcamientos edificio Urgencias (eD). **104 plazas**
- No ocupar planta -2 aparcamientos edificio Hospitalización (eF). **261 plazas**
- Acabar de construir edificio Gabinetes (eG), Admisión, cafetería.
- Convertir la sala de actos en edificio de instalaciones.
- No ocupar planta -2 aparcamientos cafetería. **9 plazas**, ni ocupar un sector de almacenes.
- Acabar de construir el vial subterráneo entre Edificio G y C.

3.- ESQUEMA PROPUESTO NIVEL -1



- Acabar de construir edificio Gabinetes (eG), Admisión, cafetería hospital de día.
- No ocupar planta -1 aparcamientos edificio Hospitalización (eD). **261 plazas.**
- Ubicar la cocina y lavandería en un sector de aparcamientos hospitalización.
- No construir la sala de actos (eG) y transformarla en edificio instalaciones.
- Reubicación de las instalaciones en área del antiguo edificio eH.

4.- ESQUEMA PROPUESTO NIVEL 0



- Acabar edificio administración (eA) como reserva.
- Ubicar la rehabilitación fuera del Hospital.
- No ocupar un sector de CCEE. 10 consultas.
- Ubicar los laboratorios en edificio oncológico.
- Ubicar servicios oncológicos dentro del htl.
- Acabar de construir edificio Gabinetes (eG), Admisión y cafetería.
- Ubicar el centro de transfusiones en edificio C.
- Ubicar la administración en edificio C.
- No ocupar las CCEE de Traumatología. **20 consultas**
- Ubicar el espacio de Culto en locales pl. 0.
- Ubicar la Sala de Actos en espacio de Culto.
- Reubicación de las instalaciones en el área del antiguo edificio eH.

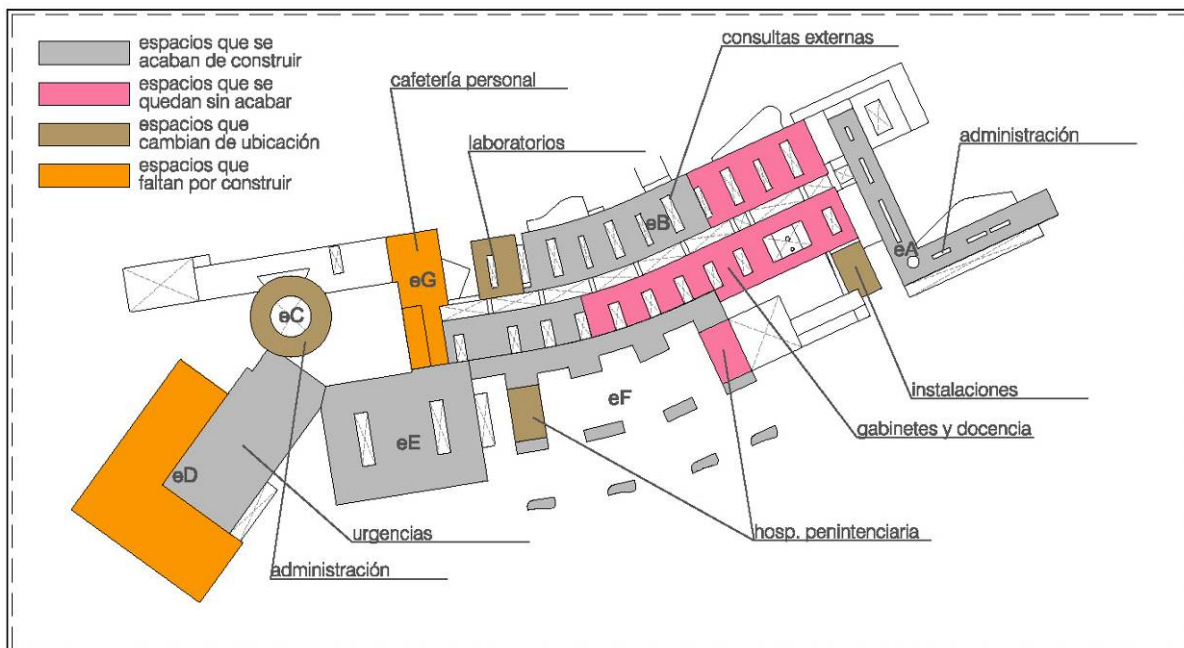
Laboratorios

En esta planta se observa el cambio realizado en la ubicación del laboratorio, trasladándolo y redimensionándolo desde el (Ec) hacia el edificio Oncológico.

El edificio de oncología, dadas sus dimensiones, superficies y ubicación, permite dar autonomía al laboratorio, pensando en una posible concesión de los servicios. Por otro la superficie total que posee este edificio, 2.980 m2 se ajusta a las necesidades del laboratorio.

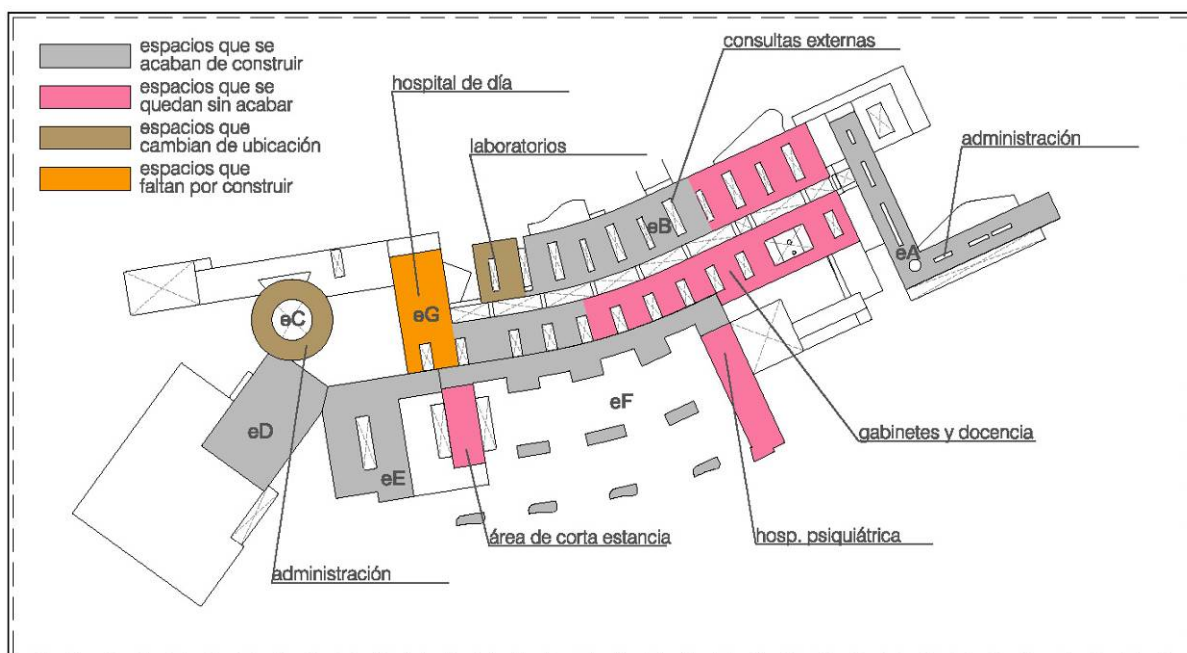
La ubicación del edificio, cercana a CCEE, Centro de transfusiones y Urgencias, sumados al transporte neumático incluido en proyecto, refuerzan la nueva ubicación.

5.- ESQUEMA PROPUESTO NIVEL 1



- No ocupar un sector de CCEE. **10 consultas**.
- No ocupar oncología. Ubicar consultas dentro de las CCEE del Hospital. 12 consultas.
- Ubicar los laboratorios en edificio oncológico
- No construir un sector de urgencias (eD).
- Concentrar todo el Área de RX en planta 1.
- Reubicar la Hosp. penitenciaria en F2.
- No ocupar un sector de Gabinetes. **8 gabinetes**
- No ocupar Área Biblioteca, Investigación, Docencia y Calidad. Reubicarla en plantas 3 y 4 edificio Laboratorios (eC)

6.- ESQUEMA PROPUESTO NIVEL 2

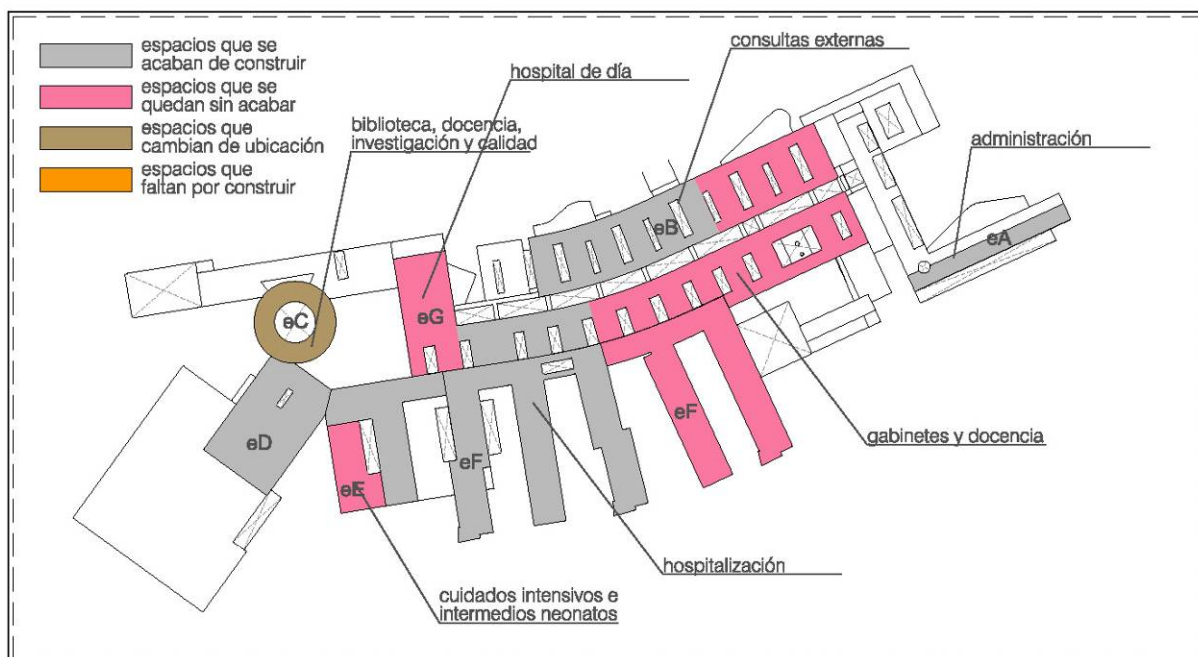


- No ocupar un sector de CCEE. **12 consultas.**
- No ocupar el Área de Corta estancia. Ubicarla en hospitalización. **24 camas**
- No ocupar Hospit. Psiquiátrica. Ubicarla en hospitalización. **48 camas**
- No ocupar un sector de Gabinetes **30 gabinetes**

Hospital de día

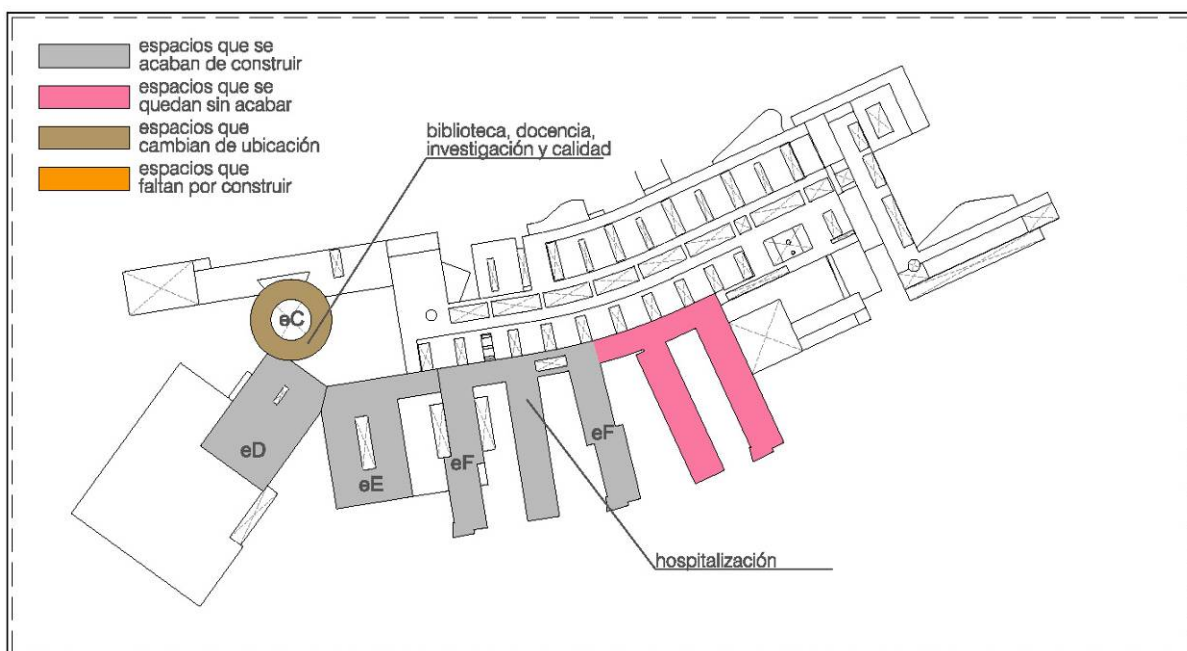
Se han concentrado todos los hospitales de día en la planta 2 del (eG)

7.- ESQUEMA PROPUESTO NIVEL 3



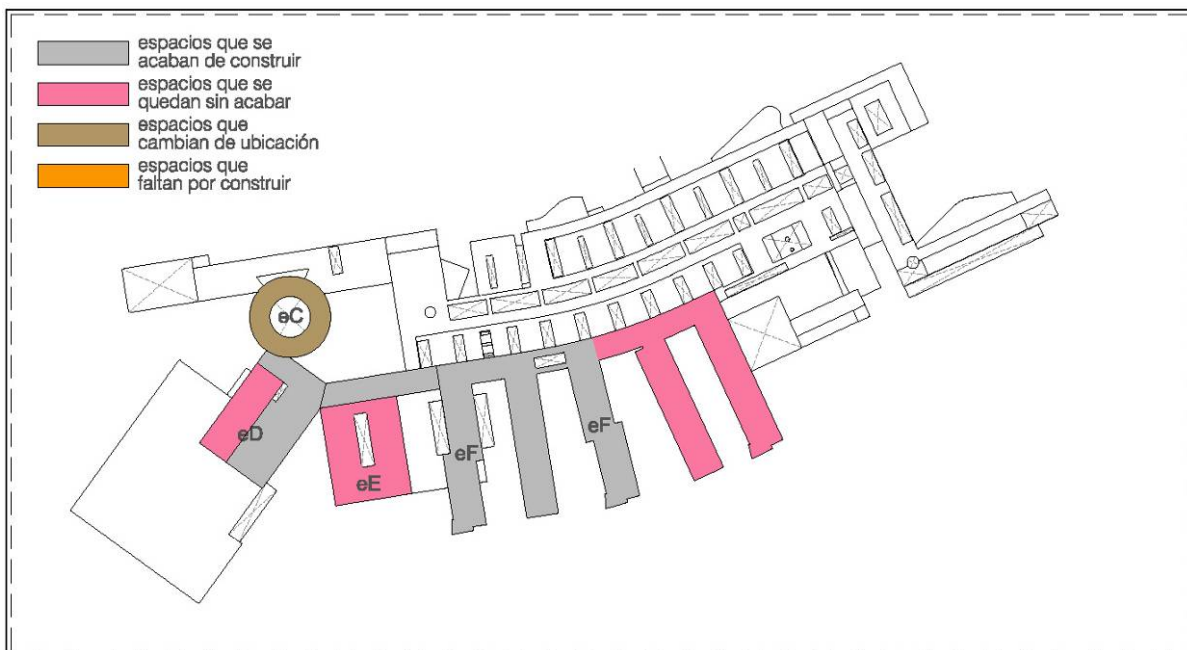
- No ocupar un sector de CCEE. **12 consultas.**
- No ocupar el Área de cuidados intermedios e intensivos de Neonatos. **38 cunas**
- No ocupar Hospital de día. **38 boxes**
- No ocupar Hospitalización edificios F4 y F5. 107 camas.
- No ocupar un sector de Gabinetes. 27 gabinetes

8.- ESQUEMA PROPUESTO NIVEL 4



- No ocupar las plantas del edificio de hospitalización (eF) F4 y F5. **112 camas.**

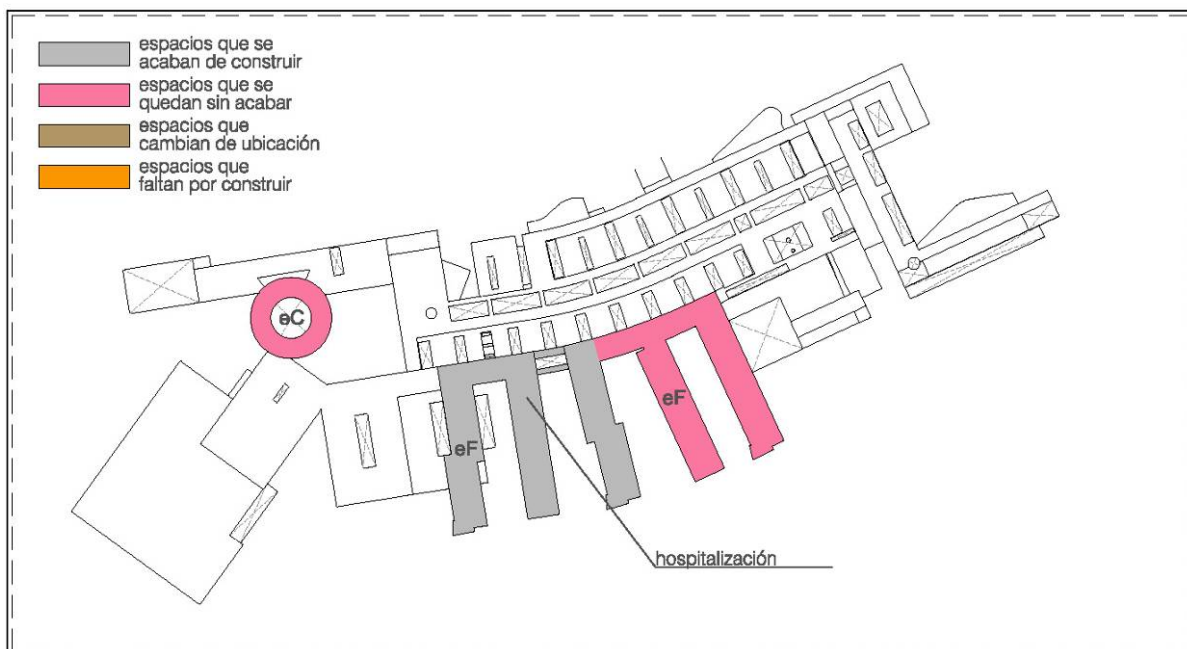
9.- ESQUEMA PROPUESTO NIVEL 5



- Ubicar los dormitorios médicos en Edificio C. (eC).

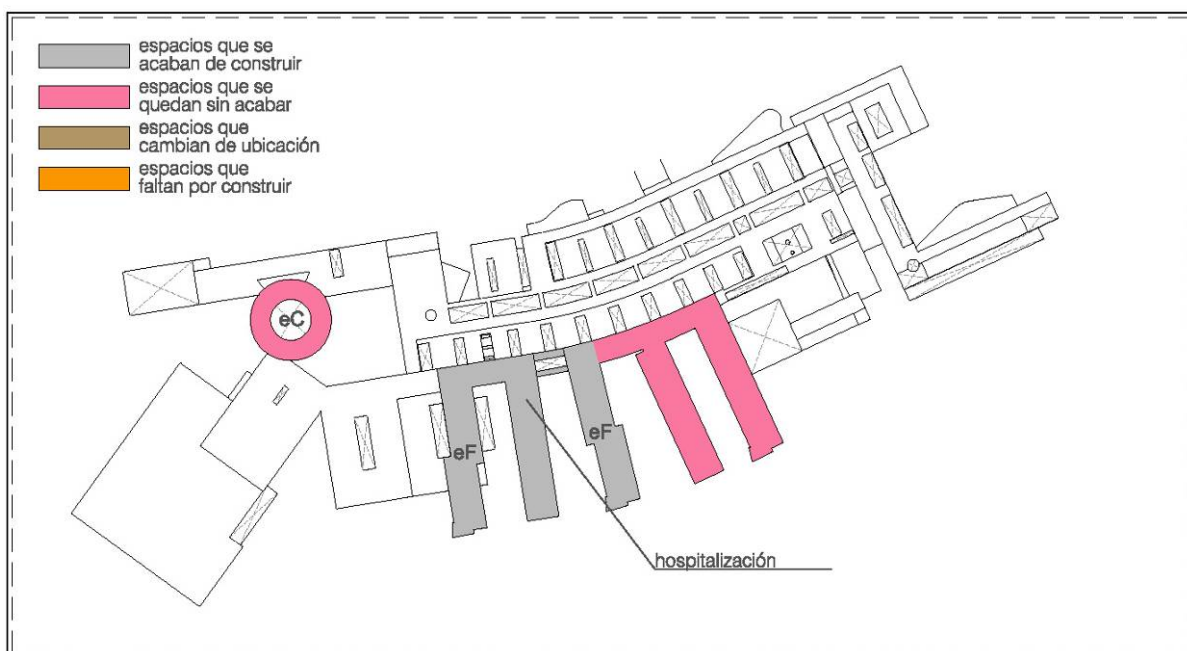
- No ocupar 1/2 planta edificio Bloque Quirúrgico (eD). **5 quirófanos**, ni Cuidados Intensivos **38 boxes**.
- No ocupar las plantas del edificio de hospitalización (eF) de F4 y F5. **112 camas**.

10.- ESQUEMA PROPUESTO NIVEL 6



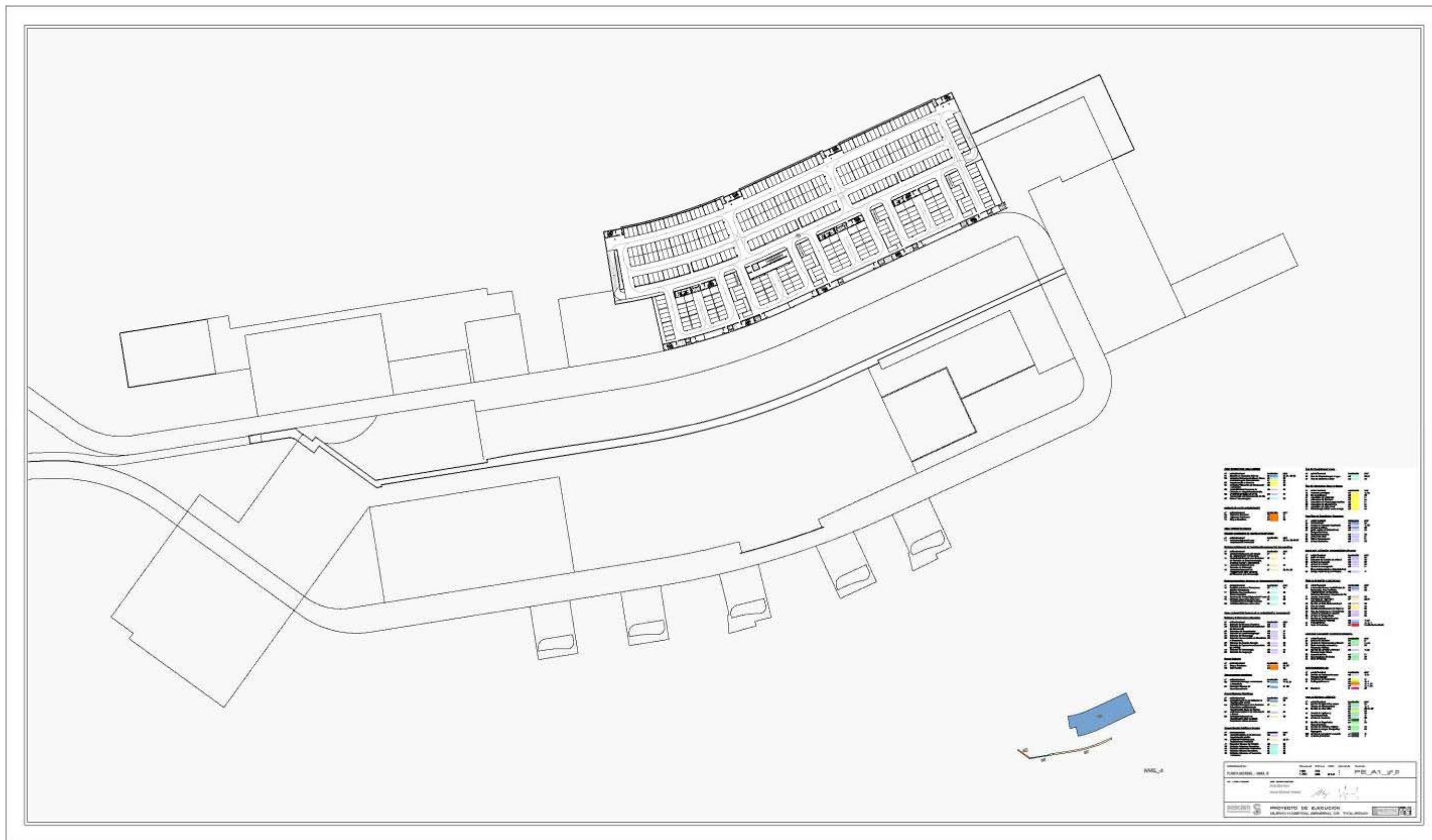
- No ocupar la planta 6 del edificio de Laboratorios (eC).
- No ocupar las plantas del edificio de hospitalización (eF) F4 y F5. **112 camas**.

11.- ESQUEMA PROPUESTO NIVEL 7

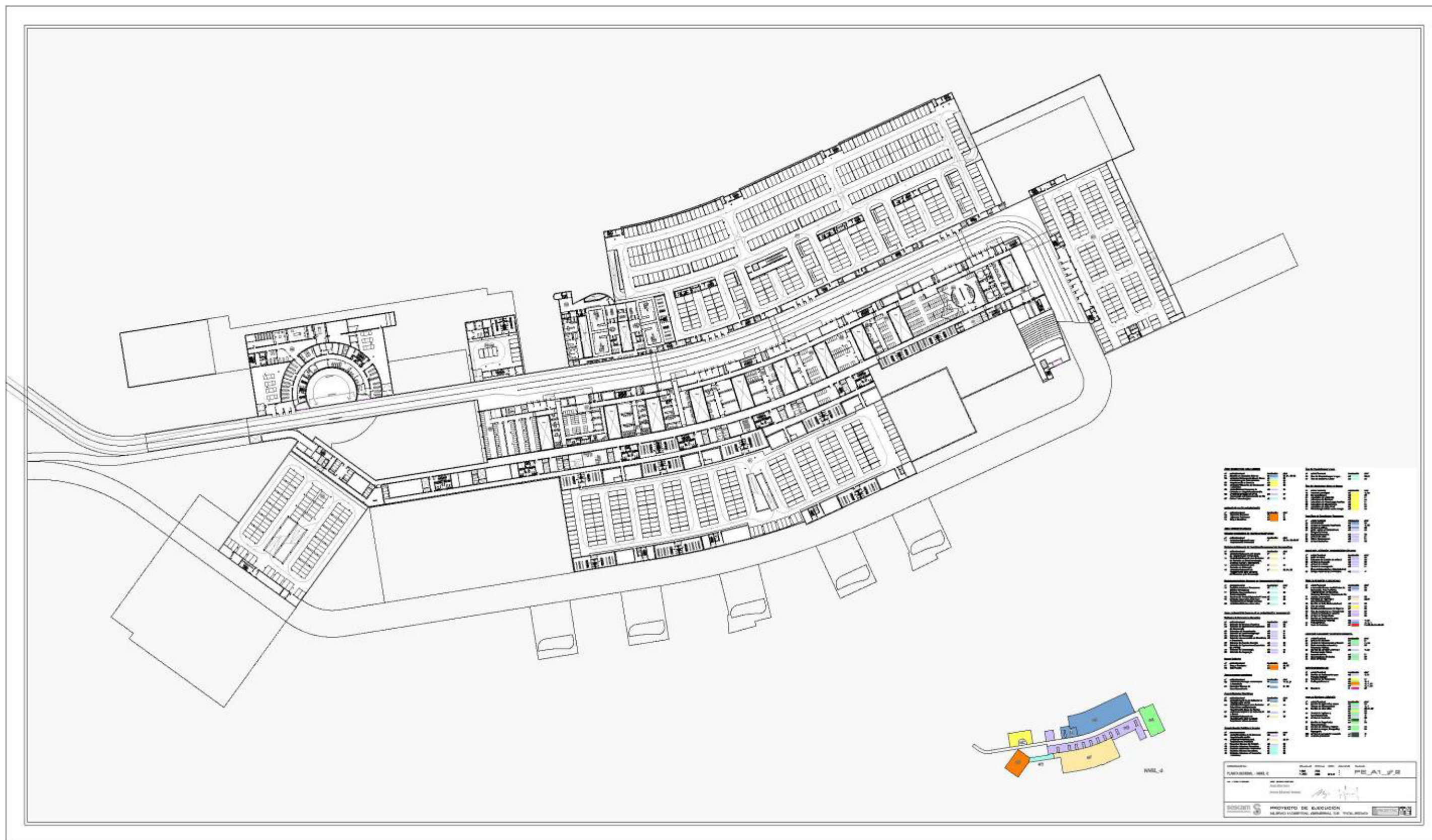


- No ocupar la planta 7 del edificio de Laboratorios (eC). Reubicar los dormitorios médicos en planta 5
- No ocupar las plantas del edificio de hospitalización (eF) de F4 y F5. **112 camas**.

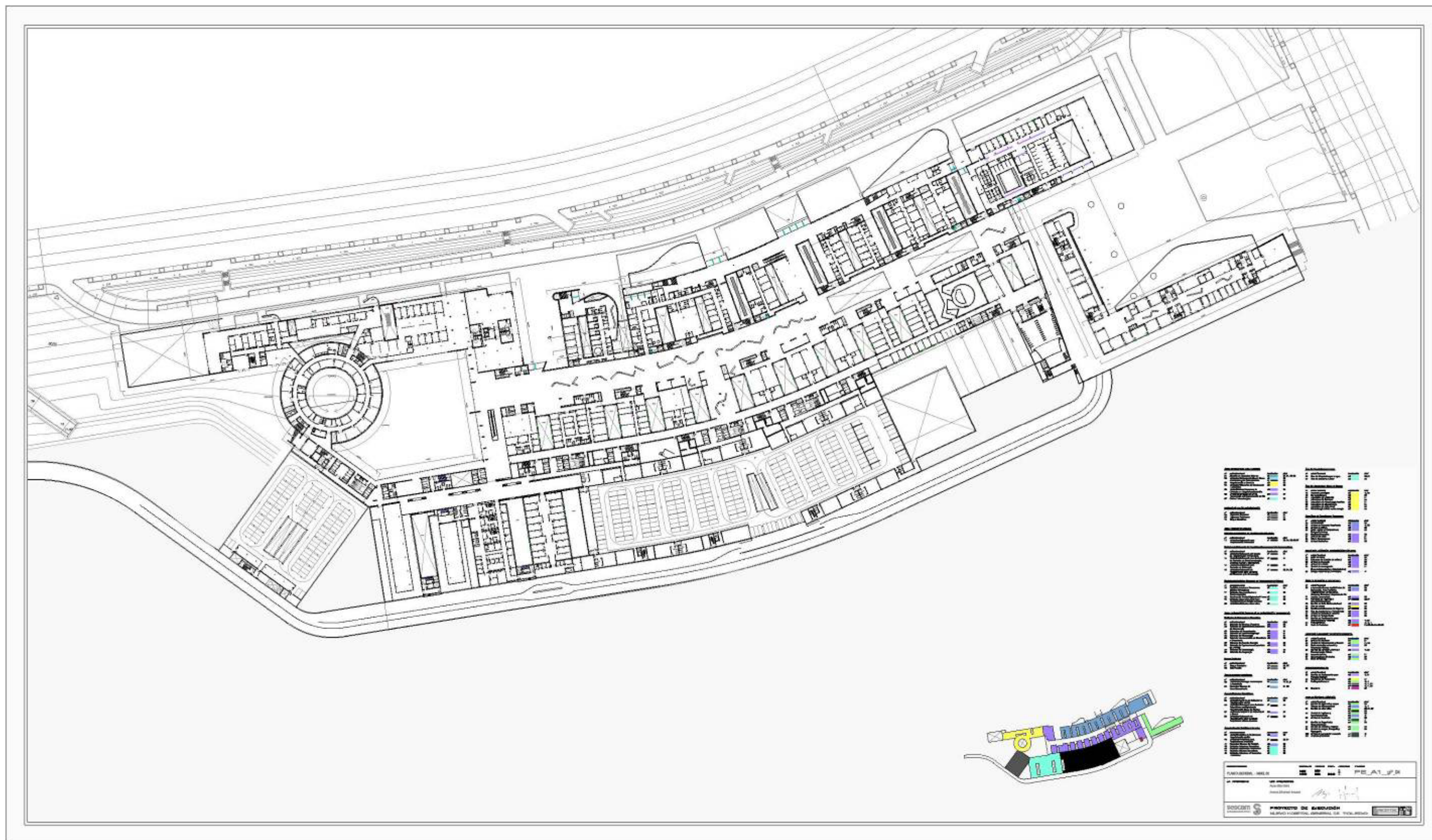
PLANTA NIVEL -3. PROYECTO ORIGINAL DE LICITACIÓN



PLANTA NIVEL -2. PROYECTO ORIGINAL DE LICITACIÓN

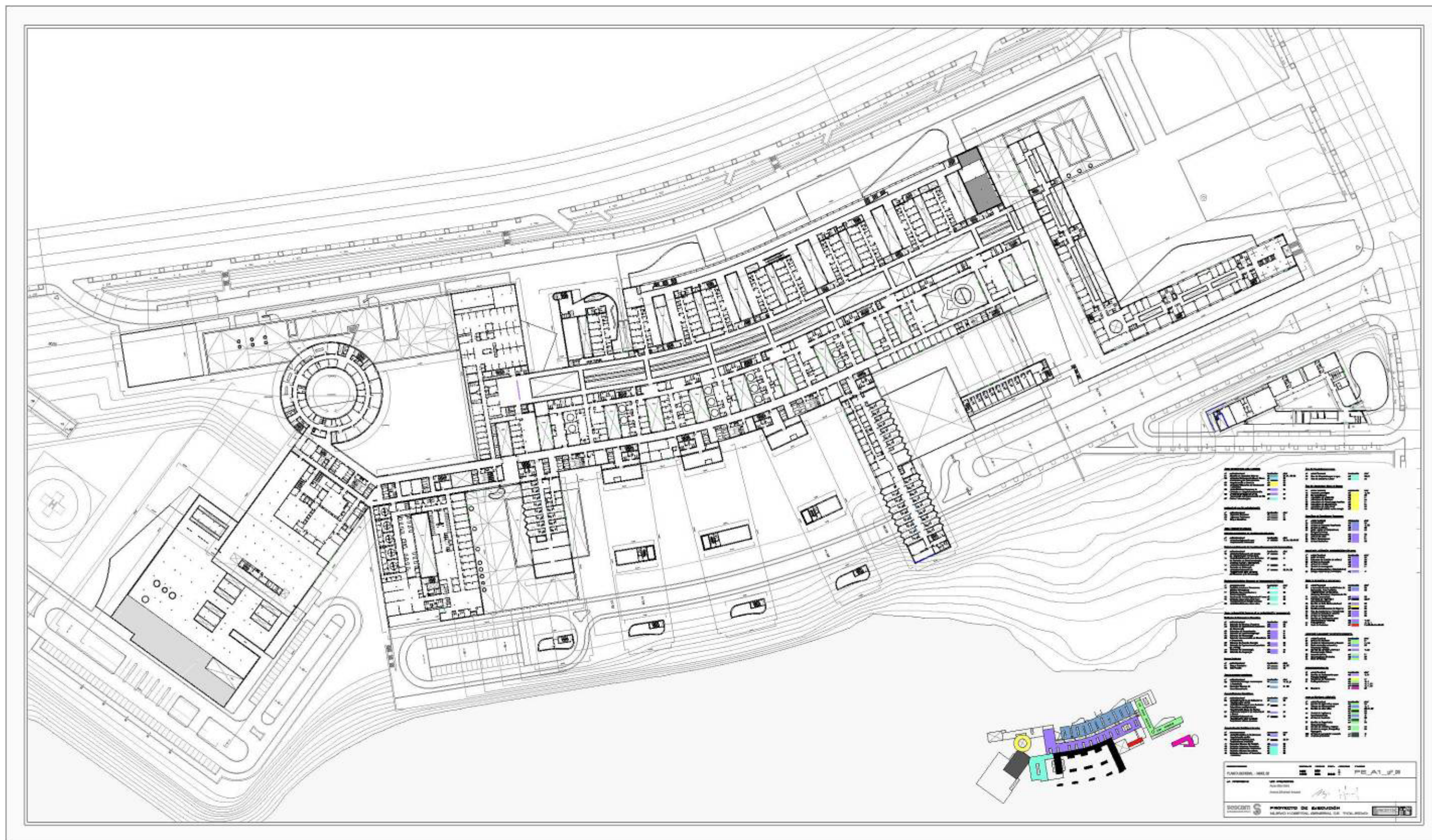


PLANTA NIVEL 00. PROYECTO ORIGINAL DE LICITACIÓN

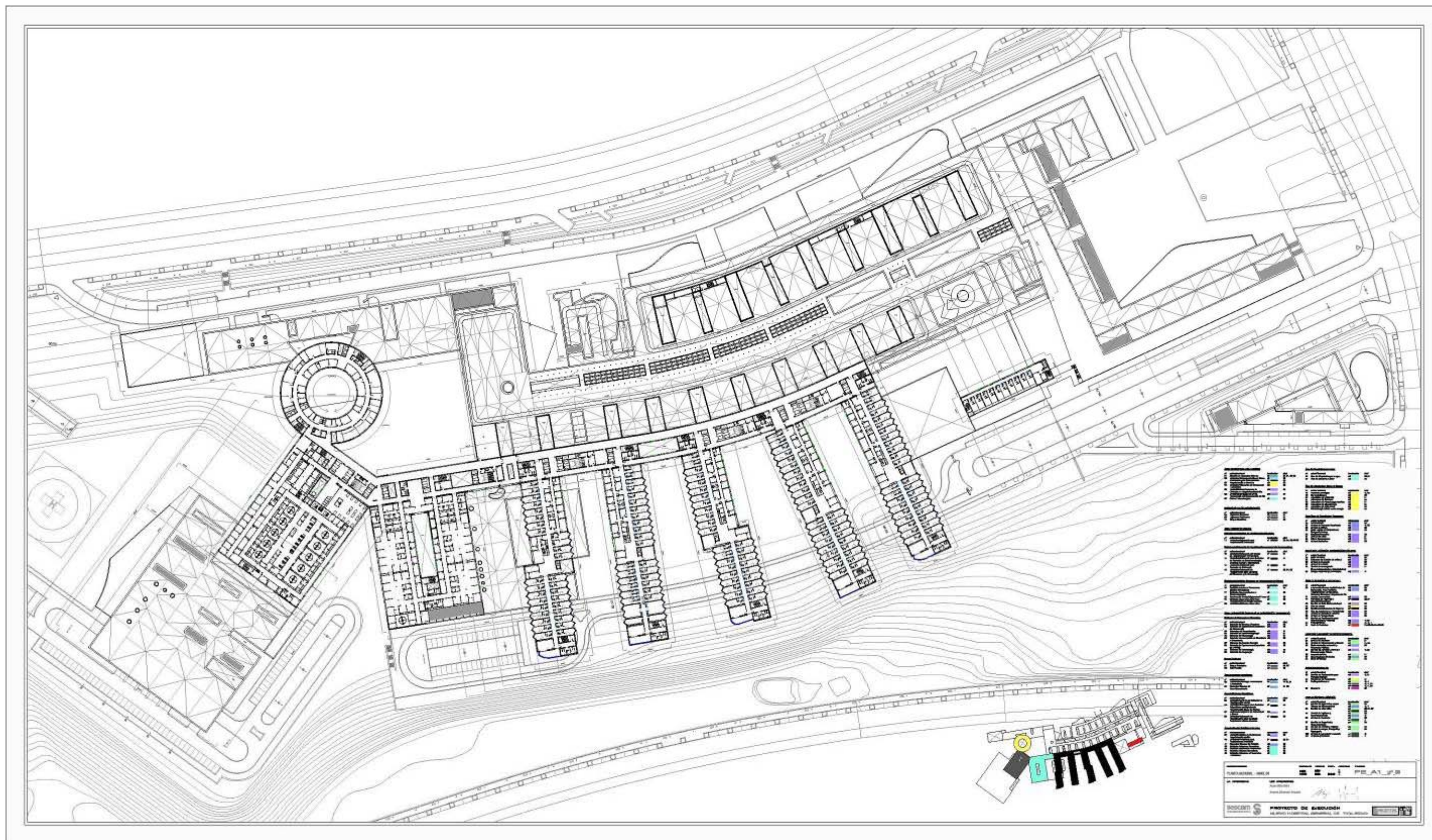


This architectural drawing is a detailed floor plan of a large, multi-story building complex. The plan shows a central corridor system connecting various wings and rooms. A prominent circular feature, possibly a atrium or a large circular room, is located on the left side. The building is surrounded by a parking lot with several cars indicated. A small 3D model of the building is shown in the bottom right corner, providing a perspective view of the structure. The drawing includes a comprehensive legend on the right side, detailing various elements and materials used in the plan. The legend is organized into columns, with each column containing a list of items and corresponding color-coded squares. The items include various types of rooms, corridors, and structural elements. The drawing is a technical representation of a building's layout, showing the spatial organization and the relationship between different parts of the structure.

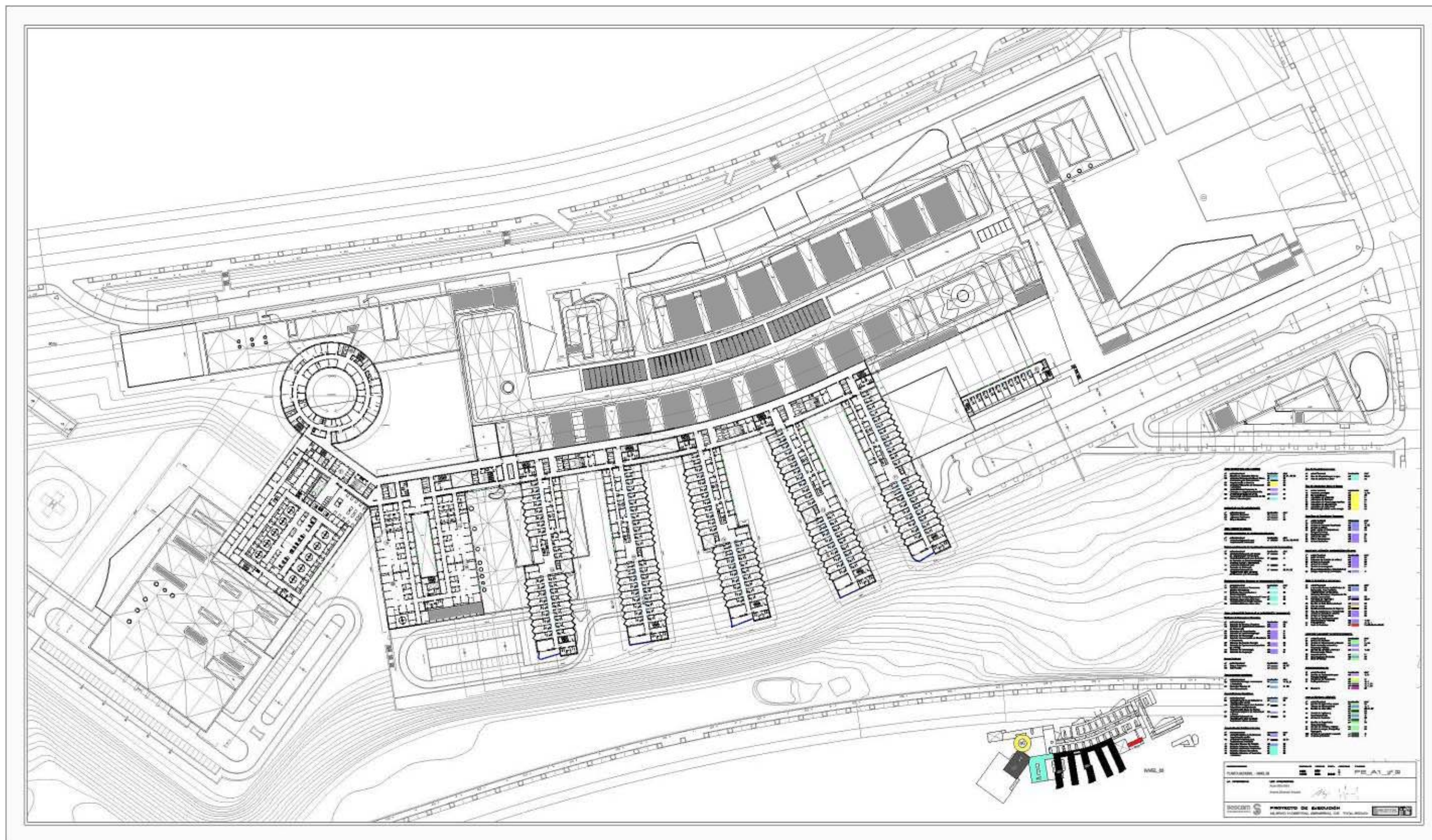
PLANTA NIVEL 02. PROYECTO ORIGINAL DE LICITACIÓN



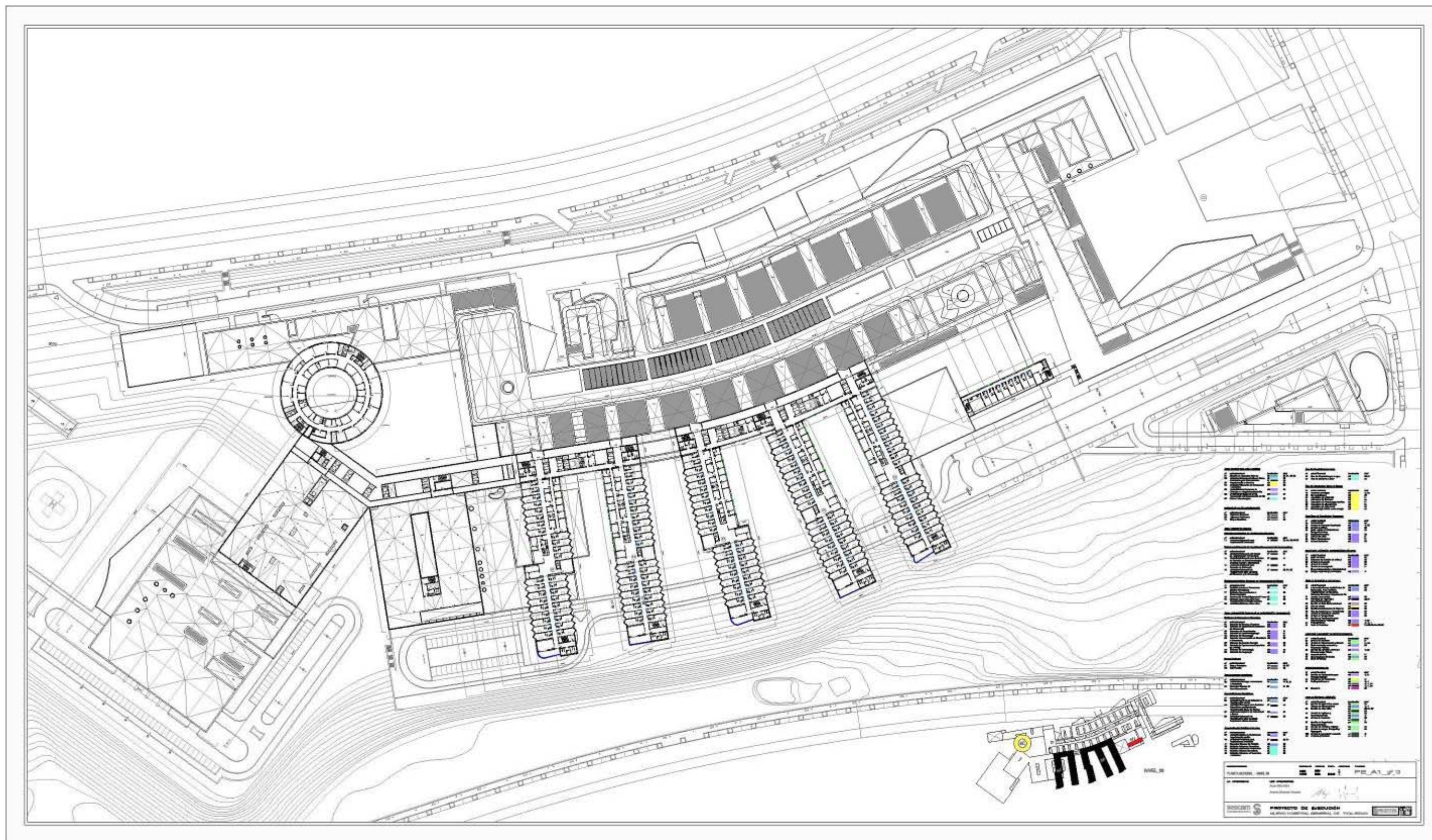
PLANTA NIVEL 04. PROYECTO ORIGINAL DE LICITACIÓN



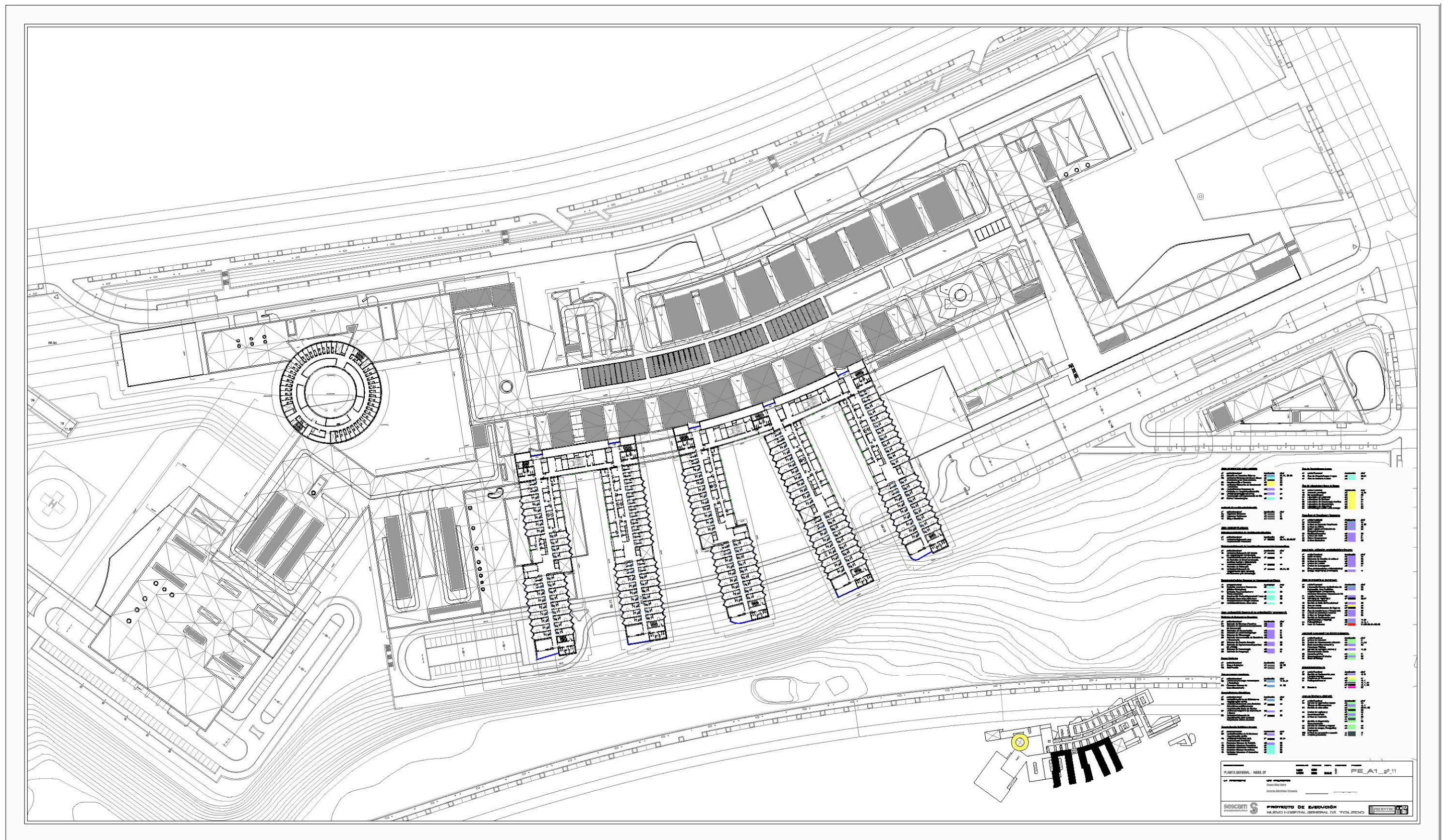
PLANTA NIVEL 05. PROYECTO ORIGINAL DE LICITACIÓN



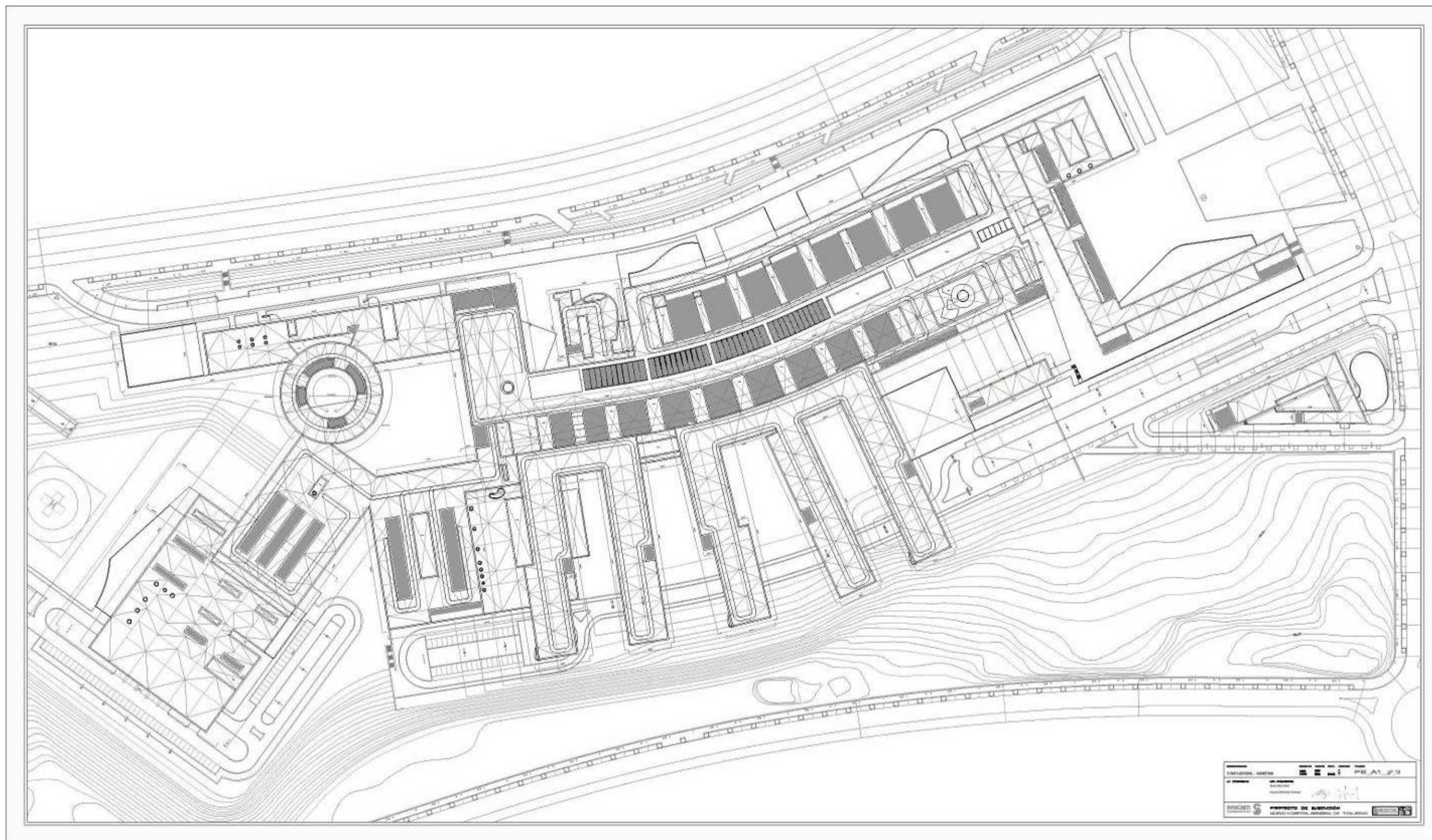
PLANTA NIVEL 06. PROYECTO ORIGINAL DE LICITACIÓN



PLANTA NIVEL 07. PROYECTO ORIGINAL DE LICITACIÓN



PLANTA NIVEL CUBIERTAS. PROYECTO ORIGINAL DE LICITACIÓN



3.- PRESUPUESTO

3.1.- Presupuesto de ejecución de la obra

RESUMEN PRESUPUESTO DE EJECUCIÓN DE OBRA						
NHT, según nuevo PF		m²	Ratio Standard PEM	Ratio adaptado NHT-PEM	TOTAL PEM	TOTAL PEC (+19%)
Hospital	Asistencial	144.943	924 €	652 €	94.486.892 €	112.439.401,80 €
	No asistencial	30.175	714 €	464 €	14.012.063 €	16.674.354,97 €
	Aparcamientos	65.159	588 €	205 €	13.383.007 €	15.925.778,34 €
	Vial subterráneo	15.896	546 €	86 €	1.362.732 €	1.621.651,42 €
	Acabados exteriores				12.000.000 €	14.280.000,00 €
Subtotal Hospital		256.174			135.244.695 €	160.941.186,53 €
Urbanización Helisuperficie y Subestación eléctrica	Urbanización exterior (viales, aceras y 155 plazas de parking)	18.436		121 €	2.222.552 €	2.644.836,86 €
	Urbanización exterior (zona verde según medición)	29.543		112 €	3.297.737 €	3.924.307,48 €
	Urbanización Plan Especial	25.145		112 €	2.806.811 €	3.340.104,64 €
	Helisuperficie	1.500		107 €	160.740 €	191.280,60 €
	Subtotal Hospital	74.624			8.487.840 €	10.100.529,58 €
SUBTOTAL ANTES DE SEGURIDAD Y SALUD, GG + BI E IVA					143.732.535 €	171.041.716,11 €
Seguridad y Salud (3%)					4.311.976 €	5.131.251,49 €
SUBTOTAL ANTES DE GG + BI E IVA					148.044.511 €	176.172.967,60 €
GG + BI (19%)					28.128.457 €	
SUBTOTAL ANTES DE IVA					176.172.968 €	176.172.967,60 €

Otros costes de Inversión, a parte de la ejecución de la obra son los siguientes:

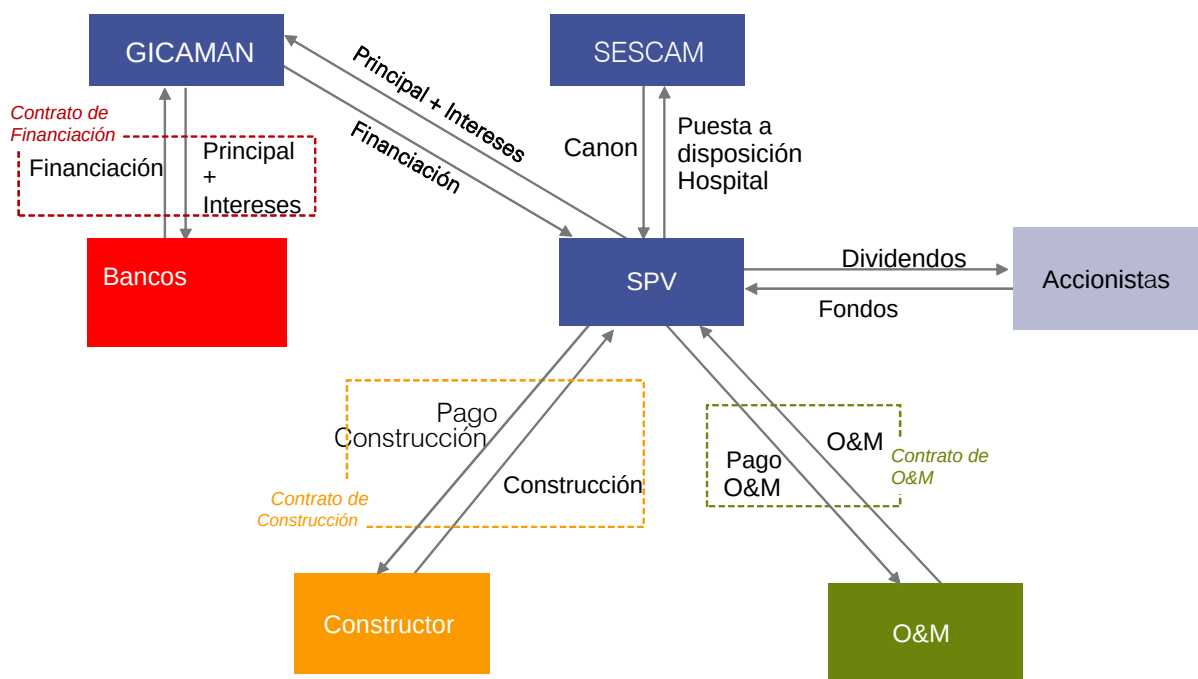
OTROS COSTES DE INVERSIÓN	
Mobiliario clínico (sin IVA)	5.452.616,00 €
Mobiliario general (sin IVA)	4.490.700,00 €
Logística de los equipamientos y consumibles y Plan de traslado	1.000.000,00 €
Control de Calidad (3%PEM)	4.441.335,32 €
Contratos complementarios (4%PEM)	5.921.780,42 €
Tecnologías de Información	5.103.303,83 €
SIGI (el coste de mantenimiento y explotación de este sistema se incorpora en los costes de explotación, estimando 10.000 €/año proyectado en los años de explotación.)	600.000,00 €
Subestación (inversión inicial. Sin coste de explotación)	10.313.406,00 €
SUBTOTAL ANTES DE IVA	37.323.141,57 €
TOTAL OBRA + OTROS (SIN IVA)	213.496.109,17 €

4.- ESTUDIO DEL RÉGIMEN DE UTILIZACIÓN Y EXPLOTACIÓN DE LA OBRA

El estudio realiza una descripción, de las cuestiones relacionadas con el presente Anteproyecto:

- Las condiciones de viabilidad económico – financieras del modelo de concesión propuesto.
- El análisis de los costes futuros para la Administración asociados al mecanismo diseñado para la retribución al Concesionario.
- La estimación de la rentabilidad asociada al hipotético concesionario que resultase adjudicatario para desarrollar la Concesión.
- Maximizar la rentabilidad económica del Proyecto, así como la eficiencia económica y presupuestaria.
- Transferir de forma adecuada y en todo caso, mayoritariamente, los riesgos de construcción y explotación a la iniciativa privada.

Para la realización del estudio de utilización y explotación de la obra se ha desarrollado un modelo informatizado de simulación económico-financiera, reflejo del Plan de Negocio del Proyecto. De forma simplificada y en un nivel de desagregación muy elemental, el modelo ha supuesto la siguiente estructura contractual y de gestión:



Interpretando este esquema, cabe decir lo siguiente:

- GICAMAN pone a disposición de la futura concesionaria los terrenos y la obra ya ejecutada.
- GICAMAN y SESCAM efectuarán las gestiones oportunas para mantener la vigencia de los contratos de financiación.
- GICAMAN mantiene la posición de deudor acreditado, sin perjuicio de repercutir a la entidad concesionaria las mismas obligaciones y derechos asumidos de conformidad con dichos contratos.
- La entidad concesionaria asumirá como propias las obligaciones pendientes de cumplimiento por GICAMAN.
- GICAMAN transmite a la concesionaria todos los derechos que hubiere recibido en virtud de los contratos.
- GICAMAN asume el papel de intermediario necesario para el cobro de las disposiciones de los contratos de financiación.
- La parte del canon que la entidad concesionaria reciba del SESCAM por la explotación del Hospital, y que deba ir destinada a satisfacer el servicio de la deuda, puede pignorar a favor de las entidades financieras.

Las principales características de utilización y explotación del Anteproyecto para Hospital Universitario de Toledo son las siguientes:

- **Inversión inicial estimada (obra):** 213.496.109 €. A esta inversión hay que añadir la inversión ya realizada (122.897.711 €) que no tendrá que acometer el concesionario pero deberá asumir la financiación asociada a la misma.
- **Dimensión:** El Nuevo Hospital de Toledo tendrá una dimensión de 256.174 m², el Hospital Nacional de Paraplégicos 53.212 m², el Hospital Provincial 6.926 m² y el Hospital Virgen del Valle 17.002 m².
- **Periodo concesional:** El contrato de concesión tendrá una duración total de 30 años. El periodo de construcción y puesta en marcha durará 1,5 años y el periodo de operación 28,5 años.

El Concesionario será responsable del desarrollo del proyecto definitivo, la construcción, la provisión del mobiliario, así como la explotación de los servicios no asistenciales y las explotaciones comerciales.

A continuación se enumera la distribución y alcance de los servicios de la empresa concesionaria en relación al Complejo Hospitalario Universitario de Toledo y el resto de infraestructuras que forman parte en alguno de sus puntos de la concesión:

ALCANCE	HOSPITAL Universit. de Toledo	HOSPITAL Virgen del Valle	HOSPITAL Provincial	HOSPITAL Nacional Paraplégicos
SERVICIO				
LIMPIEZA	SÍ	SÍ	SÍ	---
MANTENIMIENTO	SÍ	---	---	---
RESIDUOS	SÍ	SÍ	SÍ	---
SEGURIDAD Y VIGILANCIA	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
LAVANDERÍA Y LENCERÍA	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
LOGÍSTICA	SÍ	SÍ	SÍ	---
RECEPCIÓN, INFORMACIÓN Y CENTRALITA TEL.	SÍ	SÍ	SÍ	---
GESTIÓN DOCUMENTAL	SÍ	SÍ	SÍ	---
ALIMENTACIÓN	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
SUMINISTROS ENERGÉTICOS Y AGUA	SÍ	---	---	---
APARCAMIENTO	SÍ	---	---	---
TV Y TELEFONÍA	SÍ	---	---	---
MÁQUINAS EXPENDEDORAS	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
CAFETERÍA COMEDOR	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ (en la misma cafetería)
GUARDERÍA LUDOTECA	SÍ	---	---	---
LOCALES COMERCIALES	SÍ	---	---	---

4.1.- Forma de financiación

El presente apartado tiene por objeto describir las principales hipótesis y supuestos técnico- operativas y financieras que han sido consideradas en la elaboración del Plan de Negocio/Modelo de simulación económico-financiera de una eventual sociedad gestora de la Concesión que resultase adjudicataria del concurso correspondiente.

Para la realización del análisis de viabilidad económico-financiero se ha desarrollado un modelo de simulación ex profeso, reflejo del plan de negocio de una hipotética sociedad gestora de capital 100% privado.

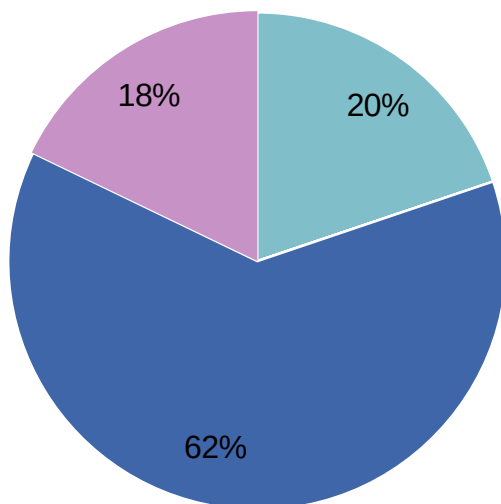
Como hipótesis del Modelo se ha establecido en el caso base un apalancamiento del 62%. Las necesidades de financiación se cubrirán con los fondos propios que aportará el concesionario (20%), con la aportación de la JCCM (18%) y con la financiación que GICAMAN pondrá a disposición del concesionario (62%).

Las disposiciones de fondos se han supuesto de forma pari passu, es decir, tanto el capital social aportados por los accionistas como las disposiciones de deuda se realizan de acuerdo a los porcentajes que representan cada uno de ellos en la estructura financiera del proyecto.

El IVA durante construcción se financia de forma separada con un tramo de deuda IVA. Los costes financieros de esa deuda incrementan el valor de la inversión. La deuda IVA queda saldada una vez recibido el importe de la liquidación del impuesto.

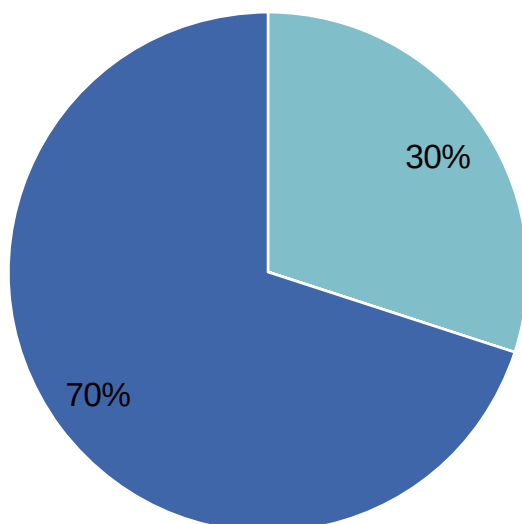
La estructura de financiación resultante para la totalidad del proyecto es la siguiente:

Capital Social: (20%)
Deuda GICAMAN: (62%)
Aportación JCCM: (18%)



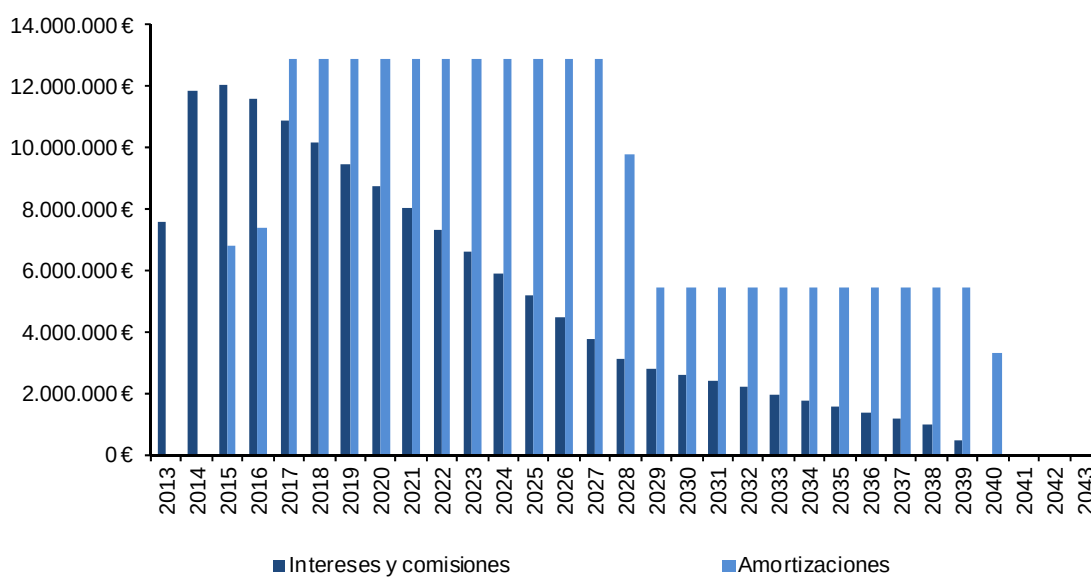
Por otro lado y como ya se ha puesto de manifiesto, la estructura de financiación para la parte del proyecto pendiente financiar quedaría de la siguiente manera:

Capital Social: 73.098.648 € (30%)
Deuda GICAMAN: 170.563.513 € (70%)



El siguiente gráfico muestra la evolución del servicio de la deuda total de Gicaman y del servicio de la deuda parcial asociada a las deudas con las Entidades Financieras

Servicio de la Deuda Gicamán



El nivel de apalancamiento financiero efectivo máximo de la inversión inicial para la construcción que queda pendiente se ha fijado en un 70%.

El concesionario tendrá acceso a la financiación bancaria a través de SESCAM/GICAMAN. El concesionario tendrá que acometer las inversiones y demás actuaciones con la financiación procedente de las Entidades Financieras y con los fondos propios aportados por el concesionario.

4.2.- Régimen tarifario

El mecanismo de retribución al Concesionario se basa en un Canon Anual compuesto por los siguientes conceptos:

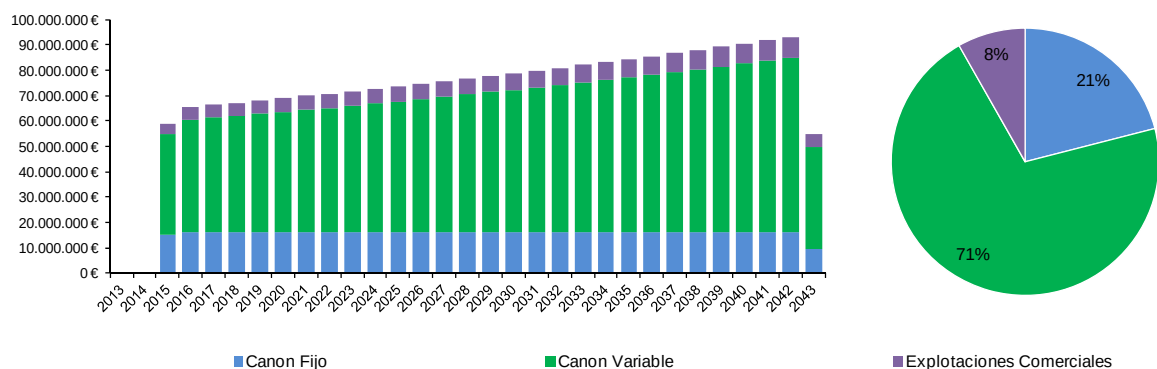
- Canon Fijo Anual: Se calculará en función de los costes de inversión y equipamiento inicial y los costes de reposición a lo largo del periodo de concesión.
- Canon Variable Anual: Se configura como la suma de los precios anuales ofertados para los servicios no clínicos incluidos en el perímetro de la concesión (calculados sobre la actividad prevista en los futuros pliegos) más los gastos operativos, otorgando una rentabilidad suficiente a los accionistas de la Sociedad Concesionaria.

El mecanismo de retribución considera una serie de deducciones objetivamente aplicables y calculadas mediante fórmulas matemáticas en función de la actuación del concesionario. La aplicación de estas deducciones deberá ser automática y podrá tener un efecto significativo en la rentabilidad del concesionario. Sin embargo, con el objetivo de mantener las condiciones ventajosas actuales de la financiación comprometida para el HUT, hay que decir que la suma de deducciones nunca podrá suponer que el concesionario no pueda afrontar los pagos del servicio de la deuda.

En caso de que las deducciones a aplicar al concesionario supongan que el canon a cobrar sea inferior al servicio de la deuda, el SESCAM abonará al concesionario el importe completo del servicio de la deuda creándose una cuenta de compensación a favor de la Administración remunerada a un tipo de interés de la TIR del proyecto más un diferencial del 4% que se detraerá del canon del concesionario cuando existan excedentes en años futuros.

Asimismo, el inicio del devengo de la retribución del concesionario únicamente se producirá una vez terminadas las obras y a partir de la fecha de puesta a disposición de la totalidad de las infraestructuras objeto de concesión.

En los siguientes gráficos se muestra a nivel esquemático y meramente ilustrativo, la estructura aproximada de los potenciales ingresos del concesionario a través de este mecanismo retributivo:



Ingresos:

La remuneración del concesionario consistirá en un Canon Fijo Anual y un Canon Variable Anual. El CVA se ha estimado en el caso base para el ejercicio 2013 en un valor de 42 M€ (IVA no incluido), desglosándose según la siguiente fórmula:

$$CVA = (CV_1A + CV_2A)$$

CVA Canon Variable Anual
 CV₁A Coste de los Servicios no Clínicos
 CV₂A Coste de la deuda + la retribución al Concesionario

El importe del CFA se ha determinado en base a las necesidades de financiación y los costes de actualización de la inversión inicial (reposiciones), según la siguiente fórmula:

$$\text{CFA} = (\text{CI} + \text{CE} + \text{CA})$$

CFA Canon Fijo Anual
CI Coste de Inversión Inicial
CE Coste de Equipamiento Inicial
CA Coste de Actualización y Reposición

Gastos:

Los gastos de operación y mantenimiento a los que tiene que hacer frente el concesionario de acuerdo con el caso base están compuestos en más de un 94% por gastos relacionados a la prestación de servicios no asistenciales que forman el perímetro de la concesión.

La Sociedad tendrá que hacer frente a las partidas fundamentales de costes operativos:

- La Sociedad tendrá que hacer frente a los gastos de conservación y mantenimiento de la infraestructura, a los costes derivados de la explotación de los servicios no clínicos recogidos en el pliego de cláusulas así como los costes de estructura (personal fijo, mantenimiento de edificios, alquiler de oficinas, etc.) y las reparaciones y mejoras que esta demande a lo largo del período de duración de la concesión para la satisfacción de los niveles de conservación que se recojan en el pliego de cláusulas como incentivos a la realización de una conservación adecuada.
- Impuestos que serán de aplicación durante el período de explotación del proyecto..

Los servicios a asumir por la Concesionaria se describen en los preámbulos del punto 4.-.

A continuación se adjunta, tabla con la estimación de costes de los servicios incluidos en la concesión (sin IVA). Por cada año.

SERVICIO	Estimación	TOTAL LICITACIÓN (AL AÑO)
LIMPIEZA		5.600.000 €
MANTENIMIENTO		4.845.000 €
RESIDUOS		100.000 €
SEGURIDAD Y VIGILANCIA		1.500.000 €
LAVANDERÍA Y LENCERÍA		2.975.000 €
LOGÍSTICA		826.000 €
RECEPCIÓN, INFORMACIÓN Y CENTRALITA		450.000 €
GESTIÓN DOCUMENTAL		420.000 €
ALIMENTACIÓN A PACIENTES		4.200.000 €
SUMINISTROS ENERG. Y AGUA		6.500.000 €

La tabla de aportaciones diferidas – en términos corrientes – de la Administración a lo largo de todos los ejercicios del plazo concesional con los presupuestos anteriores, se puede ver en el punto 3.8.- del Estudio de viabilidad Económico financiero.