



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

UN NUEVO MODELO DE REGIMEN JURIDICO Y DE  
LOS RECURSOS HUMANOS EN LA SANIDAD. LA  
EXPERIENCIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Francisco Soriano Cano



Tesis

**Doctorales**

[www.eltallerdigital.com](http://www.eltallerdigital.com)

UNIVERSIDAD de ALICANTE

**Facultad de Derecho**

Departamento de Estudios Jurídicos del Estado

Programa de Doctorado: Estudios Jurídicos y Constitucionales

Línea de investigación: “Modernización y Fortalecimiento del Estado, de las Políticas  
Públicas y de las Administraciones Públicas”

**TITULO DE LA TESIS PRESENTADA:**

**UN NUEVO MODELO DE REGIMEN JURIDICO Y DE LOS RECURSOS HUMANOS EN LA  
SANIDAD. LA EXPERIENCIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.**

Doctorando: D. Francisco Soriano Cano

Dirigida por Dr. D. José Manuel Canales Aliende

Alicante, Noviembre de 2015



A Isabel, Carlos y Cristina, por compartir este proyecto conmigo.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



## AGRADECIMIENTOS

Ante todo, mostrar mi agradecimiento a todas las personas que han estado a mi lado en este trabajo, sin ellos hubiera sido imposible llegar a buen puerto. Su apoyo incondicional y su experiencia, han sido determinantes.

En primer lugar, quiero mostrar mi más sincero testimonio de gratitud al director de esta tesis doctoral, al profesor D. José Manuel Canales Aliende, por sus sabios consejos, su comprensión y confianza en mí, demostrada durante la confección de ese trabajo. Sin sus ánimos y su generosidad constante conmigo, hubiera sido imposible finalizar mi tesis doctoral.

A mis amigos y compañeros Gabriel, Elena, Malú, Eloy, Pilar y Pepe por ayudarme a mantener siempre viva la llama.

A mi amigo José María Salinas por sus sugerencias, su apoyo incondicional y las horas que me ha dedicado.

Por último, a amigos y familiares por su apoyo.

A todos ellos, gracias.



## SUMARIO

### **CAPÍTULO I. PRESENTACION**

### **CAPÍTULO II. LAS PRINCIPALES ABREVIATURAS UTILIZADAS**

### **CAPÍTULO III. EL PLANTEAMIENTO Y LA METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

#### **3.1 El planteamiento de la investigación**

#### **3.2 La metodología de la investigación**

### **CAPITULO IV. EL PAPEL DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR PÚBLICO**

#### **4.1 Introducción**

#### **4.2 El concepto de Administración Pública**

#### **4.3 El número de empleados públicos**

#### **4.4 Las clases de empleados públicos**

#### **4.5 La evolución del empleo público**

### **CAPÍTULO V. EL SERVICIO PÚBLICO DE LA SALUD**

#### **5.1 La noción de servicio público**

##### **5.1.1 Los orígenes del servicio público**

##### **5.1.2 La recepción de la tesis francesa del concepto de servicio público**

##### **5.1.3 El concepto de servicio público**

#### **5.2 El marco político-administrativo preconstitucional**

#### **5.3 El marco constitucional de la salud**

##### **5.3.1 Los principios constitucionales**

##### **5.3.2 Su desarrollo**



## **CAPÍTULO VI. LA DISTRIBUCION DE COMPETENCIAS DE LOS RECURSOS HUMANOS DE LA SANIDAD.**

### **6.1 La distribución de competencias en el sistema administrativo español**

6.1.1 Especial referencia a la Comunidad Valenciana

### **6.2 Las transferencias sanitarias**

6.2.1. Especial referencia a la Comunidad Valenciana

## **CAPÍTULO VII. LOS RECURSOS HUMANOS EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA**

### **7.1 La naturaleza jurídica de la relación y sus implicaciones sociopolíticas**

### **7.2 La clasificación normativa**

### **7.3 Las tareas asignadas a los grupos profesionales**

### **7.4 La representación de los trabajadores**

7.4.1 La representación sindical

7.4.2 La representación de los Colegios Profesionales

### **7.5 El Directivo Sanitario**

7.5.1 La evolución histórica

7.5.2 El directivo público en el derecho comparado

7.5.3 El régimen jurídico

7.5.4 Las relaciones especiales de trabajo. El contrato de alta dirección

7.5.4.1 El concepto de personal de Alta Dirección

7.5.4.2 El contrato de alta dirección

7.5.5 El directivo público en la Comunidad Valenciana

7.5.5.1 La normativa de aplicación

7.5.5.2 La clasificación

7.5.5.3 ¿La discrecionalidad o la arbitrariedad en la selección de directivos en instituciones sanitarias en la Comunidad Valenciana?

7.5.5.4 Los nombramientos provisionales en instituciones sanitarias de la Consellería de Sanidad

7.5.6 El análisis jurisprudencial

7.5.7 El perfil profesional

### **7.6 Los Recursos Humanos en la Consellería de Sanidad. El Plan de Empleo**

## **CAPÍTULO VIII. LOS RECURSOS HUMANOS EN LA GESTION DE LOS SERVICIOS SANITARIOS. LAS FORMAS PERSONIFICADAS Y GESTION INDIRECTA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA**

### **8.1 Notas introductorias**

### **8.2 Las empresas públicas y sociedades**

### **8.3 Las Fundaciones**

### **8.4 El Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público y Consorcios**

### **8.5 El contrato de servicios**

### **8.6 El ámbito de la colaboración entre el sector público y el privado**

### **8.7 El contrato de gestión de servicios públicos**

### **8.8 Un proyecto de colaboración público-privada. El Modelo Sanitario de Gestión Compartida (MSGC)**

### **8.9 Las concesiones administrativas**

## **CAPÍTULO IX. EL MARCO DE GESTION Y JURIDICO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN LOS NUEVOS MODELOS DE GESTION. LAS CONCESIONES ADMINISTRATIVAS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA**

### **9.1 Un modelo de colaboración público-privada**

#### **9.1.1 Las nuevas técnicas de gestión**

#### **9.1.2 Las asociaciones o acuerdos de colaboración público-privada**

##### **9.1.2.1 Las características y los beneficios**

##### **9.1.2.2 Los antecedentes**

##### **9.1.2.3 Los requisitos para una implantación adecuada y duradera**

#### **9.1.3 Las APP en el sector sanitario**

##### **9.1.3.1 Las distintas denominaciones**

##### **9.1.3.2 El debate sobre su implantación**

##### **9.1.3.3 Los profesionales del sector sanitario**

#### **9.1.4 Los modelos contractuales tradicionales en nuestro ordenamiento de colaboración público-privada**

#### **9.1.5 El contrato de concesión de obra pública y su evolución**

#### **9.1.6 El contrato de colaboración entre el sector público y el privado como alternativa**

### 9.1.7 La evidencia de las CPP en el Sistema Nacional de Salud

## 9.2 Las concesiones administrativas sanitarias valencianas actuales

### 9.2.1 El marco jurídico

#### 9.2.1.1 El tipo de contrato. El régimen jurídico

#### 9.2.1.2 La subcontratación y la cesión

#### 9.2.1.3 El rescate

#### 9.2.1.4 La resolución del contrato

#### 9.2.1.5 La reversión de la concesión

### 9.2.2 Las concesiones actuales. El Modelo Alzira

#### 9.2.2.1 Algunas claves y características

#### 9.2.2.2 El marco político, sindical y empresarial. El Acuerdo del Botanic

#### 9.2.2.3 La opinión de los ciudadano

### 9.2.3 El marco de gestión y el normativo

#### 9.2.3.1 De los recursos humanos

##### 9.2.3.1.1 Del entorno laboral

##### 9.2.3.1.2 De la selección de personal

##### 9.2.3.1.3 De la convivencia de personal estatutario y personal laboral

##### 9.2.3.1.4 De las retribuciones

##### 9.2.3.1.5 De la carrera y del desarrollo profesional

##### 9.2.3.1.6 Las políticas de formación, docencia e investigación. Los Hospitales Universitarios.

##### 9.2.3.1.7 El personal estatutario, el laboral y los cargos directivos

#### 9.2.3.2 De la gestión del modelo concesional valenciano

##### 9.2.3.2.1 Los Acuerdos de Gestión

##### 9.2.3.2.2 Las Gerencias únicas y de los Departamentos sanitarios

##### 9.2.3.2.3 La “cápita” de las concesiones sanitarias y de “el dinero sigue al paciente”. La facturación intercentros.

##### 9.2.3.2.4 Algunas penalizaciones destacadas: (2)

###### 9.2.3.2.4.1 El coeficiente de transferencia de servicios:

###### 9.2.3.2.4.2 La Cláusula limitativa:

##### 9.2.3.2.5 El control de las concesiones. Las Comisiones Mixtas de Seguimiento como órgano de control

##### 9.2.3.2.6 El control de las concesiones: los Comisionados de la Consellería de Sanidad.

###### 9.2.3.2.6.1 Los requisitos, las funciones y la dependencia

###### 9.2.3.2.6.2 El futuro Cuadro de Mandos Integral de las Unidades de los Comisionados

##### 9.2.3.2.7. Una dirección general para la gestión del “Modelo Alzira”: La Dirección General de la Alta Inspección Sanitaria.

##### 9.2.3.2.8 Las empresas concesionarias:

- 9.2.4 El modelo del Hospital de la Ribera
- 9.2.5 El modelo del Hospital de Torrevieja
- 9.2.6 El modelo del Hospital de Denia.
- 9.2.7 El modelo del Hospital de Manises
- 9.2.8 El modelo del Hospital del Vinalopó
- 9.2.9 La cuestionada continuidad del modelo Alzira

## **CAPÍTULO X. LA GESTION DE LOS MODELOS DE COLABORACION PUBLICO PRIVADA COMPARADOS**

### **10.1 Los modelos de gestión en las Comunidades Autónomas**

- 10.1.1 Los antecedentes
- 10.1.2 Las concesiones actuales
- 10.1.3 Especial referencia a la Comunidad de Madrid
- 10.1.4 El debate en otras Comunidades Autónomas

### **10.2 La situación internacional.**

## **CAPÍTULO XI. LAS PRINCIPALES CONCLUSIONES**

## **CAPÍTULO XII. BIBLIOGRAFIA Y ANEXOS**

### **12.1 Referencias bibliográficas y bibliografía básica consultada**

### **12.2 Memorias y documentos básicos consultados**

### **12.3 Índice de tablas**

### **12.4 Normativa básica consultada**



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

---

## CAPÍTULO I. PRESENTACION

Este trabajo de investigación comenzó inicialmente cuando ya empezaba a ser una realidad la implantación de un nuevo modelo de gestión sanitaria en la Comunidad Valenciana que “competiría con” según algunos expertos en gestión sanitaria o “complementaría a” según otros, los hospitales públicos de gestión directa funcionando hasta ese momento.

La entrada en funcionamiento del Hospital de la Ribera en la localidad valenciana de Alzira en 1999, marcó un hito en la futura relación de gestión y normativa de las entidades que prestarían la asistencia sanitaria con el sector público y también la relación jurídica de los empleados de las nuevas empresas adjudicatarias, a diferencia de los empleados públicos, mayoritariamente personal estatutario, que prestaban sus servicios profesionales en los hospitales públicos de gestión directa de la Comunidad Valenciana.

La situación de confusión y dispersión era importante por aquel entonces, ya que el abordar el estudio y análisis de un cambio tan importante en la gestión de un servicio público esencial como es la asistencia sanitaria, y con especial referencia a sus recursos humanos, y además de ser el primer hospital público en España gestionado bajo la modalidad de concesión administrativa sin tener evidencias de su progresión, era un trabajo cuando menos atrevido ya que cada país, cada modelo de gestión y cada momento histórico es diferente al resto, por lo que lleva a la conclusión de que había que realizar un análisis concreto de la adaptación de este nuevo modelo de colaboración público-privada en la Comunidad Valenciana con sus características socio-políticas de aquel momento: un Gobierno con suficiente mayoría para afrontar decisiones difíciles y con una muy posible contestación política, social y sindical, una sociedad que cada vez exigía a las Administraciones Públicas más y mejores servicios públicos, y un sector público con fuertes restricciones presupuestarias que no podían cubrir las necesidades de la población con unos indicadores de calidad y satisfacción adecuados.

Mi condición de personal estatutario al servicio de Instituciones Sanitarias de la Consellería de Sanidad durante más de treinta años, en diferentes categorías profesionales y en diferentes puestos de responsabilidad en la gestión sanitaria, ha despertado siempre mi interés y mi dedicación continua por la mejora de la prestación del servicio público sanitario.

Con la asistencia a los primeros cursos sobre este nuevo modelo de colaboración entre el sector público y el sector privado en la prestación de la asistencia sanitaria y donde se empezaba a abordar el “Modelo Alzira” como un “paradigma” de la “buena gestión”, empezó a sembrar en mí la inquietud sobre “las luces y sombras” de ese apuesta del Gobierno Valenciano, que hasta el momento lleva construido cinco hospitales y tiene bajo su cobertura a aproximadamente un millón de valencianos y valencianas.

Por ello, mis motivaciones principales para adentrarme en este trabajo han sido, por tanto, mi larga trayectoria de relación profesional con la sanidad pública y mi vocación por la disciplina de la Ciencia Política y de la Administración. Todo esto, sumado a lecturas, asistencia e impartición de seminarios y cursos durante muchos años, los congresos especializados y el recientemente Congreso de Hospitales celebrado en Alicante y Elche el pasado mes de marzo de año en curso bajo el título: “Los servicios sanitarios y los ciudadanos”, donde se analizó y se debatió entre excelentes profesionales de la gestión los distintos modelos de colaboración sanitaria entre el sector público y el privado, me han permitido adquirir unos conocimientos que he intentado recoger en este trabajo.

También me ha resultado especialmente útil, por haberme dado una formación académica adecuada en cuanto al conocimiento de la Administración Pública y su funcionamiento, la Licenciatura en Derecho en la Universidad Nacional de Educación a Distancia, la Licenciatura de Ciencias Políticas y de la Administración por la Universidad Miguel Hernández y el haber finalizado en el curso académico 2014/2015 el recién implantado Grado en Ciencias Jurídicas de las Administraciones Públicas en la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

## CAPÍTULO II. LAS PRINCIPALES ABREVIATURAS UTILIZADAS

- AGE: Administración General del Estado.
- APP: Asociaciones o acuerdos de colaboración entre los sectores públicos y privado.
- AVS: Agencia Valenciana de Salud.
- AVSA: Agencia Valenciana de Seguridad Alimentaria.
- C.E: Constitución Española de 1978.
- CCP: Contrato de colaboración público-privada.
- CCUPL: Texto Actualizado del Convenio Colectivo único para el personal laboral de la Administración General del Estado de 1998, aprobado por la CIVEA, en su reunión de 12 de septiembre de 2002 con efectos hasta 31 de diciembre de 2003.
- CPEV: Corporación Pública Empresarial Valenciana.
- CSISP: Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP).
- DAFO: Análisis de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades.
- DOCV: Diario Oficial de la Comunidad Valenciana.
- EBA: Ente Público de Base Asociativa.
- EBEP: Estatuto Básico del empleado público.
- EM: Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud. BOE de 17 de diciembre de 2003.
- EPES: Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.
- ERE: Expedientes de regulación de empleo.
- ET: Estatuto de los Trabajadores.
- EUROSTAT: Oficina de Estadística de la Unión Europea.
- FISABIO: Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana.
- IFP: Iniciativa para el Financiamiento Privado establecida por el Gobierno del Reino Unido.
- INE: Instituto Nacional de Estadística.
- INGESA: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.



- INP: Instituto Nacional de Previsión.
- INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social.
- LFCE: Ley de Funcionarios Civiles del Estado.
- LGS: Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, del Sistema Nacional de Salud.
- LMURFP: Ley 30/1984, de 2 de agosto, de medidas para la reforma de la Función Pública (en adelante LMURFP).
- LRJAP y PAC: Ley 30/ 92 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.
- OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.
- OCO: Objetivos de Compromiso con la Organización.
- PCAP DE LAS CONCESIONES: Pliegos de Cláusulas Administrativas para la contratación de la gestión del servicio público por concesión, mediante concurso y procedimiento abierto, de la asistencia integral de las cinco concesiones administrativas en la Comunidad Valenciana.
- PCAP Pliegos de Cláusulas Administrativas Particulares.
- PPT: Pliego de Prescripciones Técnicas.
- RPT: Relaciones de Puestos de Trabajo.
- SAIP: Servicio de Atención e Información al Paciente.
- SIP: Sistema de Información Poblacional.
- SNS: Sistema Nacional de Salud.
- SOE: Seguro Obligatorio de Enfermedad.
- TC: Tribunal Constitucional.
- TRLCSP: Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público.
- TRRL: Real Decreto Legislativo 781/1986, de 18 de abril, por el que se aprueba el Texto Refundido de las disposiciones legales vigentes en materia de Régimen Local.
- TS: Tribunal Supremo.
- UE: Unión Europea.

## CAPÍTULO III. EL PLANTEAMIENTO Y LA METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

### 3.1 El planteamiento de la investigación

La elección del tema concreto de mi trabajo, aparentemente sencillo, ha sido el primer obstáculo que he tenido que superar. De acuerdo con Ramón SORIANO (2008) en su obra *Cómo se escribe una tesis. Guía práctica para estudiantes e investigadores*, para algunos investigadores es muy fácil, pero para otros puede ser un problema inicial. Siguiendo las recomendaciones de Umberto ECO (2009) en su obra *Cómo elaborar una tesis en derecho. Pautas metodológicas y técnicas para el estudiante o investigador del derecho*, planteo desde el principio la elección del tema de la tesis y el objeto de la misma.

Con la aprobación de la Constitución Española de 1978 y desde el punto de vista competencial, se inicia una nueva organización de la asistencia sanitaria en España, siendo ésta transferida a todas las Comunidades Autónomas con excepción de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla donde el Estado sigue teniendo la competencia y las gestiona a través de una entidad gestora de la Seguridad Social, el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). El INGESA es heredero del Instituto Nacional de Previsión (INP), desaparecido en 1978. Este proceso de transferencias finalizó en diciembre de 2002, y a partir de entonces la asistencia sanitaria pública la asume el Sistema Nacional de Salud a través de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas y configurado por la Ley 14/1986 General de Sanidad.

Es importante para el análisis que voy a exponer, las categorías analíticas en cualquier ámbito de política pública, como son la regulación, la financiación y la provisión, siendo especialmente de utilidad para analizar el funcionamiento del sistema sanitario valenciano y fundamentalmente la **provisión** por ser materia principal de estudio en este trabajo, entendida como gobernanza del sistema sanitario.

Un sistema sanitario **universalista** como el español, tiene como características principales en primer lugar el estar basado en el concepto de **residencia**, como un

criterio de elegibilidad y asignación de ciudadanos a unas determinadas instituciones sanitarias para la protección de su salud. También son características de estos sistemas, su financiación mediante **impuestos** y la **gratuidad** para los ciudadanos.

En cuanto al objeto de la investigación, lo es por una parte **como** se ha desarrollado en la Comunidad Valenciana, una vez realizadas las transferencias realizadas en 1987 **la gestión** por parte del sector público de ese “derecho a la protección de la salud” reconocido en el artículo 43 del texto constitucional a partir de la implantación del “*Modelo Alzira*” de gestión indirecta con la puesta en marcha en 1999 del Hospital de Alzira, en la localidad valenciana de la Rivera. Este modelo de provisión sanitaria tiene cuatro ejes fundamentales que son: a) propiedad pública, b) control público, c) financiación pública y d) gestión privada.

Por otra parte, también son objeto de este trabajo de investigación los **directivos** del sector sanitario valenciano, que han sido los “brazos ejecutores” de la planificación sanitaria de los poderes públicos en desarrollar un modelo de gestión indirecta de nuevo cuño, conviviendo con una directa ya en funcionamiento de forma tradicional y que han liderado los cambios tanto a nivel organizativo como asistencial, económico y financiero. Su evolución, su proceso selectivo, su distinta relación jurídica (funcionarios de carrera, personal estatuario y personal ajeno a la Administración Pública) también es objeto de análisis en este trabajo.

Y los **profesionales sanitarios** como eje central y auténticos protagonistas de mi tesis dentro de un contexto de confusión normativa generalizada, una vez desarrollado el modelo de colaboración público-privado en donde conviven funcionarios de carrera, personal estatutario de la Seguridad Social con personal laboral del sector privado y que todos ellos prestan sus servicios en unas instituciones sanitarias que son gestionadas por empresas privadas que han sido adjudicatarias por parte del sector público de la prestación de un servicio público esencial que es la sanidad a través de un procedimiento de contratación pública.

La organización sanitaria valenciana, que está estructurada en 24 Departamentos Sanitarios equivalentes a las Áreas de Salud previstas en la Ley 14/1986, General de Sanidad, tiene 5 Departamentos gestionados de forma indirecta por empresas privadas

bajo el modelo de colaboración público-privada llamado “Modelo Alzira” y mencionado anteriormente. Los profesionales y sus directivos, tanto los que prestan sus servicios en los de gestión directa en los Departamentos con gestión pública, como los que lo hacen en los de gestión indirecta en los Departamentos de gestión privada, son materia de estudio en este trabajo.

Con posterioridad a las elecciones autonómicas de junio de 2015 y la situación política actual en la Comunidad Valenciana, sumado a los compromisos pre y poselectorales del nuevo Gobierno Valenciano, la perspectiva más probable y anunciada muy intensamente por los responsables sanitarios en todas y cada una de sus intervenciones públicas, desde el actual Presidente de la Generalitat Valenciana, Chimo Puig hasta la actual Consellera de Sanidad, Carmen Montón, es la reversión de las 5 actuales concesiones administrativas del “Modelo Alzira” al sector público sanitario valenciano. Muy probablemente, el primer hospital en revertir a la Consellería de Sanidad por ser el primero que finaliza su contrato es el Hospital de la Ribera en el año 2018. La situación de la evolución de todos los profesionales que actualmente prestan sus servicios en estas concesiones, es materia de estudio en esta tesis.

El orden del trabajo es el siguiente: En primer lugar (**Capítulo IV**), se procede a desarrollar la idea fuerza de esta tesis que no es otra que el papel de los recursos humanos en el sector público, dónde prestan sus servicios y qué es la Administración Pública, clases y evolución de los empleados públicos, así como las diferencias entre los recursos humanos entre las organizaciones públicas, privadas e instituciones sanitarias.

En el **Capítulo V** analizo el concepto de servicio público, sus orígenes, el concepto y marco político-constitucional del derecho a la salud, y la evolución desde un modelo de beneficencia a un modelo de Seguridad Social y hasta llegar al momento actual con un modelo universalista, dentro de las tipologías clásicas relativas a los regímenes del Estado de Bienestar, siguiendo a ESPING-ANDERSEN (1999), y que nos es útil para comprender a grandes rasgos, su distinción con otros modelos de asistencia sanitaria dentro de los países de la OCDE, como el de aseguramiento fundamentalmente privado que es el modelo liberal o sistemas de aseguramiento social que es el modelo corporativista-conservador o el tercero, el sistema universalista, como modelo

socialdemócrata que es donde está encuadrado el sistema de asistencia sanitaria en España.

**El Capítulo VI** está dedicado a la distribución de competencias en materia sanitaria como consecuencia de la organización territorial distinta basada en el Estado de las Autonomías desarrollada a partir del Título VIII de la Constitución Española. Cuando y como se produjeron y la situación de los recursos humanos que estaban prestando sus servicios en las instituciones sanitarias hasta entonces estatales y que ahora se transferían a los servicios de salud autónomos, como el caso específico de la Comunidad Valenciana, con normativa propia de función pública.

**El Capítulo VII**, uno del más extenso de este trabajo como entiendo que no podía ser de otra forma dado el planteamiento de mi tesis, está dedicado a los profesionales sanitarios con un sentido amplio, a su distinta naturaleza jurídica, su clasificación normativa y sus funciones asignadas por la normativa actual, en algunos casos preconstitucionales. Asimismo se recoge como están representados actualmente en la Consellería de Sanidad, como consecuencia de las últimas elecciones sindicales tanto a Junta de Personal como a Comité de Empresa. El directivo sanitario también es objeto principal de este título, como eje principal de mi trabajo y de mi análisis ya que entiendo que es fundamental esta figura en la gobernanza de la sanidad. También se analiza el primer “Plan de Ordenación de Recursos Humanos de las Instituciones Sanitarias dependientes de la Consellería de Sanidad” aprobado por el Consell de la Generalitat Valenciana en junio de 2013.

**El Capítulo VIII** está dedicado a las distintas formas de gestión sanitaria tanto directa como indirecta, y su marco jurídico con especial atención a las de la Comunidad Valenciana y a sus 24 Departamentos sanitarios actuales, así como su incidencia en los recursos humanos. Se recoge una iniciativa del Gobierno Valenciano de cambio de modelo de gestión en 2012 que no acabó de culminarse con un proyecto de colaboración público-privada, llamado “El Modelo Sanitario de Gestión Compartida”.

El estudio de los distintos modelos de colaboración público-privada con sus características, luces y sombras, así como un análisis del “Modelo Alzira” en la Comunidad Valenciana y de cada uno de sus 5 Departamentos Sanitarios gestionados

de forma integral, están en el **Capítulo IX**, el más extenso de todos. También la continuidad o no del modelo es objeto en este título con las distintas posibilidades de rescate, reversión, etc.

El **Capítulo X** recoge la situación del modelo de colaboración público-privada en las Comunidades Autónomas, que han optado por ella con una especial referencia a la Comunidad de Madrid donde, con la Comunidad Valenciana, han liderado la implantación de los distintos modelos de gestión indirecta de la gestión sanitaria. La situación internacional del inicio del modelo y la posterior extensión, también se recoge de forma puntual.

Finalmente, en el **Capítulo XI** se presentan las principales conclusiones que puedan permitir servir de “guía” o “patrón” para poder conciliar la organización sanitaria actual de la Comunidad Valenciana con un modelo de colaboración público-privada que ofrece asistencia sanitaria a un millón de ciudadanos valencianos ante una más que probable reversión al sector público de las cinco concesiones actuales, iniciando el proceso con el Hospital de Alzira en 2018.

### 3.2 La metodología de la investigación

Es este capítulo haré referencia a la metodología básica utilizada en este trabajo de investigación. Una investigación en la que he combinado los contenidos del Derecho Público, principalmente los de Derecho Administrativo y Derecho Laboral o del Trabajo, pero también los propios de la Ciencia Política y de la Administración. El conocimiento y la metodología en estas áreas, es imprescindible para poder describir un conjunto organizado, complementario, sistemático, racionalmente estructurado, coherente, de conocimientos, ideas, principios y normas.

He utilizado las categorías y terminología propia de los ámbitos jurídicos descritos en el párrafo anterior, así como del análisis de Políticas Públicas y que aparecen a lo largo de este trabajo en los instrumentos y procesos utilizados. No obstante lo anterior, una investigación más amplia, integral, o global de este modelo, implicaría y necesitaría

abordar también otros temas de la gestión pública importantes, y no hacer hincapié sólo y principalmente en el modelo jurídico.

El enfoque que se ha tratado de dar a esta investigación, conforme a las consecuencias científicas que han de imponerse en el estudio de la estructura de las Administraciones Públicas, contempla la doble perspectiva del micro y macro-análisis. Micro-análisis, pues estudia la estructura interna de la organización y de los recursos humanos, así como la aplicación de los distintos modelos de gestión sanitaria y, macro-análisis, pues el estudio tiene en cuenta los modelos de gestión de la Administración Pública en su conjunto.

La metodología seguida responde a la configuración “problemática-descripción” y “resolutoria-prescripción” y que se establece con un diagnóstico previo de los recursos humanos en el sector público, del servicio público de salud, y de los distintos modelos jurídicos de gestión de la asistencia sanitaria. A continuación se analiza desde un contexto general, tanto jurídico como de políticas públicas, la evolución e implantación de un determinado modelo de gestión sanitaria, con una referencia constante al contexto o sistema del que forman parte.

El análisis descriptivo, desde un punto de vista ordenado y estructurado, me ha permitido buscar elementos y fundamentos que han ayudado a explicar, desde la interpretación de los hechos, la situación actual de los recursos humanos y de las distintas formas de gestión. La búsqueda de las razones y de las herramientas para configurar una propuesta, también han sido analizadas.

Posteriormente, y tras el análisis de la descripción y de la problemática recogida, se avanza hacia lo prescriptivo y lo resolutorio. Se realiza una propuesta sistemática concreta dentro de un contexto político, jurídico, económico y social, fundamentado de forma coherente, racional, y que permita una evolución de los recursos humanos de la sanidad valenciana, y de los nuevos modelos de gestión, así como su adaptación al contexto mencionado anteriormente.

Es importante destacar que para este trabajo de investigación es imprescindible un enfoque multidisciplinar, necesario por la diversidad y complejidad del tema estudiado, y se han utilizado además, criterios principios de flexibilidad, de pragmatismo y de adaptabilidad.

También quisiera hacer una referencia a la objetividad, considerada como uno de los problemas actuales y éticos más importantes de las investigaciones en las Ciencias Sociales. Soy consciente de que la objetividad y la independencia que he pretendido en todo momento con este trabajo, tanto en el diagnóstico como en las evaluaciones y propuestas, son el verdadero valor del mismo. Mi experiencia profesional en el sector, no ha implicado en ningún momento, por tanto, la pérdida de la objetividad requerida y el rigor académico de esta investigación llevada a cabo.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante





Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## CAPITULO IV. EL PAPEL DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR PÚBLICO

### 4.1 Introducción

La función pública nace en España a lo largo del siglo XIX mediante la creación de cuerpos de funcionarios para satisfacer las necesidades concretas de determinadas Administraciones y servicios públicos. Al crearse un servicio o Administración se regula el grupo o cuerpo de funcionarios que han de gestionarla o servirla. La clave es el cuerpo, un colectivo jerarquizado dotados de una formación específica para gestionar un servicio público o rama de la Administración, en el que se permanece de por vida. La selección no se hace para un puesto de trabajo, sino para ingresar en un cuerpo, y dentro de él, se tiene derecho a una progresión profesional reglada, un derecho al ascenso, a hacer carrera. (PARADA R. y FUENTETAJA J., 2013)

Por tanto, el cuerpo de funcionarios es utilizado por la Administración Pública como un instrumento para llevar a cabo sus políticas de recursos humanos. Según Baena de Alcázar (2000) se entiende por burócrata cualquier persona que es miembro de un Cuerpo para cuyo ingreso se exige titulación universitaria o de Escuela Técnica Superior, y formando parte de Cuerpos de élite y de superélite. Asimismo, argumenta que existe una gran diferencia entre estos Cuerpos y los funcionarios modestos, como sucede en Francia con los grandes Cuerpos del Estado, fundamentalmente los salidos de la Escuela Nacional de Administración y de la Escuela Politécnica, que son los que controlan en la práctica la organización en el sector público.

Los cambios democráticos como consecuencia de la aprobación de la Constitución Española de 1978, (en adelante CE), afectaron tanto al Estado, como a las Comunidades Autónomas (en adelante CCAA) y a las Entidades Locales en cuanto a la organización de su función pública, principalmente a las CCAA, hasta ese momento inexistente. Se habría un nuevo escenario y se empezaba a configurar un ámbito que comenzaba a surgir de prestación de servicios públicos, entre ellos el sanitario y por extensión a todos los profesionales que prestaban sus servicios en el ámbito sanitario público.

Todos estos recursos humanos se encuadran en unas reglas específicas en materia de acceso y extinción de la relación de servicio, cuyo objetivo principal es diferenciarse del poder político, instituyendo mediante normas formales (GARRIDO FALLA,1980: 6) un entramado cuya finalidad es la de garantizar la equidad, la transparencia y la permanencia de las políticas públicas (ECHEBARRIA, 2006). Con relación a estos intentos de separación del poder político y bajo diversas denominaciones, *Sistema de Carrera, Función Pública, Servicio Civil, sistema de Mérito o Empleo Público*, etc... se hace referencia en las Ciencias Sociales a un conjunto de *arreglos institucionales* específicos de las Administraciones Públicas (LONGO F. , 2004).

De acuerdo con Suleiman (SULEIMAN, 2000:17) la existencia de un colectivo profesional, estable, previsible y calculable –la burocracia- tiene un claro sentido político, hasta el punto de constituir un prerrequisito democrático en las sociedades modernas.

Un buen sistema de empleo público (selección, provisión, carrera profesional, etc...) es un requisito fundamental para que una Administración Pública sea eficiente, aunque algunos procesos de modernización administrativa también ligados a la reducción del déficit público mediante la reducción del sector público y fundamentalmente al número de empleados públicos, llevaron el riesgo de “una cierta sensación de desmoralización, desmotivación y pérdida de valores en el sector público, y en particular en sus empleados” (CANALES,2013: 61).

## 4.2 El concepto de Administración Pública

Para analizar el papel de los recursos humanos en el sector público, en primer lugar hay que definir qué es la Administración Pública que ahí donde prestan sus servicios los empleados públicos, y en segundo lugar dimensionar los mismos en España.

En cuanto al concepto de Administración Pública es necesario hacer referencia a la CE, que recoge su cometido principal que no es otro que servir con objetividad los intereses generales en el marco de serie de principios en su actuación<sup>1</sup>.

La Administración Pública puede entenderse fundamentalmente desde una visión funcional (que es contrario a otras manifestaciones del mismo, como es la legislación o la jurisdicción) o desde otra orgánica (conjunto de instituciones que tienen como función determinada actividad administrativa).

La Administración alude a gestión de asuntos o intereses. Su función supone una actividad gestora, de realización de fines mediante la utilización de medios adecuados (entre los que están los recursos humanos) y una actividad subordinada, en cuanto que los fines y los medios están predeterminados por otro tipo de estrategias de tipo político, donde entra la labor del Gobierno, como poder ejecutivo. A estas notas hay que añadir la de alteridad (GARRIDO FALLA, 1994:7-36) ya que la acción administrativa se ejerce, normalmente, respecto de bienes o intereses que no son propios sino, muy al contrario, ajenos: los de la comunidad. La búsqueda constante de la excelencia propugnada por las teorías y propuestas de la modernización administrativa (CANALES ALIENDE J. M., 2002) (OLIAS DE LIMA, 2001), debe ser una constante con el objetivo de ofrecer a los ciudadanos unos servicios públicos de calidad.

Por su parte, la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJAPyPAC)<sup>2</sup> establece lo que se entiende, a los efectos de esa Ley, por Administraciones Públicas:

- a) La Administración General del Estado.
- b) Las Administraciones de las CCAA Autónomas.
- c) Las Entidades que integran la Administración Local.

---

<sup>1</sup> El artículo 103 de la CE, en su apartado primero, recoge que “La Administración Pública sirve con objetividad los intereses generales y actúa de acuerdo con los principios de eficacia, jerarquía, descentralización, desconcentración y coordinación, con sometimiento pleno a la ley y al Derecho”

<sup>2</sup> Artículo 2 de la LRJAPyPAC:

También ésta recoge que las Entidades de Derecho Público que tengan personalidad jurídica propia y estén vinculadas o dependan de Administraciones Públicas, también tendrán la consideración de éstas.

Por otra parte, el Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público (en adelante TRLCSP) recoge una extensa relación de qué entes, organismos y entidades se consideran parte del sector público a efectos de la citada norma<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> A los efectos de esta Ley, se considera que forman parte del sector público los siguientes entes, organismos y entidades:

a) La Administración General del Estado, las Administraciones de las Comunidades Autónomas y las entidades que integran la Administración Local.

b) Las entidades gestoras y los servicios comunes de la Seguridad Social.

c) Los organismos autónomos, las entidades públicas empresariales, las Universidades Públicas, las Agencias Estatales y cualesquiera entidades de derecho público con personalidad jurídica propia vinculadas a un sujeto que pertenezca al sector público o dependientes del mismo, incluyendo aquellas que, con independencia funcional o con una especial autonomía reconocida por la Ley, tengan atribuidas funciones de regulación o control de carácter externo sobre un determinado sector o actividad.

d) Las sociedades mercantiles en cuyo capital social la participación, directa o indirecta, de entidades de las mencionadas en las letras a) a f) del presente apartado sea superior al 50 por 100.

e) Los consorcios dotados de personalidad jurídica propia a los que se refieren el artículo 6.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y la legislación de régimen local.

f) Las fundaciones que se constituyan con una aportación mayoritaria, directa o indirecta, de una o varias entidades integradas en el sector público, o cuyo patrimonio fundacional, con un carácter de permanencia, esté formado en más de un 50 por 100 por bienes o derechos aportados o cedidos por las referidas entidades.

g) Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

h) Cualesquiera entes, organismos o entidades con personalidad jurídica propia, que hayan sido creados específicamente para satisfacer necesidades de interés general que no tengan carácter industrial o mercantil, siempre que uno o varios sujetos pertenecientes al sector público financien mayoritariamente su actividad, controlen su gestión, o nombren a más de la mitad de los miembros de su órgano de administración, dirección o vigilancia.

i) Las asociaciones constituidas por los entes, organismos y entidades mencionados en las letras anteriores.

2. Dentro del sector público, y a los efectos de esta Ley, tendrán la consideración de Administraciones Públicas los siguientes entes, organismos y entidades:

a) Los mencionados en las letras a) y b) del apartado anterior.

b) Los Organismos autónomos.

c) Las Universidades Públicas.

d) Las entidades de derecho público que, con independencia funcional o con una especial autonomía reconocida por la Ley, tengan atribuidas funciones de regulación o control de carácter externo sobre un determinado sector o actividad, y

Por tanto, la realidad de la Administración Pública española, es que existe una compleja estructura administrativa, con multitud y variadas Administraciones con personalidad jurídica propia que incluye, tanto a Administraciones de ámbito territorial (Estado, CCAA, y Entidades Locales) como a las Administraciones institucionales o instrumentales (como son los organismos autónomos, las empresas públicas, etc...) y también las Administraciones corporativas (como son los Colegios Profesionales, etc...). La pluralidad y la diversidad de las instituciones públicas en España, es como en la mayoría de países, una de sus características actuales.

### 4.3 El número de empleados públicos

La diversidad administrativa en nuestro país, provocada fundamentalmente por el proceso de descentralización autonómica y local, deriva en un modelo complejo y heterogéneo de Función Pública cuyos objetivos están en que cada Administración

*e) las entidades de derecho público vinculadas a una o varias Administraciones Públicas o dependientes de las mismas que cumplan alguna de las características siguientes:*

*1.ª Que su actividad principal no consista en la producción en régimen de mercado de bienes y servicios destinados al consumo individual o colectivo, o que efectúen operaciones de redistribución de la renta y de la riqueza nacional, en todo caso sin ánimo de lucro, o*

*2.ª que no se financien mayoritariamente con ingresos, cualquiera que sea su naturaleza, obtenidos como contrapartida a la entrega de bienes o a la prestación de servicios.*

*No obstante, no tendrán la consideración de Administraciones Públicas las entidades públicas empresariales estatales y los organismos asimilados dependientes de las Comunidades Autónomas y Entidades locales.*

**f) (Suprimido)**

*g) Las Diputaciones Forales y las Juntas Generales de los Territorios Históricos del País Vasco en lo que respecta a su actividad de contratación.*

*3. Se considerarán poderes adjudicadores, a efectos de esta Ley, los siguientes entes, organismos y entidades:*

*a) Las Administraciones Públicas.*

*b) Todos los demás entes, organismos o entidades con personalidad jurídica propia distintos de los expresados en la letra a) que hayan sido creados específicamente para satisfacer necesidades de interés general que no tengan carácter industrial o mercantil, siempre que uno o varios sujetos que deban considerarse poder adjudicador de acuerdo con los criterios de este apartado 3 financien mayoritariamente su actividad, controlen su gestión, o nombren a más de la mitad de los miembros de su órgano de administración, dirección o vigilancia.*

*c) Las asociaciones constituidas por los entes, organismos y entidades mencionados en las letras anteriores.*

Pública pueda configurar su política de recursos humanos, sin olvidar las competencias constitucionales que como norma básica tiene el Estado. La consecuencia más inmediata es que cada una de estas Administraciones, Entes Públicos, Organismos Públicos, etc...cuanta con sus propios recursos humanos.

En cuanto al número de efectivos al servicio de las Administraciones Públicas, a fecha de enero de 2015, asciende a un total de 2.544.804 empleados públicos en servicio activo para el total de las Administraciones. De ahí, 536.499 corresponden a la Administración Pública estatal (el 21,08 %), 1.284.026 (el 50,46 %) a las CCAA Autónomas, De éstas, no se incluyen efectivos de las entidades equivalentes a las Entidades Públicas Empresariales y los Organismos públicos con régimen específico de la Administración del Estado. Corresponden 577.164 (el 22,68 %) a la Administración Local y 147.115 a las Universidades (el 5,78 %). Hay que destacar, dentro de la Administración Pública estatal, que 475.465 (18,68 %) públicos prestan sus servicios en el servicio público de la sanidad, denominado "Instituciones Sanitarias Sistema Nacional de Salud". Hay que tener también en cuenta que excepto en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, en todas las CCAA autónomas, las competencias en materia de sanidad y por tanto sus efectivos, están transferidas a las mismas.<sup>4</sup> Los datos comparados proporcionados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (en adelante OCDE)<sup>5</sup>, ofrecen una media de 17 habitantes por empleado público en los países de la Unión Europea, más que en Francia y menos que el Reino Unido pero situándose en el margen de Alemania e Italia.

Desde un primer análisis, la distribución de los empleados públicos por sectores, es el resultado de las exigencias de los ciudadanos a los poderes públicos y por ende, a las

---

<sup>4</sup> Fuente: El Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas recoge en su Boletín Estadístico del Personal al Servicio de las Administraciones el detalle en el Registro Centro de Personal. Públicas [http://www.seap.minhap.gob.es/dms/es/web/publicaciones/centro\\_de\\_publicaciones\\_de\\_la\\_sgt/Periodicas/parrafo/Boletin\\_Estadis\\_Personal/BEP-ENERO-2105.PDF](http://www.seap.minhap.gob.es/dms/es/web/publicaciones/centro_de_publicaciones_de_la_sgt/Periodicas/parrafo/Boletin_Estadis_Personal/BEP-ENERO-2105.PDF) (fecha de consulta: 3/9/2015)

<sup>5</sup> Fundada en 1961, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) agrupa a 34 países miembros, y su misión es promover políticas que mejoren el bienestar económico y social de las personas alrededor del mundo; y ésta ha tenido desde 1989 una notable influencia en España

Administraciones Públicas, de qué servicios públicos solicitan y que calidad quieren de los mismos.

#### 4.4 Las clases de empleados públicos

Con relación a las clases de empleados públicos<sup>6</sup>, el Estatuto Básico del Empleado Público (en adelante EBEP) los clasifica en:

- a) Funcionarios de carrera
- b) Funcionarios interinos
- c) Personal laboral, ya sea fijo, por tiempo indefinido o temporal
- d) Personal eventual

La convivencia de distintas clases de personal al servicio de las Administraciones Públicas, tanto estatales, autonómicas y locales, y sometidos a distintos regímenes jurídicos, ha producido el debate sobre la legalidad y constitucionalidad de esta diversidad. Esta situación también se presenta en la mayoría de los países de la Unión Europea.

En cuanto al personal laboral en la Función Pública, éste fue legitimado por el Tribunal Constitucional (en adelante TC) en 1987<sup>7</sup>, pero afirmó una opción constitucional preferencial a favor de los funcionarios. No obstante, no han faltado críticas a la citada sentencia, calificándolas como lamentable respaldo a la reforma de la Función Pública introducida por la Ley 30/1984, de 2 de agosto, de medidas para la reforma de la Función Pública (en adelante LMURFP) al romper de forma gravísima con la unidad del status

---

<sup>6</sup> El Estatuto Básico del Empleado Público se aprobó por Ley 7/2007, de 12 de abril, publicándose en el Boletín Oficial del Estado núm. 89 de 13 abril de 2007.

<sup>7</sup> La Sentencia del Tribunal Constitucional STC 99/87, de 11 de junio, resolvió todas las dudas sobre la posibilidad de la coexistencia del personal laboral en el seno de las Administraciones Públicas y de sus posibilidades futuras de acceso al Empleo Público declarando la admisibilidad del doble régimen jurídico del personal al servicio de la Administración Pública pero el personal debía ser excepcional frente a la generalidad del régimen funcional, dejando a la ley el establecimiento de los criterios para delimitar los puestos de trabajo que podrían desempeñarse por funcionarios o personal laboral.



de los empleados públicos introduciendo la técnica de la laboralización<sup>8</sup>, ya que el TC no realizó más que unas reflexiones morales sobre la existencia del artículo 103.2 de la CE y que no han servido para nada. (GARCIA DE ENTERRIA, 1999).

La redacción del artículo 7 de la LFCE<sup>9</sup>, hoy derogado, que establecía la plena aplicabilidad de la legislación laboral a los trabajadores al servicio de la AGE, ha sido justificada por diferentes pronunciamientos jurisprudenciales<sup>10</sup> y doctrinales que han considerado jurídicamente aceptable no seguir otras fuentes que las laborales para la resolución de los conflictos del empleo laboral. Cierta sector de la doctrina laboralista se posicionó por la aplicación, lisa y llanamente, del derecho laboral a este colectivo de empleados públicos (LOPEZ GANDIA, 1986: 153) y quedarán excluidos de la regulación administrativa, quedando sujetos al régimen laboral contenido en el ET y al CCUPL (GARCIA GONZALEZ, 1999: 33).

Pero esta aplicación *tout court*<sup>11</sup>, evidencia la colisión de normas administrativas con normas laborales, ya que existen preceptos constitucionales que configuran unos principios aplicables para todo el Empleo Público (LOPEZ GANDIA, 1986). No es que no pueda aplicarse el Derecho del Trabajo al Empleo Público, pero tiene importantes limitaciones, matizaciones y excepciones ya que dada la naturaleza jurídica de una de las partes de esa relación laboral como es la Administración Pública, éste no puede estar regida por la autonomía de la voluntad individual (las partes contratantes) o la colectiva

---

<sup>8</sup> *En la LMURFP se recoge la idea, de que el régimen funcional no tiene por qué ser el dominante en las Administraciones. Se abre así, por tanto, el campo a la laboralización de servicios, funciones y puestos de trabajo.*

<sup>9</sup> *El citado artículo 7, fue derogado por la letra a) de la disposición derogatoria única de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público.*

<sup>10</sup> *Se ha recogido en la STS (3ª) de 14 de julio de 1993 que "(...) la diferenciación e incomunicabilidad originaria entre los regímenes jurídicos que conforman la relación funcional y la relación laboral viene claramente marcada en los respectivos textos legales (vid. Arts. 7.1 LFCE y 177 TRRL), siendo manifiesto su correlativo reflejo en la gestación de la normativa reguladora, en el contenido de los derechos y deberes, la estructura retributiva y la jurisdicción competente para conocer de los conflictos individuales y colectivos. (...)"*

<sup>11</sup> *Expresión que significa "sin más", esto es, la aplicación sin limitaciones del Derecho Laboral, a todas las áreas y en todos los campos del Derecho del Trabajo.*

(los representantes de las partes contratantes como son los sindicatos, organizaciones empresariales, etc...) con la misma libertad que en el ámbito privado (SANCHEZ MORON, 1999: 76).

Incluso para el sector doctrinal que se posiciona en que la mayoría de los empleados públicos deben vincularse con la Administración Pública, en este caso el empleador, a través de las modalidades de contratación reguladas en el Derecho Laboral, esta vinculación debe estar regulada indiscutiblemente por los principios constitucionales de mérito y capacidad, como expresión de una de las importantes limitaciones o modulaciones del Derecho del Trabajo común (PRATS I CATALÁ, 1995: 40).

Durante mucho tiempo, la tesis de la aplicación *in totum* laboralista estuvo apoyada por el propio TS, principalmente a partir de la sentencia de 18 de marzo de 1991 dictada en Sala General<sup>12</sup> al disponer que las Administraciones Públicas, cuando actúan como empresarios y celebran contratos de trabajo temporales, estén exentos de atenerse y no tengan que respetar la normativa general, coyuntural y sectorial que regula este clase de contratos en el Derecho del Trabajo. Esta tesis estuvo vigente hasta la tendencia actual y fue fuertemente combatida frente a los importantes efectos que marcaba la línea de la sentencia antes citada para los intereses de la AGE<sup>13</sup>.

En resumen, actualmente está superada esta tendencia, ya que la relación contractual del personal laboral al servicio de todas las Administraciones Públicas está impregnada desde su inicio hasta su extinción (sistema de acceso y selección, provisión de puestos, sistema retributivo, carrera profesional, extinción, etc...) por una multitud de normas de Derecho Administrativo.

El EBEP, siguiendo los criterios del Tribunal Constitucional a través de la sentencia mencionada anteriormente<sup>14</sup>, regula todo lo que es común al conjunto de todos los

---

<sup>12</sup> Con antecedentes en las de 7 de marzo de 1988 y de 13 de septiembre de 1998

<sup>13</sup> La AGE emitió una serie de Circulares relativas a la doctrina de la STS de 18 de marzo de 1991 del TS y los medios para poder combatirla: Circulares laborales de la Dirección General del Servicio Jurídico del Estado números 39, 48,52 y 58/92.

<sup>14</sup> STC 99/87, de 11 de junio,

funcionarios de todas las Administraciones Públicas y recoge también las normas específicas aplicables al personal laboral a su servicio<sup>15</sup>.

A pesar de esa dualidad recogida en el citado texto legal, diferencia al personal laboral de las Administraciones Públicas de las relaciones laborales de empleo del sector privado. Y esto es así, porque regula de forma conjunta los principios generales aplicables a la totalidad de las relaciones de empleo público y recoge en un solo texto, lo que les es común a funcionarios y laborales. La naturaleza es por tanto mixta, ya que regula el régimen funcionarial al amparo del artículo 103.3 de la CE y el régimen del personal laboral al amparo del artículo 149.1.7ª de la CE que habilita al Estado, como una competencia exclusiva, (...) *“la legislación laboral; sin perjuicio de su ejecución por los órganos de las Comunidades Autónomas”*. Esto también trae como consecuencia que las CCAA no puedan legislar sobre la relación laboral de empleo público para sus Administraciones Públicas.

#### 4.5 La evolución del empleo público

Con posterioridad a la aprobación de la LMURFP, el Empleo Público español ha sufrido los siguientes cambios:

- a) Un incremento importante de número de personal laboral con sometimiento por tanto, al derecho laboral y no al derecho administrativo<sup>16</sup>
- b) Un incremento importante del número de empleados públicos
- c) El personal laboral ha ocupado nuevas funciones
- d) La utilización de las modalidades de contratación del derecho laboral

---

<sup>15</sup> En la exposición de motivos del EBEP, recoge de forma expresa las ventajas que supone el régimen laboral en ciertos aspectos, en concreto la flexibilidad que introduce en el empleo público y su acercamiento a los criterios utilizados en la empresa privada, lo que encuentra explicación por el personal laboral en determinadas áreas de la Administración Pública.

<sup>16</sup> Como una de las manifestaciones de la llamada *“huida del derecho administrativo”*. Sobre este tema puede verse: Martín-Retortillo, S. (1996). Reflexiones sobre la huida del derecho administrativo en *Revista de Administración Pública*, nº 140.

- e) La introducción de la normativa propia del derecho laboral en el régimen jurídico aplicable a los empleados públicos

Estos cambios mencionados anteriormente, están relacionados con un modelo de Función Pública abierta, orientada hacia unos criterios de gestión de recursos humanos mucho más flexibles y rentables desde el punto de vista de la eficiencia administrativa. Es evidente la evolución de un modelo cerrado a un modelo mixto en la Función Pública española<sup>17</sup> sin tener vuelta atrás, ya que no es posible concebir actualmente las relaciones de los empleados públicos españoles como relaciones sólo regidas por el Derecho Administrativo. Por todo ello, la presencia del personal laboral dentro de los empleados públicos ya no es excepcional y supone una progresiva laboralización del Empleo Público (CORDERO SAAVEDRA, 2003: 31-38).

Los nuevos retos de las Administraciones Públicas emergentes como consecuencia de la distribución territorial del Estado (las CCAA) también requerían de una mayor flexibilidad en la gestión de sus recursos humanos. Las técnicas contractuales del derecho laboral eran y son una herramienta útil.

Mi opinión es que también hay que tener en cuenta que con el reclutamiento del personal laboral, se flexibiliza los procedimientos de selección en aras de un terreno abonado a la discrecionalidad y por tanto abonado al clientelismo de los partidos políticos en el poder.

El problema clásico de la Función Pública es la delimitación de las funciones entre funcionarios y personal laboral. La diferente naturaleza ha propiciado no pocos problemas a la hora de definir las competencias de los distintos empleados públicos.

El cambio que supuso la utilización del empleo público laboral, para las tareas manuales y de oficios a la de tareas de conocimientos técnicos específicos, sustituyendo a la opción que la Ley de Funcionarios Civiles del Estado (en adelante LFCE)<sup>18</sup> se hacía a favor de los cuerpos especiales es otra de los elementos significativos de esa evolución hacia

---

<sup>17</sup> Esta opción es la que inclinó de forma decidida la CE a través de sus artículos 103.3 y 149.1.18

<sup>18</sup> Decreto 315/1964, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Texto Articulado de la Ley de Funcionarios Civiles del Estado.

un cambio de modelo cerrado al modelo mixto. Esa ampliación hacia otras tareas se produjo de forma paulatina y con discreción, sin estar prevista expresamente en la norma, aunque permitida en la praxis, pues las vías de ampliación del derecho del trabajo habían derivado de una triple realidad (DE LA VILLA, 1962).

Otro aspecto a destacar, es la introducción de un cierto margen de **discrecionalidad** en los procedimientos de ingreso, en los concursos de méritos a través de las libres elecciones, en la carrera profesional y en la evaluación del desempeño.

Con independencia del marco jurídico en el que los empleados públicos desarrollan sus funciones, se han ido introduciendo herramientas y nuevas técnicas de gestión de los recursos humanos y nuevas soluciones de organización de las Administraciones Públicas basadas, fundamentalmente, en la Ciencia de la Administración y en la psicología de las organizaciones. La mayoría de estas técnicas y herramientas de gestión y planificación son importadas de la empresa privada, pero lo que es algo a tener muy en cuenta es que “las personas que trabajan en las Administraciones Públicas son, hoy por hoy, un factor incuestionable del éxito o fracaso de los procesos de modernización” (CANALES, 2002: 148)

Como ejemplo de lo mencionado anteriormente, el EBEP recoge, como novedad<sup>19</sup>, la figura del **directivo profesional**. Establece que estará sujeto a evaluación con arreglo a los criterios de eficacia y eficiencia, responsabilidad en su gestión y control de resultados en relación con los objetivos que les hayan sido fijados. Es evidente que el citado texto

---

<sup>19</sup> El artículo 13 del EBEP lleva por título “Personal directivo profesional” y regula en cuanto a los mismos lo siguiente:

“El Gobierno y los órganos de Gobierno de las Comunidades Autónomas podrán establecer, en desarrollo de este Estatuto, el régimen jurídico específico del personal directivo así como los criterios para determinar su condición, de acuerdo, entre otros, con los siguientes principios:

Es personal directivo el que desarrolla funciones directivas profesionales en las Administraciones Públicas, definidas como tales en las normas específicas de cada Administración.

Su designación atenderá a principios de mérito y capacidad y a criterios de idoneidad, y se llevará a cabo mediante procedimientos que garanticen la publicidad y concurrencia.

El personal directivo estará sujeto a evaluación con arreglo a los criterios de eficacia y eficiencia, responsabilidad por su gestión y control de resultados en relación con los objetivos que les hayan sido fijados.

La determinación de las condiciones de empleo del personal directivo no tendrá la consideración de materia objeto de negociación colectiva a los efectos de esta Ley. Cuando el personal directivo reúna la condición de personal laboral estará sometido a la relación laboral de carácter especial de alta dirección”

legal apuesta por la profesionalización de los directivos en el sector público, y por el compromiso y la motivación de todos los trabajadores de la organización. Y deben ejercitar ese liderazgo como agentes del cambio en un modelo de gestión eficiente de los servicios públicos.

La “*gestión de las personas*” es una preocupación constante de quienes tienen responsabilidades en el poder ejecutivo y en las organizaciones del sector público. La necesidad de nuevas ideas, modelos de gestión, estrategias, metodologías e instrumentos que permitan mejorarla ha crecido de modo significativo en las últimas décadas. Se ha ido haciendo evidente que los cambios legales, las reestructuraciones organizativas, la modernización tecnológica, siendo importantes, no son suficientes para producir los cambios necesarios. Es imprescindible una modernización en la gestión de los recursos humanos en la gestión (LONGO F. , 2004).

Esta denominación actual de “*gestión de personas*” en las Administraciones Públicas supone una modificación profunda en la gestión de los recursos humanos al servicio de las mismas con una incidencia importante en la gestión de los servicios públicos y en el entorno institucional. La gestión de personas en el sector público tiene especiales singularidades con la gestión de personas en el sector privado, incluso cuando éstos realizan funciones dentro del ámbito de actuación de la gestión pública. La distinción fundamental no son los medios, sino los fines a los que se destinan su actuación o actividad.

Un ejemplo a tener en cuenta es el sistema de carrera y desarrollo profesional del personal estatutario al servicio de las instituciones sanitarias de Sistema Nacional de Salud, y que está implantado en la mayoría de las grandes empresas del sector privado.

Para poder afrontar los desafíos de la globalización y de la crisis del Estado del Bienestar, las democracias más avanzadas han tenido que evolucionar hacia un modelo de Estado Relacional que plantea un nuevo reparto de roles, competencias, tareas y responsabilidades entre el Estado, el mercado y la sociedad civil (VERNIS A. y MENDOZA X., 2009). Actualmente es muy difícil entender el funcionamiento de las Administraciones Públicas desvinculadas de negocios jurídicos administrativos como la firma de contratos con empresas privadas para externalizar determinados servicios.

Esto no quiere decir que las Administraciones Públicas deban adoptar un modelo de gestión a semejanza de la empresa privada donde prime fundamentalmente el principio de eficacia ya que el principio de legalidad y el de seguridad jurídica recogida en la CE son fundamentales en las relaciones estatutarias de los empleados públicos y en todo el funcionamiento de las Administraciones Públicas. Entiendo que tampoco existe un marco ideal de gestión que pueda aplicarse a los servicios públicos y que la gestión puede adoptar modelos variados, con independencia de que la característica de nuestro modelo de función pública sea el cerrado, aunque cada vez menos, por lo que es importante tener en cuenta las circunstancias específicas del servicio público a prestar, las competencias de las distintas administraciones públicas (central, autonómica, local) y los cambios sociales y los objetivos políticos del momento histórico.

Determinados aspectos del mercado laboral, están influyendo a su vez en la cada vez menos cerrada función pública española: la precariedad laboral, la flexibilidad, la cada vez más corta duración de los contratos de trabajo, la externalización de determinadas prestaciones, la capacidad de una respuesta rápida a los cambios organizativos para dar respuesta a nuevos servicios públicos, la conciliación entre la vida laboral y la personal, el trabajo a tiempo parcial, el trabajo en el domicilio del trabajador, etc.

Las últimas reformas en el sector público y especialmente en la última década, han estado marcadas por los ajustes y el ahorro de recursos que está afectando de una manera importante a los recursos humanos (por ejemplo: reducción de pagas extraordinarias, reducción de las retribuciones, reordenación de plantillas, reducción de las ofertas de empleo público) Esta afectación también ha sido paralela desde los últimos años a una valoración cada vez mayor de los empleados públicos como eje fundamental en la gestión de los servicios públicos y entre éstos, los considerados como esenciales (educación, sanidad...). Esto unido a las influencias de las relaciones laborales y el modo de gestión del sector privado mencionado anteriormente, ha constituido otro elemento importante en el cambio del modelo de gestión de los recursos humanos en el sector público: los sistemas de selección, la definición de los puestos de trabajo, la provisión de los mismos, la promoción y carrera profesional, la movilidad y los objetivos ligados a incentivos y la consecuencia inevitable de esto último como es la diferenciación retributiva.

Algunas disfunciones han influido de forma negativa a la óptima prestación de servicios públicos y de las relaciones de empleo público: demasiadas regulaciones y marcos jurídicos de los empleados públicos, organización de trabajo excesivamente rígida, la movilidad geográfica y funcional excesivamente garantista, retribución del grado o del cuerpo y no del puesto de trabajo, etc.

Tal y como lo define Blanca Olías de Lima (OLIAS DE LIMA, 2001) uno de los aspectos en el que más énfasis ha puesto la gerencia es la consideración del personal como factor crítico. “Las orientaciones son todavía dispersas pues junto a una decidida apuesta por el compromiso y la responsabilización, con empleados públicos involucrados en los procesos de mejora institucional, las modalidades de empleo tienden a reducir el peso de los empleados estables a favor del trabajo temporal y a tiempo parcial”. Algunos de los instrumentos de más rápida difusión, como la gestión del conocimiento, son una respuesta a la pérdida de memoria institucional que supone el abandono del servicio, voluntario e impuesto, de una parte de los funcionarios públicos.

Todo ello sin merma del reconocimiento de que el avance tecnológico no soluciona los problemas del rendimiento y la productividad de los trabajadores, uno de los elementos más difícilmente aprehensibles del comportamiento humano. La importancia otorgada a las motivaciones, las disposiciones personales y la capacitación, presentes en la gestión del personal (gestión por competencias) testimonian el valor concedido al factor humano.”

La prestación de servicios públicos en el modelo actual lleva a la reflexión de qué papel representa la Administración Pública y el personal a su servicio y que trabaja en ella, y para ella en la medida en que va disminuyendo de forma evidente la producción de servicios públicos de forma directa y va incrementándose y debería hacerlo su actividad en las funciones de planificación, control y evaluación de los servicios prestados por el sector privado en todas las modalidades de contratación pública previstas en la legislación vigente en materia de contratación administrativa, fundamentalmente a través de contratos de servicios, de colaboración entre el sector público y el privado, gestión de servicios públicos.



Las estructuras administrativas clásicas burocráticas están caracterizadas la uniformidad y por compartimentos estancos donde se limita el trabajo multidisciplinario, transversal e interdependiente. En las burocracias industriales (*Taylorianas*) o administrativas (*Weberianas*) el factor de coordinación esencial es la jerarquía. El vértice jerárquico de la alta dirección, auxiliado por los ingenieros de la tecnoestructura que le diseñan los procesos, gobierna toda la cadena de producción a través de los mandos intermedios configurando una pirámide más o menos picuda.

Una característica fundamental en las organizaciones sanitarias es que los profesionales sanitarios está en la están en la propia cadena, y el “resultado final” de la misma es un producto diferente con cada paciente.

El sistema organizativo tradicional del sector sanitario público, dificulta las iniciativas emprendedoras basadas en el principio de responsabilidad y autonomía profesional y tampoco facilita el alineamiento de los incentivos vinculados a dimensiones de calidad, coste y capacidad de respuesta. Por ello, estos modelos burocráticos no sólo no garantizan la eficiencia económica y social en su cadena de valor asistencial, sino que además limitan la incorporación de nuevas corrientes culturales y tecnológicas necesarias para dar respuesta a la complejidad e interdependencia en la gestión de los servicios sanitarios (OTEO,L. y REPULLO,J., 2010).

Si ha tenido cierto éxito de adaptación a las organizaciones sanitarias el modelo burocrático, es debido a que durante mucho tiempo no se ha aplicado realmente en la gestión interna de los centros hospitalarios; sólo en apariencia era jerárquica la organización, pero al profundizar en las bases de poder, nos encontrábamos con un modelo de estructura profesional especializada basada en los facultativos, cuyos estilos de práctica asistencial ante el enfermo muy individualista , estaban camuflados en organizaciones jerarquizadas. Pero esta jerarquía clínica (responsables médicos, jefes de servicio, de sección, coordinadores quirúrgicos, etc...) lo que esencialmente regulaba eran las propias relaciones entre los profesionales.

Asimismo se aceptaba que en el vértice de la organización y sanitaria estuviera un responsable de la dirección o gerente que representara al financiador ocupando un espacio jerárquico formal fundamental en todo tipo de estructuras burocráticas. Pero

el elemento importante eran los profesionales sanitarios como los provisosores de la asistencia clínica. El objetivo tenía que ser que se produjera una transformación desde la burocracia como elemento para controlar la complejidad a la orientación al proceso asistencial, a las personas y, en definitiva, hacia un modelo de dirección de los recursos humanos<sup>20</sup>.

Según avanzan en la década de los 80, los problemas económicos del sector, el encarecimiento de la tecnología y la tendencia a una especialización cada vez más alta, dejan fuera de juego el modelo pseudo-jerárquico de las burocracias administrativas. El gerencialismo no es más que un intento de pedalear más fuerte en la bicicleta de la gestión industrial (de Weber a Taylor)<sup>21</sup>. Pero según avanza la década de los 90, se evidencia que la organización jerárquica ha agotado sus posibilidades por falta de control de la producción, debido a la propia configuración compleja y profesional de la organización sanitaria moderna. Es de destacar que los hospitales, como organización, van a ser el paradigma de complejidad para los propios teóricos de las ciencias de la empresa.

Ante esta situación de dificultades de gestión en las organizaciones sanitarias dentro del sector público, complejas y multiprofesionales y con déficit presupuestarios año tras año, algunos gobiernos y especialistas en gestión sanitaria comienzan a plantearse la posibilidad de separar la provisión y la financiación y contratar aquélla con el sector privado. Va apareciendo por tanto determinados modelos de gestión que analizaremos en esta obra.

En la siguiente tabla podemos observar claramente las diferencias entre las Administraciones Públicas, las instituciones sanitarias y las empresas privadas y privadas a pesar de la lenta transformación que están sufriendo las organizaciones sanitarias.

---

<sup>20</sup> [www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261](http://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261)

<sup>21</sup> [http://historico.medicosypacientes.com/noticias/2010/01/10\\_01\\_25\\_tribuna](http://historico.medicosypacientes.com/noticias/2010/01/10_01_25_tribuna)

**Tabla IV.1.** Diferencias entre los recursos humanos entre las organizaciones públicas, privadas e instituciones sanitarias.

POLITICAS DE RECURSOS HUMANOS	INSTITUCIONES SANITARIAS	ADMINISTRACIONES PUBLICAS	EMPRESAS PRIVADAS
Selección	Regulada y algo flexible	Regulada	Libre
Relación jurídica	Estatutaria	Funcionarial	Laboral
Retribuciones totales	Bastante rígidas y reguladas	Rígidas y reguladas	Flexibles y libres
Retribuciones variables (incentivos)	Bastante rígidas (existente sólo en algunas CCAA)	Rígidas (prácticamente inexistente)	Flexibles y libres (% alto de las retribuciones totales)
Formación general de los recursos humanos	-Normalmente orientada a la actualización profesional -Ligada al desempeño profesional	- Poco ligada al desarrollo profesional	Plan de formación diseñado por la empresa vinculado a los objetivos de la misma
Motivación	Poco extendida	Prácticamente inexistente	Desarrollada con otras habilidades y herramientas
Formación específica de los directivos	Formación continua específica en desarrollo	Muy poca	A priori y continua
Promoción profesional	Concurso público y libre designación	Concurso público y libre designación	Criterios empresariales
Planes de carrera y desarrollo profesional	En desarrollo	Inexistente o poco desarrollados	Muy desarrollados y dinámicos
Evaluación del desempeño	Poco desarrollado	Prácticamente inexistente	Muy desarrollado
Plan de Comunicación Interna (PCI)	En desarrollo	Prácticamente inexistente	Muy desarrollado
Plan de Comunicación Externo (PCE)	En desarrollo	Prácticamente inexistente	Muy desarrollado

---

Estudios de clima laboral	Tendencia a su desarrollo	Prácticamente inexistente	Muy desarrollado
Cultura corporativa	Tendencia a su desarrollo	Prácticamente inexistente	Muy desarrollada

Fuente: Elaboración propia.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

---

## CAPÍTULO V. EL SERVICIO PÚBLICO DE LA SALUD

### 5.1 La noción de servicio público

#### 5.1.1 Los orígenes del servicio público

A la hora de acometer el objetivo de definir el concepto de "*servicio público*" desde el punto de vista estrictamente jurídico, es preciso tener en cuenta importantes aspectos, como el contenido político del mismo, lo cual ha creado una avivada polémica doctrinal, con la consiguiente diversidad en el concepto. Y esto es así por el posicionamiento que hay que adoptar en materia política, ya que como dice J.M. de la Cuétara (DE LA CUETARA, 1983: 120) "es necesario tomar partido sobre el poder y sus límites y sobre las zonas de la vida social que han de ser extraídas del régimen común para situarlas bajo control administrativo". Asimismo hay que aceptar que "nada hay más alejado de la realidad que pretender separar el procedimiento administrativo del político" (GONZÁLEZ HERNANDEZ, 1998: 319).

Pero, ¿qué zonas de la vida social deben ser extraídas para ser controladas por la Administración? Pienso que esta decisión entra dentro de la pura discrecionalidad política. Y ya una vez tomada esta decisión se avanzaría a un segundo nivel, que es el de definir la intensidad y los límites de ese control administrativo. Digo discrecionalidad, lo que nunca debe convertirse en arbitrariedad, ya que son dos aspectos que en el ámbito político pueden tener lecturas distintas.

Por tanto la calificación o no de una actividad como servicio público, está influenciada e inspirada por la vida social y las tendencias ideológicas de ese momento histórico: si la tendencia es conservadora y además autoritaria, se utiliza la idea de "prerrogativa de la Administración" o "imperium", mientras que si la tendencia es progresista, el fundamento está en que la Administración sirve al pueblo por lo que no puede disponer libremente del poder que tiene.

Y la decisión final de la creación de servicios públicos no es simplemente administrativa, sino del legislador, las Cortes Generales o los Parlamentos Autonómicos, de acuerdo con sus Estatutos y todo ello impregnado de los principios de buena economía en la gestión como la eficacia, eficiencia, responsabilidad y rendición de cuentas (NISHTAR, 2004).

### 5.1.2 La recepción de la tesis francesa del concepto de servicio público

No existe en nuestro Derecho, como categoría jurídica propia, una elaboración doctrinal específica de la teoría del servicio público, que sea cronológicamente anterior a la recepción de los escritos franceses. De ello, se deduce que la teoría tratada es francesa, y es a partir del reconocimiento de Duguit y Jèze como los creadores de esta concepción doctrinal, cuando empieza a aparecer en los escritos de los autores españoles la citada teoría.

Para Duguit el servicio público sustituye al poder o soberanía, justificando así un intervencionismo creciente de Estado. La influencia de la escuela de Burdeos es tan grande que España importa esta construcción teórica de patente inequívoca francesa. Pero este concepto estricto entra pronto en crisis; crisis que tarda a llegar a nuestras fronteras: no sólo nos olvidamos de la crisis de la teoría francesa, sino que el concepto lo matizamos y especificamos con el nuevo y acusado intervencionismo estatal español. No obstante "hay otra crisis doctrinal de abandono y desconsideración del servicio público y que tiene como causa la existencia de un Estado de dictadura, en esencia contraria al Estado servicial (MARTINEZ MARIN, 1992).

Nuestra doctrina no ha aceptado totalmente la construcción dogmática del servicio público elaborado en Francia, sino que ha sido reducida en cuanto a la actividad administrativa: no toda la actividad administrativa es servicio público ni tampoco el servicio público es la institución que define el derecho administrativo, como lo ha sido para la Escuela de Burdeos.

También nuestra doctrina ha abandonado la pretensión de explicar la totalidad del Derecho administrativo a partir del servicio público, pasando a situar a la Administración

Pública como el eje de la definición del Derecho Administrativo (MARTIN REBOLLO, 1983).

Tampoco la jurisprudencia ha definido con exactitud el servicio público como categoría doctrinal, ya que el objeto de la misma es la resolución del caso concreto<sup>22</sup> y no entrar en cuestiones propias de la doctrina jurídica.

La definición de la Administración y de la función administrativa como la pura gestión del servicio público, así como que el servicio público es la satisfacción regular y continua de ciertos intereses generales es defendida por una parte importante de la doctrina administrativa francesa. Esta vaguedad del término junto al surgimiento de las empresas públicas, de la actividad industrial de la Administración y de las nacionalizaciones, hizo entrar en crisis esta doctrina (VILLAR PALASÍ, 1968).

Adolfo Posada es el primer receptor y defensor de esta teoría francesa en España, incorporando la primera exposición unitaria del servicio público en la segunda edición del volumen I de su "Tratado de Derecho Administrativo" de 1923. Su trabajo ha sido criticado por su falta de originalidad (reiteradas definiciones y citas de Duguit y Jéze) y excesiva abstracción (no menciona textos legales ni jurisprudencia alguna) (MARTINEZ MARIN, 1992).

Carlos García Oviedo en "La teoría del servicio público" de 1923, realiza el ensayo jurídico más completo sobre la materia hasta ese momento. De marcado carácter jurídico, define ya como características del servicio público la continuidad y la regularidad (MARTINEZ MARIN, 1992).

Los servicios públicos se organizan ante la necesidad de garantizar la continuidad de la satisfacción del interés social a que prevé el servicio. Hay determinadas necesidades sociales que para no verse interrumpidas por el desorden y ruina social que provocarían deben ser satisfechas por el Estado a través del servicio público.

---

<sup>22</sup> *En terminología constitucional, recogido en el artículo 117.3 de la CE Española de 1978: "juzgando y haciendo juzgar lo juzgado".*



Es posible confundir el criterio de continuidad con el de regularidad, aunque a éste se le identifica más a lo acompasado, lo que conserva el ritmo inicial, lo que funciona sin intermitencia.

### 5.1.3 El concepto de servicio público

Independientemente del fin que se pretenda al definir el concepto de "servicio público", opino que existe un fundamento que permanece perenne desde sus orígenes: se trata de amparar o limitar un sector de la actividad, sea de servicios, industrial, etc. al ámbito del poder público.

José M. de la Cuétara (DE LA CUETARA, 1983) en un análisis del concepto al estudiar a Villar Palasí, Ariño y posteriormente a Villar Ezcurra, establece lo que llama un concepto aproximativo de servicio público por el que a partir de una necesidad pública y la necesidad de satisfacerla, "el Estado se irroga la responsabilidad de un sector de la actividad" estableciendo unas potestades muy intensas sobre los medios que actúan en él. Y para concretar esta idea distingue tres niveles:

a) El concepto amplísimo:

Todo el tráfico administrativo queda configurado como de servicio público, utilizando el artículo 106 de la CE de 1978 y 121 de la Ley de Expropiación Forzosa vigente, por los cuales responde la Administración por el funcionamiento de los servicios públicos, y el artículo 339 del Código Civil, que configura como bienes de dominio público los que queden afectos a un servicio público.

El defecto de este concepto amplísimo es el adjetivo que lo define, que es considerado demasiado amplio para llegar a ser operativo, ya que puede amparar instituciones muy diversas.

b) El concepto operativo amplio: el servicio público compartido.

El servicio público son las prestaciones que la Administración aporta a la sociedad con las características de continuidad y regularidad, siempre que estas actividades puedan ser desempeñadas por los particulares.

Un ejemplo claro es el caso de la sanidad, que más adelante analizaremos más detalladamente: hubo un momento en el que el Estado se hizo cargo de la sanidad, por lo que asumió la "responsabilidad" de la prestación de la misma, lo que es distinto de asumir la titularidad en exclusiva, ya que tuvo y tiene que coexistir con los servicios sanitarios gestionados por particulares. Aparece por tanto el servicio público compartido.

c) El concepto restringido:

Es el aceptado por la doctrina española más reciente. Tres características definen este concepto:

c.1) El Estado es el titular de la actividad: El Estado es el titular del servicio público y los particulares sólo pueden gestionar la actividad por vía de la contratación administrativa. El Estado asume la actividad en régimen de monopolio, y esta es la diferencia fundamental con el concepto operativo amplio expuesto anteriormente.

c.2) La actividad indispensable para la vida colectiva: tiene que tener un alto grado de repercusión en la vida colectiva y entra en el concepto constitucional del artículo 128.2 de "servicios esenciales" con lo cual se produce una reducción de los servicios dentro del concepto amplio de servicios públicos.

c.3) Destinada a los usuarios: La figura del usuario como destinatario final del servicio es esencial.

Personalmente, discrepo en la defensa del concepto amplísimo, sobre todo por su abstracción y poco pragmatismo. También del concepto restringido, por discriminar éste a la iniciativa privada a la mera gestión por concesión administrativa, toda vez que el Estado tiene el monopolio. Prefiero utilizar la figura del servicio público compartido, dentro del concepto operativo amplio, ya que se deja a la iniciativa privada un margen de maniobra más importante, a la vez que se respetan derechos constitucionales como el de "libertad de empresa" y el de la iniciativa privada": otra cosa son las potestades que

sobre ellos pueda ejercer la Administración, pero siempre desde la premisa de que ésta asuma la responsabilidad del servicio, cosa que es distinta de asumir la titularidad en régimen monopolístico.

Martín Mateo (MARTIN MATEO, 1991) incluye el servicio público dentro de la clasificación que ha hecho la doctrina de la actividad de la Administración: de policía, de servicio público y de fomento. Es una noción de origen moderno, creada para caracterizar la aglutinación producida en el Derecho Administrativo. Para el autor no son válidos los criterios para detectar la presencia de un servicio público, sobre todo al desestimar el criterio de los sujetos, para lo cual argumenta que determinados servicios públicos son asumidos por particulares bajo la vigilancia y tutela del Estado al ser aquéllos concesionarios de servicios. También en cuanto al objeto y al régimen: con respecto al primero, porque es difícil determinar de antemano cuando se está ante un servicio trascendental y en cuanto al segundo, se puede inducir a confusión el hecho de que determinados servicios públicos sean prestados en un régimen privado. Establece como conclusión al abandono como criterio definidor de todo el Derecho Administrativo y de la acción de la Administración la idea de servicio público.

Después de su estudio, creo que el autor citado está alineado en parte con el concepto operativo amplio y con el servicio público compartido, al dar cabida a la gestión privada, al establecer para el Estado la responsabilidad, al declarar la competencia de los Tribunales de la Jurisdicción ordinaria en algunos supuestos (ejemplo: en los contratos de adhesión) y en definitiva al definir dentro de las modalidades posibles de la acción administrativa, la acción de prestación.

Otros autores (PARADA VAZQUEZ, 1993), diferencian la actividad de prestación con la de servicio público. La calificación de una actividad como de servicio "no se concreta siempre en actividades de prestación, sino que constituye un título que ampara también actividades de limitación, e incluso de fomento de la acción de los particulares, que se admite en concurrencia con la actividad de prestación pública" (ejemplo: sanidad y enseñanza). Por tanto, el citado autor admite también la concurrencia de la gestión privada con la pública, aunque aquélla esté sometida a una estrecha reglamentación. Establece las tres notas características de un servicio público:

- a) No implicación del ejercicio de poderes soberanos.
- b) Publicación de la actividad como de servicio público.
- c) De contenido económico y susceptible de explotación por particulares.

De la exposición de este autor, se concluye su defensa también del concepto operativo amplio y de un servicio público, que después de reunir los tres requisitos expuestos anteriormente, puede ser compartido o asumido por empresarios particulares.

García de Enterría (GARCIA DE ENTERRIA, 1990) establece el criterio del servicio público superando la distinción entre actos de autoridad y de gestión imperante durante casi todo el siglo XIX: la Administración Pública realizaba dos clases de actos, unos con autoridad, realizados con imperium, otros de mera gestión, en los cuales actúa como un simple particular. El Derecho Administrativo se aplicaría a los primeros, en tanto que los segundos quedarían sometidos al Derecho Privado. Expone el citado autor que cuando la Administración Pública gestiona servicios públicos está sin más sometida al Derecho Administrativo, con independencia de que en tal gestión actúe con autoridad o sin ella.

Posteriormente existió una crisis de esta distinción entre actos de autoridad y de gestión, como consecuencia de la ola de nacionalizaciones, por tanto con predominio de la gestión pública. El resultado es que actualmente es muy difícil separar con claridad los dos grandes bloques de actividades: unos sometidos al Derecho Administrativo y otras al Derecho Privado, entrecruzándose inexplicablemente en cualquier acto de la Administración Pública, dando lugar a lo que la doctrina ha llamado "teoría de los actos separables" (GARCIA DE ENTERRIA, 1990). Se separan los actos administrativos de un mismo servicio, actividad, etc. sometiendo unos a la jurisdicción contencioso-administrativa y otros a la jurisdicción ordinaria.

Esta teoría surgió en Francia para delimitar precisamente estas dos jurisdicciones y en la actualidad ha sido plenamente recibida en nuestro Derecho: primero por la jurisprudencia del Tribunal Supremo<sup>23</sup> y posteriormente por la legislación<sup>24</sup>.

Gaspar Ariño Ortiz (ARIÑO ORTIZ, 1979) coincide con José M. de la Cuétara (DE LA CUETARA, 1983) en que no existe un concepto legal de servicio público en nuestro ordenamiento jurídico, sino que hay fundamentalmente cuatro enfoques:

- a) En la legislación financiera.
- b) En la legislación general, civil, penal, mercantil y procesal.
- c) En la legislación administrativa general.
- d) En la legislación sectorial: transportes, enseñanza, energía, comunicaciones, sanidad, etc.

El citado autor afirma que hay fundamentalmente dos sentidos del concepto: uno orgánico, identificado con el Estado, sus unidades administrativas, el sujeto que actúa, cualquiera que sea su actuación. En otro sentido, el servicio público se refiere a un conjunto de actividades que reúnen unas características específicas que son dignas de protección, regulación y dirección, cualquiera que sea el sujeto que las preste. Y este es el sentido que nos interesa, al coincidir básicamente con la mayoría de los autores citados en las notas que tipifican la actividad del servicio público:

Es una actividad estatal (excluida de la acción libre de los particulares) por lo que los poderes públicos ejercen una dirección unitaria y exclusiva y asume la responsabilidad de la prestación.

---

<sup>23</sup> A través de un Auto de 17 de octubre de 1961, y una Sentencia de 4 de febrero de 1965.

<sup>24</sup> El art. 4, apartado tercero, de ley de Contratos del Estado en la redacción dada por la Ley de 17 de marzo de 1973 y artículo 8 y 40 y siguientes del Reglamento General de Contratación del Estado, derogada aquella en su totalidad y éste parcialmente por la Ley 13/95 de 18 de mayo de Contratos de las Administraciones Públicas, cual también recogía en su artículo 8 la citada teoría. La normativa actual en materia de contratación, el Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, recoge igualmente la doctrina de los actos separables en su artículo 21 que lleva por título "Jurisdicción competente", después de definir en el artículo 19 los "Contratos administrativos" y en el 20 los "Contratos privados"

Requiere una declaración formal de servicio público afectando a un sector de actividad determinado que se ha convertido en imprescindible y esencial para la comunidad.

La técnica concesional es la puerta abierta para la gestión de los particulares de los servicios públicos, previa la declaración formal descrita anteriormente, por lo que esa gestión no supone el ejercicio de poderes soberanos.

El Estado se reserva los poderes de dirección, control, inspección, etc. sobre las formas y medios de llevar a cabo la prestación. La Administración es la titular y por tanto tiene la dirección y la responsabilidad de la prestación.

La continuidad y la regularidad en la prestación del servicio son notas imprescindibles que debe garantizar el Estado.

José Luis Villar Palasí (VILLAR PALASÍ, 1968: 154) justifica la aparición del concepto de servicio público como un desgaje incidental del concepto de obra pública, pasando a ser desde sus comienzos, como título genérico de justificación, hasta ya en los comienzos de nuestro siglo, una técnica jurídica precisa. Asimismo afirma que la finalidad última está más allá del Derecho, inserta en la política. "Ayudó a cubrir con una máscara el trasfondo real: la idea del servicio público concesional como una técnica de expansión del Poder".

De acuerdo con el autor, creo que ha sido utilizada la discrecionalidad del Poder para la creación de servicios públicos ampliando a su vez el poder exorbitante de la Administración.

El servicio público se configura como una técnica más de administración, con la de policía administrativa y fomento, superando ese concepto inicial, de origen francés, de definir la función administrativa y la Administración como la pura gestión del servicio público.

Sabino Álvarez-Gendin, en su Manual de Derecho Administrativo, justifica la existencia del servicio público en la necesidad, al mismo tiempo que establece los requisitos de regularidad y continuidad. Lo define como "una coordinación o conjunto de actividades jurídicas, administrativas, financieras y técnicas que organizan el Estado o las

corporaciones antárticas, encaminadas a satisfacer económicamente necesidades públicas, de una manera regular y continua (ALVAREZ GENDIN, 1941).

La opinión autorizada de Gascón y Marín (GASCON MARIN, 1948: 223) incluye en su definición del concepto la continuidad y regularidad: "es el prestado para satisfacer una necesidad general pública, de modo regular y continuo, utilizando procedimiento jurídico público también, que somete las relaciones creadas a régimen especial.

De la doctrina mencionada podemos deducir, como la teoría del servicio público está plenamente integrada en el Derecho administrativo español, manteniendo una postura con bastante unanimidad: el servicio público es una parte de la actividad administrativa y no toda ésta, como defendía la escuela francesa de Burdeos.

A la crisis del concepto ya mencionada, como consecuencia de los cambios que le afectaron (nacionalizaciones, actividad industrial y mercantil de la Administración, etc.) hay que añadirle en nuestro país los cambios políticos producidos por el régimen franquista. Este régimen de poder choca frontalmente con un sistema servicial que nace y ve su desarrollo en el sistema de democracia liberal. En el régimen dictatorial el gobernante manda y en el servicial sirve a los ciudadanos.

El servicio público sustituye, doctrinalmente, la noción de soberanía, entendida como poder absoluto y a establecer unas relaciones entre gobernantes y gobernados más humanas y presididas por la solidaridad social (MARTINEZ MARIN, 1992).

Garrido Falla (GARRIDO FALLA, 1971) no da una definición del servicio público, sino que lo incluye como una de las actividades estatales generales, junto a la de coacción, fomento, etc. aunque la considera la actividad más importante. Se deduce el significado restringido del concepto en comparación con el tradicional.

José Antonio García Trevijano (GARCIA TREVIJANO, 1971) coincide en el concepto restringido de Garrido Falla, apartándose del concepto tradicional también, excluyendo como servicio público a la justicia, defensa, policía, etc.

Pero, desde el punto de vista práctico del servicio público, en realidad ¿qué es lo que está en crisis? coincidiendo con Antonio Marín (MARTINEZ MARIN, 1992) creo que una vez asumido por la Administración la responsabilidad de prestar un servicio público

determinado a los ciudadanos, lo que entre en crisis es el funcionamiento del mismo y discrepo del citado autor en la extensión que hace al mal funcionamiento de todos los servicios públicos de nuestro país: justicia, ferrocarril, etc. Esa visión pesimista ha de ser superada inspirándose en servicios públicos que sí funcionan bien, o en el derecho comparado, a efectos de importar sistemas o modelos de otros países con el objetivo de optimizar la gestión de nuestros propios servicios públicos.

## 5.2 El marco político-administrativo preconstitucional

En España cada vez que un Gobierno progresista tenía la responsabilidad de gobernar, asumía la misión de reformar el sistema sanitario. Esta constante histórica es un hecho en la evolución en la política sanitaria y, además, siguiendo la estela de los países europeos de la necesidad de llevar a cabo una reforma modernista para acometer la problemática de la protección de la Salud (OMS, 1965).

Las primeras preocupaciones por crear unas estructuras mínimas de la sanidad surgen a comienzos del siglo XIX (SERRANO TRIANA, 1990) y a raíz de la vertebración de la Administración española.

Con el progresivo cambio de la sociedad rural a la urbana, así como con la imparable industrialización de España, se produjo un cambio importante en las políticas administrativas de protección de la salud. Es cuando los poderes públicos empiezan a asumir que la salud no es una cuestión aislada e individual y empieza a tomarse conciencia del contenido comunitario y social. La asistencia sanitaria de un largo periodo del siglo XX es prestada por la Beneficencia Pública a un gran sector de la sociedad española con bajos niveles de renta y que no podían asumir los costes del tratamiento de las enfermedades. Por todo ello, se desprende que la beneficencia estuvo ligada a la sanidad como actividad de la Administración Pública reflejándose, entre otros aspectos, en el carácter benéfico de la mayor parte de los establecimientos sanitarios de ese periodo.



Posteriormente, la Beneficencia evolucionó sin estar conectada con cierta estabilidad y equilibrio a la organización de la sanidad, ya que ésta, prestaba sus servicios a los ciudadanos como colectivo a partir de la acción mutualista o a la cobertura ofrecida por el seguro mercantil, mientras que aquella atendía sólo a los pobres de forma individual mediante el auxilio necesario en los supuestos de enfermedad, lo que se denominaba la Beneficencia pública.

Un paso importante en la protección social en España, se produjo con la promulgación de la Ley de 14 de diciembre de 1942 reguladora del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Con independencia de que este seguro obligatorio estuviera basado en una relación laboral previa, se extiende a una gran parte de la población: es “asegurado” todo trabajador económicamente débil, mayor de catorce años, ya sea por cuenta ajena o por cuenta propia, ya se trate de trabajadores a domicilio o de servicio doméstico. Nace, por tanto, la obligación de estar asegurado. Las personas protegidas por el Estado se amplían con la figura del “beneficiario” que son aquellos familiares del asegurado que vivieran con él y a sus expensas (ESCRIBANO COLLADO, 1976).

Hay que subrayar, que la Ley de 14 de diciembre de 1942, es un hito para la historia de los seguros sociales, es a partir de aquí, cuando va a gestarse lo que sería el desarrollo sanitario de los años 60 con la construcción de las Residencias Sanitarias de la Seguridad Social, cuyo desarrollo va a tomar caracteres espectaculares (BANDO CASADO, 1986). A tal fin, se inició en el año 1946 un plan nacional de construcción de instalaciones sanitarias con el resultado de que en el periodo 1946-1964 se construyeron 46 residencias, 346 ambulatorios independientes, 35 en construcción y 38 en proyecto<sup>25</sup>.

Es un sistema de Seguridad Social expansivo y que su número de cotizantes, va siempre aumentando. El sistema de financiación es mixto, se implantan nuevas prestaciones, además de nuevas infraestructuras asistenciales y hospitalarias mencionadas anteriormente. A los centros asistenciales de pobres que existían con anterioridad, se suman los destinados a trabajadores y los que surgen de la iniciativa privada.

---

<sup>25</sup> Datos obtenidos del Servicio de Información y Estudios del Ministerio de Trabajo, núm. 1059. Realizaciones del Instituto Nacional de Previsión en la Seguridad Social Española. Madrid. 1994

En cuanto a la iniciativa privada, hay que tener en cuenta que el sistema de igualas era bastante elevado en las zonas rurales y consistían en el pago, por parte del asegurado de una cantidad periódica al médico a cambio del compromiso de éste de prestarle asistencia médica tantas veces fuese necesario. Posteriormente se desarrollaron los "Iguulatorios Médicos" como organización de varios médicos con iguales prestaciones pero agrupados con el objetivo de prestar una mayor y más completa asistencia.

El sistema establecido por esta Ley, perdura hasta su modificación por el Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprobó el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, texto que ha dado soporte a todo el sistema sanitario de la Seguridad Social con todos los avances, modificaciones, creación de órganos administrativos específicos, redes sanitarias paralelas, por un lado la del Ministerio de Trabajo, relativa a la Seguridad Social y otra del Ministerio de la Gobernación a través de la Dirección General de Sanidad (BANDO CASADO, 1986). Este Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (en adelante LGSS) encomendaba al Estado y con más precisión, al Instituto Nacional de Previsión (en adelante INP) la protección de la contingencia de enfermedad común y laboral, o profesional, pero siempre que existiera relación laboral. Este camino era el seguido anteriormente con los Servicios Sanitarios de los Seguros Sociales y Seguro Obligatorio de Enfermedad.

La visión tradicional de la protección de la salud por parte de los órganos legislativos y ejecutivos era una visión que priorizaba la función reparadora del siniestro acaecido, desde el punto de vista del individuo. Desde el punto de vista estatal, el ordenamiento jurídico ha venido reconociendo unas potestades de fomento y de policía sanitaria, según las distintas épocas, que aún siguen vivas (SERRANO TRIANA, 1990).

*En 1944 y como resultado del trabajo del Consejo Nacional de Sanidad de elaborar un proyecto de ley sobre la sanidad en España, se aprobó la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944. Esta ley se elaboró con el objetivo de avanzar en la renovación de toda la Sanidad pero el resultado es que fue continuista en cuanto a las estructuras de la normativa de 1942. "Hay que destacar que la necesidad de llevar a cabo una reforma del sistema sanitario, se ha visto claro por todos cuantos han tenido responsabilidades en el ramo de la sanidad, desde el día siguiente a la aprobación de la*

*Ley de Bases de 1944” (BANDO CASADO, 1986). Los objetivos de este texto legal de 1944 quedaron claros en el discurso de 22 de noviembre del entonces Ministro de la Gobernación, Blas Pérez González de presentación al Pleno de las Cortes de la nueva ley, que decía: “La única Ley de Sanidad con que contamos es la de 28 de noviembre de 1855. Ya es una vieja; lleva casi un siglo y durante este siglo las invenciones, los avances sanitarios han sido insospechados. Esta falta de sincronismo entre la legislación sanitaria, de una parte, y la realidad sanitaria, de otra, ha sido perfectamente prevista por políticos y profesionales, pero las reacciones políticas han impedido todo intento de poner al día esta legislación”<sup>26</sup>.*

En la referida Ley de 1944, el principio de la competencia en materia sanitaria del Estado queda recogido de forma contundente en la Base única del Título Preliminar: “Incumbe al Estado el ejercicio de la función pública de Sanidad. En la consecución de los fines de esta función será ayudado por las Corporaciones públicas, Organismos paraestatales y del Movimiento y por las entidades particulares, bajo la ordenación, inspección, vigilancia, disciplina y estímulo de los Organismos sanitarios dependientes del Estado”. Las competencias de las Diputaciones provinciales se ven poco afectadas frente a la pérdida progresiva de los entes locales, a favor de la Administración del Estado. Fue una ley de principios con algunas regulaciones muy genéricas. Tuvo un posterior desarrollo muy atomizado con multitud de reglamentaciones y con el resultado de una casi total deslegalización de la intervención del Estado en la organización sanitaria.

La dispersión y la progresiva fragmentación del sector, son dos de las características de los servicios sanitarios en esta época. Los nuevos servicios públicos que iban surgiendo dificultaban la actividad administrativa que no tenía recursos suficientes para dar respuesta a las nuevas necesidades. También el “deseo de perfeccionar determinados servicios que atendiesen sus particulares necesidades (alumnado, reclusos, personal del Movimiento, trabajadores, etc.) hizo que al final del período, existiesen competencias sanitarias en casi todos los Ministerios, lo que hizo a su vez ineludible la creación de

---

<sup>26</sup> *Ministerio de Gobernación. Dirección General de Sanidad. Ley de Bases de Sanidad Nacional. Precedida de los discursos pronunciados ante el pleno de las Cortes Españolas el día 22 de noviembre de 1944 por Blas Pérez González y José A. Palanca y Martínez-Fortún. Edición Especial. Madrid. 1944.*

órganos colegiales de coordinación. Puede decirse, sin hipérbole, que éste es el gran fenómeno sanitario de la época que va de la Ley de 1944 a la aprobación de la CE” (MUÑOZ MACHADO, 1995). La organización y los objetivos en materia sanitaria de los responsables políticos estaban sometidos a continuas variaciones al no tener un marco estable jurídico.

Esta situación de dispersión, era la que se encontraron los responsables de elaborar la CE de 1978: servicios encuadrados en la Seguridad Social, en Sanidad, en la Beneficencia, y otros muchos dependientes de organizaciones de muy diversa índole como Justicia, Militares, Cruz Roja, etc. El marco era una red de establecimientos de la Seguridad Social en paralelo con otras redes hospitalarias. La vía de los conciertos también se hizo necesaria para dar cobertura a la cada vez más extensa población protegida por la sanidad pública.

Pero la evolución era evidente: en un primer momento, tal y como se ha dicho anteriormente, a través de la implantación y evolución del Seguro obligatorio de Enfermedad (en adelante SOE), y posteriormente hacia un sistema de Seguridad Social, el Estado va asumiendo de una manera activa la responsabilidad de la protección de la salud de los ciudadanos, incluyendo la asistencia sanitaria en la acción protectora de la Seguridad Social. Pero ésta no sólo cumplió la función de aseguramiento ante los supuestos de enfermedad, financiando la cobertura de prevención y curación en los establecimientos existentes, tanto públicos como privados, sino que estructuró una organización propia para dar cobertura a los asegurados. Unió, por tanto, la financiación y la gestión de los servicios sanitarios bajo su dependencia (MUÑOZ MACHADO, 1995).

La influencia internacional tuvo un peso importante en esta evolución, ya que:

- a) Por una parte, en la Conferencia de Filadelfia de 1944, se apostó por un criterio universal y unificado en la aplicación de los seguros sociales y que fue inspirador en 1952 del Convenio nº 102 de ámbito internacional relativo a la seguridad social como norma mínima y que fue utilizado por el Consejo de Europa para la elaboración de un derecho social común a los países europeos a través de sus Textos de ámbito internacional, destacando la Carta Social Europea de 1961 y el Código Europeo de Seguridad Social de 1968.

- b) También en el primer Consejo Iberoamericano de Seguridad Social de 1951, se aconsejó la unificación de los seguros sociales como medida previa para la configuración de un sistema de Seguridad Social.
- c) Asimismo, el reconocimiento de la Seguridad Social como derecho de todo individuo quedó recogido en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948 en su artículo 22.
- d) Y finalmente, en la V Conferencia de los Estados de América, miembros de la OIT y celebrada en Petrópolis en 1952 aprobó una Resolución de fecha 29 de abril relativa a la política futura a observar en el ámbito de la seguridad social, creando programas de fomento de, entre otras materias, la salud.

Por todo ello, la salud se empieza a convertir en un derecho fundamental de todo ser humano, con independencia del sexo, raza, religión, ideología o status social amparado por la Organización Mundial de la Salud, creada en Nueva York el 22 de julio de 1946 y con enmiendas en los artículos 24 y 25 el 28 de mayo de 1959.

La Ley de Hospitales de 1962, pese a los esfuerzos de coordinación de los responsables sanitarios y políticos, no consiguió vertebrar políticas unitarias ni evitar distorsiones inconcebibles como, por ejemplo, distintas retribuciones para personal sanitario atendiendo a los mismos enfermos cubiertos por la Seguridad Social, dependiendo del establecimiento en que prestan sus servicios (de la Seguridad Social, del Estado o de un ente local) (MUÑOZ MACHADO, 1995).

A esta desorganización en cuanto a la coordinación sanitaria hay que añadir, por posterioridad a la aprobación de la CE Española de 1978, las transferencias a las autonomías, las cuales iban a asumir gran parte de las competencias sanitarias que habían pertenecido a la Administración central.

---

## 5.3 El marco constitucional de la salud

### 5.3.1 Los principios constitucionales

La protección a la salud, es impulsada con carácter definitivo con la promulgación de la CE de 1978, al recoger en el Título I, Capítulo tercero denominado “de los principios rectores de la política social y económica”, el artículo 43.1 que dice expresamente: “se reconoce el derecho de la salud”. A partir de este momento, se abre un auténtico abanico de posibilidades de la protección de la salud, tanto en el aspecto preventivo como curativo. En el apartado 2, del citado artículo 43, se responsabiliza a los poderes públicos y es de su competencia, la obligación de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. En el apartado 3, se encomienda a los poderes públicos el fomento de la educación sanitaria, la educación física y el deporte.

El artículo 49 de la CE, recoge que “los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”.

Estos artículos 43 y 49 citados, están recogidos en el capítulo III, del Título I, de la CE (Principios de la política social y económica) por lo que, en sentido estricto, no contienen derechos fundamentales, aunque, con independencia de su ubicación constitucional, el derecho a la salud y a la asistencia sanitaria son derechos que, en países democráticos como España, tienen una transcendencia muy superior a los derechos recogidos en el citado capítulo III mencionado anteriormente.

### 5.3.2 Su desarrollo

Asimismo, desde el primer modelo de gestión caracterizado por la beneficencia, se pasó a un segundo modelo de Seguridad Social, donde la cobertura es mucho más amplia al incorporarse colectivos de diversos sectores profesionales y corporativos. Este sistema de Seguridad Social, es único en Europa ya que es el único que desarrolla estructuras de gestión directa y pública desde el propio ámbito de la Seguridad Social. En los demás países europeos la gestión es privada ya que había otras estructuras más desarrolladas, tanto hospitalarias como de atención primaria. Se construyen grandes hospitales y el personal sanitario y no sanitario al servicio de estas instituciones sanitarias son estatutarios, actualmente considerados como “funcionarios de carácter especial”<sup>27</sup>.

El tercer modelo de gestión, actualmente vigente, se configura con el precitado artículo 43 del texto constitucional, con la posterior Ley General de Sanidad de 1986 y, fundamentalmente, por la creación del Estado de las Autonomías, a partir del desarrollo del Título VIII de la CE, denominado: “De la organización Territorial del Estado”. Por tanto, y con este marco jurídico, se inicia un proceso de transferencias de competencias del Estado a las Autonomías, entre las que está la sanidad. Este proceso imparable de descentralización del Sistema Nacional de Salud, tiene su origen, no en una decisión de los responsables políticos de esos años, sino como consecuencia del modelo autonómico de nuestra nueva organización territorial. Los antecedentes estaban claros: había que elegir entre dos modelos alternativos, el basado en el funcionamiento de los seguros sociales o el de un Sistema Nacional de Salud. Los partidos de izquierda (PSOE y PCE) promocionaban este sistema que era deseado por la mayoría de la población y por la mayoría de los facultativos y fue definitivamente el modelo recogido por la Ley General de Sanidad de 1986.

---

<sup>27</sup> “ El artículo 1, de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud, publicada en el BOE de 17 de diciembre de 2003, dice expresamente: “Esta ley tiene por objeto establecer las bases reguladoras de la relación funcional especial del personal estatutario de los servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, a través del Estatuto Marco de dicho personal”

El modelo de gestión de la Seguridad Social cambió con la publicación del Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de noviembre sobre Gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo, donde en su artículo 1, apartado 1.2 recoge expresamente la creación del Instituto Nacional de Salud para la administración y gestión de los servicios sanitarios. El INSALUD sustituye, por tanto, al INP como órgano central de gestión de la salud.

Posteriormente, se publicó el Real Decreto 1855/1979, de 30 de julio, que reguló las competencias del INSALUD y se convirtió en uno de los organismos más importantes de gestión de la Administración Central del Estado.

El derecho a la protección a la salud, también es contemplado posteriormente en el capítulo único, del Título Preliminar de la Ley General de Sanidad, recogiendo en su artículo primero, apartado primero que: “la presente ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la CE”. En su apartado segundo señalaba que “Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional. (Ley 14/1986, de 25 de abril, Boletín Oficial del Estado de 29 de abril de 1986). Con la titularidad de este derecho se estableció un paralelismo a la regulación de la vecindad en las Corporaciones Locales ya que establecía como nexo de titularidad de este derecho la residencia reconocida.

Este derecho a la asistencia sanitaria y por tanto la titularidad del mismo, está actualmente regulado a nivel estatal por el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, y que persigue en palabras de su Exposición de Motivos: “afrontar una reforma estructural del Sistema Nacional de Salud dotándolo de solvencia, viabilidad y reforzando las medidas de cohesión para hacerlo sostenible en el tiempo”. Una reforma importantísima pues, que afecta a los pilares básicos del sistema sanitario español, a los derechos y obligaciones que lo definen: cobertura, gasto, prestaciones y a los resultados. En el mismo se establece por tanto la titularidad del derecho y la condición de asegurado.



Las diferencias entre “protección a la salud” y la “medidas reparadoras de la salud” están explícitamente recogidas en la alternancia de los términos “salud” y “sanidad” lo que en definitiva se traduce en el fomento de la salud por parte de los poderes públicos y la acción administrativa de reparación de la misma.

Como se ha visto anteriormente, el ordenamiento español, ha venido reconociendo determinadas potestades de fomento o de policía sanitaria, según la época en que nos encontremos.

El seguro privado, con su modelo particular de gestión, desempeñaba un papel importante en la protección de la enfermedad. En este marco privado, la prevención no podía asegurarse, únicamente la cobertura era para la enfermedad y la protección comenzaba cuando el hecho acaecía. Se cubría, por tanto, una insuficiencia histórica de la asistencia pública que no llegaba a todos los ciudadanos. Hoy día, sigue siendo habitual la suscripción de este tipo de pólizas de seguro con Compañías que responden a este tipo de relación contractual, dirigida a proteger fundamentalmente colectivos de profesionales (abogados, etc...) La libertad de empresa recogida en el artículo 38 de la Carta Magna, y concretamente en el sector sanitario y su legítimo lucro mercantil, hacen posible la aparición de este sistema de contratación sanitaria en paralelo a la prestación pública, como una de las modalidades de gestión de la sanidad.

Al regular la CE, el derecho a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria no establece un sistema público únicamente y con carácter exclusivo de gestión directa pública y, por tanto, se pueden desarrollar otras políticas de gestión mixtas, público-privado o privado concertado, como sucede en la actualidad.

En la CE se encuentra en efecto, la respuesta a cuestiones claves como la determinación del papel del sector público y del sector privado; la existencia, extensión y naturaleza de derechos y otras relaciones jurídicas entre el ciudadano y las instituciones y centros sanitarios; la ordenación de las fuentes reguladoras de las instituciones, derechos y funcionamiento, en general, del sistema sanitario (FERNANDEZ PASTRANA, 1994).

La CE asigna, por tanto, obligaciones a los poderes públicos para hacer efectiva la tutela y protección de la salud y a la organización de la asistencia sanitaria. Por todo ello, y teniendo en cuenta la estructura territorial descentralizada del Estado español y las

competencias constitucionales de éste y de las CCAA, hay que analizar las medidas legislativas más importantes adoptadas para hacer una realidad la protección a la salud de todos los ciudadanos:

- a) Tras unos años de vigencia de la CE, se aprobó la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad que desarrolló dicho derecho de protección a la salud y la sido reformada en numerosas ocasiones.
- b) La Ley 15/1997 de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud garantizando la condición de servicio público, habilita al Sistema Nacional de Salud para poder gestionar y administrar, bien directa o indirectamente, a través de cualquier entidad de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho, los Centros, Servicios o Establecimientos Sanitarios de protección a la salud o atención sanitaria o sociosanitarios.
- c) La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, contribuyó a dar más consistencia a la asistencia sanitaria, a través de la regulación de un catálogo de prestaciones y de una cartera de servicios, teniendo como objetivos garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## CAPÍTULO VI. LA DISTRIBUCION DE COMPETENCIAS DE LOS RECURSOS HUMANOS DE LA SANIDAD.

### 6.1 La distribución de competencias en el sistema administrativo español

La organización territorial y el esquema de distribución de competencias en materia de asistencia sanitaria (FERNANDEZ PASTRANA, 1994: 104) que establecen la CE de 1978<sup>28</sup> y los Estatutos de Autonomía, provocan el nacimiento, en el año 1986 y mediante la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, del Sistema Nacional de Salud (en adelante LGS), concebido como el conjunto de los servicios de salud con un funcionamiento coordinado.

La LGS establece que en los servicios de salud, se integrarán los diferentes servicios sanitarios públicos del respectivo ámbito territorial. Tal integración se realiza con las peculiaridades organizativas y funcionales de los correspondientes centros, entre ellas el régimen jurídico de su personal, lo que motiva que en los servicios de salud y en sus centros sanitarios se encuentre prestando servicios personal con vinculación funcional, laboral y estatutaria.

La LGS recoge en su Preámbulo II, que una de las dos razones de máximo peso, junto las necesidades de reforma del sistema sanitario, es, como mayor incidencia aún en el plano de lo organizativo, es la institucionalización, a partir de las previsiones del título VIII de nuestra Constitución (MUÑOZ MACHADO, 1995: 103), de CCAA en todo el

---

<sup>28</sup> Los artículos más importantes para la organización de los servicios sanitarios son los relativos al reparto de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas. Destacan los siguientes:

- a) El artículo 148.1.21 que reconoce a las CCAA la competencia en materia de “Seguridad e Higiene”.
- b) El artículo 149.1.16 otorga al Estado la competencia exclusiva en materia de “Sanidad Exterior, las bases y coordinación general de la Sanidad y la legislación sobre productos farmacéuticos.
- c) El artículo 149.1.17 atribuye al Estado la competencia exclusiva sobre “legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las CCAA”. Este precepto es de vital importancia para la organización de los servicios sanitarios en los distintos servicios de salud de las CCAA.

territorio del Estado, a las cuales han reconocido sus Estatutos amplias competencias en materia de Sanidad. Asimismo, recoge que la incidencia de la instauración de las CCAA en nuestra organización sanitaria, tiene una transcendencia muy importante al tener que poner a disposición de las mismas, a través de los procesos de transferencias de servicios, un dispositivo necesario para atender a la población dentro de las citadas CCAA. Esta instauración de los servicios de salud autonómicos, ha sido progresiva y acomodado a los procesos de transferencias de servicios a las CCAA.

El artículo 41 de la citada LGS establece a su vez que:

“1.- Las CCAA ejercerán las competencias asumidas en sus Estatutos y las que el Estado les transfiera o, en su caso, les delegue.

2.-Las decisiones y actuaciones públicas previstas en esta Ley que no se hayan reservado expresamente al Estado se entenderán atribuidas a las CCAA”

La CE de 1978, en sus artículos 147.2 c) y 148.1.1ª, reconoce a las entidades autónomas un cierto poder de auto organización, dada la organización territorial del Estado en diferentes niveles (municipal, provincial y autonómico). Asimismo, el artículo 137 del citado texto legal recoge que estos niveles de organización territorial “gozan de autonomía para la gestión de sus respectivos intereses”. En el marco de esa competencia constitucional de auto organización para disponer y regular sus estructuras de gobierno, se deduce que está incluida la capacidad para disponer de su propia función pública.

Esta capacidad normativa de los entes territoriales sobre la función pública, se proyecta sobre los derechos, deberes, incompatibilidades, estructura en cuerpos y escalas, relaciones de puestos de trabajo (en adelante RPT), planificación de los recursos humanos, etc...

Asimismo, la CE de 1978 establece unos límites en materia de función pública en el art. 149.1.18 al recoger la competencia exclusiva del Estado (ROYO,J.P. & DURAN,M.C., 1995) para establecer “las bases del régimen jurídico de las Administraciones públicas y del régimen estatutario de sus funcionarios que, en todo caso, garantizarán a los administrados un tratamiento común ante ellas...” Se entiende la referencia a todos los

funcionarios públicos de todas las Administraciones públicas, incluidos tanto los funcionarios de la Administración General del Estado como los de las Administraciones de las CC.AA. y los de las Corporaciones Locales. Se pretende así asegurar la igualdad en las condiciones de empleo, fundamentalmente en el acceso. Esta reserva está justificada en el principio constitucional de solidaridad entre las CC.AA. (art. 2 CE) para evitar agravios comparativos y asegurar unos canales mínimos de sus sistemas de función pública. Esto no puede suponer vaciar de contenido las competencias autonómicas de desarrollo normativo. Ello puede significar que la intensidad regulativa puede ser mayor en cuestiones como la garantía de los principios constitucionales relativos al acceso y a la carrera profesional en la función pública, en los derechos subjetivos de la relación de servicios de los funcionarios, pero menos intensa en cuestiones relativas a los aspectos organizativos y funcionales en respeto de la competencia de auto organización de cada Administración Pública (MONEREO Pérez, J.L.; NIEVES Moreno, M; ALMENDROS Gonzalez, J.A.; MALDONADO MOLINA, J.A. y FERNANDEZ Avilés, J.A., 2010). Asimismo, el citado texto constitucional, recoge en su artículo 103.3, que “la ley regulará el estatuto de los funcionarios públicos, el acceso a la función pública de acuerdo con los principios de mérito y capacidad, las peculiaridades del ejercicio de su derecho de sindicación, el sistema de incompatibilidades y las garantías para la imparcialidad en el ejercicio de sus funciones”.

En materia de política económica destaca la competencia estatal en cuanto al gasto público y relacionado éste con los gastos de personal en el sector público y por tanto, con el sistema retributivo de los empleados públicos. En este sentido y siguiendo los dictados del artículo 149.1.13ª CE que establece la competencia exclusiva del Estado en las “Bases y coordinación de la planificación general de la actividad económica”, el sistema de retribuciones forma parte de las materias que constituyen el concepto de bases del régimen estatutario de los funcionarios (fundamentalmente las retribuciones básicas) así como legitima que se puedan establecer límites al crecimiento de las retribuciones de personal ( Sentencia del Tribunal Constitucional 96/1990).

Resulta esencial dar cobertura competencial a los límites retributivos contenidos en las Leyes de los presupuestos generales del Estado para todo el personal al servicio del sector público, expresados a través de topes máximos globales referidos al incremento

de la masa salarial<sup>29</sup>. En base a ello, el Estado puede tanto establecer topas máximas a los incrementos retributivos de los funcionarios autonómicos, como optar por la congelación salarial en un ejercicio concreto (PARADA R. y FUENTETAJA J., 2013).

Por tanto, la competencia para establecer las bases del régimen estatutario de los funcionarios es del Estado y lo que corresponde a las CC.AA. es el desarrollo legislativo así como la ejecución de esa legislación básica estatal.

Con respecto a los empleados con contratos laborales, la distribución de competencias es diferente ya que corresponde al Estado la competencia exclusiva en materia de legislación laboral (artículo 149.1.7ª CE) incluyendo también el desarrollo reglamentario de la misma. Sólo corresponde a las CCAA la ejecución de la legislación laboral lo que se traduce en establecer los órganos y procedimientos necesarios para la ejecución.

En diferente situación se encuentra la Administración local ya que en materia de función pública debe sujetarse a las leyes del Estado y de la Comunidad Autónoma respectiva. La competencia local se enmarca en los aspectos funcionales y de organización de la función pública, ya que los aspectos subjetivos del régimen jurídico de los funciones se sujetan a reserva de ley.

Por ello, una de las consecuencias del ámbito competencial descrito anteriormente, es que el régimen jurídico de la función pública en España es un modelo heterogéneo con cuanto a los regímenes jurídicos aplicables, existe bastante diversidad en las políticas de recursos humanos en las diferentes CCAA ya que éstas pueden promulgar sus propias leyes de función pública.

El Estatuto Básico del Empleado Público (en adelante EBEP) , aprobado por Ley 7/2007 de 12 de abril viene a abordar una reforma legislativa con carácter general del sistema de empleo público dada la diversidad de Administraciones públicas , hasta ahora recogida su legislación básica de forma dispersa en varios textos legales. Su aprobación

---

<sup>29</sup> La Ley 36/2014, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2015, publicada en el BOE núm. 315 de 30 de Diciembre de 2014, dispone en su artículo 30 que lleva por título "Retribuciones del personal estatutario y del personal de la Seguridad no estatutario" en su apartado Tres recoge que: "En el año 2015 las retribuciones del restante personal funcionario y estatutario del ámbito de aplicación de este artículo no experimentarán incremento respecto de las vigentes a 31 de diciembre de 2014".

constituyó un hito histórico en el proceso de regulación del empleo público en España, ante una situación de dispersión de la legislación básica en materia de empleo público y también por mandato constitucional pendiente de cumplir (art. 103.3 y 149.1.18ª CE).

El EBEP deja a las CC.AA. y al Estado, la opción de aceptar o no, a través de su normativa propia, instituciones o elementos enteros de la Función Pública. Es el caso de una de sus innovaciones más destacadas, como es el personal directivo (art. 13), o como el menú dispositivo de las modalidades de carrera que recoge (art. 16). En otras ocasiones, se limita a habilitar o autorizar que las Administraciones Públicas organicen la gestión de su empleo público conforma a determinadas posibilidades igualmente opcionales. En sectores específicos como el sanitario, es importante el carácter supletorio de la legislación del estatal, recogido en el art. 149.3 de la CE a través de la cláusula de suplencia y prevalencia que recoge: “Las materias no atribuidas expresamente al Estado por esta Constitución podrán corresponder a las CC.AA., en virtud de sus respectivos Estatutos. La competencia sobre las materias que no se hayan asumido por los Estatutos de Autonomía corresponderá al Estado, cuyas normas prevalecerán, en caso de conflicto, sobre las de las CC.AA. en todo lo que no esté atribuido a la exclusiva competencia de éstas. El derecho estatal será, en todo caso, supletorio del derecho de las CC.AA. Antónimas.”

Las CC.AA. disponen, por tanto, de capacidad suficiente para legislar, a través de sus parlamentos autonómicos, un modelo de función pública propio. Y esa capacidad le viene dada, por esa legislación básica estatal en materia de función pública.

### **6.1.1 Especial referencia a la Comunidad Valenciana**

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, Publicado en el BOE núm. 102 de 29 de Abril de 1986, es la que regula esta materia en la Comunidad Valenciana.

La LGS recoge en su capítulo VI (art. 84 a 87), que un Estatuto–Marco contendrá la normativa básica del personal estatutario aplicable en materia de clasificación, selección, provisión de puestos de trabajo y situaciones, derechos, deberes y régimen



disciplinario, incompatibilidades y sistema retributivo, garantizando la estabilidad en el empleo y su categoría profesional.

En cuanto a las CC.AA. en materia de este personal estatutario, encomienda instrucciones de ajustarse a lo previsto en dicho Estatuto-Marco. La selección de personal y su gestión y administración se hará por las Administraciones responsables de los servicios a que estén adscritos los diferentes efectivos. Se hace una previsión para las CC.AA. con lengua oficial propia, estableciendo que en el proceso de selección de personal y de provisión de puestos de trabajo de la Administración Sanitaria Pública, se tendrá en cuenta el conocimiento de ambas lenguas oficiales por parte del citado personal.

Asimismo y con relación a las competencias de las CC.AA., en el ejercicio de las mismas, podrán dictar normas de desarrollo de la legislación básica del régimen estatutario de estos funcionarios.

Por tanto, del análisis de la normativa citada anteriormente de la LGS y del régimen común recogido en el también citado artículo 149.1.18 de la CE, al establecer únicamente como competencia exclusiva las bases del régimen jurídico, deja a las CC.AA. un margen propio para regular sus particularidades en materia de función pública y en concreto, la sanitaria.

Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana, publicado en BOE núm. 164 de 10/07/1982 y modificado por Ley Orgánica 1/2006, de 10 de abril, publicado en BOE núm. 86, de 11 de abril de 2006.

En mayo de 2005, se debatió en las Cortes Valencianas, un nuevo estatuto de autonomía que sustituiría al aprobado mediante Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana (Vigente hasta el 11 de Abril de 2006).

La Comunidad Valenciana fue la primera en presentar una reforma de su estatuto de autonomía ante el Congreso de los Diputados en el marco de la segunda oleada de reformas de estatutos autonomía abierta con la llegada al poder del PSOE tras las elecciones generales de 2004. La reforma fue aprobada en las Cortes Valencianas por

83 votos a favor (PPCV y PSPV-PSOE), y 6 votos en contra (ENTESA), el 1 de julio de 2005 con un texto pactado previamente entre el PPCV y PSPV-PSOE.

El proyecto de reforma del Estatuto de la Comunidad Valenciana fue aprobado en el Congreso de los Diputados por 294 votos a favor (PSOE, PP y CC) y 32 en contra (CiU, ERC, PNV, IU-ICV y el Grupo Mixto).

La reforma del Estatuto fue ratificada por el Parlamento Valenciano, y posteriormente, el nuevo Estatuto fue firmado por el rey Juan Carlos el 10 de abril de 2006, entrando en vigor el 11 de abril con su publicación en el Boletín Oficial del Estado (el BOE) y en el Diario Oficial de la Generalidad Valenciana (DOGV) ese mismo día, con el siguiente título: LEY ORGÁNICA 1/2006, de 10 de abril, de Reforma de la Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana

El Estatuto de Autonomía derogado establecía en su artículo 38, que:

“1. Corresponde a la Generalitat Valenciana el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior”

El nuevo Estatuto de Autonomía recoge en su artículo 54 y dentro del título IV “Competencias”

“Es de competencia exclusiva de la Generalitat la organización, administración y gestión de todas las instituciones sanitarias públicas dentro del territorio de la Comunitat Valenciana.”

La Ley 10/2010, de 9 de julio, de la Generalitat, de Ordenación y Gestión de la Función Pública Valenciana, publicada en DOCV núm. 6310, de 14 de Julio, de 2010, y BOE núm. 190 de 06 de Agosto de 2010, regulaba en su artículo 3, el ámbito de aplicación de la misma:

“1. La presente ley se aplica al personal funcionario que presta sus servicios en las siguientes Administraciones Públicas:

a) La Administración de la Generalitat, en los términos del artículo siguiente.

b) Las universidades públicas de la Comunitat Valenciana, que desempeña funciones de administración o servicios en las mismas.

c) Las Administraciones Locales situadas en el territorio de la Comunitat Valenciana a que se refiere el artículo 5, con las especificidades previstas en la Disposición Adicional Séptima de esta ley.

2. El personal laboral de las administraciones citadas en el apartado anterior se regirá, además de por la legislación laboral y las demás normas convencionalmente aplicables, por los preceptos del Estatuto Básico del Empleado Público y por los de la presente ley que así lo dispongan expresamente.

3. El personal laboral de las empresas públicas que adopten la forma de sociedad mercantil se regirá por su normativa específica, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 4, apartado 4, de la presente ley.

4. El personal investigador al servicio de la Generalitat se regirá por la presente ley, sin perjuicio de las normas singulares que se dicten para adecuarla a sus peculiaridades.

5. El personal docente y estatutario al servicio de la Generalitat se regirá, en aquellas materias no reguladas por su normativa específica, por lo dispuesto en esta ley, a excepción de los artículos relativos a las retribuciones complementarias, la movilidad interadministrativa y la promoción profesional. No obstante lo anterior, las previsiones de la evaluación del desempeño del artículo 121, serán de aplicación a este personal.

6. Las disposiciones de esta ley sólo serán aplicables cuando así lo determine su legislación específica, y en los términos previstos en ésta; al siguiente personal:

a) El personal al servicio de Las Cortes.

b) El personal al servicio de las Instituciones de la Generalitat.

c) El personal funcionario al servicio de la administración de Justicia.

En todo caso, las disposiciones de esta ley serán de aplicación supletoria a las Instituciones a las que se refiere este apartado 6.b.”

El Decreto 7/2003, de 28 de enero, del Consell de la Generalitat Valenciana , por el que se aprobó el Reglamento de Selección y Provisión de Plazas de Personal Estatutario al Servicio de Instituciones Sanitarias de la Generalitat Valenciana, publicado en el Diario Oficial de la Comunidad Valenciana nº 4430, el 31 de enero de 2003 Este Decreto,

siguiendo lo previsto en la Ley estatal 30/1999, de 5 de octubre, de Selección y Provisión de Plazas de Personal Estatutario de los Servicios de Salud estatal para el conjunto de los Servicios de Salud (hoy derogada por la Disposición Derogatoria Única del Estatuto Marco actualmente en vigor), sentó las bases en materia de selección y provisión de plazas de personal estatutario al servicio de Instituciones Sanitarias de la Generalitat Valenciana.

La Ley estatal configuró un sistema para la modernización de la gestión con el mantenimiento de la unidad de régimen jurídico y la libertad de circulación de los profesionales en el Sistema Nacional de Salud, estableciendo unas condiciones comunes de acceso y movilidad.

El carácter básico de la totalidad de la Ley 30/1999, hoy derogada, requería el posterior desarrollo reglamentario en el ámbito competencial de las CC.AA. Por ello, este Decreto 7/2003, como normativa específica de la Generalitat Valenciana en el ámbito de personal estatutario al servicio de Instituciones Sanitarias de la Generalitat Valenciana, supuso su desarrollo reglamentario.

Por consiguiente, el citado Decreto, a partir de la normativa legal en la materia, abordó la regulación de los sistemas de selección y provisión de plazas del personal estatutario de las instituciones sanitarias dependientes de la Consellería de Sanidad.

Es fundamental destacar que es la primera ocasión en que después del traspaso de funciones y servicios del Instituto Nacional de Salud a través del Real Decreto 1612/1987 (BOE 30 de diciembre de 1987) a la Comunidad Valenciana en materia transferencias en Sanidad, la Comunidad Autónoma, se dotó de un marco reglamentario propio, coherente con sus peculiaridades, y siguiendo lo dispuesto por la legislación básica estatal.

Los objetivos más destacados de esta norma autonómica eran ofrecer un marco jurídico coherente, la estabilidad en el empleo, la planificación eficiente de los recursos humanos, la seguridad jurídica, y la previsión de unos procedimientos selectivos asentados y transparentes. Ésta regulaba también de forma detallada la Oferta de Empleo Público, donde se desvinculaban los procesos selectivos de los concursos de traslados, a fin de dotar a los procesos de provisión de la necesaria agilidad en su

resolución. También recogía los diversos sistemas selectivos, el contenido de las convocatorias, los órganos de selección y provisión, la provisión de plazas mediante concurso de traslados, las normas generales sobre los baremos de méritos, el acceso a plazas con rango de Jefatura, así como otras formas de provisión, como el reingreso al servicio activo con destino provisional o la comisión de servicios. También se regula la convocatoria bianual los procesos selectivos y de los concursos de traslados, ofreciendo, por tanto, a los profesionales al servicio de la sanidad valenciana las necesarias garantías para su movilidad y acceso al sistema sanitario público valenciano.

Por otra parte, se presenta como novedad en el ordenamiento autonómico valenciano por primera vez a través de este Decreto, y con respecto a la normativa estatal anterior, el reingreso al servicio activo del personal estatutario al que le fue concedida la excedencia sin reserva de plaza, en una plaza básica vacante en cualquier institución sanitaria de la Comunidad. Con ello se eliminó, por tanto, la obligatoriedad del reingreso en el Área de origen, y se hizo posible una mayor flexibilidad para los profesionales sanitarios. Se apuntaba también como novedad, la regulación de la provisión de las Jefaturas de Servicio y de Sección de carácter no asistencial, con detalle de los requisitos de acceso, así como la composición de la Comisión de Valoración.

LEY 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana, publicada en el Diario Oficial de la Comunidad Valenciana nº 32201 de 31 de diciembre de 2014.

Encuadrada la competencia de la Generalitat en el Estatuto de Autonomía de la Comunitat Valenciana, en su artículo 54, y en la legislación básica estatal, esta Ley de Salud configura un nuevo marco regulador de la salud.

En su Disposición Derogatoria Única, deroga, en lo que respecta a nuestro ámbito territorial y competencial, la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana, que estableció la organización de los servicios sanitarios públicos, y en la que se creó el organismo autónomo Agencia Valenciana de Salud, actualmente extinto tras la aprobación de la Ley 5/2013, de 23 de diciembre, de Medidas Fiscales, de Gestión Administrativa y Financiera, y de Organización de la Generalitat; se definió el Plan de Salud de la Comunitat Valenciana y

se hizo efectivo el derecho de participación ciudadana, a través de la constitución del Consejo de Salud de la Comunitat Valenciana

Las competencias de la Generalitat estaban recogidas en el artículo 5 y son las siguientes:

“Artículo 5. Competencias de la Generalitat

Corresponden a la Generalitat las siguientes competencias:

1. La determinación de los criterios y prioridades de la política en materia de salud y su gestión, así como la coordinación de las actuaciones que en esta materia se lleven a cabo en el ámbito territorial de la Comunitat Valenciana, en especial con las entidades locales, garantizando el debido funcionamiento de los servicios sanitarios y socio sanitarios.
2. El establecimiento de los criterios generales de planificación y ordenación territorial del Sistema Valenciano de Salud.
3. La vigilancia, supervisión, inspección y evaluación de las actividades del Sistema Valenciano de Salud y su adecuación al Plan de Salud de la Comunitat Valenciana.
4. La adopción de medidas de intervención sobre los centros, servicios y establecimientos sanitarios, los centros de atención socio sanitaria en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, y las actividades con posible repercusión en la salud pública.
5. La aprobación, coordinación y fomento de programas de formación en el ámbito de la salud.
6. La aprobación, coordinación y fomento de programas de investigación e innovación en el ámbito de la salud.
7. Las competencias que le atribuya la presente ley, el ordenamiento jurídico y las que puedan resultar de aplicación en el marco del Estatuto de Autonomía de la Comunitat Valenciana.”

En el título III de la citada Ley de Salud, reguló el Sistema Valenciano de Salud, de conformidad con el mandato de la ley General de Sanidad que establece que las CC.AA. constituirán y organizarán sus propios servicios de salud. Ésta norma define el Sistema Valenciano de Salud como el conjunto de todos los centros, servicios y establecimientos de la Comunitat Valenciana gestionados bajo la responsabilidad de la Generalitat, y con el objetivo de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, recogido en el artículo 43 de la CE de 1978, incluyendo tanto la asistencia sanitaria como las actuaciones de salud pública. Asimismo, regulaba en el artículo 16, los medios personales y la condición de autoridad pública de los profesionales sanitarios:

“Artículo 16. Medios personales y autoridad pública

1. Es personal de instituciones sanitarias del Sistema Valenciano de Salud aquel que dependa o se halle adscrito a ellas mediante vínculo de empleo con la administración pública, bien sea de naturaleza estatutaria, funcionarial o laboral. Dicho personal se regirá por su legislación específica, dictada por el Estado y por la Generalitat, en el ámbito de sus respectivas competencias. La gestión y resolución de sus asuntos corresponderá a la Consellería competente en materia de sanidad.

2. Integran el colectivo de empleados públicos del Sistema Valenciano de Salud, a que se refiere el apartado anterior: a) El personal estatutario de la Generalitat que presta servicios en las instituciones, órganos, unidades o estructuras del Sistema Valenciano de Salud. b) El personal funcionario perteneciente a los diferentes cuerpos generales o especiales, de la administración estatal o de sus organismos autónomos, que preste servicios en las instituciones, órganos, unidades o estructuras del Sistema Valenciano de Salud. c) El personal transferido, cualquiera que sea el régimen jurídico de dependencia, laboral, funcionario o estatutario de otras administraciones públicas con ocasión del traspaso o la asunción de las competencias, medios y servicios en materia de asistencia sanitaria. d) El personal que preste servicios en las entidades de titularidad pública con personalidad jurídica propia que estén adscritas a la consellería competente en materia de sanidad. e) El personal que se incorpore al Sistema Valenciano de Salud de acuerdo con la legislación vigente.

3. Sin perjuicio de lo previsto en el título VIII, los profesionales sanitarios del Sistema Valenciano de Salud en el ejercicio de las funciones propias de su categoría tendrán la consideración de autoridad pública y gozarán de la protección reconocida a tal condición por la legislación vigente.

4. En el marco de lo dispuesto en el apartado primero, son profesionales de la salud pública aquellos que por su formación especializada desarrollan actividades relacionadas directa o indirectamente con la salud pública.

Asimismo el título VII, dedicado a la docencia, investigación e innovación, como otro de los pilares importantísimos del personal estatutario, recoge las siguientes previsiones:

“Art. 79. Docencia y formación

1. Todo el Sistema Valenciano de Salud debe estar en disposición de poder ser utilizado para la docencia pre graduada, especializada, postgraduada y continuada de los profesionales.

2. La Generalitat, a través de la doncellería competente en materia de sanidad, colaborará con las universidades, centros y escuelas universitarias y centros de formación profesional, estableciendo acuerdos entre las universidades y centros de estudios y las instituciones sanitarias para garantizar la docencia práctico-clínica de las titulaciones que así lo requieran, especialmente las impartidas en centros de titularidad pública. Con este mismo fin, se velará por la actuación coordinada de los departamentos con competencias en materia de sanidad y educación.

3. La consellería competente en materia de sanidad y las universidades, centros y escuelas universitarias, en el ámbito de sus competencias, se coordinarán para la gestión y programación de sus actividades docentes e investigadoras, acorde a las necesidades y capacidades del Sistema Valenciano de Salud.

4. Los centros y servicios sanitarios del Sistema Valenciano de Salud se considerarán centros de formación de los profesionales, en la medida que reúnan las condiciones adecuadas a tales fines.



5. Se elaborarán planes de formación, teniendo en cuenta las necesidades formativas de los profesionales y las diferentes líneas de acción estratégicas de la consellería competente en materia de sanidad.

6. En el marco de dichos planes, se promoverá la formación permanente y el perfeccionamiento de los profesionales del Sistema Valenciano de Salud mediante la formación continuada de calidad.”

## 6.2 Las transferencias sanitarias

La descentralización territorial contemplada en la CE de 1978, legitima las transferencias adecuadas a cada comunidad autónoma para irse dotando de un Servicio de Salud, que es la estructura administrativa y de gestión que integra todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias.

El Artículo 41 de la Ley General de Sanidad, preveía que las CC.AA. ejercieran las competencias asumidas en sus Estatutos y las que el Estado les transfiriera o, en su caso, les delegara.

En la actualidad, todas las CC.AA. han asumido las competencias en materia sanitaria, contando cada Comunidad Autónoma con un Servicio de Salud, que es la estructura administrativa y de gestión que integra todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad.

Como única excepción, la Administración Central del Estado mantiene, a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), la gestión de la sanidad en las ciudades de Ceuta y Melilla.

La finalidad de la transferencias de las competencias sanitarias desde el Estado hacia las CC.AA., ha sido la de tratar de aproximar la gestión sanitaria a los ciudadanos y garantizar, principalmente, la equidad y la calidad en la asistencia sanitaria.

En el ámbito de esta descentralización, La Ley 16/ 2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud contempla el Consejo Interterritorial como órgano de coordinación y cooperación dentro del Sistema Nacional de Salud. También es de relevancia importantísima la Alta Inspección, a la que se atribuye el seguimiento de los acuerdos de aquél. La LGS define a la Alta Inspección como una función cuya finalidad es la de garantizar y verificar que el Estado y las CC.AA. cumplen con las competencias sanitarias derivadas de la Constitución y de las leyes (art. 43 LGS).

En el cuadro siguiente, se detallan los Reales Decretos de Transferencias a las 17 CC.AA. de las funciones y servicios del Instituto Nacional de Salud, así como la identificación del Servicio de Salud Autónomo correspondiente y la población atendida

**Tabla VI.1.** Las CC.AA. y sus servicios de salud.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	REAL DECRETO CONSTITUTIVO DEL SERVICIO DE SALUD AUTONÓMICO. (1)	IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD AUTÓNOMO	POBLACIÓN ATENDIDA. (2)
Cataluña	1517/1981, de 8 de julio	Instituto Catalán de la Salud (CatSalut)	7.467.423 hab.
Andalucía	400/1984, de 22 de febrero	Servicio Andaluz de Salud (SAS)	8.285.692 hab.
País Vasco	1536/1987, de 6 de noviembre	Osakidetza - Servicio Vasco de Salud	2.155.546 hab.
Comunidad Valenciana	1612/1987, de 27 de noviembre	Agencia Valenciana de Salud	5.094.675 hab.
Galicia	1679/1990, de 28 de diciembre	Servicio Gallego de Salud (SERGAS)	2.794.796 hab.
Navarra	1680/1990, de 28 de diciembre	Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea	629.569 hab.
Canarias	446/1994, de 11 de marzo	Servicio Canario de la Salud (SCS)	2.075.968 hab.

Asturias	1471/2001, de 27 de diciembre	Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)	1.085.289 hab.
Cantabria	1471/2001, de 27 de diciembre	Servicio Cántabro de Salud (SCS)	582.138 hab.
La Rioja	1473/2001, de 27 de diciembre	Servicio Riojano de Salud	321.702 hab.
Región de Murcia	1474/2001, de 27 de diciembre	Servicio Murciano de Salud (SMS)	1.436.870 hab.
Aragón	1475/2001, de 27 de diciembre	Servicio Aragonés de Salud (Salud)	1.326.918 hab.
Castilla-La Mancha	1476/2001, de 27 de diciembre	Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)	2.081.313 hab.
Extremadura	1477/2001, de 27 de diciembre	Servicio Extremeño de Salud (SES)	1.102.410 hab.
Islas Baleares	1478/2001, de 27 de diciembre	Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-SALUD)	1.071.221 hab.
Comunidad de Madrid	1479/2001, de 27 de diciembre	Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)	6.271.638 hab.
Castilla y León	1480/2001, de 27 de diciembre	Sanidad Castilla y León (SACYL)	2.553.301 hab.

(1) msps.es (ed.) “Transferencias del INSALUD”

(2) Instituto Nacional de Estadística. España (ed.) Cifras de población referidas al 1.1.2009. Resumen por CC.AA.

Como se puede observar en el cuadro anterior, el proceso de transferencias se inició en el año 1981 con Cataluña, y finalizó en 2001 (estas últimas con efectos de 1 de enero de 2002), con las diez CC.AA. que todavía no habían asumido la asistencia sanitaria: Madrid, Principado de Asturias, Castilla y León, Islas Baleares, Aragón, Murcia, Castilla La Mancha, Cantabria, Extremadura y La Rioja. A destacar que estas diez CCAA suponían aproximadamente el 40% de la población española.

La culminación de este proceso de transferencias, supuso que el conjunto de las CC.AA. tuvieran plena competencia sobre la gestión de los recursos económicos, materiales y humanos, así como la oferta de prestaciones sanitarias, con unos mínimos de garantía fijados por el Ministerio de Sanidad en coordinación con las distintas CC.AA.

Por su parte, el Ministerio de Sanidad y Consumo conservó las competencias que le otorga la Constitución, en concreto la Sanidad exterior, la aprobación de productos farmacéuticos, el control de la investigación biomédica, el apoyo científico-técnico a través del Instituto de Salud Carlos III y la ordenación profesional.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, publicada en el BOE núm. 128 de 29 de Mayo de 2003, establece en su artículo 9, relativo al personal y centros autorizados que: “ Las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud únicamente se facilitarán por el personal legalmente habilitado, en centros y servicios, propios o concertados, del Sistema Nacional de Salud, salvo en situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios de aquél, sin perjuicio de lo establecido en los convenios internacionales en los que España sea parte” .

A nivel laboral, el personal transferido tanto a nivel cualitativo como cuantitativo más relevante, es el denominado personal estatutario, que sigue estando regulado por disposiciones anteriores a la CE de 1978, a pesar de que en la LGS se contemplaba el poder desarrollar una norma básica para todo el personal (el Estatuto Marco aprobado en 2003). Este modelo, en mi opinión, es excesivamente rígido, y deja poco campo de maniobra a los responsables sanitarios para organizar sus recursos humanos. Algunas CC.AA. con transferencias han desarrollado ciertos aspectos normativos del personal como un nuevo sistema retributivo e incluso han llegado a establecer una propia regulación específica, como es el caso del Servicio Navarro de Salud, que en la Ley Foral 11/1992, de 20 de octubre, regula el régimen del personal adscrito.

Las citadas transferencias del INSALUD a las últimas diez CCAA que se rigen por el artículo 143 de la CE de 1978, ha sido posible porque todas estas CC.AA. modificaron sus estatutos para poder aceptar esta transferencia. Estas modificaciones legales eran

un requisito previo a la transferencia, y también la expresión de la voluntad de estas diez regiones de asumirla.

El importe económico implicado en esta transferencia ha superado los 1,7 billones de pesetas, lo que lo convierte en el proceso de transferencia más importante desde que se iniciaron las transferencias a las CCAA. La transferencia representa unos recursos humanos y materiales muy importantes. En grandes cifras, se transfirieron 80 hospitales, más de 1.000 centros de salud y unas 140.000 personas.

La transferencia a las siete CCAA en el pasado, se había realizado de forma individualizada y a medida de cada caso. Cada comunidad fue un caso aislado y se negoció la transferencia de forma específica. En cambio, en el proceso que se realizó durante el año 2001 y con efectos de 1 de enero de 2002, se negociaron en paralelo diez CCAA con unos criterios homogéneos, es decir, es la primera ocasión en que se puede hablar de un proceso de transferencia en vez de una negociación aislada. Las negociaciones fueron complejas, como corresponde a un traspaso de esta magnitud, y al final, en el último Consejo de Ministros del año, el día 27 de diciembre se aprobaron los diez reales decretos que sancionaban los acuerdos de las Comisiones Mixtas de Transferencias con cada una de las CC.AA.. El día 1 de enero de 2002 se hacía efectivo el traspaso. A partir de este día, las 17 CCAA gestionan autónomamente los servicios sanitarios públicos incluidos sus recursos humanos. (GACETA SANITARIA, 2003: 17)

### **6.2.1 Especial referencia a la Comunidad Valenciana**

Las llamadas autonomías de primer grado (País Vasco, Galicia, Cataluña y Andalucía) accedieron al nivel máximo de competencias al recoger en la redacción de sus estatutos de autonomía el reconocimiento de competencias autonómicas para desarrollar y ejecutar la legislación básica del Estado en materia sanitaria, pudiendo organizar y administrar todos sus servicios e instituciones. Fue suficiente, por tanto, lo dispuesto en sus estatutos de autonomía para traspasar la gestión de las funciones del INSALUD.

En cuanto a las llamadas autonomías de segundo grado, entre las que se encuentra la Comunidad Valenciana por acceder por la vía del artículo 143 de la CE de 1978, tuvieron de inicio limitadas sus competencias teniendo que ampliarse las mismas a través de modificaciones estatutarias.

Así, la Ley Orgánica 12/1982, de 10 de agosto, dictada al amparo del artículo 150.2 de la CE, de transferencia a la Comunidad Valenciana de competencias en materia de titularidad estatal, le transfirió las competencias de desarrollo legislativo y ejecución de la legislación estatal prevista en el artículo 149 de la CE. Esta ley de 1982 cumplió en su momento el importante papel de dar cobertura constitucional a las competencias contenidas en el Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana, que excedían del marco del artículo 148 de la CE.

Posteriormente, la Ley Orgánica 12/1994, de 24 de marzo, publicada en el BOE de 25 de marzo, derogó la Ley Orgánica 12/1982, citada en el párrafo anterior, una vez que los contenidos transferidos fueron incorporados a la redacción estatutaria de la Comunidad Valenciana. La Exposición de Motivos de la ley de 1994 recoge que “se procede a derogar la indicada Ley Orgánica de transferencia, más que por una necesidad técnica, pues ha quedado sin efecto por la reforma del Estatuto, como confirmación de la asunción estatutaria de todas sus competencias por parte de la Generalitat Valenciana, y reconocimiento de su capacidad para el ejercicio de tales competencias”.

Cuando la comunidad valenciana fijó en su Estatuto de Autonomía (El artículo 60 de la Ley Orgánica 1/2006 de 10 de abril: “Se modifica el artículo 54, que quedará redactado en la siguiente forma: «Artículo 54 1. Es de competencia exclusiva de la Generalitat la organización, administración y gestión de todas las instituciones sanitarias públicas dentro del territorio de la Comunitat Valenciana.”), la competencia exclusiva de la Generalitat de la organización, administración y gestión de todas las instituciones sanitarias públicas dentro del territorio de la Comunitat Valenciana, se hizo necesario el traspaso de tales competencias por parte del Estado, así como los servicios, bienes y recursos humanos, para poder llevarlas a cabo.

Con esta objetivo, la Administración General de Estado, aprobó el Real Decreto 1612/1987, de 27 de noviembre, sobre traspaso a la Comunidad Valenciana de las

funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. En el mismo, se fijó los servicios que se traspasaban, situación de todo el personal adscrito a las instituciones y servicios transferidos incluyendo sus derechos y obligaciones, medios materiales inventariados que constituían el patrimonio a traspasar, régimen financiero con indicación presupuestaria y plazos para llevar a cabo el traspaso.

Asimismo se constituyó La Comisión Mixta, prevista en la Disposición Transitoria Cuarta del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana, de conformidad con la disposición citada y de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 4015/1982, de 29 de diciembre —por el que se aprueban las normas de traspaso de funciones y servicios a la Generalidad Valenciana y de funcionamiento de la mencionada Comisión Mixta—, y se adoptó en su reunión del día 30 de julio de 1987, el acuerdo sobre traspaso de funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, cuya virtualidad práctica exige su aprobación por el Gobierno mediante Real Decreto. La propuesta fue del Ministro para las Administraciones Públicas, previa deliberación del Consejo de Ministros, en su reunión del día 27 de noviembre de 1987, fue aprobado el citado Real Decreto.

El personal adscrito a los Servicios e Instituciones traspasados pasó así a depender de la Generalitat Valenciana, según el Anexo, apartado G, del citado Real Decreto 1612/1987, de traspaso de competencias y en las mismas circunstancias que se especifican en la relación adjunta al citado Anexo.

Los traspasos tuvieron efectividad, a partir del día 1 de enero de 1988, señalado en el Acuerdo de la mencionada Comisión Mixta.

## CAPÍTULO VII. LOS RECURSOS HUMANOS EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

### 7.1 La naturaleza jurídica de la relación y sus implicaciones sociopolíticas

La Comunidad Valenciana creó el Servicio Valenciano de Salud (en adelante SVS) mediante la ley 8/1987 de 4 de diciembre, como organismo autónomo de naturaleza administrativa de la Generalitat Valenciana, dotado de personalidad jurídica, adscrito a la Consellería de Sanidad y Consumo. Constituyó como el objeto del SVS la protección y la promoción de la salud y la atención sanitaria en el ámbito de la Comunidad Valenciana, para lo que gestionará y prestará los servicios relativos a esta materia, en particular las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud traspasados a la Comunidad Valenciana mediante el Real Decreto 1612/1987 de 27 de noviembre. Mediante Ley de la Generalitat Valenciana 6/1993, de 31 de diciembre, de Presupuestos para 1994, se suprimió el SVS como organismo autónomo, y se estableció que las funciones desarrolladas por el SVS fueran asumidas por la Consellería de Sanidad y Consumo.

La citada Ley 8/1987, dedicaba su artículo 29, a los “Medios personales”:

*Constituyen el personal del Servicio Valenciano de Salud:*

- a) El personal de la Generalitat procedente de la Administración del Estado que se le adscriba.*
- b) El personal, procedente de las Administraciones Locales u otras Instituciones, que se le adscriba.*
- c) El personal transferido para la gestión de las funciones y Servicios de la Seguridad Social en la Comunidad Valenciana.*
- d) El personal que se incorpore al Organismo conforme a la normativa vigente.*

*El Régimen Jurídico del Personal del Servicio Valenciano de Salud será, con carácter general, el de la Ley 10/1985, de 31 de julio, de la Función Pública Valenciana, con las peculiaridades que establezca el Consell de la Generalitat, de acuerdo con lo previsto en*



*el artículo 1 o 2 de dicha Ley, y sin perjuicio de lo que determine con carácter básico el Estatuto Marco al que se refiere el artículo 84 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.*

Una de las características de las distintas Administraciones Públicas, tanto a nivel local, autonómico y nacional, es la coexistencia de distintos regímenes jurídicos como son el funcional, el estatutario y el laboral. A nivel laboral, el personal cuantitativa y cualitativamente más relevante en las instituciones sanitarias es el denominado “personal estatutario”, que tiene un particular régimen jurídico que regula una concreta relación de trabajo asalariado o por cuenta ajena, los cuales no son funcionarios públicos en el sentido estricto del término, ni tampoco son personal laboral cuyo normativa aplicable es la propia del derecho laboral (Estatuto de los Trabajadores y Convenios Colectivos correspondientes al sector concreto) Su origen están en los múltiples regímenes jurídicos profesionales en el ámbito de las Administraciones Públicas, relacionados con el crecimiento del sector público, nuevas técnicas de descentralización funcional, así como a establecer una serie de situaciones laborales mucho más ventajosas para determinados trabajadores frente al ámbito propio del derecho del trabajo aplicable al resto de trabajadores, fundamentalmente del sector privado.

Según Javier Pinazo, *“Uno de los déficit más acusados en el tránsito de un Empleo Público más abierto con relación al proceso de laboralización ha sido la ausencia de una política integradora del colectivo personal laboral y un deficiente e inadecuado régimen jurídico”* (PINAZO HERNANDIS, 2007).

La derogada Ley de Entidades Estatales Autónomas de 1958, intentó poner orden a esta situación pero obtuvo resultados muy pobres, estableciendo el correspondiente Estatuto de personal para establecer el régimen jurídico de los trabajadores de cada una de dichas entidades autónomas. Hasta su desaparición, se llevó un progresivo proceso de disminución de Estatutos de personal, con la excepción de los Estatutos de personal al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

Efectivamente, el Decreto 907/1966, de 21 de abril, que aprobó el Texto Articulado I, de la Ley 193/1963 de 21 de diciembre, de Bases de la Seguridad Social (BBOO· del 22 y 23), recogió que la relación entre las Entidades Gestoras de la Seguridad Social y el personal

a su servicio y entre ellos el personal de las instituciones sanitarias, se regularía ( art 45.1) por lo establecido en los Estatutos de Personal aprobados por el Ministerio de Trabajo o, en su caso, por el Estatuto general aprobado por el propio Ministerio. Asimismo, el artículo 116.1 establecía que, en relación con el personal sanitario, su prestación de servicios, se regularía conforme al Estatuto jurídico que reglamentariamente se estableciera. Ante este escenario jurídico-político, se optó por la aprobación de diferentes Estatutos de Personal, en lugar de un Estatuto general. Por tanto, en este ámbito, se aprobaron tres Estatutos de personal:

- a) El *Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social*, aprobado por el Decreto 3166/1966, de 23 de diciembre. Se promulgó en primer término el del personal médico, cuyo texto fue objeto del asesoramiento y colaboración por parte de la Comisión Especial sobre Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social, previstos en el apartado b) del artículo 1º, de la Orden de Presidencia de Gobierno, de 8 de junio de 1966. Dicho Estatuto entró en vigor el día 1 de enero de 1967.
- b) El *Estatuto del Personal Sanitario No Facultativo* de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, regulado por la Orden de 26 de abril de 1973, por la que se aprobó el Estatuto para el Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica (denominado desde la Orden de 26 de diciembre de 1986 como *Estatuto del Personal Sanitario No Facultativo* de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social) y que refundía en un Estatuto Jurídico único, los anteriores de Practicantes-Ayudantes Técnicos Sanitarios y Matronas, Enfermeras y de Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos en posesión del Diploma de Asistencia obstétrica de la Seguridad Social (regulados por sus respectivas Órdenes Ministeriales de 22 de abril y de 16 de junio de 1967) y de Auxiliares de Clínica.
- c) El *Estatuto del Personal No Sanitario* de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, aprobado por la Orden de 5 de julio de 1971, que sustituiría a la anterior Orden de 28 de junio, de 1968, que aprobó el Reglamento de Personal de Servicios Especiales de Oficio y Subalterno de las Instituciones Sanitarias de la

Seguridad Social, con el objeto de acercarlo más a la regulación contenida en el Estatuto de Funcionarios del Instituto Nacional de Previsión.

Estos tres Estatutos detallados anteriormente y que, en el caso segundo y tercero y según mi opinión, con desafortunada denominación ya que recogen el tipo de personal en su ámbito de aplicación en sentido excluyente (No facultativo....No Sanitario....) se mantuvo, a pesar de que en la década de los ochenta se aplicaran nuevos principios de regulación y ordenación del sistema:

Se pretendía reordenar el empleo público fundamentalmente a través de la ley 30/1984, de 2 de agosto, de Medidas para la Reforma de la Función Pública, que incluyó en su ámbito de aplicación en el artículo 1, a todo el personal funcionario de la Administración de la Seguridad Social, a excepción del personal regulado en los tres Estatutos anteriormente mencionados, según su Disposición Transitoria Cuarta:

*“El personal de la Seguridad Social regulado en el Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social, en el Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social, en el Estatuto del Personal No Sanitario en servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, así como el de los Cuerpos y Escala Sanitarios y de Asesores Médicos a que se refiere la disposición adicional decimosexta se regirán de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1º, 2, de esta Ley, por la legislación que al respecto se dicte.*

*El personal a que se refiere esta disposición transitoria podrá ocupar los puestos de trabajo del ámbito sanitario de acuerdo con lo que determinen las respectivas relaciones de puestos de trabajo.”*

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad reorganizó el sistema sanitario en ese momento, dotándolo de mayor autonomía con relación al sistema de Seguridad Social. De importancia vital es su artículo 84 al establecer, en su apartado primero, que el personal que se encuentra dentro del ámbito de aplicación de los tres Estatutos mencionados anteriormente, así como: *“(...el personal de las Entidades Gestoras que asuman los servicios no transferibles y los que desempeñen su trabajo en los Servicios de Salud de las CCAA, se regirán por lo establecido en el Estatuto-Marco que aprobará el Gobierno en desarrollo de esta Ley...)”* Asimismo, el apartado segundo del citado artículo

84 recoge que “Las normas de las CCAA en materia de personal, se ajustarán a lo previsto en dicho Estatuto-Marco. La selección de personal y su gestión y administración se hará por las Administraciones responsables de los servicios a que estén adscritos los diferentes efectivos”

En relación con esa regulación y ordenación del sistema sanitario, y con la influencia del título VII de la CE de 1978, con un nuevo modelo territorial y competencial, se producen las transferencias sanitarias tanto de medios y recursos humanos a las CCAA y la creación progresiva en cada una de éstas de sus propias estructuras organizativas y de gestión, lo que justifica ya la necesidad de esa nueva regulación a través de un Estatuto único, considerado como norma general o básica o como un “Marco” que respetara las competencias reguladoras de las respectivas CCAA.

A pesar de toda la presión legislativa y política para el “nacimiento” del tan deseado “Estatuto Marco”, éste se resistió muchos años a ser aprobado y por tanto, estuvieron en vigor los mencionados Estatutos de Personal.

La ausencia de dicho Estatuto-Marco, justificada por distintas razones, no impidió que el Estado adoptara distintas disposiciones básicas sobre el régimen del personal estatutario. En su lugar, se promulgaron dos normas con vocación de transitoriedad, cuyo objetivo principal era solucionar el problema parcialmente, al centrarse en los aspectos que más necesidad tenían de modificación y actualización. Una de estas normas fue el Real Decreto-Ley 3/1987, de 11 de septiembre, sobre retribuciones del personal estatutario del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD); y la otra fue la Ley 30/1999, de 5 de octubre, sobre selección y provisión de plazas del personal estatutario de los Servicios de Salud, que reiteró el mandato para la regulación del Estatuto Marco.

Tanto la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, como la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, anunciaron la próxima regulación del tan deseado texto normativo.

Por fin, dicha regulación se produjo por la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del *Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud*, publicado en el BOE de 17 de diciembre de 2003, que tenía como objeto especial, definido en su artículo 1: “...establecer las bases reguladoras de la relación funcional especial del personal

estatutario de los servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, a través del Estatuto marco de dicho personal”. Asimismo también tiene como objetivo principal definir los derechos profesionales y las condiciones de trabajo básicas del personal estatutario del Sistema Nacional de Salud que desempeña sus funciones en los centros e instituciones sanitarias de los servicios de salud de las diecisiete CCAA o en los centros y servicios sanitarios de la Administración General del Estado, hoy sólo las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, gestionada a través del INGESA.

Este Estatuto se configuró como una norma básica, con destino a ser concretada posteriormente por otras normas más específicas, como así lo recoge el artículo 3, tanto para el Estado como para las CCAA, y en el ámbito de sus respectivas competencias, “aprobarán los estatutos y las demás normas aplicables al personal estatutario de cada servicio de salud”.

Este modelo o marco estatutario, sigue siendo excesivamente rígido en mi opinión y deja poco campo de maniobra a los gerentes de las organizaciones sanitarias para disponer y movilizar sus recursos humanos. Algunas CCAA con transferencias, han desarrollado ciertos aspectos normativos del personal como un nuevo sistema retributivo e incluso han llegado a establecer una propia regulación específica, como es el caso del Servicio Navarro de Salud, que en la Ley Foral 11/1992, de 20 de octubre, regula el régimen del personal adscrito.

La Exposición de motivos del Estatuto Marco, recoge que la justificación y *“la necesidad de mantener una regulación especial para el personal de los servicios sanitarios ha sido apreciada, y reiteradamente declarada, por las normas reguladoras del personal de los servicios públicos”*.

La conveniencia de una normativa propia para este personal, deriva de la necesidad de que su régimen jurídico se adapte a las específicas características del ejercicio de las profesiones sanitarias y del servicio sanitario-asistencial, así como a las peculiaridades organizativas del Sistema Nacional de Salud.

Así, el citado EM, derogó en el año 2003, el régimen estatutario recogido por los tres estatutos de personal --todos ellos preconstitucionales-- y por las disposiciones que los modificaron, complementaron o desarrollaron, sustituyéndolo por el marco básico que

contempla el propio estatuto, y por las disposiciones que, en el ámbito de cada Administración pública, desarrollaron tal marco básico y general.

El EM, a diferencia de lo que hace el EBEP, con los diversos tipos de empleados públicos, no recoge una definición del personal estatutario. Únicamente, después de recoger en su Exposición de Motivos que la expresión “personal estatutario” deriva de la denominación de los tres estatutos de personal mencionados anteriormente, se limita a reconocer la situación existente de este tipo de personal, y a declarar cuál es su objeto del citado texto legal, que no es otro que el establecimiento de las bases reguladoras de la especial relación funcional que une a aquellos colectivos con los servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud.

Una de las principales novedades introducidas por el EM, es el carácter funcional de la relación estatutaria. Su definición jurídica es absolutamente clara en su artículo 1, mencionado anteriormente, al establecer el carácter de relación funcional especial del personal estatutario de los servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud. Aunque este carácter y la aplicación supletoria del régimen jurídico funcional no represente una novedad, dada la evolución de la jurisprudencia en este sentido que se había venido produciendo, *no puede desconocerse las abundantes discusiones doctrinales y jurisprudenciales que históricamente se han planteado sobre la aplicación supletoria a este personal, calificado en muchas ocasiones como un “tertium genus” de la legislación laboral o la funcional* (MONEREO Pérez, J.L.; NIEVES Moreno, M.; ALMENDROS Gonzalez, J.A.; MALDONADO MOLINA, J.A. y FERNANDEZ Avilés, J.A., 2010)

La doctrina científica se ha hecho eco de esta falta de definición legal (SALA FRANCO, 2004). Este autor, parte de las referencias que sobre el término “personal estatutario” se recogen en la Exposición de Motivos del EM y de la definición que del objeto del citado texto legal establece el artículo primero. El citado autor cree que es posible concluir qué se entiende por personal estatutario y así, aunque tampoco da una definición del concepto, sí deduce a quién se refiere el EM: aquel personal sometido a una relación funcional especial regulada por el Estatuto Marco y por los demás estatutos y normas estatales.

Personalmente creo que, si partimos de la definición que hace el EBEP, del funcionario de carrera, equiparando su artículo 2.4 al personal estatutario de los servicios de salud y de la clasificación exhaustiva que de este tipo de personal hace el EM atendiendo a las funciones desarrolladas en los artículos 5 a 7, podemos definir al personal estatutario, como aquellos trabajadores del sector público que teniendo un nombramiento expedido por el órgano competente de la Administración Pública para el ejercicio de una profesión o especialidad sanitaria o para el desempeño de funciones de gestión o servicios o para el desarrollo de profesiones u oficios que no tengan carácter sanitario, tenga vinculación a un servicio de salud integrado en el Sistema Nacional de Salud por una relación estatutaria regulada por el Derecho Administrativo para el desempeño de servicios profesionales retribuidos en las instituciones sanitarias de SNS.

Inicialmente, la relación laboral era la que regía las relaciones de trabajo entre el personal estatutario y la Administración Pública, desplazando a la relación funcionarial (relación administrativa) lo que conllevaba que fuese la jurisdicción social la competente para resolver los litigios surgidos y planteados en dichas relaciones de trabajo. Poco a poco se avanzó hacia el régimen administrativo, separándose de la relación jurídica laboral.

Por tanto, el Estatuto Marco deja clara la naturaleza jurídica del personal estatutario, y abandona la clásica consideración de que son trabajadores sometidos a caballo entre el derecho laboral y el derecho administrativo. La consecuencia no puede ser otra que la de reconocer que la relación jurídica que vincula a estos trabajadores con la Administración, es de carácter administrativo y calificada como, ya he recogido anteriormente, de una *relación funcionarial especial*.

La jurisdicción contencioso-administrativa es, por tanto, la competente para el conocimiento de los conflictos de las relaciones entre el personal estatutario y las Administraciones Públicas, como empleadoras de aquéllos<sup>30</sup>, al tratarse de una relación funcionarial de servicio con la Administración Pública<sup>31</sup>. Esta jurisdicción contencioso-

---

<sup>30</sup> *Auto del TS Sala Especial de Conflictos de Competencia, 20 de junio de 2005, 10 de julio de 2006.*

<sup>31</sup> *STS-Sala 3ª-15 de julio de 2003.*

Administrativo, entiende pues de las cuestiones del personal estatutario con un amplio contenido, incluyendo todo lo relativo al nacimiento y constitución de la relación jurídica funcional, donde está incluido el proceso selectivo, la convocatoria, las bases que regulan el proceso selectivo, la resolución de la misma, la toma de posesión, la carrera profesional, las incompatibilidades, la permanencia, los derechos económicos o retributivos, desempeño de las funciones propias, modificación y extinción de la relación de servicio funcional, etc. Por tanto y con anterioridad a la aprobación del Estatuto Marco, la aproximación a la legislación funcional y el alejamiento de la legislación laboral, fue defendida claramente por la doctrina y la jurisprudencia. Entre las sentencias más destacadas en este sentido, están:

La STS de 19 de abril de 1991 (RJ 6238), afirma que “la relación que vincula al personal sanitario de la Seguridad Social con la correspondiente Entidad Gestora, no es de naturaleza laboral, ni se rige por el Derecho del Trabajo, sino que tiene una clara naturaleza de Derecho Público, (...) aunque es diferente de la que une a los funcionarios con la Administración”.

La STS de 17 de octubre de 1991 (RJ 7121), admitió que “las llamadas en la práctica jurídica relaciones estatutarias tienen una configuración más próxima al modelo de la función pública que al modelo de la contratación laboral. Esta mayor afinidad se aprecia tanto en el origen normal de la relación (concurso de méritos) como en la fijación de su contenido (predeterminado por las normas de los estatutos particulares), como en la dinámica o desarrollo de la misma (donde se acentúan la estabilidad en el empleo y en el puesto de trabajo). La aproximación de las relaciones estatutarias al régimen de los funcionarios públicos, y el alejamiento correlativo del modelo laboral, se han hecho más perceptibles en la evolución del ordenamiento”.

La STS de 14 de octubre de 1996 (RJ 7624) mantuvo que “el personal estatutario de la Seguridad Social no está vinculado a ésta por una relación jurídica de naturaleza laboral sino que su relación con ella encierra una clara condición de Derecho público, al intervenir y contribuir de alguna forma en la gestión, actuación y realización de un servicio público, como es la Seguridad Social, tal como se desprende de lo que expresa el art. 41 de la CE. Es indiscutible la similitud y proximidad existente entre este personal



estatutario de la Seguridad Social y el personal funcionario de las Administraciones públicas, si bien no puede olvidarse que aquél presenta ciertas particularidades y caracteres específicos que le dan una estructura y consistencia propias, diferenciándolo, de algún modo, de los funcionarios administrativos en sentido estricto. De ahí que, en no pocas ocasiones, se haya hablado de que este personal estatutario venía a constituir un *tertium genus* situado entre los trabajadores sometidos al Derecho laboral y los funcionarios que se rigen por el Derecho Administrativo”.

La naturaleza jurídica del personal estatutario, había sido un tema muy discutido por la doctrina hasta la aprobación del EM (GARCIA PIQUERAS, 1996). El citado autor recoge hasta seis grupos de criterios distintos que iban desde una consideración próxima al derecho público hasta la consideración de un arrendamiento de servicios del Código Civil, pasando por su naturaleza estrictamente laboral o por su definición como un *tertium genus* entre lo funcional y lo laboral, ya referido anteriormente. Estos criterios que no responden a una evolución cronológica sino que por el contrario se entrecruzan en el tiempo son los siguientes:

- a) La naturaleza netamente administrativa. Esta postura corresponde a la época pre estatutaria, siendo exponente de la misma la sentencia de la Sala Social del Tribunal Supremo de 23 de noviembre de 1956.
- b) La inclusión de la relación estatutaria en la figura del contrato de arrendamiento de servicios de los artículos 1.583 y siguientes del Código Civil. Este criterio, con escaso eco en doctrina y jurisprudencia, se mantiene en la sentencia de 7 de marzo de 1971.
- c) La naturaleza laboral, como se entendió primeramente en la sentencia del Tribunal Supremo de 20 de febrero de 1964.
- d) La naturaleza laboral de carácter especial como se sostuvo en la sentencia de la Sala Social del Tribunal Supremo de 2 de diciembre de 1974.
- e) La naturaleza estatutaria con señalado matiz laboral, según la doctrina iniciada por el Tribunal Central de Trabajo en 1979 y ratificada por el Tribunal Supremo con varias sentencias (por ejemplo, la de 18 de febrero de 1976).

- f) La naturaleza funcional de carácter especial. Primero de forma matizada con la sentencia de 17 de octubre de 1991 y de forma más clara en la sentencia de 20 de julio de 1994.

Pero esta situación de indefinición ha visto su fin, con la declaración realizada por el artículo 1 del EM, que la califica como relación funcional especial (ARIAS CRIADO, 2011)

De acuerdo con Monereo (MONEREO Pérez,J.L.;NIEVES Moreno,M; ALMENDROS Gonzalez,J.A.;MALDONADO MOLINA,J.A. y FERNANDEZ Avilés,J.A., 2010) *esta definición de la naturaleza jurídica correspondiente a la relación de trabajo del personal estatutario como una relación funcional especial, condensa sus notas más características y que son las siguientes:*

- a) *Su origen administrativo, evidenciado en el correspondiente acto de designación o nombramiento.*
- b) *Su carácter especial, causado primariamente por la especial naturaleza jurídica del empleador, la Administración Pública, y dentro de este tipo de relaciones, por estar regulados por un estatuto específico.*
- c) *Su exclusión de las relaciones de carácter privado y, en particular, de las relaciones que surgen del contrato de trabajo.*
- d) *Su sometimiento, antes apuntado, a reglas previamente establecidas por el poder público competente, con muy limitado espacio para la autonomía de las partes (sin perjuicio de los derechos de participación y acción colectiva, y de su influencia en la conformación de las condiciones de trabajo) expresadas básicamente en su Estatuto Marco)*

La configuración en el Estatuto Marco, como relación funcional especial y la inclusión de este personal dentro del ámbito de aplicación del Estatuto Básico del Empleado Público clarifican, pues, la naturaleza jurídica del personal estatutario.

Sin embargo, dicho Estatuto fue muy limitado, ya que con respecto a las retribuciones y a las condiciones laborales no estableció un marco básico y homogéneo que quedaron al margen de esta ley 55/2003, al menos en sus aspectos más esenciales. (En el marco retributivo las diferencias entre las distintas CCAA pueden llegar hasta un 30 por 100).

En su artículo 1, como se ha señalado anteriormente, se limitó a definir el objeto de la ley: *“Este ley tiene por objeto establecer las bases reguladoras de la relación funcional especial del personal estatutario de los servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, a través del Estatuto Marco de dicho personal”*, a las se aplicarían, con carácter subsidiario, las normas generales sobre la función pública de la administración correspondiente. Se han pues así mantenido (PARADA R. y FUENTETAJA J., 2013) las tres formas tradicionales de articulación de la prestación de servicios del sistema sanitario, como son la estatutaria, la funcional y la laboral, abandonando el proyecto de la Ley General de Sanidad de establecer un sistema unificado para todo el personal sanitario.

En términos generales (RODRIGUEZ VIGIL, 2008), se ha creado una situación “en cierto modo caótica, injusta y disfuncional. Lo mismo que ha ocurrido en las universidades, los concursos de oposición previstos para proveer las plazas de médicos están siendo sustituidas por prácticas inerciales y endogámicas menos competitivas y a favor del personal interino, y lo ocurre a la hora del acceso a los puestos de jefatura clínica o de servicio...”

Están excluidos de la aplicación del Estatuto Marco, el personal militar que presta sus servicios en los centros, establecimientos y servicios sanitarios integrados en la red sanitaria militar, tal y como recoge la Disposición Adicional 13ª, del EM. Tampoco se aplica la citada norma a los que prestando sus servicios para las Instituciones Sanitarias no tengan la consideración de personal estatutario, sino de personal funcionario (como por ejemplo y hasta mayo de 2015 el personal informático en la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana) a quienes se les aplica la correspondiente normativa administrativa, así como de personal laboral (los MIR-Médicos Internos Residentes), al que resulta de aplicación la legislación laboral.

Con posterioridad a la aprobación del EM, se aprobó la Ley 7/2007, de 12 del Estatuto Básico del Empleado Público (en adelante EBEP), publicado en el BOE de 13 de abril de 2007. El EBEP establece unos principios generales aplicables a todas las relaciones de empleo público; contempla una regulación común para el conjunto de los funcionarios de todas las Administraciones Públicas, más las normas legales específicas aplicables al

personal laboral a su servicio. Su artículo 2.3, regula expresamente que “el personal estatutario de los Servicios de Salud se regirán por la legislación específica dictada por el Estado y las CCAA en el ámbito de sus respectivas competencias y por lo previsto en el presente Estatuto, excepto el Capítulo II del Título III (derecho a la carrera profesional y a la promoción interna) , salvo el art. 20 (evaluación del desempeño, que sí será aplicable), y los artículos 22.3, 24 (referidos a las retribuciones complementarias) y 84 (movilidad voluntaria entre Administraciones Públicas).” Es más, el artículo 2.4 señala que “cada vez que este Estatuto haga mención al personal funcionario de carrera se entenderá comprendido el personal estatutario de los Servicios de Salud”.

Hay que tener en cuenta que el proceso de descentralización política y administrativa que se ha producido en España en las últimas décadas, ha implicado que la mayoría de los empleados públicos están en el ámbito de organización de las CCAA. Este hecho es tenido en cuenta por el EBEP y por tanto, el régimen de la función pública no puede configurarse sobre la base de un sistema homogéneo y único. El EBEP admite que cada Administración Pública puede tener la capacidad y competencia para configurar sus líneas estratégicas de gestión de los recursos humanos, sin que se vean afectados los principios de cohesión y de coordinación. Por tanto y como resumen, el EBEP regula la legislación básica, y remite a partir de ahí a las Leyes de Función Pública de las CCAA que se dicten en desarrollo del mismo y que, consiguientemente, también afectará de una forma directa, al personal estatutario que preste sus servicios en las instituciones sanitarias de los servicios de salud.

De especial importancia tiene en el ámbito territorial de la Comunidad Valenciana y en las instituciones sanitarias de la misma, la consideración de “autoridad pública” gozando de la protección reconocida a tal condición por la legislación vigente los profesionales sanitarios en el ejercicio de las funciones propias de su categoría profesional (art. 16 de la Ley 10/2014 de Salud de la Comunidad Valenciana) e insiste la citada norma en su artículo 81.2, en el carácter de “agentes de la autoridad pública sanitaria” de todos los funcionarios y el personal estatutario en el ejercicio de las funciones en materia de salud pública y de intervención sanitaria.

En la Comunidad Valenciana, y tras la aprobación de su Estatuto de Autonomía, se reguló la Función Pública por primera vez con la aprobación de la Ley 10/1985, de 31 de junio, de la Generalitat. El modelo utilizado en 1985, estaba limitado por las estructuras administrativas y de organización que se estaban utilizando de la Administración General del Estado, asumidas a través de los procesos de transferencias y, desde el punto de vista normativo, por la Ley 12/83, de 14 de octubre, de Proceso Autonómico y por la Ley 30/1984, de 2 agosto, de Medidas para la Reforma de la Función Pública, que establecían y limitaban considerablemente los márgenes de configuración de la función pública valenciana.

Con posterioridad, se publicó el Decreto Legislativo de 24 de octubre de 1995, del Consell, que aprobó el Texto Refundido de la Ley de la Función Pública Valenciana.

Con motivo de la aprobación de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP), y al tener ésta carácter de norma estatal básica para todas las Administraciones Públicas españolas, exigió la adaptación de la normativa de la función pública valenciana a las previsiones básicas de la ley estatal, lo que tuvo como consecuencia una nueva ley autonómica: la Ley 10/2010, de 9 de julio, de la Generalitat, de Ordenación y Gestión de la Función Pública.

En cuanto al personal estatutario al servicio de la Generalitat, su artículo 3.5 dedicado al ámbito de aplicación, establece que “se regirá, en aquellas materias no reguladas por su normativa específica, por lo dispuesto en esta ley, a excepción de los artículos relativos a las retribuciones complementarias, la movilidad interadministrativa y la promoción profesional. No obstante lo anterior, las previsiones de la evaluación del desempeño del artículo 121, serán de aplicación a este personal”.

En 2014, de acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística (en adelante INE), de Profesionales Sanitarios colegiados, existían 757.487 profesionales titulados que se encuentran inscritos en algún colegio profesional relacionado con la actividad sanitaria. El colectivo más numeroso corresponde a los profesionales de enfermería donde, además, se produce el mayor porcentaje global de feminización en la profesión. La siguiente tabla muestra la distribución por profesiones de los colegiados. Aunque no hay

datos exactos, también los psicólogos clínicos trabajan en el Sistema Nacional de Salud, especialmente en el área de salud mental<sup>32</sup>.

**Tabla VII.1: Los profesionales sanitarios colegiados 2014** <sup>(1)</sup>

TIPO DE COLEGIADO	HOMBRES	MUJERES % SOBRE EL TOTAL	TOTAL
Médicos	122.862	115.378 (48,4 %)	238.240
Odontólogos (Dentistas)	15.441	17.845 (53,6 %)	33.286
Podólogos	2.672	3.751 (58,4 %)	6.423
Fisioterapeutas	13.962	28.528 (67,1 %)	42.490
Enfermería	43.191	231.626 (84,3 %)	274.817
Veterinarios	16.475	13.814 (45,6 %)	30.289
Farmacéuticos	19.505	48.876 (71,5 %)	68.381
Ópticos-Optometristas	5.525	10.405 (65,3 %)	15.930
Psicólogos	5.427	23.280 (81,1 %)	28.707
Protésicos Dentales	4.804	1.443 (23,1 %)	6.247
Logopedas	469	6.916 (93,6 %)	7.385
Dietistas nutricionistas	282	2.269	2.551

<sup>32</sup>La Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados, se elabora en el INE desde 1953. Esta investigación tiene interés tanto a nivel nacional como en el ámbito de los países de la OCDE y de la UE a través de la Oficina de su Oficina de Estadística (EUROSTAT).

La información se refiere a médicos, farmacéuticos, dentistas, veterinarios, psicólogos, físicos, químicos, enfermeros, fisioterapeutas, podólogos, ópticos-optometristas, dietistas nutricionistas, logopedas, terapeutas ocupacionales y protésicos dentales. Se recoge sexo, edad y situación laboral y se publican resultados nacionales, por CCAA y provinciales.

La recogida de información se realiza en el caso de farmacéuticos, veterinarios, físicos, ópticos-optometristas, podólogos, psicólogos, químicos, logopedas y terapeutas ocupacionales a través de los Consejos Generales de los Colegios Profesionales. La relativa a médicos, enfermeros, fisioterapeutas y dentistas es recogida a través de los respectivos Colegios Profesionales Provinciales/Autonómicos. La información de protésicos dentales y dietistas nutricionistas se recoge a través de ambos.

		(88,9 %)	
Terapeutas ocupacionales	183	2.155 (92,2 %)	2.338
Químicos	174	129 (42,6 %)	303
Físicos	69	31 (31 %)	100
<b>Total</b>	<b>251.041</b>	<b>506.446</b>	<b>757.487</b>

(1) Elaboración propia a partir de los datos de Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados del año 2014 del Instituto Nacional de Estadística “Profesionales sanitarios colegiados por tipo profesional, años y sexo”. Consultado el 21 de septiembre de 2015.

Con relación a estos datos de 2014, el número de médicos colegiados en España se ha incrementado en 5.424 personas (un 2.3%) hasta alcanzar un total de 238.240.

En cuanto a los enfermeros colegiados, se incrementaron en 8.322 (un 3.2 %) situándose en 274.817. Dentro de este colectivo, 8.531 personas estaban registradas como matronas<sup>33</sup> (un 2,8 % más que el año anterior).

El número de colegiados del resto de profesiones sanitarias, que recoge el cuadro anterior, y la estadística referenciada, también aumentó, excepto el de químicos con especialidad sanitaria (-28,5 %). Los mayores incrementos se dieron en psicólogos (131,4 %) y en algunas de las profesiones recientemente incorporadas a la estadística como son los físicos con especialidad sanitaria (72,4 %) y terapeutas ocupacionales (31,1 %).

De las 15 profesiones analizadas, y recogidas en la Tabla anterior, 10 reflejaron una presencia mayoritariamente femenina en el 2014. Los colectivos con mayor porcentaje de mujeres fueron el de logopedas (el 93,6 %) terapeutas ocupacionales (92,2 %), dietistas nutricionistas (88,9 %) y Enfermería (84,3 %). Por el contrario, las profesiones que presentaron los menores índices de mujeres fueron protésicos dentales (23,1 %), físicos con especialidad sanitaria (31,0 %) y químicos con especialidad sanitaria (42,6 %).

<sup>33</sup> El número de colegiados que ejerce esta especialidad puede estar infraestimado dado que la colegiación obligatoria, lo es respecto a la Diplomatura de Enfermería, no de la especialidad de Matrona.

En cuanto a la evolución de médicos colegiados por CCAA, los mayores incrementos en 2014 respecto al año anterior se dieron en Andalucía (7,3 %), Principado de Asturias (3,4 %) y Canarias (3,1 %). Por el contrario, los menores aumentos se registraron en La Rioja y Galicia (0,5 % en ambas). En Castilla-La Mancha el número de médicos colegiados se redujo un 0,2 %. Con relación a la Comunidad Valenciana se produjo una variación al alza con un aumento de 1,6 %, pasando en el 2013 de 23.086 médicos colegiados a 23.460 en el 2014.

En cuanto a la evolución de enfermeros colegiados por CCAA, las Comunidades con mayores tasas de enfermeros colegiados por cada 1.000 habitantes, fueron la Comunidad Foral de Navarra (8,36 %), la Comunidad de Madrid (7,37 %) y el País Vasco (7,25 %). Las tasas más bajas las presentaron la Región de Murcia (3,84 %), Andalucía (4,57 %) y Galicia (5,11 %). Con relación a la Comunidad Valenciana también se produjo, como con los médicos, una variación al alza con un aumento de 1,5 %, pasando en el 2013 de 25.154 enfermeros colegiados a 25.524 en el 2014.

## 7.2 La clasificación normativa

Como se ha detallado anteriormente, los trabajadores estatutarios que prestan sus servicios en instituciones sanitarias, estuvieron incluidos dentro de los tres Estatutos de 1966 (Estatuto Jurídico del Personal Médico) de 1973 (Estatuto del Personal Sanitario No Facultativo) y de 1971 (Estatuto del Personal No Sanitario).

El Estatuto más heterogéneo, en el sentido de que recoge en su ámbito de aplicación más categorías profesionales, era el de 1971 donde incluía los grupos de Personal Técnico (técnicos titulados, como son los Ingenieros Técnicos Industriales o Maestros Industriales y Técnicos No Titulados), de Servicios Especiales (Gobernantas, Telefonistas, Administrativos), de Oficios (Mecánicos, Electricistas, Calefactores, Fontaneros, Albañiles, Carpinteros, Jardineros, Pintores; Conductores, Peluqueros, Cocineros, Costureras) y Subalternos (Jefes de Personal Subalterno, Celadores, Fogoneros, Planchadoras, Lavanderas; Pinches, Limpiadoras). Estaban excluidos de forma expresa en el Estatuto los profesionales libres que prestasen su colaboración y servicios a las



Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, que se regían exclusivamente por los contratos formalizados a tal efecto, y por las disposiciones reguladoras de su respectiva profesión.

El Estatuto de 1973, incluía a los Diplomados en Enfermería, Ayudantes Técnicos Sanitarios, Practicantes, Matronas, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionales, Técnicos Especialistas y Auxiliares de Enfermería; mientras que el Estatuto de 1966, el más antiguo; contemplaba al personal médico excluyendo expresamente al personal sanitario en fase de formación que tienen como objetivo obtener una especialidad mediante la llamada "residencia" y que son los llamados "médicos residentes" que mantienen una relación jurídica con la Administración de carácter laboral (de la cual hablaremos con profundidad más adelante), como una de las excepciones al carácter estatutario del personal que presta sus servicios en Instituciones Sanitarias.

Siguiendo la tradicional clasificación normativa de los tres Estatutos preconstitucionales, el actual Estatuto Marco en vigor de 2003, se clasifica, según recoge el artículo 5, en tres criterios que han marcado las diferencias básicas del régimen jurídico de estos profesionales.

Dichos criterios son los siguientes:

- a) Según la función desarrollada en las Instituciones Sanitarias
- b) Según el nivel de titulación exigida para el ingreso
- c) Según el tipo de nombramiento

**a) Según la función desarrollada en las Instituciones Sanitarias:**

Dentro de este primer criterio, el Estatuto Marco recoge dos grandes grupos: el personal estatutario sanitario y el personal estatutario de gestión y de servicios (artículos 5 y 6). Los otros dos criterios (nivel de titulación y tipo de nombramiento) tienen su proyección e integración en estos dos grandes grupos.

**a)1. Personal estatutario sanitario:**

Se considera personal estatutario sanitario, según el artículo 6, " el que ostenta esta condición en virtud de nombramiento expedido para el ejercicio de una profesión o

especialidad "sanitaria. A su vez, y de acuerdo con el nivel académico el título exigido para el ingreso, este personal se clasifica en:

a<sup>1</sup>) Personal de formación universitaria: para quienes ostenten la condición la condición de personal estatutario en virtud de nombramiento expedido para el ejercicio de una profesión sanitaria que exija una concreta titulación de carácter universitario, o un título de tal carácter acompañado de un título de especialista (que pueden ser Licenciados con título de especialista en Ciencias de la Salud, licenciados sanitarios, Diplomados con título de Especialista en Ciencias de la Salud y Diplomados sanitarios.

b<sup>1</sup>) Personal de formación profesional: para quienes ostenten una concreta titulación de formación profesional (Técnicos Superiores o Técnicos) y sea exigible para el ejercicio profesional o actividad profesional sanitaria.

a)2. Personal estatutario de gestión y servicios:

Se considera este tipo de personal, según el artículo 7, "quién ostenta tal condición en virtud de nombramiento expedido para el desempeño de funciones de gestión y para el desarrollo de profesiones u oficios que no tengan carácter sanitario".

**b) Según el nivel de titulación exigida para su ingreso**

Dentro del grupo mencionado en el párrafo anterior, el personal estatutario de gestión y de servicios, y al igual que el personal sanitario, se clasifican en función del nivel del título exigido para su ingreso en:

B<sup>1</sup>) Personal de formación universitaria: Licenciados y Diplomados universitarios, y en relación con ambos, personal con titulación equivalente

B<sup>2</sup>) Personal de formación profesional: atendiendo al nivel de título de formación profesional requerido para el ejercicio o actividad profesional, pueden ser, o Técnicos Superiores (antiguo Grupo C) o Técnicos (antiguo Grupo D) o personal con título equivalente en ambos casos.

B<sup>3</sup>) Otro personal: Son categorías en las que exige certificación acreditativa de los años cursados y de las calificaciones obtenidas en la Educación Secundaria Obligatoria o título o Certificación equivalente (antiguo Grupo E).

La definición más exhaustiva de este tipo de personal, atendiendo a la función desarrollada, nos remite a una Ley del mismo año que el Estatuto Marco pero posterior. Me estoy refiriendo a la Ley 44/2003, de 21 de diciembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, (en adelante LOPS) publicada en el BOE número 280 de 22 de noviembre de 2003. Esta ley identificó las profesiones sanitarias, tituladas y reguladas. Esta ley es aplicable tanto si la profesión se ejerce en los servicios sanitarios públicos como en el ámbito de la sanidad privada.

La diferencia más importante con la legislación anterior de los tres Estatutos, es que se suprime la anterior distinción entre personal médico y personal sanitario no facultativo y personal no sanitario que con la legislación que estamos analizando quedan recogidos en la categoría general de personal sanitario, en la que se ha introducido una distinción por la titulación exigida para el ingreso.

De acuerdo con el artículo 36 de la CE, que dice: “La Ley regulará las peculiaridades propias del régimen jurídico de los Colegios Profesionales y el ejercicio de las profesiones tituladas...” la LOPS define en su artículo 2 como profesiones sanitarias, tituladas y reguladas, “aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos habilidades y actitudes propias de la atención de salud, y que están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos, de acuerdo con lo previsto en la normativa específicamente aplicable”.

Según esta ley antes citada, son Licenciados sanitarios los médicos, farmacéuticos, dentistas y veterinarios, y son profesiones sanitarias con nivel de diplomados los enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, podólogos, ópticos, optometristas, logopedas y dietistas nutricionistas.

Los profesionales del área sanitaria de formación profesional, de grado superior, son los que ostentan los títulos de técnico superior en anatomía patológica y citología, en dietética, en documentación sanitaria, en higiene bucodental, en imagen para el

diagnóstico, en laboratorio de diagnóstico clínico, en orto protésica, en prótesis dentales, en radioterapia, en salud ambiental y en audio prótesis; y en grado medio, quienes ostentan los títulos de técnico en cuidados auxiliares de enfermería y en farmacia.

Conviene recordar la posibilidad que tienen las CCAA a través de sus competencias, que les otorga el artículo 3 del Estatuto Marco, que se pudiera mantener una diversidad de Estatutos de Personal similar al existente hasta este momento, ya que tanto el Estado como las CCAA y como he mencionado, en el ámbito de sus respectivas competencias, la aprobación de los estatutos y las demás normas aplicables al personal estatutario de cada servicio de salud. Mientras tanto, la Disposición Transitoria Sexta, 1, b) declara vigentes, en tanto se procede a su regulación en cada servicio de salud, las disposiciones relativas a categorías profesionales del personal estatutario y a las funciones de las mismas contenidas en los anteriores Estatutos de 1966, 1971 y 1973 (del personal médico, del personal no sanitario y del personal sanitario no facultativo).

**c) Según el tipo de nombramiento:**

Junto a la clasificación que he expuesto anteriormente y que se basa, fundamentalmente en las funciones y la titulación exigida para su ingreso, se detalla a continuación la clasificación de este personal, atendiendo a la duración del vínculo jurídico con los servicios de salud. Éstos pueden ser de dos tipos: fijo o temporal, están recogidas en los artículos 8 y 9 del Estatuto Marco:

C<sup>1</sup>) Personal estatutario fijo: Es personal fijo el que, una vez superado el correspondiente proceso selectivo, obtiene un nombramiento para el desempeño con carácter permanente de las funciones que de tal nombramiento se deriven.

C<sup>2</sup>) Personal estatutario temporal: el personal estatutario temporal podrá ser nombrado por los servicios de salud por razones de necesidad, de urgencia o para el desarrollo de programas de carácter temporal, coyuntural o extraordinario. El Estatuto Marco establece tres modalidades: a) de interinidad, b) de carácter eventual y c) de sustitución.

La diferencia con la Ley 30/1999 de 5 de octubre de 1999, de selección y provisión de plazas de personal estatutario de los servicios de salud (STS, de 12 de mayo de 2005), que ya recogía estas tres clases de personal estatutario temporal, es que con la nueva ley, se introduce una mayor flexibilidad en las formas de prestación de temporal, especialmente evidente en los eventuales, por la amplitud de circunstancias en las que puede producirse este nombramiento (Monereo y otros 2010)

C<sup>2</sup>1. Interinidad: El nombramiento de carácter interino está previsto para el desempeño de una plaza vacante de los centros o servicios de salud, cuando sea necesario para atender a las correspondientes funciones y durará hasta la incorporación del personal fijo por el procedimiento legal o reglamentariamente establecido, o por la amortización de la plaza.

C<sup>2</sup>2. Sustitución: El nombramiento de sustitución está previsto para la cobertura temporal de las funciones del personal fijo o temporal durante los periodos de vacaciones, permisos y demás ausencias de carácter temporal que comporten la reserva de la plaza. La duración del nombramiento, en este caso, se prolongará hasta la reincorporación de la persona sustituida o hasta que ésta pierda su derecho a la reincorporación.

C<sup>2</sup>3. Eventual: Está considerado como el supuesto más problemático. La amplia variedad de circunstancias, y la escasa delimitación de las mismas, hacen que sea un supuesto complejo y que se constituya como una auténtica “cláusula general” que permita su uso habitual, desplazando otros mecanismos utilizados su regulación en el Estatuto Marco, como son la interinidad por vacante, dejando a la discrecionalidad de los servicios de salud su utilización con mayor o menor amplitud, tanto para necesidades realmente temporales como ordinarias. Los supuestos contemplados son tres: el primero para cuando se trate de la prestación de servicios determinados de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria. La diferencia con la interinidad, utilizada para cubrir vacantes, el personal eventual se nombra para atender una necesidad extraordinaria o esporádica. El segundo supuesto de personal eventual es su utilización para cuando sea necesario para garantizar el funcionamiento permanente y continuado de los centros sanitarios. El tercero y último supuesto es utilizado para la prestación de servicios

complementarios de una reducción de jornada ordinaria. Este supuesto constituye la principal novedad respecto de la regulación anterior de 1999.

En cuanto al régimen jurídico del personal estatutario temporal, el artículo 9.5 del Estatuto Marco, establece que le será aplicable, en cuanto sea adecuado a la naturaleza de su condición, el régimen general del personal estatutario fijo.

Con relación al principio de libre circulación y la posibilidad de movilidad del personal en todo el Sistema Nacional de Salud, que comprende las 17 CCAA y las 2 ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, está también previsto en el Estatuto Marco (en su Título VII). Esta movilidad, es un importante mecanismo para el desarrollo del personal estatutario, con independencia de dotar al Sistema Nacional de Salud de cohesión y coordinación. Esta ley configura, por tanto, un sistema cuyo objetivo es hacer compatible la modernización de la gestión con el mantenimiento de la unidad de régimen jurídico y la libertad de circulación de los profesionales en el Sistema Nacional de Salud, mediante el establecimiento de unas condiciones comunes de acceso y movilidad.

Dado el carácter básico de parte del Estatuto Marco, y la posibilidad de posterior desarrollo reglamentario en el ámbito competencial de las CCAA, en cuanto a los requisitos y condiciones para la adquisición de la condición de personal estatutario, la selección y la provisión y las situaciones administrativas, la Generalitat Valenciana aprobó el Decreto 7/2003, de 28 de enero, del Consell de la Generalitat, por el que se reguló el Reglamento de Selección y Provisión de Plazas de Personal Estatutario al servicio de Instituciones Sanitarias de la Generalitat Valenciana (publicado en el Diario Oficial de la Generalitat Valenciana núm. 4430 de 31 de enero de 2003. En el mismo, se regulaba de forma detallada la Oferta de Empleo Público, los diversos sistemas selectivos, el contenido de las convocatorias, los órganos de selección y provisión, la provisión de plazas mediante concurso de traslados, las normas generales sobre los baremos de méritos, al acceso a plazas con rango de jefatura, así como otras formas de provisión. También éste incorporó el sistema de provisión de las plazas de carácter directivo.

### 7.3 Las tareas asignadas a los grupos profesionales

El concepto de profesión sanitaria, de acuerdo con la Exposición de Motivos de la LOPS, es: "...un concepto elusivo que ha sido desarrollado desde la sociología en función de una serie de atributos como formación superior, autónoma y capacidad auto-organizativa, código deontológico y espíritu de servicio, que se dan en mayor o menor medida en los diferentes grupos ocupacionales que se reconocen como profesiones...".

De acuerdo con lo anterior, la citada Ley reconoce como profesiones sanitarias las titulaciones del ámbito de competencias de la salud, que tienen una organización colegial y de acuerdo con la normativa universitaria.

La propia LOPS, reconoce la complejidad de los ámbitos competenciales de las profesiones sanitarias y los espacios compartidos interprofesionales de competencias por lo que establece las bases para futuros pactos entre profesionales de acuerdo con la praxis cotidiana basados en fórmulas basadas en los principios de cooperación y transparencia.

El ejercicio de las profesiones sanitarias, es de vital importancia dentro del ámbito de actuación de los trabajadores públicos y del ejercicio de la profesión en el ámbito privado. Es un ámbito específico que requiere una regulación específica ya que tiene una relación directa con el derecho a la protección de la salud, con el derecho a la vida y a la integridad física, con el derecho a la intimidad personal y familiar, con el derecho a la dignidad humana, todos ellos derechos recogidos en el Título I de la CE y con reconocimiento de derechos fundamentales.

Una de las limitaciones más importantes al ejercicio profesional, es la que recoge el artículo 36 de la CE, donde están incluidas la mayoría de las profesiones sanitarias y es que han de establecerse con normas con rango de ley.

El ejercicio de la mayoría de las profesiones sanitarias, incluida la medicina, estaban en una situación de vacío normativo sin, prácticamente, regulación específica. Se producía así una remisión a normas reguladoras del sistema educativo, de relaciones con los pacientes, a las que regulan las relaciones de los profesionales con los centros, tanto

públicos como privados, y a las que regulaban los derechos y deberes de los profesionales sanitarios.

Actualmente, las distintas tareas y funciones de las categorías profesionales de Personal Estatutario de los diferentes Servicios de Salud de las CCAA, están todavía recogidas en los siguientes estatutos:

- a) El Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social (Decreto 3.160/1966, de 23 de Diciembre).
- b) El Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971).
- c) El Estatuto de Personal Sanitario No Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (Orden del Ministerio de Trabajo de 26 de Abril de 1973).

Si bien la promulgación del Estatuto Marco en 2003 derogó los antiguos estatutos citados anteriormente, no sucedió así con los artículos que regulaban las funciones de cada categoría, que continúan aún vigentes.

Esto es así ya que la Disposición Transitoria Sexta, del Estatuto Marco, en su apartado b) dice así: “Se mantendrán vigentes, en tanto se procede a su regulación en cada servicio de salud, las disposiciones relativas a categorías profesionales del personal estatutario y a las funciones de las mismas contenidas en las normas previstas en la disposición derogatoria única 1.e),f) y g) (haciendo referencia estos apartados a los tres Estatutos relacionados anteriormente).

El artículo 19, del Estatuto Marco, enumera los deberes del personal estatutario, así como el Capítulo VI, del Título III, del EBEP, en sus artículos 52 a 54, configuraban un Código de Conducta de los empleados públicos así como sus deberes.

En las regulaciones de la función pública tradicional (PARADA R. y FUENTETAJA J., 2013) sobre todo en los cuerpos militares, la referencia a los principios éticos, morales y de urbanidad, el honor o el espíritu de servicio, eran obligados.



No hay ninguna referencia a principios éticos o morales en la función pública española ni en el Estatuto de Bravo Murillo de 1852 ni en el denominado Estatuto de O'Donnell de 1966 ni tampoco en la Ley de Bases de Funcionarios Civiles de 1918 ni en la Ley de Funcionarios Civiles del Estado de 1964 que sí recoge una enumeración de los deberes del funcionario.

Lo que sí está de forma implícita recogido en las distintas regulaciones de la función pública, son los principios básicos éticos de la actuación de los empleados públicos a los cuales se les exige un alto espíritu de servicio público (BAENA DE ALCAZAR, 2000).

Frente a esta tradicional ausencia de regulación expresa de la deontología profesional y principios éticos en el sector público, abundan de manera contundente en el sector privado, estando muy implantadas en las grandes empresas y multinacionales.

Siguiendo la tendencia del sector privado, el EBEP regula lo que denomina deberes, principios éticos, y principios de conducta. Su exposición de motivos argumentaba que los deberes enumerados a continuación debían estar basados en principios éticos y regla de comportamiento, que se establecen con una finalidad pedagógica y orientadora pero también como límite de las actividades lícitas, cuya infracción puede tener consecuencias disciplinarias. La actuación de los estatutarios así como del resto de los empleados públicos debe estar basada en los principios de, neutralidad, integridad, objetividad, confidencialidad, responsabilidad, imparcialidad, transparencia, dedicación al servicio público, austeridad, accesibilidad, ejemplaridad, eficacia, honradez, promoción del entorno cultural y medioambiental y respeto a la igualdad entre hombres y mujeres.

Los artículos 53 y 54 del EBEP, recogen una serie de deberes de los empleados públicos que se configuran como principios éticos, por un lado, y como principios de conducta, por otro. Estos últimos, los principios de conducta, tienen bastante coincidencia por los deberes establecidos para el personal estatutario en el Estatuto Marco.

Dentro de los deberes concretos del personal estatutario de los servicios de salud, destacan los siguientes:

- a) Respetar la Constitución, el Estatuto de Autonomía correspondiente, y el resto del ordenamiento jurídico.
- b) Ejercer la profesión o desarrollar el conjunto de las funciones que correspondan a su nombramiento, plaza o puesto de trabajo con lealtad, eficacia y con observancia de los principios técnicos, científicos, éticos y deontológicos que sean aplicables.
- c) Mantener actualizados los conocimientos y aptitudes necesarios para el correcto ejercicio de la profesión o para el desarrollo de las funciones que correspondan a su nombramiento.
- d) Cumplir con diligencia las instrucciones recibidas.
- e) Participar y colaborar eficazmente en la consecución de los objetivos asignados a su institución o servicio.
- f) Informar debidamente, con arreglo a las normas y procedimientos aplicables, a los usuarios y pacientes.
- g) Mantener la debida reserva y confidencialidad.
- h) Utilizar los medios, instalaciones e instrumental de los servicios de salud en beneficio del paciente.
- i) Complimentar los registros, informes y demás documentación clínica o administrativa.
- j) Cumplir las normas relativas a seguridad y salud en el trabajo, cumplir el régimen sobre incompatibilidades.
- k) Ser identificados por su nombre y categoría profesional por los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

La propia LOPS, en su título preliminar y en el título I, determinan los aspectos esenciales del ejercicio de las profesiones sanitarias , estableciendo, de forma expresa, cuáles son tales profesiones, reservando el ejercicio de las mismas a los correspondientes titulados, en el ámbito funcional propio de cada una de ellas.

En cuanto al ejercicio de las profesiones sanitarias, se reconoce el derecho al libre ejercicio de las mismas, con los requisitos previstos en le LOPS, y en las demás normas legales que resulten aplicables. Para su ejercicio, tanto por cuenta propia o ajena, se requiere la posesión del correspondiente título oficial que habilite expresamente para

ello o, en su caso, de la certificación acreditativa habilitante para el correspondiente ejercicio profesional.

Los profesionales sanitarios desarrollaran, entre otras, funciones en los ámbitos asistenciales, investigadoras, docentes, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitaria. Deben participar de forma activa en aquéllos proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas en situaciones de salud y enfermedad, especialmente en el campo de la prevención de enfermedades, de la educación sanitaria, de la investigación y del intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias.

Estos deben tener como guía de su actuación y de sus funciones el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quién se le presta el servicio, el cumplimiento de las obligaciones deontológicas, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente, y de los criterios de normo-praxis o, en su caso, los usos generales propios de cada profesión.

También recoge la citada ley anteriormente, que el ejercicio de las profesiones sanitarias, se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas la misma, y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico y de acuerdo con los siguientes principios:

- a) Formalización por escrito de su trabajo reflejado en la historia clínica del paciente.
- b) Tendencia a la unificación de los criterios de actuación, basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y soportados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial.
- c) Eficiencia organizativa de los servicios, secciones y equipos, o unidades asistenciales equivalentes.
- d) La continuidad asistencial de los pacientes.
- e) La consideración de la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales.

- f) La prestación de una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad establecido.
- g) Uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos a su cargo.
- h) Respeto a la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado debiendo respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten.

A los licenciados sanitarios les corresponde, en general, según artículo 6 LOPS, y “dentro del ámbito de actuación para el que les faculta su correspondiente título, a la prestación personal directa que sea necesaria en las diferentes fases del proceso de atención integral de salud y, en su caso, la dirección y evaluación del desarrollo global de dicho proceso, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en el mismo”.

Sin perjuicio de las funciones que, de acuerdo con su titulación y competencia específica corresponda desarrollar a cada profesional sanitario ni de las que puedan desarrollar otros profesionales, recoge las funciones de Médicos, Farmacéuticos, Dentistas y Veterinarios.

Son también profesionales sanitarios de nivel Licenciado, quienes se encuentren en posesión de un título oficial de especialista en Ciencias de la Salud. Otro aspecto muy relevante en cuanto a las funciones, es que se establece que cuando una actividad profesional sea declarada formalmente como profesión sanitaria, titulada y regulada, con nivel de Licenciado, con la correspondiente norma se anunciarán las funciones que correspondan a la misma.

En cuanto a los Diplomados sanitarios, el artículo 7 LOPS dispone que les corresponde, en general: “...dentro del ámbito de actuación para que les faculta su correspondiente título, la prestación personal de los cuidados o los servicios de su competencia profesional en las distintas fases del proceso de atención de salud, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en tal proceso”.

Sin perjuicio de las funciones que, de acuerdo con su titulación y competencia específica, corresponda desarrollar a cada profesional sanitario ni de las que puedan desarrollar otros profesionales, recoge las funciones de Enfermeros, Fisioterapeutas, Terapeutas ocupacionales, Podólogos, Ópticos-optometristas, Logopedas, Dietistas-nutricionistas.

También se incluye, como para los Licenciados, la previsión de que cuando una actividad profesional sea declarada formalmente como profesión sanitaria, titulada y regulada, con nivel de Diplomado, con la correspondiente norma se anunciarán las funciones que correspondan a la misma.

En el ámbito de las instituciones sanitarias, de la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana, la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunidad Valenciana hace un reconocimiento expreso, en su artículo 81, a la figura de la “autoridad pública sanitaria” a los funcionarios y el personal estatutario en el ejercicio de sus funciones:

*“En el marco de lo establecido en la legislación básica estatal, tienen el carácter de autoridad pública sanitaria:*

*1. En el marco de lo establecido en la legislación básica estatal, tienen el carácter de autoridad pública sanitaria:*

*a) El Consell.*

*b) La persona titular de la Consellería competente en materia de sanidad.*

*c) Las personas titulares de los órganos superiores y directivos con funciones en materia de salud pública y de intervención.*

*d) Los médicos y farmacéuticos inspectores en el ejercicio de sus funciones.*

*e) Los órganos administrativos de la Consellería competente en materia de sanidad, de acuerdo con lo que establezcan, en su caso, las normas de desconcentración o delegación de funciones en materia de salud pública y de intervención.*

*f) Los alcaldes.*

*2. Tienen el carácter de agentes de la autoridad pública sanitaria los funcionarios y el personal estatutario en el ejercicio de las funciones previstas en el apartado anterior.”*

Mi opinión, es que las necesidades actuales de una sanidad pública eficiente y una capacitación de los profesionales adecuada a las necesidades de los centros sanitarios en el siglo XXI, hace necesario una normativa autonómica valenciana actualizada y propia que desarrolle la Disposición Transitoria sexta del EM.

La actual Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalitat Valenciana, debería actualizar, homogeneizar y adecuar las funciones del personal estatutario a través de una norma que desarrolle el EM y responda a las tareas necesarias actualmente en los centros y a la capacitación de los profesionales de acuerdo con el actual sistema educativo tanto a nivel de formación profesional como universitario.

Esta iniciativa normativa autonómica, evitaría muchos problemas que existen en la actualidad, como son el solapamiento de las funciones y los conflictos entre varias categorías profesionales, la interpretación subjetiva de las mismas por parte de las AAPP, la falta de adaptación a las competencias y a la formación actual y la judicialización de los conflictos laborales en materia de competencias entre las distintas categorías profesionales.

## 7.4 La representación de los trabajadores

### 7.4.1 La representación sindical

El personal estatutario, tiene también reconocido de forma expresa en el EM, en su artículo 18, una serie de derechos colectivos, en los términos que la CE de 1978 y la legislación específica de aplicación reconoce a los empleados públicos y los trabajadores del sector privado a los que se les aplica la legislación laboral.

Tales derechos colectivos son:

- a) El derecho a la libre sindicación
- b) A la actividad sindical
- c) A la huelga, garantizándose los servicios mínimos que resulten esenciales para la atención sanitaria a la población
- d) A la negociación colectiva, representación y participación en la determinación de las condiciones de trabajo
- e) A la reunión
- f) A disponer de servicios de prevención y de órganos representativos en materia de seguridad social

Tanto los derechos colectivos de los trabajadores del sector privado, como de los empleados públicos, cuyo soporte primero es el derecho a constituir asociaciones profesionales y sindicatos, son la aportación más significativa del Derecho laboral al sistema de función pública (PARADA R. y FUENTETAJA J., 2013), así como en sentido contrato: la estabilidad en el empleo, la admisión de situaciones de inactividad, como la excedencia, el derecho al ascenso, son aspectos que el derecho laboral ha tomado del sistema de función pública.

En el ámbito internacional, los derechos colectivos de los empleados públicos, son derechos protegidos por los Convenios internacionales y que están ratificados por España<sup>34</sup>.

Con respecto al primero de los Convenios internacionales, el 151, su artículo 7, se dispone que los Estados deben adoptar las medidas dirigidas a *“estimular y fomentar el pleno desarrollo y utilización de procedimientos de negociación entre las autoridades públicas competentes y las organizaciones de empleados públicos acerca de las condiciones de empleo o de cualquiera otros métodos que permitan a los representantes de los empleados públicos participar en la determinación de tales condiciones”*.

---

<sup>34</sup> Como son el Convenio de la OIT, núm. 151, de 27 de junio de 1978, sobre la protección del derecho de sindicación y los procedimientos para determinar las condiciones de empleo en la Administración Pública; y el 154, de 19 de junio de 1981, sobre el fomento de la negociación colectiva del mismo organismo internacional.

Todas las relaciones de trabajo o laborales del personal estatutario estarán reguladas pues por el resultado de la negociación colectiva, en el seno de las mesas sectoriales de negociación constituidas en el ámbito de cada servicio de salud, donde se determinarán las condiciones de trabajo así como los pactos y acuerdos que se concierten con los representantes de la Administración competente y los representantes de las organizaciones sindicales de acuerdo con su capacidad representativa, de acuerdo con la Ley Orgánica 11/1985, de 2 de agosto, de Libertad Sindical (LOLS).

Es de aplicación al personal estatutario, de acuerdo con el EM, en materia de representación, participación y negociación colectiva, para la determinación de sus condiciones de trabajo, las normas generales contenidas en la Ley 9/1987, de 12 de junio, de órganos de representación, determinación de las condiciones de trabajo y de participación del personal al servicio de las Administraciones públicas (en adelante LORAP), así como sus disposiciones de desarrollo. Todo ello, con las peculiaridades que establece el propio EM, para el personal estatutario. Aquella ley, la LORAP, fue expresamente derogada por la disposición derogatoria única del EM, salvo su artículo 7, que regula las Unidades Electorales, en las cuales habrá de constituirse una Junta de Personal. Por tanto, al quedar derogada la citada norma, para la regulación de la negociación colectiva y participación y representación institucional del personal estatutario, esa queda sustituida por el contenido específico de esta materia contenido en el EBEP, y le es de aplicación como al resto de empleados público, incluidos dentro de su ámbito de aplicación.

El EBEP introduce la doctrina que establece el Tribunal Constitucional y la jurisprudencia del Tribunal Supremo, introduciendo algunas novedades importantes, como es la creación de una Mesa General de las Administraciones Públicas para negociar los proyectos de legislación básica y otras cuestiones que tengan interés general. También ampara, que en una misma Mesa se pueda negociar las condiciones de empleo comunes al personal funcionario y al personal laboral. En definitiva, el EBEP. En conclusión, con estos nuevos contenidos, el EBEP (PARADA R. y FUENTETAJA J., 2013: 338) *“supone un reconocimiento a los sindicatos de un alto grado de cogestión o codirección en el gobierno de la función pública, connotación dirigista de la que carecen otros derechos como el de huelga o de reunión.”*



También recoge la regulación actual en materia de representación del personal funcionario y el régimen electoral correspondiente, incorporando mejoras técnicas. A pesar de ello, la Disposición Transitoria 5ª, mantiene en vigor diversos artículos de la LORAP referidos al procedimiento electoral general en tanto no se determine el mismo:

***“Disposición transitoria quinta. Procedimiento Electoral General.***

*En tanto se determine el procedimiento electoral general previsto en el artículo 39 del presente Estatuto, se mantendrán con carácter de normativa básica, los siguientes artículos de la Ley 9/1987, de 12 de junio, de órganos de representación, determinación de las condiciones de trabajo y participación del personal al servicio de las Administraciones Públicas: 13.2, 13.3, 13.4, 13.5, 13.6, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 25, 26, 27, 28 y 29.”*

También está prevista la posibilidad de acudir a medios extrajudiciales (la mediación y el arbitraje) de solución de conflictos colectivos que puedan surgir en la interpretación y aplicación de los Pactos y Acuerdos negociados en el ámbito correspondiente, detallados más adelante.

Como ya he mencionado anteriormente, en el ámbito de cada servicio de salud que coincide en el ámbito territorial con las CCAA, se han constituido una mesa sectorial de negociación, en la que están presentes los representantes de la correspondiente Administración pública o servicio de salud y las organizaciones sindicales más representativas en el nivel estatal y de la comunidad autónoma, así como las que hayan obtenido el 10 por ciento o más de los representantes en las elecciones a delegados y juntas de personal en el servicio de salud.

En el seno de las mesas sectoriales de negociación constituidas, en el ámbito de cada servicio de salud podrán concertar pactos y acuerdos (art. 80 EM).

Los pactos que serán de aplicación directa al personal afectado, tratarán sobre materias que correspondan al ámbito competencial del órgano que los suscriba.

Los posibles acuerdos se referirán a materias cuya competencia corresponda al órgano de gobierno de la correspondiente Administración pública y, para su eficacia, precisarán la previa, expresa y formal aprobación del citado órgano de gobierno.

Debe ser objeto de negociación las siguientes materias:

- a) La determinación y aplicación de las retribuciones del personal estatutario.
- b) Los planes y fondos de formación.
- c) Los planes de acción social.
- d) Las materias relativas a la selección de personal estatutario y a la provisión de plazas, incluyendo la oferta global de empleo del servicio de salud.
- e) La regulación de la jornada laboral, tiempo de trabajo y régimen de descansos.
- f) El régimen de permisos y licencias.
- g) Los planes de ordenación de recursos humanos.
- h) Los sistemas de carrera profesional.
- i) Las materias relativas a la prevención de riesgos laborales.
- j) Las propuestas sobre la aplicación de los derechos sindicales y de participación.

En general, cuantas materias afecten a las condiciones de trabajo y al ámbito de relaciones del personal estatutario y sus organizaciones sindicales con la Administración Pública o el servicio de salud.

Por otra parte, quedan excluidas de la obligatoriedad de negociación las decisiones de la Administración Pública o del servicio de salud, que afecten a sus potestades de organización, al ejercicio de derechos por los ciudadanos y al procedimiento de formación de los actos y disposiciones administrativas. Cuando las decisiones de la Administración Pública o servicio de salud que afecten a sus potestades de organización puedan tener repercusión sobre las condiciones de trabajo del personal estatutario, procederá la consulta a las organizaciones sindicales presentes en la correspondiente mesa sectorial de negociación.

Los principios de buena fe y de voluntad negociadora, presidirán la negociación colectiva, debiendo facilitarse las partes la información que resulte necesaria para la eficacia de la negociación.

Corresponderá al Gobierno, o a los Consejos de Gobierno de las CCAA, en sus respectivos ámbitos, establecer las condiciones de trabajo del personal estatutario cuando no se produzca acuerdo en la negociación o no se alcance la aprobación expresa y formal en el marco de los pactos y acuerdos detallados anteriormente.

Los órganos de representación unitaria del personal funcionario y estatutario se encuentran regulados en el EBEP, que de acuerdo con su Disposición Transitoria Quinta y Disposición Derogatoria Única, el procedimiento electoral para su elección se regula a través de la Ley 9/1987, de 12 de junio, de Órganos de Representación, determinación de las condiciones de trabajo y participación del personal al servicio de las Administraciones Públicas, en tanto no se determine el procedimiento electoral general previsto en el artículo 39 del EBEP y su normativa de desarrollo, que es el Real Decreto 1846/1994, de 9 de septiembre, por el que se aprobó el Reglamento de elecciones a los órganos de representación del personal al servicio de la Administración General del Estado.

En las instituciones sanitarias de la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana, se celebraron elecciones sindicales en 2014 a órganos de representación unitaria. De forma específica y complementaria a la Orden de 2 de agosto de 2006, de la Consellería de Justicia, Interior y Administraciones Públicas por la que se establecieron las normas y se aprobaron los modelos que rigen los procesos de elecciones a órganos de representación del personal funcionario al servicio de la Administración del Consell de la Generalitat Valenciana y sus organismos autónomos, se dictaron para este proceso electoral unas Instrucciones con fecha 24 de marzo de 2014, por parte del Director General de Recursos Humanos de la Sanidad donde se fijaron criterios y se establecieron las normas que regulaban dicho proceso electoral a órganos de representación de todo el personal gestionado por la Consellería de Sanidad.

Los órganos de representación unitaria, los constituyen las Juntas de Personal; mientras que los órganos de representación directa que son los Delegados de Personal y las Secciones Sindicales tienen otra regulación ajena al procedimiento electoral descrito anteriormente.

Se constituyó una Junta de Personal en cada Área de Salud, actualmente Departamento de Salud, comprendiendo tanto el ámbito de la atención especializada como la atención primaria, de acuerdo con la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana. Según esta Ley, El Sistema Valenciano de Salud está ordenado en Departamentos de Salud, que equivalen a las áreas de salud previstas en la Ley General de Sanidad, siendo las estructuras fundamentales y demarcaciones geográficas en las que queda dividido el territorio de la Comunitat Valenciana a los efectos sanitarios.

Por tanto y según las Instrucciones citadas anteriormente, se constituyeron las siguientes unidades electorales:

- a) Departamento de Salud de Vinarós
- b) Departamento de Salud de Castellón
- c) Departamento de Salud de la Plana
- d) Departamento de Salud de Sagunto
- e) Departamento de Salud de Valencia-Clínico-Malvarrosa
- f) Departamento de Salud de Valencia-Arnau de Vilanova-Lliria
- g) Departamento de Salud de Valencia la Fe
- h) Departamento de Salud de Manises
- i) Departamento de Salud de Requena
- j) Departamento de Salud Valencia-Dr. Peset
- k) Departamento de Salud de La Ribera
- l) Departamento de Salud Gandía
- m) Departamento de Salud de Denia
- n) Departamento de Salud de Xátiva-Ontinyent
- o) Departamento de Salud de Alcoy
- p) Departamento de Salud de Marina Baixa
- q) -Departamento de Salud de Alicante-Sant Joan D'Alacant
- r) Departamento de Salud de Elda
- s) Departamento de Salud de Alicante-Hospital General
- t) Departamento de Salud de Elche-Hospital General
- u) Departamento de Elx-Crevillent

- v) Departamento de Orihuela
- w) Departamento de Salud de Torrevieja

Los resultados para las Juntas de Personal de participación, está recogidos en la Tabla VII.2, donde se detalla un total de 48.015 electores, así como una abstención del 48,12 % y una participación de 29.714 electores, lo que en porcentaje es un 61,88 %.

En la tabla VII.3, se detalla a su vez el resultado de las elecciones, con el detalle del número total de representantes, con un total de 526, así como por organizaciones sindicales y por Departamentos de Salud.

En la tabla VII.4, se detalla por otro lado el resumen con detalle de organizaciones sindicales, representantes, votos, electores, votantes, votos y participación.

En cuanto al personal laboral, gestionado por la Consellería de Sanidad, también se celebraron elecciones para la constitución de los Comités de Empresas correspondientes, de acuerdo con las Instrucciones del Director General de Recursos Humanos de la Sanidad, mencionadas anteriormente. A este personal le fue de aplicación lo regulado en materia de elecciones a órganos de representación de los trabajadores de la empresa en Reglamento aprobado por Real Decreto 1844/1994, de 9 de septiembre, y a la normativa laboral aplicable.

También se constituyó una unidad electoral por provincia, con los siguientes resultados:

- a) Los resultados de participación, está recogidos en la Tabla VII.5, donde se detalla un total de 2.326 electores, así como una abstención del 87,40 % y una participación de 293 electores, lo que en porcentaje es un 12,60 %, lo cual alcanza un resultado de participación alarmantemente muy bajo.
- b) En la tabla VII.6, se detalla el resultado de las elecciones con el análisis del número total de representantes, con un total de 53, así como por organizaciones sindicales y por Departamentos de Salud.
- c) En las tablas VII.7.2-VII.7.7 se hace el resumen con detalle de las organizaciones sindicales, los representantes, los votos, los electores, los votantes, y la participación.

**Tabla VII.2** Los resultados electorales a la Junta de Personal. Participación por Departamentos de Salud.

DPTO DE SALUD	ELECTORES	ABSTENCIÓN		PARTICIPACIÓN		ASIGNADOS	BLANCOS	NULOS
VINARÓS	975	308	31,6%	667	68,4%	645	13	9
CASTELLÓN	3515	1728	49,2%	1787	50,8%	1749	23	15
LA PLANA	1525	477	31,3%	1048	68,7%	1019	25	4
SAGUNTO	1559	374	24,0%	1185	76,0%	1159	15	11
VALENCIA-CLÍNICO-MALVARROSA	4021	1804	44,9%	2217	55,1%	2186	23	8
VALENCIA-ARNAU DE VILANOVA-LLÍRIA	2503	901	36,0%	1602	64,0%	1568	20	14
VALENCIA-LA FE	6627	3436	51,9%	3191	48,2%	3149	26	16
MANISES	405	129	31,9%	276	68,2%	270	2	4
REQUENA	737	174	23,6%	563	76,4%	543	14	6
VALENCIA-HOSPITAL GENERAL	1972	612	31,0%	1360	69,0%	1329	15	16
VALENCIA-DOCTOR PESET	3577	1440	40,3%	2137	59,7%	2110	12	15
LA RIBERA	487	109	22,4%	378	77,6%	373	3	2
GANDÍA	1556	466	30,0%	1090	70,1%	1068	11	11
DÉNIA	614	136	22,2%	478	77,9%	468	8	2
XÁTIVA-ONTINYENT	2085	703	33,7%	1382	66,3%	1356	21	5
ALCOY	1561	494	31,7%	1067	68,4%	1043	15	9
MARINA BAIXA	1709	452	26,5%	1257	73,6%	1237	8	12
ALICANTE-SANT JOAN D'ALACANT	2038	753	37,0%	1285	63,1%	1260	13	12
ELDA	2012	872	43,3%	1140	56,7%	1128	5	7
ALICANTE-HOSPITAL GENERAL	4513	1774	39,3%	2739	60,7%	2695	30	14
ELCHE-HOSPITAL GENERAL	2267	705	31,1%	1562	68,9%	1550	7	5
ELX-CREVILLET	107	10	9,4%	97	90,7%	94	3	0
ORIHUELA	1575	443	28,1%	1132	71,9%	1100	7	25
TORREVIEJA	75	1	1,3%	74	98,7%	73	0	1
	48.015	18.301	38,12%	29.714	61,88%	29.172	319	223

**Tabla VII.3** Los resultados electorales a la Junta de Personal. Representantes por Departamentos de Salud.

DEPTO DE SALUD	TOTAL	CEMSATSE	U.G.T.	CC.OO.PV	CSI- CSIF	U.S.A.E.	SIMAP	USOCV	SIMAP- CV	INTER SINDICAL	S.I.
VINARÓS	21	8	3	2	2	1	5				
CASTELLÓN	27	9	3	4	2	2	7				
LA PLANA	23	6	4	6	1	2	4				
SAGUNTO	23	5	3	6	4	2	3				
VALENCIA-CLÍNICO- MALVARROSA	29	5	3	7	4	3	5	2			
VALENCIA-ARNAU DE VILANOVA-LLÍRIA	25	3	5	3	6	2	5	1			
VALENCIA-LA FE	33	6	4	6	6	4	4	3			
MANISES	13	3	4	3	2		1				
REQUENA	17	2	4	2	6	1	2				
VALENCIA- HOSPITAL GENERAL	23	4	4	5	5	1			2	2	
VALENCIA-DOCTOR PESET	27	6	5	3	4	4	5				
LA RIBERA	13	2	2	5	3		1				
GANDÍA	23	5	3	4	4	3	4				
DÉNIA	17	3	2	2	2	2	6				
XÁTIVA-ONTINYENT	25	4	7	4	4	2	4				
ALCOY	23	4	4	7	2	2	4				
MARINA BAIXA	23	7	3	6	3	2	2				
ALICANTE-SANT JOAN D'ALACANT	25	5	6	6	4	4					
ELDA	25	7	4	5	3	3	3				
ALICANTE-HOSPITAL GENERAL	29	7	5	8	3	4		2			

ELCHE-HOSPITAL GENERAL	25	7	7	5	2	4					
ELX-CREVILLET	9	2	3	2	1	1					
ORIHUELA	23	6	7	4	4	2					
TORREVIEJA	9	2	1	1	1						
	526	118	96	106	78	51	65	8	2	2	

**Tabla VII.4** Los resultados electorales a la Junta de Personal. Resumen por sindicatos, representantes y votos.

SINDICATO	REPRESENTANTES		VOTOS	
CEMSATSE	118	22,43%	6.321	21,67%
U.G.T.	96	18,25%	5.164	17,70%
CC.OO.PV	106	20,15%	5.752	19,72%
CSI-CSIF	78	14,83%	4.052	13,89%
U.S.A.E.	51	9,70%	2.911	9,98%
SIMAP-INTERSINDICAL	65	12,36%	3.667	12,57%
USOCV	8	1,52%	822	2,82%
SIMAP-CV	2	0,38%	95	0,33%
INTERSINDICAL SALUT	2	0,38%	108	0,37%
S.I.	-	0,00%	102	0,35%
C.G.T.	-	0,00%	178	0,61%
STSINS-IV	-	0,00%	-	0,00%
	526	100,00%	29.172	100,00%

**Tabla VII.5** Los resultados electorales al Comité de Empresa. Participación por provincias.

DIRECCIÓN TERRITORIAL	ELECTORES	ABSTENCIÓN	PARTICIPACIÓN		ASIGNADOS	BLANCOS	NULOS	
ALICANTE	899	814	90,6%	85	9,5%	84	1	0
CASTELLÓN	228	184	80,7%	44	19,3%	44	0	0
VALENCIA	1199	1035	86,3%	164	13,7%	161	0	3



	2.326	2.033	87,40%	293	12,60%	289	1	3
--	-------	-------	--------	-----	--------	-----	---	---

**Tabla VII.6** Los resultados electorales al Comité de Empresa. Representantes por provincia.

DIRECCIÓN TERRITORIAL	TOTAL	CEMSATSE	CC.OO.PV	U.G.T.	CSI-CSIF	Intersindical	SIMAP-CV	U.S.A.E.
ALICANTE	21	4	3	7	7			
CASTELLÓN	9	4	2	1		2		
VALENCIA	23	2	12	3	2	4		
	53	10	17	11	9	6		

**Tabla VII.7** Los resultados electorales al Comité de Empresa. Sindicatos, representantes y votos.

SINDICATO	REPRESENTANTES		VOTOS	
CEMSATSE	10	18,87%	51	17,65%
CC.OO.PV	17	32,08%	105	36,33%
U.G.T.	11	20,75%	56	19,38%
CSI-CSIF	9	16,98%	39	13,49%
SIMAP-INTERSINDICAL	6	11,32%	38	13,15%
SIMAP-CV				
U.S.A.E.				
	53	100,00%	289	100,00%

#### 7.4.2 La representación de los Colegios Profesionales

Según los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, los Colegios Profesionales Oficiales con carácter nacional, relacionados con la actividad sanitaria, son los que se detallan a continuación, ya que el resto de colegios oficiales de otras profesiones sanitarias tienen un carácter provincial.<sup>35</sup>

<sup>35</sup> <http://www.msssi.gob.es/profesionales/socCientificas/colegios.htm>. Consulta: 7/11/2015

- a) Consejo General de Colegios de Médicos y Organización Médica Colegial
- b) Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos
- c) Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
- d) Consejo General de Colegios de Veterinarios
- e) Consejo General de Colegios de Enfermería
- f) Consejo General de Biólogos
- g) Consejo General de Físicos
- h) Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos
- i) Consejo General de Colegios de Ópticos-Optometristas
- j) Consejo General de Fisioterapeutas de España
- k) Consejo General de Colegios Oficiales de Químicos de España

Los Colegios Profesionales son Corporaciones de derecho público, tienen personalidad jurídica propia y también plena capacidad para el cumplimiento de sus fines.

Los fines de los Colegios Profesionales, son los siguientes:<sup>36</sup>

- a) La ordenación del ejercicio de las profesiones.
- b) La representación institucional exclusiva de las mismas cuando estén sujetas a colegiación obligatoria.
- c) La defensa de los intereses profesionales de los colegiados.
- d) La protección de los intereses de los consumidores y usuarios de los servicios de sus colegiados.

Todo ello, sin perjuicio de la competencia de la Administración Pública, por razón de la relación funcional.

Es importante destacar las funciones de interés general y público que tienen encomendados los Colegios Profesionales, así como vigilar el cumplimiento de la deontología profesional de sus miembros integrantes.

---

<sup>36</sup> Según establece el artículo 1.3 de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales, redactado por el número uno del artículo 5 de la Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio («B.O.E.» 23 diciembre).

Los mismos, no tienen la representación exclusiva de los intereses profesionales de sus colegiados, ya que la defensa de éstos puede ser realizarse también por otros organismos o instituciones públicas, fundamentalmente si tienen relación laboral, funcional y estatutaria con las Administraciones Públicas.

La Organización Colegial de Enfermería es la que más colegiados agrupa de todas las áreas profesionales sanitarias.

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) reconoce las funciones de la enfermería, muy lejos ya de aquella denominación de “ayudante” a la que le orientaba el título de ATS. De este modo, le encomienda expresamente en su art. 7: *“la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”*.

Los Colegios Profesionales de Enfermería, han sido actores importantes, para que la normativa específica sanitaria, como son por una parte, el Estatuto Marco, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, el Real Decreto de Especialidades de Enfermería, y por otra parte, el Código Deontológico de la Enfermería Española, hayan influido de una manera decisiva, para la ordenación profesional de la enfermería de un modo vanguardista, más acorde con la organización sanitaria actual, y con respecto a los países de nuestro entorno.

En cuanto a la Organización Médica Colegial (OMC), está integrada por los Colegios de Médicos, los Consejos Autonómicos y el Consejo General y tiene como funciones más importantes:

- a) La correulación de la profesión médica española.
- b) La representación, la ordenación y la defensa de la profesión médica.
- c) La salvaguarda de la deontología y el código ético, como valores fundamentales de la profesión médica.

La importancia de la labor de los médicos en las organizaciones sanitarias es fundamental. Son la columna vertebral del sistema sanitario, y su actuación profesional, ofrece un servicio público a la sociedad de un trascendental valor. Debe tener un reconocimiento y un papel principal, tanto en el ámbito de los objetivos de las instituciones sanitarias, como a nivel retributivo y de promoción profesional.

## 7.5 El Directivo Sanitario

### 7.5.1 La evolución histórica

La Ley 7/2007, de 12 de abril, del EBEP reconoce, por primera vez en la legislación española, como ya se dijo anteriormente, la figura del directivo público. La mejora del rendimiento de las Administraciones Públicas exige la institucionalización efectiva del denominado “tercer espacio” entre la política y la administración.

En este capítulo analizaremos la figura del directivo público, su nacimiento y evolución histórica hasta nuestros días, las normas lo definen y regulan (tanto del derecho laboral como administrativo) su perfil, sus competencias y sus notas características, para finalizar comentando su futuro más inminente. En definitiva, analizaré su marco jurídico.

De acuerdo con Rafael Catalá Polo (CATALA POLO, 2006), las organizaciones públicas de los países democráticos más avanzados, están inmersas en constantes procesos de cambios y reformas, que les permita adaptarse a las constantes transformaciones sociales, políticas, económicas, demográficas y tecnológicas que están caracterizando a las sociedades, especialmente a partir de la segunda mitad del siglo XX.

En España, las crisis económicas de los años 70, 90 y, de manera muy significativa, la crisis que actualmente sufrimos ha puesto en cuestión los sistemas de gestión y los perfiles profesionales de todos los empleados públicos, muy en particular, de aquellos que ostentan especial responsabilidad de dirección y gestión pública. La enorme complejidad en los recursos asignados, los presupuestos gestionados, la demanda social atendida, etc. que caracteriza la actividad del sector público (ECHEBARRÍA, 1992) genera

la necesidad de contar con directivos profesionales, que superen la burocratización de las Administraciones Públicas articulada en torno a los políticos y a los funcionarios.

A su vez, la sociedad lleva tiempo demandando la aplicación de medidas de eficacia, eficiencia y racionalidad económica en las organizaciones públicas, medidas que hasta ahora parecían exclusivas del sector empresarial privado. No obstante, será imposible su aplicación si no se cuenta con directivos cualificados por las peculiaridades que la gestión pública presenta frente a la gestión empresarial privada. A pesar de que ambas contienen elementos comunes, la gestión pública presenta una serie de notas muy singulares (LOSADA, 1995) como la multiplicidad de individuos y sectores implicados en el proceso de gestión, la compleja interacción entre actores, la pluralidad de objetivos en concurso, derivada de las notas anteriores, la discontinuidad en los políticos y el corto plazo de los ciclos de gestión, la preeminencia de valores de equidad frente a la consecución de resultados, el sometimiento al derecho (lo que trae consigo un sistema formal y reglamentista complejo, poco adaptado a la realidad y carente de agilidad para adecuarse a los cambios), la visibilidad externa de los asuntos públicos, o la falta de incentivos para la mejora de la gestión (los resultados no revierten ni en el sector ni en el gestor).

Por tanto, no parece posible trasladar, de manera directa, modelos de gestión empresarial privado al sector público; más bien será necesario establecer primero en las Administraciones públicas un marco de responsabilidad directiva que cuente con unos mecanismos mínimos para que la *gerencia pública* fructifique (ECHEBARRÍA, 1992), como la creación de un ámbito de discrecionalidad que permita a los directivos el ejercicio de su actividad (LONGO F., 2004). Un entorno rígido y limitativo no permite el ejercicio de la función directiva. Por un lado, el ámbito político debe limitarse al establecimiento de objetivos estratégicos y a la asignación de recursos para su consecución, y por otro, el ámbito burocrático debe casi exclusivamente desarrollar las funciones ejecutivas, así como las de control y supervisión, respecto de la función directiva. De este modo podrá existir ese espacio discrecional y, por ende, podrá desarrollarse la función directiva profesional. Mención especial merece abordar la delimitación entre el ámbito político y el ámbito directivo. Según Valero (JAVIER VALERO, 2004) resulta acertado considerar a los directivos públicos como el nexo de

unión entre política y administración, de modo que los directivos serían los encargados de materializar en proyectos, y gestionarlos, los programas electorales y los objetivos de los políticos. Sin embargo, la extensión excesiva del ámbito político o del ámbito técnico (burocrático) haría desaparecer el espacio propio del directivo profesional.

Asimismo parece lógico que deban existir mecanismos de responsabilización por la gestión desarrollada, es decir, el directivo público debe verse sometido a sistemas de evaluación del rendimiento y de control de resultados. Como establece (METCALFE, 1998) *“la responsabilización pública institucionaliza el derecho a gestionar de los directivos públicos”*. De este modo, quedarían perfectamente establecidos los principios de eficacia, eficiencia y racionalidad económica.

Por consiguiente, según (GONZALEZ GONZALEZ, 2012), resulta imprescindible contar con un estatuto propio del personal directivo dadas sus especiales singularidades respecto de las condiciones de trabajo del resto de empleados públicos, de modo que queden claramente definidos su régimen jurídico: principios rectores, su selección y reclutamiento, sus sistemas de valoración, sus clases de retribuciones, su cese y remoción, su formación, etc. de éstos.

Siguiendo a Jiménez Asensio (JIMENEZ ASENSIO, 2012), en España no hemos tenido nunca una función directiva estructurada en términos que sean equiparables con la existente en países que se sitúan dentro de lo que entendemos por democracias avanzadas. En nuestro sector público sí que hemos dispuesto de estructuras directivas pero, salvo excepciones muy singulares, esos niveles directivos han sido tradicionalmente ocupados por criterios de designación política.

Durante el siglo XIX, el Estado Liberal construyó un sistema de empleo público fuertemente asentado sobre la idea de *confianza política* (MORELL OCAÑA, 1994), y que configuró una administración abiertamente clientelista. Los puestos de la administración pública eran ocupados por los afines políticos o por ciudadanos próximos (amigos, familiares, vecinos, etc.) a los gobernantes. Hecho, por cierto, que no fue cuestionado por nadie. Por tanto, el Estado Liberal partía de un sistema en el que los empleados públicos no requerían ni de habilidades especiales ni de conocimientos específicos; su desempeño temporal estaba legitimado por ser afines políticos de

quienes habían ganado las elecciones. Así se construyeron las Administraciones Públicas durante el primer liberalismo español, y en la primera restauración del absolutismo de Fernando VII, y se mantuvo hasta la llegada del trienio liberal.

En la segunda etapa absolutista de Fernando VII, en las que las tensiones entre el absolutismo y el liberalismo emergente eran más que evidentes, se inicia la práctica española de las *cesantías*, el llamado *spoil system* anglosajón aplicado especialmente en los Estados Unidos a partir de la tercera década del siglo XVIII. Numerosos intentos de reformas que trataban de normalizar la función pública española fracasaban estrepitosamente uno tras otro: ni las medidas de López Ballesteros (1825), Ministro de Hacienda durante el reinado de Fernando VII, ni la ambiciosa reforma de Bravo Murillo (1852), ni el llamado Estatuto de O'Donnell (1863), ni las sucesivas leyes de presupuestos que regulaban materias de función pública consiguieron articular un estatuto de funcionarios públicos con una mínima vocación de estabilidad en el tiempo.

A principios del siglo XX, tras un largo y complejo proceso, con la llegada de las leyes departamentales y concretamente con el Estatuto Maura de 1918, se produce una primera institucionalización de la función pública en España al establecerse la *inamovilidad* de todos los funcionarios públicos como nota característica de su estatuto jurídico. Hasta entonces, los funcionarios públicos (a excepción de los pertenecientes a *cuerpos especiales*) eran todos *amovibles*, lo que significaba que dependían de la voluntad política y, en consecuencia, su continuidad o no en la función pública quedaba condicionada por causas ajenas al desempeño de sus tareas, pero los criterios de provisión continuaban basados en la confianza política. Por tanto, se erradican las *cesantías* y se preserva para un tipo de empleados públicos (los funcionarios) el desarrollo de una serie de funciones vinculadas al interés general (también denominadas de autoridad o de *pusiese publique*), siempre subordinados al Ejecutivo, pero disponiendo de un espacio propio diferenciado de la actividad política garantizado por unas reglas y principios. Sin embargo, este estatuto de 1918 comenzó poco a poco a ser inaplicable y a desvirtuarse en sus mandatos tras el derrumbamiento del sistema político de la Restauración.

En un largo periodo políticamente inestable, en el que llegaron la Dictadura de Primo de Rivera, la II República y la Dictadura del General Franco, era difícil estabilizar un sistema de Administración y Función Pública bajo criterios de racionalidad, y mucho menos para entablar sistemas de función directiva. Ser funcionario exigía, especialmente durante los primeros y duros años del franquismo, adhesión a la causa. Por lo tanto, desempeñar un cargo directivo requería gran compromiso con el ideario del régimen.

Con la llegada de Laureano López Rodó a la Secretaria General Técnica de la Presidencia en 1958, se produce el único intento del régimen franquista de reformar la administración, reforma que introduce y aplica las técnicas del *management* norteamericano al sector público. Como muestra de esa transcendencia de implantar la función de dirigir en el ámbito de lo público, la aprobación de la Ley de Funcionarios Civiles del Estado en 1964 supuso, por primera vez en nuestra legislación, con la excepción de las referencias que la normativa local hacía hacia la figura de los *gerentes*, que se hablase de directivos. Sin embargo, la citada ley reservaba exclusivamente las funciones directivas a los funcionarios del Cuerpo Técnico de Administración Civil (TAC) que obtuviesen el “Diploma de Directivos”, que la propia ley creaba como *cuerpo general*, en un momento en el que los *cuerpos especiales*, que controlaban áreas enteras de la Administración del Estado y la mayor parte de los departamentos ministeriales, eran dominantes. Por consiguiente, esta primera intentona de crear un estrato directivo quedó en saco roto.

Los años siguientes del franquismo se caracterizaron por una Administración Pública claramente corporativista: los distintos cuerpos especiales y el propio cuerpo de los TAC se repartieron los espacios de influencia en los diferentes departamentos ministeriales, de modo que los puestos directivos se distribuían en función de la procedencia corporativa de los funcionarios que los iban a ocupar, y de la familia política que apoyaba al régimen. Resumiendo, para ser directivo público en la época franquista era necesario pertenecer a un cuerpo de élite (cuerpos especiales o TAC) y, muy especialmente, tener acreditada una fidelidad a las bases ideológicas del régimen.

En la época de la transición, la función pública logró institucionalizar un sistema de empleo público profesional cuyo acceso se basaba en los principios de *mérito* y



*capacidad*, y donde se garantizaba la *inamovilidad* de los funcionarios públicos. Esta profesionalización de la función pública exigía que los puestos directivos “funcionariales” se proveyeran por los propios funcionarios. Sin embargo, los puestos directivos (o altos cargos) eran seleccionados bajo un criterio de confianza política; el único requisito no escrito para proveer y para cesar a un alto cargo era el “mérito” político de la persona a designar. No se requería nada más: ni experiencia, ni competencias específicas, ni siquiera titulación. Este sistema fue denominado por Quermonne (1991), como *spoil system de circuito cerrado*, o lo que es lo mismo, lo que actualmente conocemos como *libre designación*.

Resulta curioso, por tanto, que en el tránsito de un régimen dictatorial a un régimen democrático, se instalara la *confianza política* como criterio dominante en la provisión de puestos directivos en todas las administraciones públicas. Sin embargo, este criterio *político* se comprende mejor si atendemos a las circunstancias coyunturales de la España de la Transición. Tras una larga dictadura se trabajaba por sentar las bases de un nuevo régimen democrático, que todavía era muy débil, en el que los partidos políticos, salvo Alianza Popular y la Unión del Centro Democrático, desconfiaban de la función pública del régimen franquista, lo que hacía inútil cualquier opción de profesionalizar la función directiva a través de un modelo burocrático o corporativo.

Tras la aprobación de la CE, en 1978, la designación de directivos y altos cargos públicos continuó realizando bajo ese paraguas de la libre designación; la cultura de la confianza se instauró de tal forma que, ganadas unas elecciones, la legitimidad democrática justificaba la provisión de los directos públicos a través del *spoil system*. Por lo tanto, no resulta extraño que la reforma de la función pública realizada por el primer gobierno socialista a través de la Ley 30/1984, las primeras leyes de función pública de las CCAA o la legislación de régimen local no reconociese la existencia de una función directiva en el sector público español, para el que sólo existían puestos de naturaleza política, cuya provisión se realizaba por criterios de confianza política, y puestos de naturaleza funcional, cuya provisión podía realizarse a través de los sistemas de libre designación y de concurso.

Mención especial merece el Real Decreto 1382/1985, de 1 de agosto, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del personal de alta dirección. Esta norma aparece por mandato de lo dispuesto en el art.2.1.a) del Estatuto de los Trabajadores, que considera *relación laboral de carácter especial* la del personal de alta dirección no incluido en el art.1.3.c) del propio ET, estableciendo en la disposición adicional 1ª de la ley 32/1984, de 2 de agosto, sobre modificación de determinados artículos del Estatuto de los Trabajadores, que *el Gobierno, en el plazo máximo de 12 meses contados desde la entrada en vigor de dicha ley*, debía regular el régimen jurídico de las relaciones laborales de carácter especial previstas en el ET. Este Real Decreto, vigente actualmente, es el marco jurídico a partir del cual se desarrollan los contratos de los directivos públicos.

Con la aprobación en 1986, del Texto Refundido de la Ley de Bases de Régimen Local, se reconoció por el legislador la existencia, en las entidades locales, de puestos de naturaleza directiva, cuya ocupación quedaba destinada al personal *eventual*, un sucedáneo del *spoil system*.

Como consecuencia de la Sentencia del Tribunal Constitucional 99/1987 se llevó a cabo, a través de la Ley 23/1988, la reforma de la ley de medidas para la reforma de la función pública (conocida como “ley de reforma de la reforma”) que reconoció por primera vez en la legislación general la existencia de puestos de naturaleza directiva en la función pública, que *podrían ser cubiertos* a través del sistema de libre designación. A pesar de que la nueva legislación permitía la posibilidad de proveer los puestos directivos mediante diferentes sistemas de provisión, lo cierto es que se generalizó el sistema de libre designación. La reforma del Reglamento de Provisión realizada en 1990 estableció la previsión de la modalidad de *concurso específico* que permitía ser aplicado a los puestos de perfil directivo de la función pública. No obstante, se impuso el sistema de libre designación en la elección de perfiles directivos.

Por tanto, las reformas socialistas de la función pública en los años 1984 y 1988, no abordaron la problemática de la función directiva, dado que se mantuvo el sistema “politizado” de dirección pública basado exclusivamente en criterios de confianza política, aunque se trató de atenuarlo con el argumento de que esos altos cargos eran

reclutados entre funcionarios públicos, argumento que claramente trataba de evidenciar que lo determinante era que el nombramiento y cese de un directivo público dependía exclusivamente de criterios políticos, en lugar de las competencias, capacidades o méritos que el elegido pudiera acreditar. Por ello, el cambio de gobierno, o la pérdida de confianza podían suponer, en la mayoría de casos, desmantelamientos de las direcciones de la administración pública.

Este modelo de dirección pública *politizada*, asentado desde inicios de los ochenta, comenzó a ofrecer signos de cambios a consecuencia, principalmente, de la importación de políticas de modernización que se estaban llevando a cabo en otros países. Así, la influencia de las técnicas del New Public Management anglosajón hizo que en España se comenzara a hablarse de la “modernización de la Administración Pública”. Este aire renovador hizo que se implantaran programas de formación de directivos públicos en las administraciones públicas, a pesar de que no se había institucionalizado una estructura de directivos públicos profesionales en las administraciones públicas.

En la última legislatura del Gobierno socialista de Felipe González se llegó a aprobar un proyecto de LOFAGE, asumido parcialmente más tarde por el primer gobierno del Partido Popular, donde por primera vez en la normativa se hacía uso de conceptos y términos propios del mundo de la gestión pública.

La primera legislatura del Gobierno *popular* del Presidente Aznar, pretendía una ambiciosa reforma de la administración basada en un importante *cambio normativo*: Ley del Gobierno, Ley de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado, y el Estatuto Básico del Empleado Público. Con la Ley 6/1997 de LOFAGE, se pretendía cambiar el modelo de función directiva, y la Ley 51/1997 del Gobierno, en el tema que nos ocupa, tan sólo modificó la regulación de los gabinetes, concretamente al personal eventual, mientras que el Estatuto Básico del Empleado Público quedó en proyecto aunque llegó a ser presentada a las Cortes Generales en 1999.

El nuevo modelo LOFAGE de dirección pública implantado por el Gobierno *popular* partía de la idea, tal y como se indica en su exposición de motivos, de “*profesionalización de la función directiva*”, entendiéndose por tal la relativa a los órganos directivos de la administración (Subsecretarios, Secretarios Generales Técnicos, Directores Generales,

Subdirectores y órganos análogos de los organismos autónomos. A pesar de la exigencia (de la que no se requiere por medio alguno acreditación formal) de disponer de competencia y experiencia, esta ambiciosa profesionalización no fue tal, dado que los titulares de los órganos directivos debían ser nombrados *únicamente* entre los funcionarios públicos de la administración del Estado pertenecientes a los cuerpos o escalas para cuyo ingreso se requiera titulación superior, a excepción, siempre justificada, de los Secretarios Generales y aquellas Direcciones Generales que expresamente se prevean en el Decreto de estructura orgánica. Por tanto, esta reforma instauró el *modelo burocrático de función directiva* desarrollado en el Reino Unido y en Francia. Por consiguiente, el modelo español de LOFAGE continúa asentándose sobre la confianza política, aunque de un modo mucho más restrictivo (a favor de un determinado colectivo de funcionarios públicos).

A partir de la Ley 57/2003, se creó una nueva categoría de puestos directivos en algunas Administraciones Públicas (Administración General del Estado y municipios de gran población), que se pueden denominar de “libre nombramiento y remoción”, (ASOCIACION CATALANA DE GESTION PUBLICA, 2012) y que sólo pueden ser ocupados por funcionarios públicos que pertenezcan a escalas o cuerpos para cuyo ingreso se exija titulación superior. (JIMENEZ ASENSIO, 2012) Los califica de apropiación corporativa (por los cuerpos de élite) de la alta administración. Por consiguiente, ser directivo público en la administración del Estado y en sus organismos autónomos, en este modelo de LOFAGE, es una función reservada casi exclusivamente a altos funcionarios públicos; los ciudadanos, que no tengan tal condición, sólo pueden aspirar a algunas pocas Secretarías Generales o a alguna Dirección General, a puestos de directivos de entidades públicas empresariales, y/o a los puestos directivos de empresas públicas. Dicho esto, queda clarificado que esta reforma no considera ni la experiencia, ni las competencias, ni los méritos que tales funcionarios pueden acreditar o si son idóneos o no para la cobertura de ese puesto directivo.

No es de extrañar que esta reforma LOFAGE, se haya trasladado posteriormente a algunas CCAA, o que a partir de la Ley 57/2003 de Reforma del Gobierno Local se haya trasladado al ámbito de la alta administración de los grandes municipios. La Ley 57/2003, que introduce un nuevo Título en la Ley de Bases de Régimen Local, prevé una

distinción entre órganos superiores y órganos directivos, por la que los órganos superiores pueden delegar competencias en los órganos directivos (Coordinadores Generales, Director General, Secretario General, Secretario Adjunto a la Junta de Gobierno, Interventor General, Directivos de organismos autónomos y de entidades públicas empresariales), y éstos están reservados a funcionarios públicos que pertenezcan a cuerpos o escalas para cuyo ingreso se requiera titulación superior. Excepcionalmente, para puestos de Coordinadores Generales y Directores Generales, el Pleno de la Corporación Local podrá establecer que sean cubiertos por personal “externo” a la administración pública, a los que se les exigirá que acrediten competencia y experiencia. A su vez, los directivos de organismos autónomos y entidades públicas empresariales de carácter local deberán ser funcionarios públicos, aunque se permite que sean personal *laboral* con titulación superior. Por tanto, en estos casos sí se permite el acceso a “externos” siempre y cuando acrediten una experiencia mínima de cinco años en el desempeño de funciones directivas en el sector público o privado.

Dicho esto, la función directiva en el sistema local de gobierno español requerirá un análisis más detallado, y que no es objeto directo de este estudio.

La gran nota diferenciadora entre el sistema “local” y el sistema “estatal”, reside en que la denominación u ocupación de los puestos directivos por los “altos funcionarios” ha sido prácticamente inexistente, si exceptuamos los puestos reservados a los funcionarios con habilitación nacional (Secretarios Generales, Interventores y Tesoreros). A esta nota, hay que añadir que el fenómeno de la instauración de la “dedicación exclusiva” en gran parte de los Concejales en relación a la tareas de gobierno y administración en sus ámbitos de actuación hizo que éstos también asumieran las funciones relativas a la dirección y gerencia de los asuntos públicos. Por tanto, el modelo que se pretendía “profesionalizar” se transforma finalmente en un modelo “politizado” al servicio del partido que obtiene la confianza de los ciudadanos en las urnas.

Ni la Ley de Bases de Régimen Local de 1985, ni el posterior Texto Refundido de la Ley de Bases de Régimen Local, lograron cambiar sustancialmente estos hechos. La LBRL de 1985, únicamente consiguió limitar el ámbito de actuación de los funcionarios con

habilitación nacional, mientras que el Texto refundido en su artículo 176.3 reconocía que *el personal eventual* podía desempeñar funciones directivas en las entidades locales, siempre y cuando se acreditaran los requisitos exigidos para el desempeño del puesto. Ni que decir cabe que el personal eventual era designado en base a criterios de confianza política.

Además de esto, al no permitirse la delegación de competencias y atribuciones a personas que fueran *electas*, la dirección pública se limitaba a aquellas personas que tuvieran un estatuto político de electos locales y, por tanto, no cabía la creación de una función directiva profesional en la administración local. No obstante, en municipios como Madrid y Barcelona, se fueron abriendo “puertas” ante la necesidad de dar respuesta a situaciones de necesidades objetivas: las grandes ciudades necesitaban sistemas de organización y de dirección pública adaptados a las dimensiones de los problemas que se planeaban. Así surgieron los Delegados de Servicio, puestos intermedios que servían de enlace entre la dirección política y la estructura administrativa.

En la década de los años noventa, tan sólo Barcelona (Carta Municipal de Barcelona, Ley 22/1998, del Parlament de Catalunya) implantó, de manera decidida, una dirección local, calificada como *sistema gerencial*, cuya novedad residía en que los gerentes disponían de competencias delegadas, es decir, el Alcalde podía delegar muchas de sus atribuciones en los niveles gerencia que se configuraban como una dirección ejecutiva complementaria de la dirección política. Este sistema definía, con clara nitidez, una separación entre lo que eran funciones propiamente políticas de las funciones gerenciales. No obstante, este novedoso sistema seguía descansado en criterios de *confianza política* a la hora de nombrar y cesar a sus ocupantes.

Este modelo gerencial de Barcelona, sirvió de precedente a la reforma local de 2003 y suscitó, por primera vez, la necesidad objetiva de construir un nivel gerencial en el gobierno local que actuara como eslabón entre la política y la administración. Poco a poco, y aunque en menor medida, comenzaron a aparecer puestos directivos con la denominación de *gerentes*, configurados como *gerentes universales* y como *gerencias sectoriales*.

La reforma efectuada por la Ley 57/2003, implantó dos tipos de regímenes municipales: por un lado, los denominados *municipios de gran población* (aquellos que reúnen los requisitos del artículo 121 de la LBRL) que disponen de una organización institucional un sistema de *alta administración* diferente al resto de municipios, y por otro, el resto de municipios denominados *municipios de régimen común*.

La reforma de la función directiva (JIMENEZ ASENSIO, 2012), salvo en lo que compete a los puestos directivos de organismos autónomos y de entidades públicas empresariales de carácter local (artículo 85 bis LBRL), se limitó a los municipios de gran población y consistió en la incorporación de un nuevo Título, el X, a la Ley de Bases de Régimen Local que permitía la posibilidad de que el Alcalde delegará competencias propias no sólo en los Concejales sino también en los *órganos directivos*.

El 25 de abril de 2005, la Comisión para el Estudio y preparación del Estatuto Básico del Empleado Público finalizó su informe. En él, se recogen una serie de consideraciones que afectan al ámbito subjetivo del Estatuto Básico del Empleado Público, se establece un tipo de personal al servicio de las Administraciones Públicas, el *personal directivo*, y se recogen una serie de previsiones que afectan a sistemas de provisión de puestos que pueden ser aplicables también a puestos de naturaleza directiva.

El Informe de la Comisión, reconocerá que no ha existido hasta ahora un régimen o estatuto propio para la dirección pública, y por tanto, intenta implantar un sistema básico de institucionalización de la función directiva en España en el que, por un lado, quede definido el régimen jurídico y el estatuto del personal directivo y, por otro, se intente atajar, de una vez por todas, el problema del reclutamiento del personal directivo de las administraciones públicas basado casi exclusivamente en razones de confianza política o personal.

Finalmente el Gobierno socialista de Rodríguez Zapatero aprobó el Estatuto Básico del Empleado Público (Ley 7/2007 de 12 de mayo), que abordaba y regulaba específicamente, en su artículo 13, el personal directivo profesional, si bien se trata de un norma de carácter básica cuyo desarrollo deja en manos de las Cortes Generales y de las Asambleas Legislativas de las CCAA. El EBEP ha sido posteriormente *modificado* por la Ley 3/2012, de 6 de julio, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral,

y por el Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. Así mismo, el Real Decreto 451/2012, de 5 de marzo, sobre régimen retributivo de los máximos responsables y directivos en el sector público empresarial y otras entidades, que no estén vinculados por una relación mercantil ha establecido límites en materia de retribuciones de los directivos públicos.

### 7.5.2 El directivo público en el derecho comparado

Siguiendo a Catalá Polo (CATALA POLO, 2006) y Villoria Mendieta (VILLORIA MENDIETA, 2009), en todos los países de nuestro entorno se han ido realizando diferentes reformas tendentes a regular la dirección pública y las condiciones de su ejercicio, fruto de la necesidad de modernizar las Administraciones Públicas.

Así, en Reino Unido, desde su creación en 1996, el *Senior Civil Service* incorpora a los 3.000 cargos superiores de la Administración británica. Los cargos del SCS son evaluados mediante un sistema de valoración de puestos y tienen una retribución variable por rendimiento. Su política salarial depende de una oficina que responde ante el *Prime Minister*. Y se han desarrollado nuevos estándares éticos a la vez que se han regulado, de forma más minuciosa, los conflictos de interés de estos funcionarios en el marco del *Informe Nolan*.

En Italia, la reforma de 1993 creó la *Dirigenza Pubblica*, pretendiendo diferenciar la dirección política y la administrativa con el objetivo de reforzar la autonomía de los directivos públicos profesionales respecto del poder político.

En Holanda, la reforma de 1995 creó el *Alto Servicio Civil* que integra los cargos de nivel superior del Gobierno Central y regula la promoción, movilidad y condiciones de trabajo de los Directivos.

En Bélgica, en el año 2000 dentro del marco del programa *Copérnico*, se ha realizado una profunda reforma de la dirección pública.



En los Estados Unidos de América, el *Senior Executive Service*, creado en 1978, está compuesto por 8.200 cargos entre los que se incluyen aquellos que pueden ser designados directamente por el ámbito político.

En Australia, la Ley del Sector Público de 1984 creó el *Senior Executive Service*.

En Canadá y Nueva Zelanda, se han reformado sus *Senior Civil Service*. (VILLORIA MENDIETA, 2009)

Según la OCDE, en la función directiva comparada existen dos modelos que pueden servir de referencia como modelos puros; a saber:

- a) En primer lugar, el *sistema de carrera*, que se caracteriza por ser un modelo cerrado (sólo los funcionarios públicos pueden ser directivos); disponer de una organización de la función pública en “cuerpos” o estructuras similares que generan que la pertenencia a cuerpos de elite favorezca el acceso a la función directiva profesional; la selección se realiza mediante el ingreso en la función pública y después se desarrolla la carrera, que culmina en puestos directivos cuando el funcionario ha adquirido prestigio dentro de su cuerpo y aporta confianza al que nombra; y por adoptar un papel secundario y marginal del *management* en la formación de esos cuadros directivos.
- b) En segundo lugar, el *sistema de empleo*, que se caracteriza por ser un modelo abierto (los directivos se seleccionan entre *civil servants* o personal externo, aunque normalmente existe un número limitado de puestos para los externos); disponer de una organización de la función directiva en *empleos* o *puestos directivos* (no existiendo, salvo excepciones, estructuras). Estos puestos, cuando quedan vacantes, se ofrecen a concurso abierto o semiabierto; el acceso al empleo directivo se realiza mediante el sistema de mérito. En general, el sistema se caracteriza por favorecer una auto-selección previa: sólo quienes reúnen las competencias, rendimiento y experiencias suficientes podrán acudir a los procesos selectivos para ingresar en la función directiva profesional. Rigiendo en estos procesos, por consiguiente, los principios de mérito, capacidad,

conurrencia, publicidad y transparencia. La selección es realizada por una Comisión que goza de cierta autonomía de decisión.

Cada uno de estos dos modelos antedichos, tiene una serie de fortalezas y debilidades:

**TABLA VII.8.** Las fortalezas y las debilidades de los sistemas de carrera y de empleo de la función directiva profesional

(Villoría Mendieta, 2009)

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
<b>El Sistema de CARRERA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es un sistema de promoción regulado, favorece la movilidad vertical.</li> <li>2. La formación inicial, permite una función directiva cohesionada en valores y conocimientos.</li> <li>3. Permite una institucionalización del acceso y de la formación.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Selecciona sólo entre funcionarios.</li> <li>2. Selecciona personas jóvenes sin experiencia.</li> <li>3. Carencia de habilidades y competencias directivas.</li> <li>4. Peligro de aislamiento social.</li> <li>5. No valora rendimientos ni resultados.</li> </ol>
<b>El Sistema de EMPLEO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es un sistema abierto y competitivo, de selección de cuadros directivos.</li> <li>2. Selecciona personas con experiencia en tareas directivas.</li> <li>3. Los directivos públicos acreditan competencias gerenciales.</li> <li>4. Hay una mayor imbricación con la sociedad.</li> <li>5. Responden en función de resultados.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Movilidad limitada o inexistente.</li> <li>2. Falta de cultura común.</li> <li>3. Peligro de confrontación con los valores de la función pública.</li> <li>3. Carencia de institucionalización de la formación.</li> </ol>

La mayoría de los países de nuestro entorno optaron por el sistema de empleo, mientras que en España nos decantamos, inicialmente, por el sistema de carrera, si bien las sucesivas reformas que hemos citado anteriormente han ido encaminadas hacia la instauración del sistema de empleo en la función directiva profesional.

### 7.5.3 El régimen jurídico

El EBEP define, en su art.13, el Personal Directivo estableciendo expresamente que *“el Gobierno y los Órganos de Gobierno de las CCAA podrán establecer, en desarrollo de este Estatuto, el régimen jurídico específico del personal directivo así como los criterios para determinar su condición, de acuerdo, entre otros, con los siguientes principios: 1. Es personal directivo el que desarrolle funciones directivas profesionales en las Administraciones Públicas, definidas como tales en las normas específicas de cada administración. 2. Su designación atenderá a principios de mérito y capacidad y a criterios de idoneidad, y se llevará a cabo mediante procedimientos que garanticen la publicidad y concurrencia. 3. El personal directivo estará sujeto a evaluación con arreglo a los criterios de eficacia y eficiencia, responsabilidad por su gestión y control de resultados en relación con los objetivos que les hayan sido fijados. 4. La determinación de las condiciones de empleo del personal directivo no tendrá la consideración de materia objeto de negociación colectiva a los efectos de esta Ley. Cuando el personal directivo reúna la condición de personal laboral estará sometido a la relación laboral de carácter especial de alta dirección.”*

Siguiendo a Rodríguez Ramos (RODRIGUEZ RAMOS, 2009), el alcance de la regulación del personal directivo, diferirá según su vinculación sea administrativa o laboral, sobre todo en las CCAA, dado que éstas tienen facultades para regular el estatuto de su personal directivo funcionario en el marco de la legislación básica del Estado, lo que podrá comprender no sólo las funciones a desempeñar por éste sino el conjunto de derechos y deberes que comprendan su relación con la Administración. Sin embargo, el planteamiento cambia cuando el personal directivo esté vinculado con la Administración mediante una relación laboral especial de alta dirección, al ser la legislación laboral (invocada como título competencial para la promulgación del EBEP por su Disposición Final Primera) competencia exclusiva del Estado (artículo 149.1.7a de la Constitución).

Por ello, las CCAA podrán definir las funciones que delimitan al estatuto del personal directivo laboral de sus organismos públicos en el marco del EBEP y respetando sus determinaciones, pero ahí acabará su competencia normativa no pudiendo regular sustantivamente otros aspectos que configuran esta relación laboral especial. Por tanto,

debemos dedicar un apartado específico a tratar las relaciones especiales de trabajo de los directivos públicos, y el contrato de Alta Dirección, prestando especial atención al Real Decreto 1382/1985, de 01 de agosto, por el que se reguló la relación laboral de carácter especial del personal de Alta Dirección (BOE núm.192, de 12 de agosto de 1985) y, al reciente Real Decreto 451/2012, de 05 de marzo, sobre régimen retributivo de los máximos responsables y directivos en el sector público empresarial y otras entidades, que no estén vinculados por una relación mercantil (BOE núm.56, de 06 de marzo de 2012).

#### **7.5.4 Las relaciones especiales de trabajo. El contrato de alta dirección**

Especial referencia debe hacerse al RD 1382/85, y al Decreto 451/2012. El artículo 2 del Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprobó el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores que establecía que *“se considerarán relaciones de trabajo de carácter especial: a) la del personal de alta dirección no incluido en el artículo 1.3.c)”*, es decir, aquellos directivos *“cuya actividad se limite, pura y simplemente, al mero desempeño del cargo de consejero o miembro de los órganos de administración en las empresas que revistan la forma jurídica de sociedad y siempre que su actividad en la empresa no comporte la realización de cometidos inherentes a tal cargo”* no tendrán la consideración de relaciones de trabajo de carácter especial.

A su vez, la Disposición Adicional Primera, de la Ley 32/1984, de 2 de agosto, sobre modificación de determinados artículos de la Ley 80/1980, de 10 de marzo, del Estatuto de los Trabajadores establecía que: *“el Gobierno en el plazo de tres meses a partir de la publicación de la presente Ley, regulará el régimen jurídico de las relaciones laborales de carácter especial previstas en el artículo 2, punto 1, de la Ley 8/1980, de 10 de marzo de Estatuto de los Trabajadores”*. El Real Decreto 1382/1985, de 1 de agosto, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del personal de alta dirección, aparece para dar cumplimiento a dicho mandato, teniendo fundamentalmente en cuenta a la hora de definir su contenido que la relación establecida entre el directivo y la empresa contratante se caracteriza por la recíproca confianza que debe existir entre

las partes, fijando su régimen jurídico para determinar el concepto del personal de alta dirección, el ámbito de la norma, eliminando situaciones de indefinición jurídica, e incluso vacíos de regulación que se habían producido por falta de tratamiento normativo (Exposición de motivos del RD 1382/1985).

No obstante, en el citado RD 1382/1985, se ha optado por propiciar un amplio margen al pacto entre las partes, profundizando especialmente en las causas y efectos de la extinción del contrato de alto directivo (GONZALEZ ALONSO, 2012), y delimitando de forma “mínima” determinados aspectos de la relación, cuestión que obedece a la titularidad de las CCAA de competencias en materia de organización de sus instituciones de autogobierno (art.148.1.1ª CE), si bien corresponde al Estado la competencia exclusiva en el establecimiento de la *“legislación básica sobre contratos y concesiones administrativas, y el sistema de responsabilidad de todas las Administraciones Públicas”* (art.149.1.18ª). El Estatuto de los Trabajadores (ET), sólo indicaba que deben supeditarse a la norma constitucional y a su desarrollo reglamentario específico, y no a la legislación contenida en el ET, por tanto, el ET no actúa como norma supletoria en lo no regulado por los reglamentos, sino que sólo será aplicable para aquellos casos en los que el reglamento haga una remisión explícita, o cuando se establezca en el contrato de alta dirección.

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

#### 7.5.4.1 El concepto de personal de Alta Dirección

El apartado dos del artículo 1, del RD 1382/1985, de 1 de agosto, por el que se reguló la relación laboral de carácter especial del personal de alta dirección, definía el concepto de personal de alta dirección al establecer que: *“se considera personal de alta dirección a aquellos trabajadores que ejercitan poderes inherentes a la titularidad jurídica de la empresa y relativos a los objetivos generales de la misma, con autonomía y plena responsabilidad sólo limitadas por los criterios e instrucciones directas emanadas de la persona o de los órganos superiores de gobierno y administración de la Entidad que respectivamente ocupe aquella titularidad”*, excluyendo expresamente de su ámbito de

aplicación “*la actividad delimitada en el artículo 1.3.c) del Estatuto de los Trabajadores*” (art.3 del Real Decreto 1382/1985).

Además, el Real Decreto 451/2012, de 5 de marzo, por el que se reguló el régimen retributivo de los máximos responsables y directivos en el sector público empresarial y otras entidades, amplió el ámbito de aplicación de la regulación del personal de alta dirección considerando que también sería aplicable a los *máximos responsables y personal directivo que no estén vinculados por una relación mercantil* (art.2 RD 451/2012 en relación al art.2.1 de la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria).

Por tanto, la noción de Alta Dirección viene configurada por las notas de *ejercicio de un poder correspondiente al núcleo organizativo de la empresa, y por la autonomía y responsabilidad total sobre sus actos*.

#### 7.5.4.2 El contrato de alta dirección

- a) El Fundamento. La relación laboral del personal de alta dirección, se basa en la “recíproca confianza de las partes, las cuales acomodarán el ejercicio de sus derechos y obligaciones a las exigencias de la buena fe” (art.2 RD 1382/1985).
- b) La forma y el contenido. El contrato de alta dirección se formalizará por escrito, en ejemplar duplicado y debe contener, como mínimo, “a) la identificación de las partes, b) el objeto del contrato, c) la retribución convenida, con especificación de sus distintas partidas, en metálico o especie, d) la duración del contrato, y e) las demás cláusulas que exigen” en la regulación de este tipo de relación laboral de carácter especial (art.4 RD 1382/1985).
- c) El periodo de prueba. Podrá concertarse un periodo de prueba que, en ningún caso, podrá exceder de 9 meses de duración, si su duración es indefinida (art.5 RD 1382/1985).
- d) La duración del contrato. Tendrá la duración que las partes acuerden y a falta de pacto escrito, se entenderá que su duración es indefinida (art.6 RD 1382/1985).
- e) El tiempo de trabajo. Será el fijado en las cláusulas del contrato, sin exceder a las que sean usuales en el ámbito profesional correspondiente (art.7 RD 1382/1985).

- f) El pacto de exclusividad. El personal de alta dirección, no podrá celebrar otros contratos de trabajo con otras empresas, salvo autorización del empresario o pacto escrito en contrario. La autorización del empresario se presume cuando la vinculación a otra entidad sea pública y no se haya hecho excluido de forma expresa en el contrato de trabajo (art.8 RD 1382/1985).
- g) El pacto de no concurrencia. El pacto de no concurrencia para después de extinguido el contrato especial de trabajo, que no podrá tener una duración superior a dos años, y sólo será válido si concurren dos requisitos: que el empresario tenga un efectivo interés industrial, o comercial en ello y que se satisfaga al alto directivo con una compensación económica adecuada. (art.8 RD 1382/1985).
- h) El pacto de permanencia. Cuando el directivo haya recibido una especialización profesional con cargo a la empresa durante un periodo de duración determinada, podrá pactarse que el empresario tenga derecho a una indemnización por daños y perjuicios en caso de que abandone el trabajo antes del término fijado (art.8 RD 1382/1985).
- i) Las promociones internas. En los casos en que un trabajador vinculado a la empresa por una relación laboral promocionase a un puesto de alta dirección, se deberá especificar en el contrato si la nueva relación especial sustituye a la común, o si por el contrario ésta queda suspendida. Si se opta por la sustitución de la relación laboral común por la especial, sólo producirá efectos una vez transcurridos dos años desde el acuerdo. En caso de simple suspensión de la relación laboral común anterior, al extinguirse la relación laboral especial, el trabajador tendrá la opción de reanudar la relación anterior, sin perjuicio de las indemnizaciones a que pueda tener derecho el directivo por la extinción. Esto no será de aplicación en el supuesto en que la extinción del contrato de alta dirección tenga como causa el despido disciplinario declarado procedente. (art.9 RD 1382/1985).
- j) La extinción del contrato de alta dirección. Al tratarse de una relación laboral especial, la extinción presenta ciertas particularidades. La relación laboral especial del personal de alta dirección, podrá extinguirse además por las causas y mediante los procedimientos previstos en el Estatuto de los Trabajadores.

j)1. La extinción por voluntad del alto directivo.

El contrato de alta dirección podrá extinguirse por desistimiento del alto directivo con un preaviso mínimo de hasta seis meses si así se establece por escrito en los contratos indefinidos o de duración superior a 5 años. No será preciso respetar el preaviso en el supuesto de incumplimiento contractual grave del empresario. En caso de incumplimiento parcial o total de la obligación de precisar, el empresario tendrá derecho a una indemnización equivalente a los salarios correspondientes a la duración del periodo incumplido.

El alto directivo podrá extinguir el contrato especial de trabajo con derecho a percibir las indemnizaciones pactadas o no, que le correspondieran para el caso de extinción por desistimiento del empresario, cuando se fundamenten en *“a) las modificaciones sustanciales en las condiciones trabajo que redunden notoriamente en perjuicio de su formación profesional, en menoscabo de su dignidad, o sean decididas con grave agresión de la buena fe, por parte del empresario, b) la falta de pago o retraso continuado en el abono del salario pactado, c) cualquier otro incumplimiento grave de sus obligaciones contractuales, por parte del empresario, salvo los presupuestos de fuerza mayor, en los que no procederá el abono de las indemnizaciones, y d) la sucesión de empresa o cambio importante en la titularidad de la misma, que tenga por efecto una renovación de sus órganos rectores o en el contenido y planteamiento de su actividad principal, siempre que la extinción se produzca dentro de los tres meses siguientes a la producción de dichos cambios”* (art.10 RD 1382/1985).

j)2. La extinción por voluntad del empresario.



j) 2.1. Extinción por desistimiento. El contrato de trabajo podrá extinguirse por desistimiento del empresario, comunicado por *escrito*, debiendo cumplir el mismo preaviso especificado en el apartado anterior. Si se incumple parcial o totalmente dicha obligación, el directivo tendrá derecho a una indemnización equivalente a los salarios correspondientes a la duración del periodo incumplido. En estos casos, el alto directivo tendrá derecho a las indemnizaciones pactadas en el contrato o, en caso de ausencia de pacto, la indemnización será la equivalente a siete días del salario en metálico por año de servicio con el límite de seis mensualidades (apartado uno del art.11 RD 1382/1985).

j) 2.2. La extinción por despido. El contrato podrá extinguirse también, por decisión del empresario mediante despido basado en el incumplimiento grave y culpable del alto directivo, en la forma y con los efectos establecidos en el art.55 del ET para el despido disciplinario. En caso de que el despido sea declarado improcedente, las indemnizaciones serán las pactadas en el contrato o, en su defecto, de veinte días de salario en metálico por año de servicio y hasta un máximo de doce mensualidades. En cualquier caso, cuando el despido sea declarado improcedente o nulo, el empresario y el alto directivo podrán acordar si optan por la readmisión, o por el abono de las indemnizaciones, entendiéndose, en caso de acuerdo, que se opta por el abono de las percepciones económica (apartados dos y tres del art.11 RD 1382/1985).

j) 2.3. Otras causas de extinción. La relación laboral especial también podrá extinguirse, por las causas y mediante los procedimientos previstos en el ET (art.12 RD 1382/1985).

k) El régimen disciplinario. El alto directivo podrá ser sancionado en virtud de incumplimiento de las obligaciones derivadas de la relación especial, en los términos pactados en el contrato. Las faltas y sanciones correspondientes serán revisables ante el orden jurisdiccional social. Las faltas, sea cual sea su naturaleza, prescribirán a los doce meses desde su comisión, o desde que el

empresario tuviese conocimiento de ellas. En relación a las infracciones laborales de los empresarios, se aplicará lo dispuesto en el art.57 del ET (art.13 RD 1382/1985).

- l) La jurisdicción competente. Los conflictos que pudieran surgir entre el personal de alta dirección y las empresas, como consecuencia de la aplicación de lo dispuesto en el RD 1382/1985 serán de la competencia de los Jueces y Magistrados del orden jurisdiccional social (art.14 RD 1382/1985).
- m) La representación. Sin perjuicio de otras formas de representación, el personal de alta dirección no participará como elector ni como elegible en los órganos de representación regulados en el Título II del ET (art.16 RD 1382/1985).
- n) Las retribuciones. En cumplimiento de los compromisos asumidos por el Gobierno de España, de lograr la máxima austeridad y eficacia en el sector público en general y en especial en el empresarial, se incluyó la disposición adicional octava del Real Decreto-Ley 3/2012, de 1o de febrero, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral, que introduce criterios racionales y lógicos de ajuste en las retribuciones de los máximos responsables y directivos de las sociedades mercantiles estatales, dejando al Gobierno la determinación de las mismas para el resto de entidades comprendidas en su ámbito de aplicación (Exposición de motivos RD 451/2012).

El Real Decreto 451/2012, de 5 de marzo, surgió para regular el régimen retributivo de los máximos responsables y directivos en el sector público empresarial y otras entidades del sector público estatal, garantizando los principios de austeridad, eficiencia y transparencia en su gestión (art.1 RD 451/2012), estableciendo a lo largo de su articulado su ámbito de aplicación, quienes tienen la consideración de máximos responsables y directivos, su régimen de contratación en el que expresamente se dispone que *“quienes asuman las funciones de máximo responsable de las sociedades mercantiles estatales, formando parte de su consejo de administración o siendo administradores en ausencia de consejo de administración, estarán vinculados profesionalmente con las mismas por contrato mercantil”* y que *“los máximos responsables y directivos”* no incluidos en dichas sociedades *“estarán vinculados profesionalmente por un contrato de alta dirección”* (art.4 RD 451/2012), así

como sus criterios de clasificación (art.5), competencia para la clasificación y efectos (art.6), retribuciones (art.7), asistencias (art.8), compensación económica (art.9), transparencia (art.10).

- o) Modelo y adaptación de contratos. El ministro de Hacienda y Administraciones Públicas, aprobará los contratos de alta dirección, que contarán con el informe previo de la Abogacía del Estado del departamento (disposición adicional primera RD 451/2012). El contenido de los contratos celebrados con anterioridad a la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 3/2012, de 10 de febrero, deberá ser adaptado a los términos establecidos en el RD 451/2012 antes del 13 de abril de 2012. La adaptación no podrá reducir ningún incremento retributivo para los máximos responsables o directivos, en relación a su situación anterior (disposición adicional segunda RD 451/2012).
- p) Garantías. Además, las retribuciones del alto directivo gozan, de las garantías del salario establecidas por el Fondo de Garantía Salarial y se aplican las normas de liquidación y pago del salario establecido, así como que le será inembargable la cuantía del salario mínimo interprofesional.

### 7.5.5 El directivo público en la Comunidad Valenciana

#### 7.5.5.1 La normativa de aplicación

El alcance de la regulación del personal directivo (RODRIGUEZ RAMOS, 2009) diferirá según su vinculación sea administrativa o laboral, sobre todo en las CCAA, dado que éstas tienen facultades para regular el estatuto de su personal directivo funcionario en el marco de la legislación básica del Estado, lo que podrá comprender no sólo las funciones a desempeñar por éste sino el conjunto de derechos y deberes que comprendan su relación con la Administración. Sin embargo, el planteamiento cambia cuando el personal directivo esté vinculado con la Administración Pública mediante una relación laboral especial de alta dirección, al ser la legislación laboral (invocada como título competencial para la promulgación del EBEP por su Disposición Final Primera) competencia exclusiva del Estado (artículo 149.1.7a de la Constitución). Por ello

(CORRALES GUILLEN, J.C. y PRIETO ROMERO, C., 2008), las CCAA podrán definir las funciones que delimitan al estatuto del personal directivo laboral de sus organismos públicos, en el marco del EBEP y respetando sus determinaciones, pero ahí acabará su competencia normativa no pudiendo regular sustantivamente otros aspectos que configuran esta relación laboral especial.

Por tanto, la legislación aplicable, a mayo de 2015, al personal directivo autónomo valenciano y únicamente a efectos descriptivo es:

- a) La Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana (BOE núm.164, de 10 de julio de 1982 - Referencia: BOE-A-1982-17235).
- b) El Real Decreto 1382/1985, de 01 de agosto, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del personal de Alta Dirección (BOE núm.192, de 12 de agosto de 1985).
- c) La Resolución de 31 de mayo de 1995 de la Dirección General de Trabajo, por la que se dispone el registro y publicación del II Convenio Colectivo del Personal Laboral al Servicio de la Administración Autonómica (DOCV núm.2527, de 12 de junio de 1995).
- d) El Decreto 7/2003, de 28 de enero, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el Reglamento de Selección y Provisión de plazas de Personal Estatutario al servicio de Instituciones Sanitarias de la Generalitat Valenciana (DOCV núm.4430, de 31 de enero de 2003).
- e) La Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana.
- f) La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (BOE núm.301, de 17 de diciembre de 2003).
- g) El Decreto 175/2006, de 24 de noviembre, del Consell, por el que se regulan las condiciones de trabajo del personal al servicio de la administración del Consell (DOCV núm.5397, de 28 de noviembre de 2006 - Referencia: 6269/2006).
- h) La Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público (BOE núm.89, de 13 de abril de 2007 - Referencia: BOE-A-2007-7788).

- i) La Ley 10/2010, de 9 de julio, de Función Pública de la Comunidad Valenciana (DOCV núm.6310, de 14 de julio de 2010, página 27907 - BOE núm. 109, de 6 de agosto de 2010, página 68637).
- j) El Decreto-Ley 1/2012, de 5 enero, del Consell, de medidas urgentes para la reducción del déficit en la Comunitat Valenciana (DOCV núm. 6688, de 10 de enero de 2012).
- k) El Decreto 30/2012, de 3 de febrero, del Consell por el que se modifica la estructura, funciones y régimen retributivo del personal directivo de instituciones sanitarias de la Consellería de Sanidad, (DOCV núm. 6709, de 08 de febrero de 2012).
- l) El Real Decreto 451/2012, de 05 de marzo, sobre régimen retributivo de los máximos responsables y directivos en el sector público empresarial y otras entidades, que no estén vinculados por una relación mercantil (BOE núm.56, de 06 de marzo de 2012).
- m) La Ley 3/2012, de 6 de julio, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral (BOE núm. 162, de 7 de julio de 2012, páginas 49113 a 49191)
- n) El Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad (BOE núm.168, de 14 de julio de 2012, página 50428).
- o) El Decreto-Ley 6/2012, de 28 de septiembre, del Consell, de desarrollo y aplicación de las disposiciones incluidas en el título I y disposiciones concordantes del Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad (DOCV núm.6873, de 01 de octubre de 2012 - Referencia: 009021/2012).
- p) La Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP) introduce por primera vez en la legislación española la figura del personal directivo profesional.

Es importante comenzar señalando que, en el ámbito de aplicación del EBEP, tal y como dispone su artículo 2, *queda incluido tanto el personal funcionario como el personal*

*laboral al servicio de la Administración General del Estado, de las Administraciones de las CCAA y de las Ciudades de Ceuta y Melilla, de las Administraciones de las Entidades Locales, de los Organismos Públicos, Agencias y demás Entidades de Derecho Público con personalidad jurídica propia, vinculadas o dependientes de cualquiera de las Administraciones Públicas, y de las Universidades Públicas. Además de esto, añade que el personal estatutario de los Servicios de Salud, se regirán por la legislación específica dictada por el Estatuto y por las CCAA en el ámbito de sus respectivas competencias y por lo previsto en este Estatuto, excepto el Capítulo II (Derecho a la carrera profesional y a la promoción interna) del Título III (Derechos y Deberes. Código de conducta de los empleados públicos), salvo el artículo 20 (Evaluación del desempeño), y los artículos 22.3 (Retribuciones complementarias de los funcionarios), 24 (Retribuciones Complementarias) y 84 (Movilidad Voluntaria entre Administraciones Públicas).*

Asimismo, el artículo 6 del EBEP establece que, *en desarrollo de este Estatuto, las Cortes Generales y las Asambleas Legislativas de las CCAA aprobarán, en el ámbito de sus competencias, las Leyes reguladoras de la Función Pública de la Administración General del Estado y de las CCAA.* Y seguidamente, el artículo 7, bajo el título de normativa aplicable al personal laboral, dispone que *el personal laboral al servicio de las Administraciones Públicas se rige, además de por la legislación laboral y por las demás normas convencionalmente aplicables, por los preceptos de este Estatuto que así lo disponga.*

El EBEP define, en su art.13, el Personal Directivo, estableciendo expresamente que: *“El Gobierno y los Órganos de Gobierno de las CCAA podrán establecer, en desarrollo de este Estatuto, el régimen jurídico específico del personal directivo así como los criterios para determinar su condición, de acuerdo, entre otros, con los siguientes principios: 1. Es personal directivo el que desarrolle funciones directivas profesionales en las Administraciones Públicas, definidas como tales en las normas específicas de cada administración. 2. Su designación atenderá a principios de mérito y capacidad y a criterios de idoneidad, y se llevará a cabo mediante procedimientos que garanticen la publicidad y concurrencia. 3. El personal directivo estará sujeto a evaluación con arreglo a los criterios de eficacia y eficiencia, responsabilidad por su gestión y control de resultados en relación con los objetivos que les hayan sido fijados. 4. La determinación*

*de las condiciones de empleo del personal directivo no tendrá la consideración de materia objeto de negociación colectiva a los efectos de esta Ley. Cuando el personal directivo reúna la condición de personal laboral estará sometido a la relación laboral de carácter especial de alta dirección.”*

Por consiguiente, serán las CCAA quienes determinen el régimen jurídico específico de sus directivos. Así, en la Comunidad Autónoma Valenciana, el art.20 de la Ley 10/2012, de 9 de julio, de la Generalitat, de Ordenación y Gestión de la Función Pública de la Comunidad Valenciana define el personal directivo público profesional, indicando expresamente que: *“1. Las y los titulares de las consellerías, organismos autónomos y entes públicos de la administración de la Generalitat podrán nombrar, previa autorización por acuerdo del Consell, y por período máximo improrrogable de dos años, personal directivo público profesional para la puesta en marcha de proyectos, planes o programas concretos de duración determinada. 2. Con carácter previo a la designación de este tipo de personal se deberá acreditar formalmente, mediante la elaboración de una memoria justificativa de carácter económico y organizativo, la imposibilidad de asumir a través de la estructura orgánica y funcional existente los objetivos asignados al proyecto, plan o programa de que se trate. A estos efectos, se tendrán también en cuenta la exigencia de contar con conocimientos altamente especializados así como, en su caso, la necesidad de la coordinación de equipos o unidades administrativas. 3. La designación establecerá de forma expresa los objetivos temporales a conseguir, los compromisos de gestión asumidos, así como la delimitación del ámbito funcional que queda bajo la dirección del personal directivo público profesional. 4. La designación de la persona candidata atenderá a los principios de mérito y capacidad, así como a su idoneidad y experiencia profesionales en relación con las competencias, los cometidos y las funciones que tienen asignadas las administraciones públicas y la planificación y prestación del servicio público y se llevará a cabo mediante procedimientos que garanticen la publicidad y concurrencia. 5. El personal directivo público profesional, presentará una memoria anual en la que dará cuenta del resultado de la gestión efectuada y de los resultados logrados en relación con los objetivos previamente fijados. Estará vinculado a la administración mediante un pacto de permanencia y no competencia pos contractual. 6. Las retribuciones del personal directivo, que serán determinadas por el*

*Consell, estarán integradas por dos porcentajes, uno del 60 por ciento con carácter fijo, y otro del 40 por ciento que tendrá carácter variable y estará vinculado a la consecución de los objetivos previamente establecidos para su gestión. 7. El régimen de incompatibilidades del personal directivo será el establecido para los altos cargos de la administración general del Estado o, en su caso, el que pueda establecerse para los altos cargos de la administración de la Generalitat, sin que ello suponga la consideración de alto cargo del personal directivo. 8. El personal funcionario de carrera que sea designado personal directivo público profesional será declarado en la situación administrativa de excedencia voluntaria automática por prestar servicios en el sector público. El personal laboral fijo será declarado en la situación administrativa que corresponda según el Estatuto de los Trabajadores y el convenio colectivo de aplicación.*

A lo anteriormente señalado, debemos añadir lo dispuesto en el artículo 1 del Decreto 30/2012, de 3 de febrero, del Consell, por el que se modificó la estructura, las funciones y el régimen retributivo del personal directivo de las instituciones sanitarias de la Consellería de Sanidad, (DOCV núm. 6709, de 08 de febrero de 2012), que expresamente establece que: *“es personal directivo aquél a quien se atribuye la aplicación de las directrices de gestión de conformidad con los objetivos señalados en el Plan Estratégico y con el Acuerdo de Gestión, tendentes a un cumplimiento eficiente de la cartera de servicios. Desarrollarán sus funciones de dirección, gestión, coordinación y supervisión, según corresponda en cada caso, con sujeción al marco normativo vigente. Los puestos de personal directivo de instituciones sanitarias de la Consellería de Sanidad son los que se describen con tal carácter en la presente norma.”* Por tanto, el antes citado Decreto, define el concepto de personal directivo de instituciones sanitarias, con sus características generales, y se definen los cargos que comprende, esencialmente siguiendo a los que ya aparecían en un Decreto de 2007<sup>37</sup>, con algunas adecuaciones.

---

<sup>37</sup> *DECRETO 74 /2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprobó el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana. (DOCV núm. 5518 de 23.05.2007)*



### 7.5.5.2 La clasificación

Asimismo, la ya citada norma de 2012, regula de manera unitaria la figura del personal directivo de instituciones sanitarias, armonizando sus funciones con las necesidades organizativas de la Consellería de Sanidad, normalizando las diferentes denominaciones a fin de evitar la dispersión y la heterogeneidad innecesaria y adecuando su régimen retributivo.

Se considera personal directivo del departamento de instituciones sanitarias:

a) De carácter departamental:

- a) La Gerencia de Departamento
- b) La Dirección Asistencial
- c) El Comisionado (para las concesiones administrativas)
- d) La Dirección Médica de hospital
- e) La Dirección Económica
- f) La Dirección Médica de Atención Primaria
- g) La Dirección de Enfermería
- h) La Dirección de Enfermería de Atención Primaria
- i) La Dirección de Docencia y Dirección de Investigación
- j) Las Subdirecciones

b) De carácter no departamental. Esta categoría profesional de directivos está recogida para aquellos centros de trabajo cuya prestación asistencial no se refiere a un departamento concreto son los hospitales de crónicos y larga estancia (HACLEs), los servicios de emergencias sanitarias u otros centros de trabajo análogos que se pudieran crear en el futuro., cuya característica es no estar integrados en la estructura de un determinado departamento.

b)1. Las Direcciones de centro no departamental:

- a<sup>1</sup>) Direcciones de centro

b<sup>1</sup>) Dirección económica de centro

c<sup>1</sup>) Dirección de enfermería de centro

b)2. Las Direcciones de gestión sanitaria. Tienen ámbito funcional o territorial multidepartamental.

c) La Dirección de Centro de Salud Pública. Ejerce la responsabilidad sobre los recursos de Salud Pública adscritos a estos centros.

El personal directivo de las CCAA, puede ser nombrado de entre su personal funcionario, su personal estatutario, su personal laboral fijo, siempre que pertenezcan a Escalas o Cuerpos clasificadas en el subgrupo A1, o de entre cualquier otra persona *externa*, siempre que reúna los requisitos establecidos en las bases de su convocatoria (como mínimo estar en posesión de la titulación universitaria correspondiente al grupo de clasificación profesional A1 así como ostentar capacidad adecuada para el desempeño del cargo).

Siguiendo a Rodríguez Ramos (RODRIGUEZ RAMOS, 2009), el alcance de la regulación del personal directivo, diferirá según su vinculación sea administrativa o laboral, sobre todo en las CCAA, dado que éstas tienen facultades para regular el estatuto de su personal directivo funcionario en el marco de la legislación básica del Estado, lo que podrá comprender no sólo las funciones a desempeñar por éste sino el conjunto de derechos y deberes que comprendan su relación con la Administración.

Sin embargo, el planteamiento cambia cuando el personal directivo esté vinculado con la Administración Pública mediante una relación laboral especial de alta dirección, al ser la legislación laboral (invocada como título competencial para la promulgación del EBEP por su Disposición Final Primera) competencia exclusiva del Estado (artículo 149.1.7a de la Constitución). Por ello, las CCAA podrán definir las funciones que delimitan al estatuto del personal directivo laboral de sus organismos públicos en el marco del EBEP y respetando sus determinaciones, pero ahí acabará su competencia normativa no pudiendo regular sustantivamente otros aspectos que configuran esta relación laboral especial.

De todo ello se desprende que, en relación al Directivo Público Profesional de la Comunidad Valenciana, y en función de las diferentes relaciones funcionariales, laborales o estatutarias del personal a su servicio y del régimen jurídico aplicable, debemos considerar, con carácter general, una serie de particularidades o características:

*LA DEFINICIÓN DE DIRECTIVO PÚBLICO AUTONÓMICO:*

Es personal directivo público profesional autonómico aquel que desarrolle funciones directivas en las Consellerías, Organismos Autónomos y Entes Públicos de la Generalitat Valenciana o aquél a quien se atribuye la aplicación de las directrices de gestión de conformidad con los objetivos señalados en el Plan Estratégico y con el Acuerdo de Gestión, tendentes a un cumplimiento eficiente de la cartera de servicios de las Instituciones Sanitarias de la Consellería de Sanidad.

*LA PROVISIÓN Y LA SELECCIÓN DEL DIRECTIVO PÚBLICO AUTONÓMICO. REQUISITOS:*

El Directivo Público Autonómico, deberá ser seleccionado a través de la preceptiva convocatoria pública, que será publicada, en el supuesto de directivos autonómicos valencianos, en el Diario Oficial de la Comunitat Valenciana, mediante un proceso de selección basado en los principios de mérito y capacidad, así como a su idoneidad y experiencia profesionales en relación con las competencias, los cometidos y las funciones que tienen asignadas las Administraciones Públicas y la planificación y prestación del servicio público, y se llevará a cabo mediante procedimientos que garanticen la publicidad y concurrencia, y establecerá de forma expresa los objetivos temporales a conseguir, los compromisos de gestión asumidos, así como la delimitación del ámbito funcional que queda bajo la dirección del personal directivo público profesional.

En cualquier caso los candidatos a ocupar puestos de directivo público autonómico, deberán cumplir los siguientes requisitos:

- a) Poseer la nacionalidad española o de cualquier otro Estado miembro de la Unión Europea, así como de aquellos Estados a los que, en virtud de tratados

internacionales celebrados por la Unión Europea y ratificados por España, sea de aplicación la libre circulación de trabajadores en los términos en que ésta se halla definida en el Tratado Constitutivo de la Unión Europea, u ostentar este derecho conforme a lo establecido en el Decreto 543/2001, de 18 de mayo publicado en el BOE núm. 130, de 31 de mayo de 2001.

- b) Estar en posesión de la titulación necesaria en relación con las características del puesto que concursan, de conformidad con la normativa vigente, así como ostentar capacidad adecuada para el desempeño del cargo.
- c) Ostentar la condición de personal estatutario, con plaza en propiedad de los Servicios de Salud, de funcionario de carrera del grupo A (regulado por la Ley 10/2010, de 9 de julio, de la Generalitat, de Ordenación y Gestión de la Función Pública Valenciana y, de manera supletoria, del Estatuto Básico del Empleado Público, aprobado por la Ley 7/2007, de 12 de abril, y del resto de normativa estatal en la materia) así como de personal laboral fijo de la Generalitat. También podrá concurrir simultáneamente personal ajeno a la Generalitat, siempre y cuando cumpla con los requisitos establecidos.
- d) No encontrarse inhabilitado para el desempeño de funciones públicas, profesionales o de la Seguridad Social.

#### *EL NOMBRAMIENTO DEL DIRECTIVO PÚBLICO AUTONÓMICO:*

Son nombrados por las y los titulares de las Consellerías, Organismos Autónomos y Entes Públicos de la Administración de la Generalitat, previa autorización por acuerdo del Consell, y en el caso de los Directivos Públicos de las Instituciones Sanitarias, por la o el Conseller de Sanidad, a propuesta de la dirección gerencia de la Agència Valenciana de Salut y oído su consejo de administración. Por tanto, son nombrados mediante el sistema de libre designación.

*EL OBJETIVO O FINALIDAD DEL NOMBRAMIENTO DEL DIRECTIVO PÚBLICO AUTONOMICO:*

La puesta en marcha de proyectos, planes o programas concretos de duración determinada.

*EL REQUISITO PREVIO AL NOMBRAMIENTO:*

El candidato deberá acreditar formalmente, mediante la elaboración de una memoria justificativa de carácter económico y organizativo, la posibilidad de asumir, a través de la estructura orgánica y funcional existente, los objetivos asignados al proyecto, plan o programa de que se trate. A estos efectos, se tendrán también en cuenta la exigencia de contar con conocimientos altamente especializados así como, en su caso, la necesidad de la coordinación de equipos o unidades administrativas.

*LAS RETRIBUCIONES:*

Serán determinadas por el Consell, integradas por dos porcentajes, uno del 60 por ciento con carácter fijo, y otro del 40 por ciento que tendrá carácter variable y vinculadas a la consecución de los objetivos previamente establecidos para su gestión. Las retribuciones de los directivos públicos únicamente podrán ser básicas y complementarias.

Las retribuciones básicas serán aquellas que se establecen en función de la entidad e incluyen la retribución mínima obligatoria asignada a cada directivo por razón del grupo de clasificación que en que resulte catalogado, mientras que las retribuciones complementarias comprenden un complemento de puesto, que retribuye las características específicas de las funciones o puestos directivos, y un complemento variable, que retribuye la consecución de unos objetivos previamente establecidos). No obstante lo anterior, estará a lo dispuesto en el Real Decreto 451/2012, de 5 de marzo, por el que se regula el régimen retributivo de los máximos responsables y directivos en el sector público empresarial y otras entidades.

*LAS INCOMPATIBILIDADES:*

Será el establecido para los Altos Cargos de la Administración General del Estado o, en su caso, el que pueda establecerse para los altos cargos de la Administración de la Generalitat, sin que ello suponga la consideración de alto cargo del personal directivo.

*LOS EFECTOS DEL NOMBRAMIENTO COMO DIRECTIVO PÚBLICO:*

El personal estatutario y el personal funcionario de carrera que sea designado personal directivo público profesional, serán declarados en la situación administrativa de excedencia voluntaria automática por prestar servicios en el sector público. El personal laboral fijo será declarado en la situación administrativa que corresponda según el Estatuto de los Trabajadores y el convenio colectivo de aplicación.

*1) EL MARCO JURIDICO, LA FORMA, EL CONTENIDO Y LA DURACIÓN DEL CONTRATO ESPECIAL DE TRABAJO DEL DIRECTIVO PÚBLICO AUTONÓMICO:*

Marco jurídico: El Directivo Público Autónomo tendrá la consideración de personal de Alta Dirección y, por tanto, su relación jurídica será la de relación laboral especial, de modo que estará incluido en el ámbito de aplicación del Real Decreto 1283/1985, de 1 de agosto, publicado en el BOE núm. 192, de 12 de agosto de 1985, y del Real Decreto 451/2012, de 5 de marzo, por el que se regula el régimen retributivo de los máximos responsables y directivos en el sector público empresarial y otras entidades.

Forma: El contrato especial de trabajo se formalizará por escrito, en ejemplar duplicado.

Contenido: Contendrá los siguientes elementos:

- Identificación de las partes.
- Objeto del contrato.
- Retribución convenida.
- La duración del contrato.
- Resto de cláusulas exigidas.

Duración: La duración del contrato especial de trabajo del directivo público autonómico, será por período máximo improrrogable de dos años.

*J) LA EXTINCIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL ESPECIAL DEL DIRECTIVO PÚBLICO AUTONÓMICO:*

*A. La extinción por voluntad del Directivo.*

El contrato especial de trabajo podrá extinguirse, por voluntad del Directivo Público Autonómico debiendo mediar un preaviso mínimo de tres meses, no siendo preciso en el supuesto de incumplimiento contractual grave de la Generalitat.

La Generalitat tendrá derecho, en caso de incumplimiento total o parcial del deber de preaviso, a una indemnización equivalente a los salarios correspondientes a la duración del periodo incumplido.

El Directivo Público Autonómico, podrá extinguir el contrato especial de trabajo con derecho a las indemnizaciones pactadas, y en su defecto fijadas en este Real Decreto para el caso de extinción por desistimiento de la Generalitat, fundándose en las causas siguientes:

- a) Las modificaciones sustanciales en las condiciones de trabajo que redunden notoriamente en perjuicio de su formación profesional, en menoscabo de su dignidad, o sean decididas con grave transgresión de la buena fe, por parte del empresario.
- b) La falta de pago o retraso continuado en el abono de salario pactado.
- c) Cualquier otro incumplimiento grave de sus obligaciones contractuales, por parte del empresario, salvo los presupuestos de fuerza mayor, en los que no procederá el abono de las indemnizaciones a las que se refiere este número.
- d) La sucesión de Empresa o cambio importante en la titularidad de la misma, que tenga por efecto una renovación de sus órganos rectores o en el contenido y planteamiento de su actividad principal, siempre que la extinción se produzca dentro de los tres meses siguientes a la producción de tales cambios.

B. La extinción por voluntad del empresario o DESISTIMIENTO. El derecho a indemnización.

El personal directivo autonómico, podrá ser cesado discrecionalmente por la autoridad que acordó su nombramiento.

Este desistimiento deberá realizarse por escrito, con un plazo máximo de antelación de quince días naturales, teniendo derecho el Directivo Público Autonómico a una indemnización no superior a siete días del salario en metálico por año de servicio con el límite de seis mensualidades.

El cálculo de la indemnización se hará teniendo en cuenta la retribución anual en metálico que se estuviera percibiendo en el momento de la extinción como retribución íntegra y total, excluidos los incentivos o complementos variables. No obstante, si el directivo público ostenta la condición de funcionario de carrera, de personal estatutario, o personal laboral fijo con reserva a puesto de trabajo, no tendrá derecho a indemnización alguna.

En caso de incumplimiento del deber de preaviso por parte de la Generalitat, el directivo público autonómico tendrá derecho, además, a una indemnización equivalente a los salarios correspondientes a la duración del periodo incumplido.

Si la extinción se produjera por decisión de la Generalitat, mediante despido basada en el incumplimiento grave y culpable del directivo público, en la forma y con los efectos establecidos en el art.55 del TRET, respecto a las indemnizaciones, en el supuesto de despido declarado improcedente se estará a las cuantías que se hubiesen pactado en el contrato, siendo en su defecto de veinte días de salario en metálico por año de servicio y hasta un máximo de doce mensualidades.

Cuando el despido sea declarado improcedente o nulo, el empresario y el alto directivo acordarán si se produce la readmisión o el abono de las indemnizaciones económicas previstas en el párrafo dos de este artículo, entendiéndose, en caso de desacuerdo, que se opta por el abono de las percepciones económicas. Si el despido se reintegrase al empleo anterior en la Empresa, se estará a lo dispuesto en el artículo 9.3, del Real



Decreto 1382/1985 (*En caso de simple suspensión de la relación laboral común anterior, al extinguirse la relación laboral especial, el trabajador tendrá la opción de reanudar la relación laboral de origen, sin perjuicio de las indemnizaciones a que pueda tener derecho a resultas de dicha extinción. Se exceptúa de esta regla el supuesto de la extinción del contrato especial de alta dirección por despido disciplinario declarado procedente*).

**K) LAS CONDICIONES DE TRABAJO DEL DIRECTIVO PÚBLICO AUTONÓMICO:**

Como indicábamos anteriormente la CE, en su art.148.1.1ª, confiere a las CCAA la titularidad de las competencias en materia de organización de sus instituciones de autogobierno. Por tanto, las condiciones de trabajo, así como sus funciones, tareas, obligaciones, responsabilidades y cometidos será las dispuestas en el Decreto 175/2006, de 24 de noviembre, del Consell, por el que se regulan las condiciones de trabajo del personal al servicio de la Administración del Consell, y en el Decreto 30/2012, de 3 de febrero, del Consell por el que se modifica la estructura, funciones y régimen retributivo del personal directivo de instituciones sanitarias de la Consellería de Sanidad.

Es importante destacar, que se ha generado cierta controversia en relación a la situación administrativa en la que quedarían los funcionarios de carrera o el personal estatutario que ocuparan puestos de directivo público profesional autonómico. Si bien, el art.20 de la Ley 10/2010, de 9 de julio, de Ordenación y Gestión de la Función Pública Valenciana, establece que éstos pasarían a ser declarados en situación de *excedencia voluntaria automática por prestar servicios en el sector público*, situación de excedencia regulada en el art.129 de la citada ley, algunos grupos de trabajo formados por expertos como el grupo de la Comisión de Coordinación del Empleado Público encargado del régimen jurídico del personal directivo profesional, órgano dependiente de la Conferencia Sectorial de Administración Pública, cuya existencia contempla el art.100.2 del EBEP, formado por Galicia, Comunidad de Madrid, Comunidad Foral de Navarra, País Vasco, Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), Administración General del Estado y Principado de Asturias, defienden en cambio que *“la incardinación de los puestos directivos en el ámbito de cada relación de puestos de trabajo aconseja que, en caso de desempeño de uno de estos puestos por parte de un funcionario de carrera, la*

*situación administrativa sea el servicio activo, al tratarse del desempeño de un puesto imbricado en la carrera administrativa* (Documento de trabajo de la Comisión de Coordinación del Empleado Público, 2013).

### *7.5.5.3 ¿La discrecionalidad o la arbitrariedad en la selección de directivos en instituciones sanitarias en la Comunidad Valenciana?*

Los criterios de selección discrecionales e incluso arbitrarios en los puestos directivos de las instituciones sanitarias de la Generalitat Valenciana, tienen un ejemplo con la polémica suscitada por la convocatoria de la plaza de Gerente del Hospital Universitario de la Fe de Valencia, publicada en el Diario Oficial de la Comunidad Valenciana el 15 de septiembre de 2015<sup>38</sup>.

La nota de prensa oficial<sup>39</sup> con el título: *“Sanitat inicia el proceso de renovación de los gerentes con el relevo en diez departamentos de salud”* de fecha 10 de septiembre de la Generalitat Valenciana, hecha pública cinco días antes de la convocatoria mencionada anteriormente, anunciaba los nombres de los próximos gerentes en diez Departamentos Sanitarios de la Consellería de Sanidad e incluía a la nueva Gerente del Gerente de la Fe, con nombre y apellidos<sup>40</sup>.

---

<sup>38</sup> *Publicada en el Diario Oficial de la Comunidad Valenciana, el día 15 de septiembre de 2015 la Resolución de 10 de septiembre de 2015, del director general de Recursos Humanos y Económicos de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se anuncia convocatoria para la provisión de la plaza de gerente A del Departamento de Salud de Valencia-La Fe (número de puesto 2752), dependiente de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, por el procedimiento de libre designación.*

<sup>39</sup> *Área de Prensa del Portal de la Generalitat de la Comunitat Valenciana (<http://www.gva.es/>).*

<sup>40</sup> *“Novedad de Notas de prensa (10/09/2015)*

*“Sanitat inicia el proceso de renovación de los gerentes con el relevo en diez departamentos de salud”:*

*- El cambio en los cargos directivos seguirá durante los próximos días hasta completar todos los equipos La consellería de Sanitat Universal i Salut Pública ha iniciado el proceso de renovación de los equipos directivos de hospitales y centros de salud con el anuncio de los nuevos gerentes de diez departamentos de salud.*

*Con estos cargos, cinco hombres y cinco mujeres, se pone el acento en la selección de perfiles técnicos y de gestión. Con ello se pretende dar un nuevo impulso en las estructuras sanitarias y*

A partir de dicha convocatoria pública, diversos medios de comunicación (USEROS, 2015) se hicieron eco de la noticia<sup>41</sup>, y denunciaron públicamente que días antes de hacerse público el procedimiento de selección, se publicara el nombre de la persona que estaba ya designada para ese puesto directivo. Igualmente, sindicatos con representación en mesa sectorial, como Comisiones Obreras, denunciaron públicamente estos hechos<sup>42</sup> y algunos de ellos manifestaron públicamente que no formarán parte de estas comisiones de selección si se imponen nombres <sup>43</sup> Por otra parte, la Consellería negó ante los medios de comunicación que la convocatoria de dicha plaza fuera “a medida”, y que Sanitat sigue el procedimiento ordinario para cubrir las

---

*las tareas asistenciales, reforzando, de forma especial, la atención primaria como eje vertebrador del sistema y la atención a la cronicidad.*

*En los próximos días se darán los siguientes pasos en la configuración de la estructura de altos cargos, tanto lo que respecta a gerentes del resto de departamentos de salud de la Comunitat, como a los comisionados de los departamentos de gestión indirecta, así como de los responsables de entidades y centros de investigación dependientes de la consellería de Sanitat.*

*La consellería de Sanitat Universal i Salut Pública quiere mostrar el agradecimiento por la dedicación prestada por los gerentes salientes en el ejercicio de su tarea.*

*Los nuevos gerentes designados son:*

*Departament de València - La Fe: Mònica Almiñana Riqué, médica especializada en gestión sanitaria y en desarrollo de políticas públicas en materia de sanidad y política social. Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Máster en Dirección de Instituciones Sanitarias por la UAB y en Economía de la Salud y del Medicamento por la Universitat Pompeu Fabra; y Postgrado en Dirección de Servicios Integrados de Salud por ESADE. Ha sido consejera delegada del Consorci Sanitari Integral en CATSALUT y Gerente del Área de Barcelona Sud del Servei Català de la Salut. Actualmente era portavoz de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales en el senado por el grupo de l'Entesa pel Progrés.*

<sup>41</sup> <http://www.elmundo.es/comunidad-valenciana/2015/09/16/55f857c946163fc9598b45a8.html>

<sup>42</sup> *La FSS de CCOO-PV denunció que la Consellería de Sanitat condiciona y desvirtúa el proceso de selección de los gerentes de los departamentos de salud. Nota de prensa de CCOO de 16/9/2015. [www.sanidad.ccoo.es](http://www.sanidad.ccoo.es).*

<sup>43</sup> *USEROS, V. “Los sindicatos no valorarán las oposiciones si se imponen nombres”. En este artículo se recoge que sindicatos con presencia en las diferentes instituciones de la sanidad valenciana, mostraron su total rechazo a formar parte de las convocatorias para la provisión de plazas de directores y gerentes de los departamentos de salud si se convierten en un paripé en las que se pretende organizar un proceso de selección pero los cargos serán impuestos por la Consellera. Señalan los responsables de CCOO-PV que si se dice el nombre del candidato antes de realizar la oposición “el daño ya está hecho” *Diario el Mundo. Edición Alicante de 18/9/2015. Pág. 6**

plazas de gerente que marca la legislación<sup>44</sup> y “Sanidad niega que el concurso para gerente de la Fe sea a medida”<sup>45</sup>.

Desde la Consellería de Sanidad, salieron en defensa de dicho procedimiento de selección, sucediéndose algunas declaraciones públicas recogidas a continuación así como una convocatoria de las plazas de los directivos cesados y con posterioridad de haber anunciado con nombre y apellidos su cobertura previa a la convocatoria.

La Consellera de Sanidad, manifestó públicamente que el anterior Gobierno del Partido Popular, nombró de forma irregular al 51.5 por ciento de los cargos directivos (104 de los 202 puestos), y que además el 75 por ciento de este personal directivo estaba designado de forma provisional, entre ellos seis cargos durante más de 20 años. Que al acceder al cargo se encontró con este desastre en el método de nombramientos de los directivos regidos por un sistema irregular y de opacidad. Manifestó su compromiso a ajustarse al EBEP y al Decreto 7/2003 del Consell, para el nombramiento de directivos mediante el sistema de libre designación con convocatoria pública.<sup>46</sup>

El día 24 de septiembre, se publicó en el Diario Oficial de la Comunidad Valenciana, la convocatoria pública para la provisión de nueve plazas de gerentes de varios departamentos de salud de la Comunidad Valenciana por el procedimiento de libre designación<sup>47</sup>.

---

<sup>44</sup> Nota de prensa de 16 de septiembre de la Generalitat Valenciana: [Comunica.gva@gva.es](mailto:Comunica.gva@gva.es)

<sup>45</sup> <http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2015/09/16/sanidad-rechaza-concurso-gerente-fe/1314925.html>

<sup>46</sup> “Montón contraataca y acusa al PP de nombrar de forma “irregular” al 50% de los directivos”. 23/9/2015. [www.redaccionmedica.com/](http://www.redaccionmedica.com/)  
“Sanidad asume aspirantes para gerentes pero matiza: La consellera decide al final”. Fecha: 23/9/2015. <http://www.elmundo.es/comunidad-valenciana/2015/09/23/5602905222601db71f8b4579.html>

<sup>47</sup> El día 24 de septiembre de 2015, se publicaron en el Diario Oficial de la Comunidad Valenciana, ocho Resoluciones de 16 de septiembre de 2015 del director general de Recursos Humanos y Económicos, por la que se anunciaba la convocatoria pública para la provisión de diversas plazas de Gerentes dependientes de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública por el procedimiento de libre designación.

Si bien es cierto que en estos hechos se han solapado cuestiones de índole político, con criterios de selección de este tipo de personal, la realidad es que el procedimiento está perfectamente definido en el Reglamento de Selección y Provisión de Plazas de Personal Estatutario al Servicio de Instituciones Sanitarias de la Generalitat Valenciana<sup>48</sup>.

Desde la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), su presidente Joaquín Estévez<sup>49</sup>, manifestó que “el perfil del directivo debe establecerse como el de un profesional de la gestión y no como un cargo político, con una selección basada en el explícito diseño del puesto de trabajo, estando sometido a una evaluación objetiva basada en resultados asistenciales, económicos, de participación profesional y de liderazgo social, dentro de un código de buena gestión directiva”. Manifiesta asimismo la necesidad de despolitizar la gestión y de la transparencia como un valor fundamental en el nombramiento de los directivos.

Uno de los principales objetivos de esta sociedad profesional de directivos de la salud, es la profesionalización de los mismos. Una prueba más de ello es el comunicado de fecha 15/10/2015 firmado por su presidente, y dirigido a todos sus socios, las instituciones con competencias para la gestión sanitaria y los medios de comunicación<sup>50</sup> donde: “*SEDISA insta a los gobiernos autonómicos a promover iniciativas políticas que favorezcan la profesionalización de la gestión sanitaria*” con el objetivo de aportar resultados en salud, eficiencia y calidad asistencial, con independencia del partido político que gobierne. Solicita a los parlamentos autonómicos que sean “*proactivos*” en la profesionalización de la gestión sanitaria e instan a que las iniciativas se pongan en marcha y se consoliden.

---

<sup>48</sup> Decreto 7/2003, de 28 de enero, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el Reglamento de Selección y Provisión de Plazas de Personal Estatutario al Servicio de Instituciones Sanitarias de la Generalitat Valenciana. (DOCV núm. 4430 de 31.01.2003). El Cap. VIII, que tiene los artículos 41 a 43, lleva por título “Provisión de plazas de carácter directivo”.

<sup>49</sup> Artículo “Profesionalización y gestión sanitaria, binomio imposible de separar” publicado en el Diario El Mundo, el 4 de octubre de 2015, edición Valencia, pág. 2.

<sup>50</sup> <http://www.clipprensa.com/SEDISA/161015sedisa.pdf> Fecha consulta: 17/10/2015

Las características más importantes reguladas en el citado Reglamento, para la provisión de plazas de carácter directivo en instituciones sanitarias son:

- a) Se proveerán por el sistema de libre designación, debiéndose publicar en el Diario Oficial de la Comunidad Valenciana.
- b) Un requisito es poseer la nacionalidad española o de cualquier otro Estado miembro de la UE, así como de aquellos estados a los que, en virtud de tratados internacionales celebrados por la UE y ratificados por España, sea de aplicación la libre circulación de trabajadores.
- c) Otro requisito es el estar en posesión de la titulación necesaria en relación con las características del puesto que concursan, de conformidad con la normativa vigente, así como ostentar capacidad adecuada para el desempeño del cargo.
- d) Pero el requisito objeto de la polémica suscitada y que se expone a continuación es el que más controversia ha suscitado, junto con los llamados “nombramientos provisionales” a los que también hago mención posteriormente. Este requisito no es otro que el de ostentar la condición de personal estatutario con plaza de los Servicios de Salud, de funcionario de carrera incluido en el ámbito de aplicación de la Ley 30/1984, de 2 de agosto, de Medidas para la Reforma de la Función Pública, y de las correspondientes Leyes de la Función Pública de las Comunidades Autónomas, así como del personal laboral fijo de la Generalitat, en cuyo caso quedarán en la situación administrativa que les corresponda. No obstante, podrá concurrir también simultáneamente personal ajeno a la Administración que cumpla con los requisitos recogido en el citado Decreto 7/2003 con el fin de que la Administración pueda contar con un mayor y heterogéneo número de aspirantes que concurren con condiciones de igualdad al proceso de provisión de plazas. La provisión de este personal ajeno a la administración se efectuará conforme al régimen laboral de Alta Dirección regulado en el Real Decreto 1382/1985, de 1 de agosto.

- e) Una Comisión de Valoración<sup>51</sup> se encargará de evaluar los méritos y efectuar la propuesta de Resolución motivada de adjudicación no vinculante al Conseller de Sanidad, que a la vista de la misma, dictará Resolución de nombramiento.
- f) En el supuesto de que el candidato seleccionado sea personal ajeno a la Administración Pública, suscribirá con la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, un contrato laboral especial de alta dirección al amparo de la normativa citada anteriormente.

#### *7.5.5.4 Los nombramientos provisionales en instituciones sanitarias de la Consellería de Sanidad*

Estos nombramientos provisionales, están previstos en la normativa autonómica de aplicación que sigue siendo el Decreto 7/2003 mencionado anteriormente, y se podrán efectuar en las plazas estatutarias recogidas en las RPTs, como personal directivo (también en todas aquellas plazas estatutarias no básicas de las distintas categorías profesionales) en tanto se procede a la cobertura reglamentaria por libre designación, durante un periodo de dos años, siempre que se considere inaplazable su cobertura<sup>52</sup>.

#### **7.5.6 El análisis jurisprudencial**

Siguiendo a Roca Valero (ROCA VALERO, 2012), la Alta Dirección se configura como una relación laboral especial excluida, por tanto, del ámbito de aplicación del Estatuto de los

---

<sup>51</sup> Esta Comisión de Valoración tiene la consideración de órgano colegiado y está compuesta por un mínimo de cinco miembros, incluyendo necesariamente un Presidente y un Secretario. Forman parte de la misma, dos representantes propuestos por las organizaciones sindicales con representación en la Mesa Sectorial de Sanidad

<sup>52</sup> Este personal deberá reunir los requisitos exigidos para el desempeño de la plaza, y se le reservará la plaza básica de origen y percibirá las retribuciones del puesto para el que ha sido nombrado (Artículo 51 de Decreto 7/2003, de 28 de enero, del Consell de la Generalitat

Trabajadores (en adelante ET), aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo.

Su régimen jurídico se establece en el Real Decreto 1382/1985, de 1 de agosto, por el que se regula la relación especial del personal de alta dirección. Conforme a lo dispuesto en su artículo 3, la Alta Dirección se rige por libre voluntad de las partes, sin perjuicio de las normas de carácter imperativo del citado Real Decreto 1382/1985, y del propio ET. Con carácter subsidiario, le resulta de aplicación la legislación civil y mercantil.

No es derecho supletorio aplicable al contrato de alta dirección el convenio colectivo, aunque sí se admite que las partes, en ejercicio de la autonomía de la voluntad, pacten la remisión al mismo. En este sentido, cabe citar el FJ 4º, de la Sentencia núm.576/2008, de 24 de noviembre, del TSJ de Baleares.

Se trata por tanto de una relación que, pese a su naturaleza laboral, se encuentra más próxima a la contratación civil, inspirada en la libre autonomía de la voluntad de las partes y en el principio de igualdad. A consecuencia de esta especial naturaleza, la regulación del alto directivo, presenta unas singularidades carentes de equivalente en la relación laboral *común*, como la extinción por desistimiento y el régimen indemnizatorio en caso de extinción del contrato.

El primer supuesto en el que se observaron las peculiaridades de la alta dirección en la Administración Pública, fue el analizado en la Sentencia del Tribunal Supremo (STS) de 2 de abril de 2001. Se cuestionaba la naturaleza de alta dirección de los contratados como titulares de los órganos de la dirección de los centros sanitarios de las instituciones de este carácter del Instituto Nacional de la Salud. El TS consideró que no cabía exigir la concurrencia de los requisitos del art. 1.2 del Real Decreto 1382/1985, puesto que tal interpretación vaciaría de contenido una norma de rango legal dejándola sin efecto: la Ley 30/1999, de 5 de octubre, de selección y provisión de plazas de personal estatutario de los Servicios de Salud, que expresamente preveía la cobertura del puesto por personal de alta dirección en su disposición adicional 10ª.

Posteriormente, en la Sentencia núm.178/2007, de 28 de febrero, del TSJ de Madrid, en tal supuesto no existía una norma legal especial, por lo que, en principio, la calificación de la relación como de alta dirección dependió de la acomodación del cargo a lo previsto



en el art.1.2 del RD 1382/1985. La Sentencia atiende a los principios de: 1) los poderes solidarios para cerrar operaciones, 2) la titularidad de una unidad de gestión, 3) la dependencia exclusiva de los órganos de gobierno, para concluir que el cargo es de alta dirección. Sin embargo, paulatinamente se ha ido acuñando un concepto flexible de alta dirección en la Administración, incluso sin norma de rango legal que lo sustente.

Este criterio ha sido recogido por el TSJ de Galicia en la Sentencia núm.2013/2010, de 10 de abril, y por el TSJ de Baleares en la Sentencia núm.508/2008, de 24 de octubre, ambas referidas a personal directivo de empresas públicas (televisiones). Sus notas determinantes son: a) interpretación flexible del concepto de alta dirección en el ámbito público, b) relación de confianza como fundamento último del contrato de alta dirección, c) poder de decisión, facultades distintas de trabajador ordinario y 4) dependencia de los órganos de gobierno.

Con la aprobación de la Ley 7/2007, de 12 de abril, por la que se aprobó el Estatuto Básico del Empleado Público se disponía, por fin, de una norma legal que cualifica las relaciones de alta dirección con carácter general en el ámbito de las Administraciones Públicas. En su art.13, el EBEP contempló específicamente el personal directivo, cuya implantación obedece a la deseada modernización de la Administración.

De la interpretación conjunta de los arts. 13 EBEP y 1.2 del RD 1382/1985, se desprende que éste último, el RD, es aplicable a las relaciones laborales especiales de alta dirección, pero su concepto se ve necesariamente ampliado por la nueva dicción del EBEP. En primer lugar, el EBEP define al personal directivo por referencia al ejercicio de funciones directivas para cuya concreción se remite a normas administrativas, específicas de cada Administración. Será, por tanto, suficiente que la Administración Pública defina una función como directiva o que atribuya a un determinado titular de un puesto de trabajo la condición de directivo para que nos encontremos ante *persona directivo*, aunque no reúna los requisitos del RD 1382/1985. En segundo lugar, atendiendo al principio de jerarquía normativa, dado que el EBEP es una norma con rango de ley y establece la definición de personal directivo no puede existir impedimento jurídico para que la ley modifique, ampliando el alcance de una norma subordinada como es el RD 1382/1985, admitiendo como sujetos de la relación laboral regulada por dicho RD a personas que

no estarían comprendidas en él. Además, el art. 2.1.c) del ET, extiende el concepto de relación laboral de carácter especial a *cualquier trabajo que expresamente sea declarado como relación laboral de carácter especial por una ley*. Y en tercer lugar, el supuesto que regula el EBEP, guarda analogía con la disposición adicional 10ª de la Ley 30/1999, de 5 de octubre, reguladora de la selección y provisión de plazas de personal estatutario de los servicios de salud, que contemplaba la cobertura de los órganos de dirección de los centros sanitarios de las instituciones de este carácter del Instituto Nacional de la Salud conforme al régimen especial de alta dirección regulado en el RD 1382/1985, disponiendo que *se entiende por órganos de dirección, a los efectos previstos en el párrafo anterior, los directores gerentes de los centros de gasto de atención especializada y atención primaria, así como los subgerente y los directores y subdirectores de subdivisión*. A este respecto, el TS en Sentencia de 2 de abril de 2001, justificó la inclusión de los titulares de dichos órganos en el régimen de personal de alta dirección del RD 1382/1985, pese a que no reunían los requisitos y condiciones de éste. Posteriormente, el TSJ de Madrid, en Sentencia núm.11/2011, de 12 de enero, ya acogió la citada tesis.

Distinto criterio ha mantenido la Sala del TSJ de Madrid, en la Sentencia núm.1043/2011, de 2 de diciembre, en cuyo caso se invocó, en la impugnación del recurso de suplicación formulado de contrario, que la relación del Gerente del Consorcio de Apoyo a la Investigación Biomédica (CAIBER), había de configurarse como un relación de alta dirección, por la interpretación conjunta de los arts. 13 del EBEP y art.14 y 4 de los Estatutos, el primero de los cuales integraba al actor en el Comité de Dirección, que a su vez se configuraba como uno de los Órganos Rectores de dicha institución, y se confirmaron igualmente las funciones desarrolladas por el trabajador. La Sala consideró inaplicable al caso la citada Sentencia del TS de 2 de diciembre de 2000, por referirse la misma a un supuesto distinto del que se debatía en estos autos, decantándose por analizar la concurrencia de las notas del art.2 del RD 1382/1985, y confirmando el carácter de alta dirección de la relación.

Por tanto, en el análisis de la evolución del concepto de alta dirección en la Administración Pública, lo verdaderamente importante a considerar es la calificación

jurídica de la relación como alta dirección o laboral común, puesto que obtener una u otra conlleva muy diferentes consecuencias.

Así, la relación de alta dirección puede extinguirse por la sola voluntad de la Administración (desistimiento), sin necesidad de aducir causa alguna, y la indemnización por desistimiento es la pactada, sin que pueda ser inferior a siete días de salario por año de servicio con un límite de seis mensualidades (art.11 RD 1283/1985). Mientras que en el caso de relación laboral común, se estaría a lo dispuesto en el ET.

No obstante, hay que aclarar que el art.13 del EBE, sólo es aplicable a las entidades incluidas en su ámbito de aplicación, es decir, a las comprendidas en el art.2 del EBEP. Por tanto, quedarán excluidas de su aplicación las sociedades mercantiles públicas y fundaciones del sector público, puesto que éstas tienen la consideración de entidades de naturaleza privada. Por consiguiente, las Sociedades Mercantiles y las Fundaciones del Sector Público Estatal, no podrán invocar el art.13 del EBEP para calificar sus contratos de Alta Dirección, aunque podrían argumentar la existencia de un concepto flexible de alta dirección en las Administraciones Públicas, incluso citar el EBEP indicando que aun no siendo directamente aplicable, refleja el reconocimiento por el legislador de las peculiaridades de la alta dirección en la Administración Pública.

Siguiendo a Ramo Hernando (RAMO HERRANDO, 2013: 1-31), la adaptación de los contratos y los ceses producidos en aplicación de la Disposición Adicional Octava del Real Decreto-Ley 3/2012 o de la Ley 3/2012 y del Real Decreto 451/2012 han ocasionado una abundante litigiosidad. Si se impugna la adaptación del contrato, el directivo alegará una irregular modificación sustancial de sus condiciones de trabajo; si el objeto del litigio es la indemnización correspondiente al desistimiento empresarial, el directivo tratará de hacer valer las cantidades del blindaje previstos del contrato, suscrito con anterioridad a la aprobación del Real Decreto-Ley 3/2012 y que la Administración se ha negado a aplicar en el momento del cese.

Respecto al primer tipo de demandas, la Administración Pública viene alegando que el cambio de las condiciones deviene de la aprobación de una norma legal y no de la voluntad unilateral de una de las partes. Por tanto, niega que puedan considerarse modificaciones sustanciales que produzcan los efectos previstos en el artículo 10.3 del

RDAD al tratarse del cumplimiento estricto de lo ordenado en una norma legal cuya constitucionalidad se presume (Así se mantiene en la Instrucción 1/2012 de la Abogacía General del Estado). En relación al segundo tipo de demandas, y siguiendo a Sánchez-Urna (SANCHEZ-URNA AZANA, 2012), la Administración Pública alegará que las cláusulas que recogen blindajes han devenido nulas por aplicación directa de lo dispuesto en la nueva normativa, la cual constituye un derecho necesario absoluto, y se impone a la autonomía de las partes.

La disparidad de criterios en la doctrina judicial, en relación a los directivos públicos está servida. Sirva de ejemplo las siguientes sentencias dictadas por diferentes juzgados de lo Social de Madrid, en las que se ha llegado a diferentes conclusiones, y a dos recientes sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid:

a) La primera de ellas, es la sentencia del TSJ de Madrid de 8 de marzo de 2013, que ratifica la sentencia del Juzgado de Lo Social nº30 de Madrid, de 26 de julio de 2012. Esta sentencia de instancia mantuvo que para calificar el tipo de relación laboral que une al directivo con una sociedad mercantil estatal integrada en el sector público (SEPIDES) hay que estar a la definición del Real Decreto 1382/1985 y consideró nulo el Real Decreto 451/2012 por exceso de potestad reglamentaria. La sentencia declara que no puede aplicarse a SEPIDES el artículo 13 del EBEP porque, aunque forma parte del sector público al ser una sociedad estatal, no es una Administración Pública, entrando, por tanto, a valorar si los servicios prestados por los demandantes reunían, o no, los caracteres propios de una relación laboral especial de alta dirección, llegando a la conclusión de que no se daban tales caracteres y por ello declara la existencia de una relación laboral común. El TSJ de Madrid mantiene además que la Disposición Adicional Octava del Real Decreto-Ley 3/2012 en ningún momento modificó la conceptualización legal del personal laboral sujeto a contrato de alta dirección, y que el apartado 6, de dicha Disposición Adicional sólo autorizaba al Gobierno para que pudiera desarrollar el régimen retributivo del personal con contrato mercantil o de alta dirección en el sector público. Razonaba que el art.35.2 de la CE, consagra una incuestionable reserva de ley en todo aquello que atañe a la regulación del ET, de suerte que el régimen jurídico de la relación contractual laboral exige rango de ley. A su vez, la sentencia consideraba que el Real Decreto 451/2012, estaría contrariando el principio de jerarquía normativa e

incurriendo en un evidente exceso en el ejercicio de la potestad reglamentaria, porque una cosa es desarrollar una norma legal, y otra, sobrepasar la habilitación otorgada para el ejercicio de la potestad reglamentaria e, incluso, variar la ley habilitante con proyección, igualmente modificativa, sobre normativa legal en vigor.

Por todo ello, se acaba ratificando la sentencia de la instancia en la que se había declarado, que no resultaba aplicable la limitación indemnizatoria exigida por la disposición adicional octava del Real Decreto-Ley 3/2012 y ello porque no cabe utilizar el desistimiento como causa de cese de un trabajador que mantiene una relación laboral común.

Puede concluirse, por tanto, que para valorar los posibles efectos indemnizatorios del cese de un directivo del sector público (especialmente si lo es de sociedades mercantiles públicas y de fundaciones del sector público, que quedan fuera del ámbito del EBEP) hay que, en primer lugar, calificar la relación laboral como especial de alta dirección o común, calificación que debe hacerse siguiendo los criterios establecidos en el art.2 del RD 1382/1985 y en la jurisprudencia que lo interpreta, y en segundo lugar, no es lo mismo ser directivo de una sociedad mercantil estatal integrada en el sector público que ser directivo de la Administración Pública.

b) Sin embargo, otros juzgados han mantenido criterios diferentes. El Juzgado de Lo Social nº 24 de Madrid, en Sentencia de 14 de septiembre de 2012, juzgaba un caso en el que el actor había iniciado una relación con una empresa pública como delegado de grupo, suscribiendo un contrato de trabajo en el que se calificaba la relación laboral como ordinaria para posteriormente pasar a ser secretario general, suscribiendo un nuevo contrato con la misma calificación de la relación. Pese a ello, la sentencia consideró que el actor, funcionario de carrera, era un alto directivo y, por tanto, que fue válido el desistimiento en las condiciones reguladas por la disposición adicional octava del Real Decreto-Ley 3/2012. Se razona en la sentencia que, tratándose de un servicio público, no puede estarse a la literalidad del RD 1382/1985, pues si se exigiera que un directivo ejercitara poderes inherentes a la titularidad de la empresa y relativos a objetivos generales de la misma, con autonomía y plena responsabilidad, tal como exige la norma, no existiría ningún caso al que pudiera aplicársele, y por tanto, se mantiene

que lo que debe primar en estos casos es la relación de confianza que se establece entre empresa y directivo, entendiéndose que el otorgamiento de poderes por parte del consejo de administración, en los términos en los que se le atribuyeron, revela esa relación de confianza. Además, se afirmaba con rotundidad, que el RD 451/2012 no concluía el principio de legalidad ni tampoco el de jerarquía normativa, y ello porque deber ser tenida en cuenta la jurisprudencia que ha venido interpretando el concepto de alto directivo en la Administración Pública (citando la Sentencia TSJ de Baleares de 26 de octubre de 2008 que invoca la Sentencia del Tribunal Supremo de 2 de abril de 2001).

c) Asimismo, el Juzgado de lo Social nº35 de Madrid, en Sentencia 4 de febrero de 2013, ha declarado que las dudas que pueden generar la delimitación de directivos que realiza el artículo 3.b) del RD 451/2012 deben ser resueltas mediante una interpretación sistemática e integrada del ordenamiento, que *“debe conducir a entender que la definición de directivo expuesta son, en sentido técnico, los altos directivos, es decir, los sujetos de la relación laboral especial que regula el Real Decreto 1382/1985”*. Y ello porque afirma el magistrado que *“se trata de un concepto que hay que elaborar por remisión y sin autonomía propia”*. En este sentido, apoyaba su argumentación sobre la definición de directivo que se contiene en el Real Decreto-Ley 3/2012, en relación con las entidades de crédito, en cuyo artículo 5.7 dice que se entiende por directivos los directores generales así como los integrantes de la alta dirección, de conformidad con la definición contenida en el artículo 1 del RD 1382/1985, considerando el magistrado que, dada la proximidad temporal que existe entre ambas normas, esta última definición de directivo debe ser tenida en cuenta como criterio interpretativo de la contenida en el RD 451/2012.

d) En relación al segundo tipo de sentencias, la Sentencia de 14 de mayo de 2013 del TSJ de Madrid, vino a ratificar la sentencia del Juzgado de lo Social nº29 de Madrid, de 27 de septiembre de 2012, que declaró ajustado a derecho el cese de una directiva de la sociedad estatal “Paradores de Turismo” a la que le fueron aplicados los límites indemnizatorios recogidos en la disposición adicional octava del Real Decreto-Ley 3/2012. La directiva, funcionaria de carrera, había suscrito un contrato de alta dirección que se remitía, en lo no previsto en el mismo, al RD 1382/1985. En la sentencia se mantiene que debe ser aplicado el principio general del derecho *pacta sunt servanda* y

la llamada doctrina de los actos propios o regla que decreta la inadmisibilidad de “*venirse contra factum proprium non valet*” que significa la vinculación de la actora de una declaración de voluntad al sentido objetivo de la misma, y la imposibilidad de adoptar después un comportamiento contradictorio.

Lo cierto es, que los directivos del sector público están acudiendo a los tribunales buscando que sea analizado su caso concreto y el grado de afectación o el perjuicio que les ha causado la limitación de las indemnizaciones impuesta de manera repentina en el sector público español, aduciendo que se han vulnerado además de los principios constitucionales de irretroactividad y de seguridad jurídica, otros como el principio de confianza y buena fe contractual, negando que les resulte de aplicación la nueva normativa dada la naturaleza ordinaria de su relación laboral.

#### 7.5.7 El perfil profesional

Gastón y Pascual (GASTON PRADA & PASCUAL, 2008: 41) establecieron un mapa de competencias claves para el directivo público, que establece como meta-competencias del mismo la comunicación eficaz, esto es, la capacidad de escucha, la aportación de significados compartidos, la indagación/proposición, la positividad/negatividad, la orientación interna/externa, la distinción de datos/interpretaciones y el aprendizaje reflexivo, da tal forma que todas las competencias se expresan a través de actos de lenguaje, serán estos internos (los propios flujos de pensamiento que contienen las interpretaciones y significados atribuidos a una situación dada) o externos (las conversaciones con otros).

Por tanto, el directivo público debería acreditar las siguientes capacidades:

- a) Conocer la Organización Pública:
  - a. Su estructura.
  - b. Su cultura y valores.
  - c. Sus dinámicas.
- b) Adecuar los objetivos políticos a la acción.

- c) Saber cómo imprimir direccionamiento y alinear sus efectivos.
- d) Promover el desarrollo de equipos de alto desempeño.
- e) Gestionar con eficacia y eficiencia los recursos dentro de una ética de servicio público.
- f) Poseer capacidad de afrontamiento de conflictos y situaciones-problema.
- g) Dosificar/Regular los cambios a diferentes circunstancias de la organización.
- h) Conocer sus propios puntos fuertes y débiles, y poner en marcha acciones de aprendizaje.

Con ocasión de los trabajos preparatorios de la Comisión de Expertos para el estudio y aprobación del Estatuto Básico del Empleado Público, Valero (VALERO, 2004) consideraba que los directivos públicos debían caracterizarse por tener:

- a) Orientación al riesgo.
- b) Espíritu innovador.
- c) Auto motivación.
- d) Capacidad de análisis.
- e) Capacidad de formular estrategias.
- f) Capacidad para dirigir equipos.
- g) Capacidad para gestionar conflictos.

Siguiendo a Catalá Polo (CATALA POLO, 2006), la formación de los directivos públicos debe estar orientada a las necesidades, prioridades y estrategias de la organización. La incorporación continuada de conocimientos técnicos, de capacidades y habilidades relacionadas con el ejercicio de la función directiva, con las innovaciones vinculadas con las transformaciones de la gestión pública, con el marco normativo, con las innovaciones tecnológicas que afecten al sector o actividad concreta en las que el directivo desempeña sus funciones, constituye una de las áreas de desarrollo directivo que se ha convertido en requisito para contar con los perfiles profesionales adecuados para el ejercicio de la función directiva.

Por tanto, será muy necesaria la definición de un plan de formación personalizado, vinculado con un plan de carrera, para cada persona que forme parte del *cuero* directivo de la organización, si bien superar la dicotomía entre la ocupación cotidiana y



la asignación de un tiempo destinado a la formación continua del directivo constituye un gran desafío.

Canales Aliende (CANALES ALIENDE, J.M. 2002: 166) afirma que *“el perfil y las características del directivo público de hoy son una manifestación y una consecuencia del cambio de cultura y de la forma de actuar de las Administraciones Públicas, siendo por tanto obsoleta la figura del perfil jurista-administrador, demandándose hoy un nuevo perfil a ésta (...)”* El *“liderazgo estratégico”*, según el autor citado, es por tanto, una parte muy importante de la actuación de los directivos en la labor del tan necesario cambio de las organizaciones públicas.

En este sentido de la importancia de la formación de los directivos sanitarios, el Presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), ha manifestado<sup>53</sup> a su vez, que es fundamental que las autoridades sanitarias con competencias en la formación, respalden los proyectos de profesionalización de los directivos sanitarios, tanto en la implantación de una verdadera Carrera Profesional, como de una *“guía de competencias y habilidades”*. Asimismo propone, que en el seno del desarrollo de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de 2003 y en el Foro Profesional del Sistema Nacional de Salud, debe analizarse la posibilidad de que la Gestión Sanitaria sea considerada como *“un área de Capacitación Profesional y que SEDISA ejerza el asesoramiento adecuado, a través de una comisión al efecto dentro de la misma. “Esto contribuirá a mejorar la estructura, organización y funcionamiento de nuestras instituciones y, por tanto, de los resultados económicos-asistenciales de la prestación de asistencia sanitaria”*.

En conclusión, La figura del Directivo Público Profesional nace como consecuencia de la necesidad de abordar una profunda reforma y modernización de las Administraciones Públicas y es el eslabón necesario entre la función política y la función administrativa, es decir, entre los órganos de decisión política y los puestos propios de la función pública. Por tanto, su necesaria profesionalización obedece a desarrollar el programa

---

<sup>53</sup> Estévez, J. (4 de octubre de 2015) *“Profesionalización y gestión sanitaria, binomio imposible de separar”*. Diario El Mundo. Edición Valencia, página 2.

político del Gobierno y dirigir organizaciones públicas Una verdadera y moderna reforma de la Administración Pública debe estar orientada a la implantación de la función pública directiva profesional (CANALES ALIENDE J. M., 2009).

Asimismo, EL EBEP ha optado por una regulación de “mínimos” al crear la nueva figura del directivo público profesional (SANCHEZ MORON, 2008), de modo que deja en manos de las CCAA una capacidad muy amplia para definir el régimen jurídico específico de su función directiva, por lo que para calificar el tipo de relación laboral que une al directivo con las entidades públicas empresariales, sociedades mercantiles públicas y fundaciones del sector público hay que estar a la definición de alto directivo del artículo 1.2 del RD 1382/1985 y a la abundante jurisprudencia que ha interpretado dicho artículo. En el caso de Altos Directivos de las Administraciones Públicas definidos en el artículo 2 del EBEP, habrá que tener en cuenta lo dispuesto en el artículo 13 del EBEP y atender a las normas específicas de cada Comunidad Autónoma.

Desde el punto de vista de la Nueva Gestión Pública, es necesario abordar el régimen jurídico del directivo público profesional desde un planteamiento flexible, continente y aplicado a las necesidades de cada Administración.

Por lo anteriormente señalado, y como propuesta, es imprescindible la creación de un Estatuto del Personal Directivo Público Profesional (FEMP, 2013), de modo que dote a los directivos de un marco legal, y que garantice no sólo la profesionalización de las Administraciones Públicas sino también regular con precisión, de manera clara y transparente, su regulación jurídica, su relación con la Administración Pública, su selección y formación, y, en consonancia con los principios de gobernanza y gobierno abierto, la evaluación de su desempeño. Concretamente, sería conveniente establecer las siguientes notas características:

- a) Principios que informan la dirección pública profesional.
- b) Ámbito de aplicación.
- c) Determinación de los puestos directivos.
- d) Régimen jurídico.
- e) Régimen de responsabilidades.
- f) Régimen de Incompatibilidades.

- g) Selección y reclutamiento.
- h) Convocatorias de selección de los directivos públicos profesionales.
- i) Nombramiento o contratación de los directivos públicos profesionales.
- j) Duración del mandato.
- k) Ejercicio de la dirección pública profesional.
- l) Acuerdo y Evaluación de la Gestión.
- m) Régimen Retributivo.
- n) Remoción e indemnización de los directivos públicos profesionales.
- o) Competencias en materia de dirección pública.
- p) Formación de los directivos públicos profesionales.

## 7.6 Los Recursos Humanos en la Consellería de Sanidad. El Plan de Empleo

Las plantillas y las Relaciones de Puestos de Trabajo (en adelante RPT), de los trabajadores de instituciones sanitarias de los servicios de salud, tienen las características, a diferencia del resto de Administraciones Públicas, que son bastante mucho más flexibles. La creación de nuevos centros asistenciales, la necesidad de adaptación a nuevas necesidades, y la aparición de nuevas categorías profesionales son algunos de los motivos de esta adaptación y dimensionamiento de los recursos humanos y una planificación más eficiente en la prestación del servicio público sanitario. También es uno de los objetivos primordiales el conseguir un modelo de gestión de los recursos humanos, que aporte soluciones a las necesidades asistenciales de los valencianos, basados en estrategias a corto, medio y largo plazo.

El EM establece (art. 15), que la planificación de los recursos humanos en los servicios de salud, tiene que estar orientada a un adecuado dimensionamiento, distribución, estabilidad, desarrollo, formación y capacitación en orden a mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de los servicios públicos. También esta norma establece que en cada servicio de salud y a través de una previa negociación en las Mesas Sectoriales correspondientes, se adoptarán las medidas adecuadas para la planificación eficiente de las necesidades de personal y situaciones administrativas derivadas de la reasignación de efectivos, y

para la programación periódica de las convocatorias de selección, promoción interna y movilidad.

En esta línea de planificación de la política de recursos humanos de las instituciones sanitarias de la Consellería de Sanidad en la Comunidad Valenciana, el Consell de la Generalitat Valenciana aprobó en junio de 2013, el primer “Plan de Ordenación de Recursos Humanos de las Instituciones Sanitarias dependientes de la Consellería de Sanidad” (Corrección de errores del Acuerdo de 7 de junio de 2012, del Consell, publicado el día 16 de junio en el Diario Oficial de la Comunidad Valenciana núm. 7046) (en adelante PORRHHCS) de acuerdo con las competencias para su aprobación otorgadas por la Ley 10/2010, de 9 de julio, de la Generalitat, de Ordenación y Gestión de la Función Pública Valenciana.

El EM define (art. 13), los planes de ordenación de recursos humanos como el instrumento básico de planificación global de los mismos dentro del servicio de salud o en el ámbito que en los mismos se precise. Deberán especificar preceptivamente los objetivos a alcanzar en materia de personal y los efectivos y la estructura de recursos humanos que se consideren adecuados para cumplir tales objetivos. Asimismo, también podrán establecer las medidas necesarias para conseguir dicha estructura, especialmente en materia de cuantificación de recursos, programación del acceso, movilidad geográfica y funcional y promoción y reclasificación profesional.

Este PORRHHCS, establece también que los objetivos con diferentes medidas a implementar, analiza las disponibilidades y necesidades de personal, realiza las previsiones en cuanto a organización y estructuras de puestos de trabajo, establece medidas de movilidad tanto voluntaria como forzosa, de promoción interna, de formación del personal y de previsión de nuevas incorporaciones a través de las Ofertas de Empleo Público correspondientes. Asimismo se recogen medidas que tienen que ver con la entrada, periodos en activos y salida de los profesionales, recogiendo aspectos, en este último caso, relacionados con la jubilación.

En cuanto a su ámbito de aplicación, éste se extiende a todo el personal que esté adscrito a las instituciones sanitarias de la Consellería de Sanidad, cualquiera que sea su relación de empleo, tanto estatutarios, como funcionarios o laborales. La mayor parte

de las previsiones hacen referencia a la categoría de estatutarios por ser mayoría este personal es que presta sus servicios en instituciones sanitarias y existiendo un reducido número de efectivos de funcionarios y laborales.

Tienen la consideración de instituciones sanitarias dependientes de la Consellería de Sanidad:

- a) Los centros, dispositivos y unidades sanitarios integrados en los departamentos de salud.
- b) Los centros, dispositivos y unidades sanitarios no integrados en los departamentos de salud: Hospitales de Atención a Crónicos y de Larga Estancia (HACLES) , Centro de Transfusiones de la Comunitat Valenciana, Servicios de Emergencias Sanitarias (SES) y otros análogos que pudieran crearse en el futuro.
- c) Los Centros de Salud Pública y otros análogos que pudieran crearse en el futuro para ejecutar e intervenir en los programas de promoción y prevención de la salud.

Todos los datos referentes a la plantilla, están extraídos y cerrados a fecha 1 de enero de 2013, a partir del programa CIRO de gestión de personal de la Consellería de Sanidad, excepto los referentes a las concesiones administrativas que son a fecha del primer trimestre de 2011.

A continuación se recoge el detalle de la plantilla del Sistema Sanitario Valenciano, que cuenta con un total de 61.121 trabajadores.

#### LOS DATOS DE LA PLANTILLA Y DE LA GESTION DE RECURSOS HUMANOS

**Tabla VII.9.** El sexo por Tipo de Plantilla y el porcentaje

	HOMBRE	MUJER	TOTAL	PORCENTAJE
Acumulación de tareas	153	570	723	1 %
Atención Continuada	356	609	965	2 %
Personal en Formación	778	1.694	2.472	5 %
Presupuestaria	12.221	33.422	45.643	92 %
Total	13.508	36.295	49.803	100 %

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos del PORRHCS publicados en el DOCV de 14/6/2013. La plantilla presupuestaria constituye el núcleo fundamental, alrededor del cual, como es sabido, pivota la planificación y gestión de los recursos humanos.

Se recoge la estructura de la plantilla del personal adscrito a las instituciones sanitarias de la Consellería de Sanidad, incluido en el ámbito de aplicación del citado Plan.

El primer dato que destaca de esta tabla, es que casi el 75 por ciento de los trabajadores sanitarios son mujeres, (concretamente el 72,88 por ciento). Este dato evidencia lo sucedido en España en las dos últimas décadas en este sector de actividad, que es el alto grado de feminización.

Relacionado con esta cuestión antedicha, existen múltiples investigaciones y trabajos que inciden en la explicación de este hecho para tratar de analizar las repercusiones que este rápido y sustancial incremento de mujeres trabajadoras se van a producir en el sector sanitario y que debe direccionarse obligatoriamente hacia un giro de orientación en las profesiones sanitarias que supongan, sin lugar a dudas, un cambio de roles en la prestación de este servicio público.

**Tabla VII.10.** El Sexo por Grupo Profesional y por porcentaje

	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Licenciados sanitarios	6.781	7.143	13.924

	(49 %)	(51 %)	
Diplomados sanitarios	2.804 (18 %)	12.589 (82 %)	15.393
Técnicos Especialistas	180 (12 %)	1.277 (88 %)	1.457
Auxiliares de Enfermería	278 (3 %)	7.890 (97 %)	8.168
Personal de Gestión y Servicios	3.507 (32 %)	7.354 (68 %)	10.861
Total	13.550	36.253	49.803

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos del PORRHCS publicados en el DOCV de 14/6/2013.

De los datos recogidos en esta Tabla, se pone de manifiesto que en todos los grupos profesionales, el porcentaje de mujeres es superior al de los hombres, no alcanzando los hombres en ningún supuesto ni siquiera el 5 por ciento de la plantilla, como es el caso del grupo profesional de Auxiliares de Enfermería. Igualmente, el Personal Diplomado Sanitario, concentrado mayoritariamente en Enfermería, donde los hombres sólo suponen un 18 por ciento del total. En estos dos supuestos no suponen un camino hacia la feminización del grupo profesional, ya que tradicionalmente, ha sido desempeñado por mujeres.

**Tabla VII.11.** El Personal Directivo

	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Directivos Sanitarios	93 (51 %)	91 (49 %)	184

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos recogidos en el Decreto 30/2012, de 3 de febrero, del Consell, por el que se modifica la estructura, las funciones y el régimen retributivo del personal directivo de instituciones sanitarias de la Consellería de Sanidad, publicado en el DOCV núm. 6709 de 8/2/2012.

Los datos recogidos en esta Tabla, constituyen una excepción a las dos tablas anteriores y se aparta de la tónica general ya que dentro del personal directivo existe cierta paridad en el sexo, aunque inclinada levemente hacia los hombres.

Del análisis de los anexos del citado Plan, también se concluye en la elevada edad media del personal de los distintos colectivos, con algunos que superan la media de 50 años de edad, fundamentalmente el Personal Funcionario y laboral de IISS, personal estatutario de gestión y servicios y personal estatutario sanitario auxiliares, y otros, que sin superarla, se encuentran en una media de edad próxima, como es el personal estatutario facultativo y diplomados sanitarios.

A los 49.803 profesionales sanitarios de la Tabla VI.1, hay que añadir el personal detallado a continuación y adscrito a Salud Pública (Tabla VI.4), el adscrito a los Servicios Centrales, a las Direcciones Territoriales y a la Consellería de Justicia y Administraciones Públicas, gestionados por la Consellería de Sanidad (Tabla VI.5), y el personal dependiente de las Concesiones Administrativas y de los Consorcios (Tabla VI.6).

**Tabla VII.12.** La Plantilla de personal gestionado por la Consellería de Sanidad correspondiente a Salud Pública.

GRUPO A1	GRUPO A2	GRUPO C1	GRUPO C2	GRUPO E	TOTAL
806	162	86	151	27	<b>1.232</b>

Fuente: Registro de puestos y gestión de personal CIRO (15/4/2011) [www.san.gva.es/documents/153218/167583/07\\_Sistema\\_San.pdf](http://www.san.gva.es/documents/153218/167583/07_Sistema_San.pdf)

**Tabla VII.13.** La Plantilla de personal adscrito a los Servicios Centrales y Direcciones Territoriales de la Consellería de Sanidad así como por la Consellería de Justicia y Administraciones Públicas, todos ellos gestionado por la Consellería de Sanidad.

ÓRGANO DE GESTIÓN	SERVICIOS CENTRALES	DIRECCIONES TERRITORIALES	TOTAL
-------------------	---------------------	---------------------------	-------



Consellería de Sanidad	124	171	295
Consellería de Justicia y AAPP	596	531	1.127
	720	702	<b>1.422</b>

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de la Fuente: Registro de puestos y gestión de personal CIRO (15/4/2011) y [www.san.gva.es/documents/153218/167583/07\\_Sistema\\_San.pdf](http://www.san.gva.es/documents/153218/167583/07_Sistema_San.pdf)

**Tabla VII.14.** El Personal dependiente de las Concesiones Administrativas y de los Consorcios.

El Personal Directivo	95
El Personal Facultativo	2.085
El Personal Sanitario No Facultativo	4.659
El resto de Personal	1.637
El Personal en Formación	188
Total	<b>8.664</b>

Fuente: Las Concesiones Administrativas y los Consorcios (2011) y [www.san.gva.es/documents/153218/167583/07\\_Sistema\\_San.pdf](http://www.san.gva.es/documents/153218/167583/07_Sistema_San.pdf)

## CAPÍTULO VIII. LOS RECURSOS HUMANOS EN LA GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS. LAS FORMAS PERSONIFICADAS Y GESTIÓN INDIRECTA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

### 8.1 Notas introductorias

En las últimas décadas, las organizaciones sanitarias han buscado una aproximación a los diversos modelos existentes de recursos humanos, con el fin de mejorar la productividad de sus actividades, entendiendo éstas como el aumento de los rendimientos por elementos motivadores.

No cabe la menor duda que en las organizaciones sanitarias públicas han evolucionado hacia modelos de gestión de recursos humanos más cercanas a la moderna gestión empresarial con elementos propios de ésta, como son los acuerdos de gestión, la dirección por objetivos, la retribución variable, etc. Sin embargo, el salto definitivo no se ha producido principalmente por el modelo de función pública basado en el derecho administrativo (régimen funcionarial o estatutario) y extremadamente regulado. Probablemente, se trate de uno de los elementos que influyen más negativamente al valorar la eficiencia de la sanidad pública caracterizada por los siguientes elementos:

- a) La rigidez laboral.
- b) La baja productividad.
- c) La mala formación de mandos.
- d) La ausencia de compromiso institucional.
- e) Los elevados niveles de absentismo laboral.
- f) El desconocimiento de la organización y valores.

Si analizamos cuáles son las características más importantes que definen las organizaciones sanitarias públicas, desde el punto de vista de las políticas de recursos humanos, destacaríamos las siguientes (ROSADO, 2010):

- a) Es un sector tradicionalmente poco competitivo, comparado con el sistema de gestión privado.

- b) El bajo nivel de exigencia asistencial por parte de los usuarios.
- c) Las Gerencias y las Direcciones poco profesionalizadas y con escasa formación.
- d) La merma importante del desarrollo de la carrera profesional al asumir los profesionales sanitarios funciones directivas.
- e) La escasa autonomía de gestión.
- f) La complejidad organizativa.
- g) La coexistencia de colectivos con elementos que provocan falta de cohesión.
- h) El marco de relaciones laborales rígido y restrictivo, basado en la relación estatutaria.

El punto de partida desde el punto de vista de la organización de los servicios de salud de todas las CC.AA., y que tiene una incidencia directa en la gestión de los recursos humanos que prestan servicios en las instituciones sanitarias, ha sido adoptar la forma de organismo autónomo de carácter administrativo o como ente público.

1.- Los servicios de salud que se han constituido como organismos autónomos de carácter administrativo han sido las CC.AA. de Navarra, Canarias, Galicia, Extremadura, Andalucía, Castilla-La Mancha, Aragón, La Rioja, Cantabria y la Comunidad Valenciana.

El Servicio de Salud de la Comunidad Valenciana, ha tenido distintas denominaciones jurídicas: en primer lugar fue el Servicio Valenciano de Salud (SERVASA) como organismo autónomo, con personalidad jurídica y propia y adscrita a la Consellería de Sanidad. Posteriormente quedó suprimido por el art. 46 de la Ley 6/1993 de 21 de diciembre, de Presupuestos de la Comunidad Valenciana para 1994. A partir de ese momento todas las funciones que tenía el SERVASA, fueron asumidas por la Consellería de Sanidad, la que a partir de ese momento, sería la responsable de dirigir y ejecutar la política sanitaria del Consell y de cumplir con las funciones que la LGS asigna a los servicios de salud. Posteriormente, la Ley 3/2003, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana<sup>54</sup>, creó la Agencia Valenciana de Salud con los mismos fines que el extinguido

---

<sup>54</sup> Derogada por la letra c), del apartado 1, de la Disposición Derogatoria única de la Ley [COMUNIDAD VALENCIANA] 10/2014, 29 diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana («D.O.C.V.» 31 diciembre), excepto los artículos 19 a 21, 31, 32 y 33, que se

SERVASA, la cual fue a su vez suprimida por Ley 5/2013 de 23 de diciembre, de Medidas Fiscales, de Gestión Administrativa y Financiera, y de Organización de la Generalitat, en el art. 101, dentro del Capítulo XI “Reestructuración y racionalización del sector público de la Generalitat”, volviendo a asumir sus competencias y funciones la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana.

Con relación al régimen jurídico del personal que presta sus servicios en estos organismos autónomos, será la regulación que corresponda en función de la procedencia del personal y de su relación de empleo en los Servicios de Salud de Canarias, La Rioja, Aragón, Extremadura, Andalucía y Galicia. Sin embargo, en los Servicios de Salud de Navarra, Castilla-La Mancha y la Comunidad Valenciana, se aplicará, con carácter general, el régimen estatutario sin que nada impida la posibilidad de incorporación de personal funcionario o laboral.

2.-Los servicios de salud que se han constituido como entes públicos, han sido las CC.AA. de Asturias, País Vasco, Madrid, Murcia, Castilla y León, Cataluña y Baleares. Estos entes tienen personalidad jurídica, capacidad de obrar y adscritos a la Administración sanitaria que los ha creado.

La diferencia más importante con los que se han constituido como organismos autónomos, es que estos entes públicos tienen un régimen jurídico mixto, ya que se regulan en algunas materias por el derecho privado (civil, mercantil o laboral) y en otras por el derecho público. En cuanto a la relación de los recursos humanos con la institución sanitaria, existen diversas fórmulas: en el Servicio Vasco de Salud se aplica el régimen estatutario; en Asturias se rigen por las normas funcionariales autonómicas según lo establecido para el personal sanitario en el EM. En Murcia, Cataluña y Castilla y León se aplica la regulación que corresponda en función de la procedencia del personal y de su relación de empleo hasta tanto se determinen las normas que regulen la homologación de dicho personal. En Madrid, se aplica la normativa vigente el personal de nuevo ingreso respetando los derechos y obligaciones que tenga el personal del extinguido

---

*mantiene vigentes, hasta que no se proceda a su desarrollo reglamentario, conforme establece el apartado 2, de la mencionada disposición derogatoria*

Servicio Regional de Salud en el momento de su adscripción al Servicio Madrileño de Salud (HERNANDEZ, 2004).

La actual Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunidad Valenciana, recoge en su artículo 7.3 bajo el título “Configuración del Sistema Valenciano de Salud”:

*“3. En el marco de la legislación estatal, La gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o sociosanitaria podrá llevarse a cabo directamente o indirectamente, con medios propios o ajenos, públicos o privados, mediante cualesquiera entidades admitidas en derecho, así como a través de la constitución de concesiones administrativas, consorcios, fundaciones, empresas públicas u otros entes dotados de personalidad jurídica propia, pudiéndose establecer, además, acuerdos o convenios con personas o entidades públicas o privadas y fórmulas de gestión integrada o compartida”*

Idéntica previsión recogía la derogada LOS en su artículo 23 al definir la naturaleza jurídica de la extinta Agencia Valenciana de Salud (1).

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, legitimó que formaran parte de la red de hospitales del sector público, los hospitales generales del sector privado que lo solicitaran (art. 66 y 67). Una vez homologados y autorizados, estarían vinculados al Sistema Nacional de Salud, de conformidad con un protocolo definido, previa justificación por necesidades asistenciales y si las disponibilidades económicas del sector público lo permiten. Asimismo tenían prioridad los establecimientos, centros y servicios sin carácter lucrativo.

En cuanto a la titularidad, el sector privado vinculado mantiene la titularidad de los centros y establecimientos autorizados y también mantendrán la titularidad de las relaciones laborales del personal que en ellos preste sus servicios.

En cuanto a la relación jurídica, la vinculación a la red pública se realiza mediante convenios singulares o a través de conciertos para la prestación de servicios sanitarios (art. 90) pero la apuesta de la LGS era decididamente por la gestión directa.

La Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, cuyo informe (conocido como Informe Abril), de julio de 1991, estudió las deficiencias del sistema sanitario y recomendó una serie de reformas y medidas, entre las que destacaban por interesar en este trabajo las siguientes:

- a) El sometimiento al Derecho privado de los hospitales y demás centros sanitarios mediante su transformación en sociedades estatales reguladas por el Derecho privado, lo que permitiría dotarles de cierta autonomía gestora y financiera aplicando, a la vez, una política de gestión empresarial.
- b) El reconocimiento de los servicios privados, como complemento necesario de los servicios públicos sanitarios, por lo que se ha de delimitar la oferta de proveedores, mejorar los conciertos y actualizar la normativa de los servicios médicos y empresas colaboradoras.
- c) La flexibilización de la relación jurídica que vincula al personal sanitario con sus respectivos centros, mediante la sustitución de la relación estatutaria por la laboral y el establecimiento de incentivos que estimulen la participación del personal en la gestión sanitaria.

La Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, estableció un antes y un después en los modelos de gestión sanitaria.

Su antecedente inmediato, el Real Decreto Ley 10/1996, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Insalud, estableció que la administración de los mismos pudiera llevarse a cabo directamente, pero también indirectamente a través de cualesquiera entidades admitidas en Derecho, así como a través de la constitución de consorcios, fundaciones u otros entes dotados de personalidad jurídica, pudiendo establecer acuerdos o convenios con personas o entidades públicas o privadas, y fórmulas de gestión integrada o compartida, generalizando las previsiones contenidas en diversas leyes dictadas por las CCAA con competencia en materia sanitaria. Su entrada en vigor permitió al Insalud poner en marcha algunas iniciativas innovadoras en materia de gestión sanitaria y, en concreto, la constitución de fundaciones de naturaleza o titularidad pública para la gestión de nuevos hospitales.

Una corrección de errores de este Real Decreto dio nueva redacción a su artículo único y remarcó el carácter público de los entes que conformaban e intervenían en el Sistema Nacional de Salud, y también se frenaba la introducción de relaciones privadas en la sanidad pública tal y como recomendaba el Informe Abril.

Posteriormente, la Ley 15/1997 elevó a rango de ley lo dispuesto en el RD 10/1996, y aclaró algunos aspectos del mismo, y amplió el contenido al incorporar la función del Gobierno, mediante Real Decreto, y a los órganos de Gobierno de las CCAA, en los ámbitos de sus respectivas competencias, para la decisión de decidir qué forma jurídica tendrían que adoptar los órganos encargados de gestionar los centros y servicios sanitarios, además de otros aspectos como el régimen de personal, órganos directivos, de control, de financiación, etc.

El artículo único, de la citada ley 15/97, estableció lo siguiente:

*“1.-En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, garantizando y preservando en todo caso su condición de servicio público, la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o sociosanitaria podrá llevarse a cabo directamente o indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho.*

*En el marco de lo establecido por las leyes, corresponderá al Gobierno, mediante Real Decreto, y a los órganos de gobierno de las CCAA-en los ámbitos de sus respectivas competencias-, determinar las formas jurídicas, órganos de dirección y control, régimen de garantías de la prestación, financiación y peculiaridades en materia de personal de las entidades que se creen para la gestión de los centros y servicios mencionados.*

*2.-La prestación y la gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios podrán llevarse a cabo, además de con medios propios, mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas o privadas, en los términos previstos en la Ley General de Sanidad”*

El objetivo principal de este ley, era ampliar las formas organizativas de la gestión de los centros sanitarios ante una realidad que ya era patente en algunas CC.AA. que, al

amparo de su legislación específica, ya habían creado diversas empresas públicas y consorcios para la gestión de algunas instituciones sanitarias.

Se podría argumentar (HERNANDEZ, 2004), que todo el reconocimiento a las nuevas formas de gestión amparadas por la nueva norma de 1997, “atentaría contra el contenido dispuesto en el art. 43.2 de la CE y contra el espíritu de la LGS, pero ni lo uno ni lo otro” ya que no se pone en duda el carácter público del servicio sanitario pero facilita que la organización del mismo puede regularse por entes públicos o de derecho privado, dependiendo de las necesidades de cada momento, no siendo esencial la forma de gestión, dentro de una tendencia de modernización y con la entrada del pensamiento de mercado en la gestión de lo público (HOOD, 1991).

Es importante precisar que en la propia Ley General de Sanidad, no se concreta la forma de gestión de los servicios sanitarios (PEMAN, 1998) y aunque la titularidad pública es una de los elementos esenciales del concepto de servicio público, hay que distinguirlo de quién lo presta, que puede ser tanto un ente público como privado, y la Administración no tiene la exclusividad de su prestación ni incluso al tratarse de un servicio público esencial.

La utilización de estas nuevas formas de gestión de servicios sanitarios, no traslada la titularidad a los entes privados que sólo los gestionan con criterios de mayor autonomía, más flexibilidad, mejor organización y eficiencia. (MARTIN RETORTILLO, 1997).

Con relación a los recursos humanos, que prestan sus servicios en las instituciones sanitarias del Sistema Valenciana de Salud, la Ley 10/2014 de Salud de la Comunidad Valenciana, en su artículo 16, y dentro del Capítulo IV dedicados a los “Medios personales” recoge quién es personal de instituciones sanitarias: *(...“aquel que dependa o se halle adscrito a ellas mediante vínculo de empleo con la administración pública, bien sea de naturaleza estatutaria, funcionarial o laboral. Dicho personal se registrará por su legislación específica, dictada por el Estado y por la Generalitat, en el ámbito de sus respectivas competencias. La gestión y resolución de sus asuntos corresponderá a la consellería competente en materia de sanidad...”*



Asimismo, recoge quienes integran el colectivo de empleados públicos del Sistema Valenciano de Salud:

*(...“Integran el colectivo de empleados públicos del Sistema Valenciano de Salud, a que se refiere el apartado anterior: a) El personal estatutario de la Generalitat que presta servicios en las instituciones, órganos, unidades o estructuras del Sistema Valenciano de Salud. b) El personal funcionario perteneciente a los diferentes cuerpos generales o especiales, de la administración estatal o de sus organismos autónomos, que preste servicios en las instituciones, órganos, unidades o estructuras del Sistema Valenciano de Salud. c) El personal transferido, cualquiera que sea el régimen jurídico de dependencia, laboral, funcionario o estatutario de otras administraciones públicas con ocasión del traspaso o la asunción de las competencias, medios y servicios en materia de asistencia sanitaria. d) El personal que preste servicios en las entidades de titularidad pública con personalidad jurídica propia que estén adscritas a la consellería competente en materia de sanidad. e) El personal que se incorpore al Sistema Valenciano de Salud de acuerdo con la legislación vigente...”)*

En cuanto a la organización y la gestión de la asistencia sanitaria en la Comunidad Valenciana, ésta se fundamenta en la descentralización en 24 departamentos sanitarios con un elevado nivel de autonomía de gestión, y está basado en cuatro principios básicos:

- a) la gestión integral de la atención sanitaria (tanto la atención primaria como la especializada)
- b) la financiación capitativa (se financia de acuerdo con la población asignada a cada departamento)
- c) la dirección por objetivos, (se pactan anualmente Acuerdos de Gestión entre la Consellería de Sanidad y los Gerentes de los departamentos)
- d) la facturación intercentros (cada departamento asume los costes de la atención de sus ciudadanos atendidos en otros departamentos sanitarios)

En la tabla siguiente, se recogen los diferentes Departamentos de Salud (24) de la red hospitalaria de la Consellería de la Sanidad de la Comunidad Valenciana, con sus respectivos modelos de gestión:

**Tabla VIII.1:** Los Modelos de Gestión en los Departamentos de Salud en la Comunidad Valenciana

DEPARTAMENTO DE SALUD	CENTRO HOSPITALARIO	MODELO DE GESTIÓN
-Vinarós	-H. de Vinarós	-Público
-Castellón	-H. General de Castellón -Consortio Hospitalario Provincial de Castellón	- Público -Consortio
-La Plana	-H. de La Plana -Hospital Complementario Alto Palancia de Segorbe	-Público - Público
-Sagunto	-H. de Sagunto	-Público
-Valencia-Clínico-Malvarrosa	-H. La Malva-Rosa -H. Clínico Universitario	-Público - Público
-Valencia-Arnau de Vilanova-Lliria	-H. Arnau de Vilanova -Hospital de Lliria	-Público -Público
-Valencia-La Fe	-H. Universitario y Politécnico La Fe	-Público
-Requena	-H. de Requena	-Público
-Valencia-Hospital General	-Consortio H. General Universitario de Valencia	-Consortio
-Valencia-Doctor Peset	-H. Universitario Dr. Peset	-Público
-La Ribera	-H. Universitario de la Ribera	-Concesión Administrativa
-Gandía	-H. Francesc de Borja de Gandía	-Público
-Denia	-H. de Denia	-Concesión Administrativa
-Xàtiva-Ontinyent	-H. Lluís Alcanyís de Xàtiva -H. General de Ontinyent	-Público
-Alcoy	-H. Virgen de Los Lirios	-Público
-Marina Baixa	-H. de La Marina Baixa	-Público
-Alicante-San Joan d'Alacant	-H. Universitario San Juan de Alicante	-Público
-Elda	-H. General de Elda-Virgen de la Salud	-Público
-Alicante-Hospital General	-H. General Universitario de Alicante	-Público
-Elche-Hospital General	-H. General Universitario de Elche	-Público

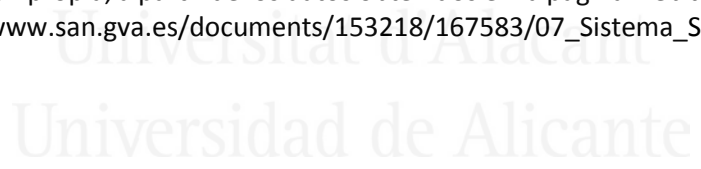
-Orihuela	-H. General Vega Baja	-Público
-Torrevieja	-H. de Torrevieja	-Concesión Administrativa
-Manises	-H. de Manises	-Concesión Administrativa
-Elche-Crevillent	-H. del Vinalopó	-Concesión Administrativa

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos obtenidos en la página web de la Consellería de Sanidad. Enlace: [www.san.gva.es/documents/153218/167583/07\\_Sistema\\_San.pdf](http://www.san.gva.es/documents/153218/167583/07_Sistema_San.pdf)

**Tabla VIII.2:** Los Modelos de gestión en los Hospitales de Crónicos y Larga Estancia (HACLE)

ÁREA DE COBERTURA	CENTRO HOSPITALARIO	MODELO DE GESTIÓN
Alicante	-H. San Vicente	-Público
	-H. La Pedrera	-Público
Castellón	-H. La Magdalena	-Público
Valencia	-H. Doctor Moliner	-Público
	-H. Padre Jofré	-Público
	-Hospital Militar	-Concesión Administrativa

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos obtenidos en la página web de la Consellería de Sanidad. Enlace: [www.san.gva.es/documents/153218/167583/07\\_Sistema\\_San.pdf](http://www.san.gva.es/documents/153218/167583/07_Sistema_San.pdf)



## 8.2 Las empresas públicas y sociedades

Con el proceso de transferencias de competencias a las CC.AA., se introdujo en todos los Estatutos de Autonomía este instrumento de gestión económica. En algunas autonomías, la creación de empresas públicas sirvió como alternativa al modelo de gestión hasta ese momento con el objetivo principal de subsanar las deficiencias de una gestión pública y directa por parte de algunas Administraciones Públicas. Algunos elementos y herramientas de la gestión privada también se introdujeron, como un sistema retributivo en función de los resultados y técnicas de gestión empresarial aplicadas a la gestión clínica (CUETO PEREZ, 1997).

Estas empresas públicas, ha sido muy utilizadas en Cataluña, poniéndolas en práctica en su servicio de salud a través de contratos de gestión con centros y/o servicios sanitarios y concesiones de gestión, los cuales podían revestir la forma de sociedades mercantiles o asociaciones constituidas en todo o en parte por profesionales del sector sanitario.

La experiencia de la Zona de Salud de Vic, constituida como ente público de base asociativa (EBA), cuya gestión se realizaría a través de una sociedad de responsabilidad limitada formada por profesionales sanitarios (estatutarios) con un presupuesto limitado para atender a los pacientes asignados a esta Zona de Salud en atención primaria. También tenían la posibilidad de gestionar las prestaciones farmacéuticas y determinadas prestaciones de la asistencia especializada. Como ejemplo, destacan en Cataluña las siguientes sociedades mercantiles: Sistemas de Emergencias Médicas S.A., Energética de Instalaciones Sanitarias S.A., Centro de Transfusiones y Banco de Tejidos; Servicios Sanitarios de Referencia, la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas; Instituto de Diagnóstico por Imagen; Instituto de Asistencia Sanitaria; Instituto Catalán de Oncología; Banco de Sangre; los Hospitales de Mora del Ebre, Pallars, Pere y el de Virgili.

En otras CC.AA., también se siguieron la tendencia iniciada por Cataluña: En Andalucía con la creación de los Hospitales de Poniente de Almería, Costa del Sol de Marbella, Alto Guadalquivir de Andújar; la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES). En Galicia se creó mediante una norma con rango de ley la empresa pública Instituto de Medicina Técnica S.A.; Canarias constituyen el ente público Gestión Sanitaria Canaria; en las Islas Baleares se constituye la empresa pública Gestión Sanitaria de Mallorca; en el País Vasco se crean los Centros de Diagnóstico por Imagen y de Transfusión y Alta Tecnología S.A.

En el ámbito territorial de la Comunidad Valenciana, se aprobó en el Pleno del Consell, en mayo de 2012, el nuevo mapa de entidades del Sector Público Empresarial y Fundacional de la Comunidad Valenciana. El resultado global de dicha reestructuración, fue la reducción a 18 las empresas públicas (de 76 a 18 entidades) y al ajuste de la plantilla de esos organismos que pasarían de los 7.555 trabajadores en ese momento a entre 3.700 y 4.500 trabajadores, lo que supondría despedir entre el 40 y el 50 por ciento

de los mismos. El ahorro previsto total fue de 215 millones de euros, y con referencia al ahorro en gastos de personal la previsión fue entre 85 y 100 millones de euros. El coste previsto destinado para los expedientes de regulación de empleo (ERE) en estas empresas se estimó en unos 60 millones de euros.

El desglose de los 76 entes es el siguiente: 20 entidades de derecho público, 11 sociedades con participación mayoritaria y directa de la Generalitat, 7 sociedades con participación mayoritaria e indirecta de la Generalitat, 8 sociedades con participación minoritaria directa de la Generalitat y 30 fundaciones del sector público.

Una de las características, es el elevado grado de heterogeneidad del sector público empresarial y fundacional de la Generalitat, tanto por su naturaleza jurídica, por la diversidad de sus funciones, y por el grado de orientación al mercado de sus actividades, aspectos estos que condicionaron cauces diferentes en el proceso de reestructuración.

Así, en relación con los entes del sector público, hay que distinguir entre las entidades de derecho público, que son entes con personalidad jurídica de naturaleza pública, de las sociedades mercantiles públicas y de las fundaciones del sector público, que son entes con personalidad jurídica de naturaleza privada, lo que comporta que su extinción o la realización de modificaciones estructurales presente unos requerimientos diferentes según el caso.

El mapa se agrupó en seis áreas de las políticas públicas, como son cultura, arte y ocio; movilidad y transporte; medio ambiente y gestión de residuos; sanidad y bienestar social; innovación, competitividad e investigación; y promoción, construcción y gestión de infraestructuras.

En cuanto a los cargos directivos que modificaron o perdieron sus competencias, se aplicó una revisión salarial y se suprimieron los directores generales de varias empresas que cambiaron su denominación a “directores de unidades de negocio” lo que supuso una reducción de aproximadamente 30 equipos directivos.

También se acordó, intensificar la colaboración público-privada en los casos en que supusiera mejorar la eficiencia, de manera que algunas entidades desarrollen su actividad en colaboración con el sector privado.

La complicada situación económica de la Comunidad Valenciana al inicio de la crisis de 2012, derivaron, por tanto, en una nueva configuración del sector público empresarial y fundacional, a cuya ejecución la Generalitat se había comprometido en el Consejo de Política Fiscal y Financiera. El pleno del Consell, en su reunión del día 19 de octubre de 2012, y por la vía de la aprobación del Decreto Ley 7/2012<sup>55</sup>, dada la extraordinaria y urgente necesidad de la adopción de medidas, dio soporte jurídico a la puesta en marcha del proceso de reestructuración comprometido.

El citado Decreto-Ley, fue convalidado por el Pleno de Les Corts, en la sesión de 14 de noviembre de 2012, acordándose asimismo, su tramitación como proyecto de ley. El objetivo principal era conseguir un sector público más reducido, así como reorganizar y redimensionar los medios materiales y humanos, aplicando las medidas necesarias para la sostenibilidad del sistema y la estabilidad presupuestaria en el funcionamiento del sector público.

Las medidas en el ámbito de sanidad, fueron la supresión del Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), que era una entidad de derecho público creada en 2005. Las funciones administrativas del mismo quedaron asumidas por la Consellería de Sanidad, así como ésta se subrogó en todos los procedimientos, relaciones jurídicas y en los derechos y obligaciones que les correspondían en el ámbito de sus competencias.

En cuanto a las funciones no administrativas, se integraron en la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO) a la que se autorizó para que asumiera su actividad y se subrogara en la posición del CSISP en las relaciones jurídicas y en los derechos y obligaciones que les correspondían en el ámbito de sus competencias. El cambio en la titularidad de los derechos y obligaciones no es causa de modificación o resolución de las relaciones jurídicas que mantenga la entidad en el momento de su supresión y por supuesto, no se ven afectadas las relaciones laborales de sus trabajadores.

---

<sup>55</sup> *Decreto-Ley 7/2012, de 19 de octubre, del Consell, de Medidas de Reestructuración y Racionalización del Sector Público Empresarial y Fundacional de la Generalitat, publicado en el Diario Oficial de la Generalitat Valenciana, núm. 6886, el 22 de octubre de 2012.*

También se suprimió, aunque no tenía, funcionamiento ni actividad alguna, la Agencia Valenciana de Seguridad Alimentaria (AVSA), como entidad de derecho público.

La Ley 9/2011, de 26 de diciembre, de Medidas Fiscales, de Gestión Administrativa y Financiera, y de Organización de la Generalitat (en adelante, Ley 9/2011), Un año anterior, en 2011, se creó la Corporación Pública Empresarial Valenciana (CPEV), como una entidad de derecho para que, de forma unitaria, desarrollara funciones centralizadas de control y supervisión económico-financieras de todos los entes del Sector Público Empresarial, tanto de entidades de derecho público, como sociedades mercantiles públicas. Dicha corporación fue creada por la Ley 9/2011, de 26 de diciembre, de Medidas Fiscales, de Gestión Administrativa y Financiera, y de Organización de la Generalitat.

Con relación a la situación de los posibles trabajadores afectados, las cuatro primeras disposiciones adicionales, del citado Decreto Ley 7/2012, reguló las situaciones siguientes:

- a) Redimensionamiento de las plantillas y adaptación de condiciones laborales.
- b) Los criterios y los procedimientos para la adscripción del personal funcionario y del personal laboral de la Administración de la Generalitat.
- c) Los criterios y los procedimientos para la integración de personal laboral propio de los entes.
- d) Los efectos generales de la integración del personal laboral.

### 8.3 Las Fundaciones

En 1998 el Insalud, elaboró un Plan Estratégico llamado “Libro Azul” cuyo objetivo era modernizar su organización y gestión en todo su ámbito territorial. Tras recoger un análisis DAFO (puntos fuertes, debilidades, amenazas y oportunidades) del sistema

sanitario de todo el territorio nacional, diseñó un sistema mixto de competencia regulada que estaba a caballo entre un modelo de competencia pública y otro modelo de mercado. Destaca como uno de los puntos o líneas estratégicas la implicación de los profesionales sanitarios en la gestión así como adquirir un compromiso hacia la estabilidad laboral del personal sanitario disminuyendo el porcentaje de interinos.

A las fórmulas jurídicas clásicas de gestión sanitaria a través de entes interpuestos con personalidad jurídica propia tales como son las empresas públicas, los consorcios y las fundaciones, el artículo 111 de la Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales Administrativas y de Orden Social, reguló una nueva forma de gestión sanitaria creando las “fundaciones sanitarias públicas”.

Estas fundaciones sanitarias públicas se configuraban, por tanto, como entes públicos con el marco jurídico de la Ley 15/1997, es decir, como órganos de titularidad pública, que junto a las fundaciones en mano pública, reguladas por la ley 50/2002, de 26 de diciembre, los consorcios, las sociedades estatales y cualquier otra entidad de igual naturaleza o titularidad admitida en derecho, constituirían, a partir de las citadas normas, las nuevas formas de gestión por las que se gestionarían los centros y los servicios sanitarios públicos. (Exposición de Motivos y arts. 1 a 3, del RD 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del INSALUD (BOE 25 de enero 2000)

Estas fundaciones, en lo que respecta al régimen jurídico de su personal y a diferencia de los consorcios, tiene vinculación de carácter estatutario, y le es de aplicación las normas relativas al personal de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, salvo que resulte más adecuado la incorporación de personal laboral y funcionarial o cuando éstos ya vinieran prestando sus servicios en régimen laboral y funcionarial en centros sanitarios que se transformen en fundaciones públicas sanitarias, los cuales seguirán rigiéndose por su regulación jurídica anterior a la conversión (art. 73 RD 29/2000).

Con las transferencias casi finalizadas y esa descentralización iniciada, comenzaron a funcionar los primeros hospitales del Insalud (el Hospital de Alcorcón en la Comunidad de Madrid y el Hospital de Manacor en Mallorca) de forma autónoma, utilizando la fórmula jurídica de “fundaciones públicas sanitarias” lo que también permitió



transformar centros hospitalarios en funcionamiento en hospitales con autonomía de gestión pero manteniendo el régimen estatutario de su personal (LANZA, 1999).

En la Comunidad Valenciana, y en el ámbito sanitario (tras las medidas recogidas en el Decreto 7/2012, de 19 de octubre del Consell, y por la Ley 1/2013, de 21 de mayo, de la Generalitat, de Medidas de Reestructuración y Racionalización del Sector Público Empresarial y Fundacional de la Generalitat) existen actualmente las siguientes fundaciones, todas ellas dedicadas a la investigación sanitaria y biomédica en la Comunidad Valenciana, y que se desarrolla tanto en centros asistenciales como en centros de investigación, y que son las siguientes:

- 1.- La Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica en la Comunidad Valenciana (FISABIO)
- 2.-La Fundación Instituto de Investigación Sanitaria la Fe
- 3.-La Fundación Investigación Clínico de Valencia – Instituto de Investigación Sanitaria (INCLIVA)
- 4.-La Fundación Hospital Provincial de Castellón
- 5.-La Fundación Investigación Hospital General Universitario de Valencia
- 6.- El Centro de Investigación Príncipe Felipe (CIPF)

( <http://www.san.gva.es/web/dgoeicap/centros-y-fundaciones-de-investigacion>: Fecha de consulta: 6 de agosto de 2015)

1.- La Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica en la Comunidad Valenciana (FISABIO)

Este es, según sus Estatutos de constitución, una entidad sin ánimo de lucro de carácter científico y asistencial, cuyo fin primordial es el fomento, impulso y desarrollo de la

investigación científico-técnica, sanitaria y biomédica en la Comunitat Valenciana. Integra y gestiona el mapa de la investigación sanitaria que conformaba el Centro Superior de Investigación en Salud Pública y las fundaciones del Hospital Universitario Dr. Peset, Hospital General Universitario de Alicante y Hospital General Universitario de Elche (entes afectados por la reforma del sector público y empresarial de la Generalitat mencionado anteriormente), además de asumir la actividad científica realizada en otros 17 Departamentos de Salud de la Consellería de Sanidad.

También esta Fundación, presta servicio a más de 1.500 profesionales de la red sanitaria valenciana; especialistas que trabajan en proyectos de investigación y ensayos clínicos gestionados a través de Fisabio y desde el 1 de julio de 2013, también gestiona la asistencia sanitaria que hasta ahora llevaba a cabo la Fundación Oftalmológica del Mediterráneo (Fundación también afectada por las reformas adoptadas el Gobierno Valenciano en 2012).

Siguiendo con sus Estatutos, el mismo tiene personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar, así como la consideración de medio propio instrumental y servicio técnico de la Generalitat, de sus entidades autónomas y entidades de derecho público, siempre que éstas tengan la condición de poder adjudicador, a los efectos previstos en el artículo 24.6 de la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público.

La Fundación, cuyo núcleo central de actividad se despliega a favor de dichos poderes adjudicadores, queda obligada a ejecutar los trabajos y actividades que, incluidos en sus fines fundacionales, éstos le encomienden. Las relaciones entre la Fundación y los mismos son, por tanto, de naturaleza instrumental y no contractual por lo que, a todos sus efectos, son de carácter interno y dependiente. La Fundación podrá también asumir encomiendas de gestión para la ejecución de cuantas actuaciones estén previstas en sus fines fundacionales. Los encargos de gestión deberán adoptar la forma oportuna, de acuerdo con la naturaleza de la entidad y del órgano concreto que efectúe el encargo.

El instrumento jurídico en el que se establezca cada encomienda de gestión, contendrá los detalles concretos del régimen de la misma. Las encomiendas de gestión serán retribuidas por medio de tarifas cuyas cuantías serán elaboradas y aprobada por la Administración de la Generalitat. Las retribuciones por la ejecución de la encomienda

deberán cubrir el valor de la prestación encargada, teniendo en cuenta para su cálculo los costes directos y los indirectos y los márgenes razonables acordes con el importe de aquellas prestaciones. La Fundación no podrá participar en licitaciones públicas convocadas por los poderes adjudicadores de los que sean medios propios, sin perjuicio de que, cuando no concurra ningún licitador, pueda encargársele la ejecución de la prestación objeto de las mismas

Entre los objetivos de la Fundación, destacan entre otros, los siguientes:

- a) Facilitar, promover, desarrollar y ejecutar la investigación de acuerdo con los planes de investigación existentes en la Consellería de Sanidad.
- b) Actuar como centro motor de la investigación científico- técnica y la innovación, aportando las bases necesarias para favorecer la interacción con los equipos de investigación localizados en las Universidades, Hospitales, Consejo Superior de Investigaciones científicas y otras Instituciones de su entorno.
- c) Facilitar y promover la formación de los profesionales y de los investigadores del ámbito de la salud.
- d) Realizar e impulsar todo tipo de estudios que generen conocimiento en el ámbito de la salud y la atención en general de la salud.
- e) Cooperar y desarrollar la actividad asistencial.

(<http://fisabio.san.gva.es/>; Fecha de consulta: 6/8/ 2015)

## 2.-La Fundación Instituto de Investigación Sanitaria la Fe

Es una entidad sin ánimo de lucro que gestiona la política científica y la investigación del Hospital La Fe de Valencia y de su área de influencia, que es el Departamento de Salud Valencia La Fe de la Consellería de Sanidad.

Entre sus objetivos principales destacan:

- a) impulsar, promover y fomentar la investigación de excelencia, el conocimiento científico y tecnológico y su posterior traslación al sector productivo.
- b) La docencia y la formación en el Hospital y en los centros de Atención Primaria que forman parte del Departamento.

Esta entidad fue pionera en lograr la acreditación como Instituto de Investigación Sanitaria, reconocimiento que otorga el Ministerio de Ciencia e Innovación a través del Instituto de Salud Carlos III. En 2014 se ha renovado esta acreditación tras superar una nueva y exigente evaluación de calidad en la que se comprobó el grado de integración de las entidades y grupos de investigación que conforman el instituto, su estructura organizativa y sistema de gestión, el grado de cumplimiento de los objetivos estratégicos, los criterios de calidad y eficiencia en I+D+i, el fomento de la investigación de calidad y la innovación y el plan de formación de la institución. Tiene una plantilla de 164 profesionales con vinculación laboral y 15 becarios en formación.

A su vez, también tiene consolidada su trayectoria científica, alcanzando en 2014 un resultado de 416 proyectos de investigación. También publicó durante el año pasado y se contabilizaron 742 estudios clínicos activos, de los que 270 se habían iniciado ese año

(<http://www.iislafe.es>; Fecha de consulta el 12/8/2015)

### 3.-La Fundación Investigación Clínico de Valencia – Instituto de Investigación Sanitaria

(INCLIVA)

Su constitución data del año 2000, y desde 2011 está acreditada como Instituto de Investigación Sanitaria por el Instituto de Salud Carlos III.

Entre sus funciones está la de gestionar la investigación biomédica del Hospital Clínico Universitario de Valencia y su Departamento de Salud, así como de terminados grupos de excelencia científica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia y del Instituto Universitario Valenciano de Infertilidad, IUVI.

Además cuenta con más de 400 investigadores en la comunidad científica internacional y tiene desde 2012 la Certificación ISO 9011-2008 en las áreas de Coordinación Económico-Administrativa y Gestión Científica.

En los últimos años, la institución ha experimentado un notable crecimiento de su actividad, que se ha materializado en el desarrollo de importantes proyectos internacionales y en la participación de las Redes de Investigación europeas más relevantes. También destaca su contribución en ensayos clínicos internacionales, especialmente la labor de la Unidad de Ensayos Clínicos Fase I Oncológicos, siendo el Hospital Clínico de Valencia uno de los pocos centros que realiza este tipo de estudios en España.

(<http://www.incliva.es>; Fecha de consulta: 6/8/ 2015)

#### 4.-La Fundación Hospital Provincial de Castellón

Se creó en 2004 por sus tres patronos fundadores: La Diputación Provincial de Castellón, la Unión de Mutuas y el Consorcio Hospitalario de Castellón; y tiene como objetivo esencial impulsar y fomentar la actividad investigadora del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón, promover la formación del personal médico y sanitario para el conocimiento de técnicas pioneras, inversión en nuevas tecnologías y gestionar la obtención de ayudas y subvenciones públicas en investigación. Dentro de sus fines esenciales en la investigación, está el estudio, la formación y preparación en la lucha contra el cáncer, el avance de las técnicas e investigaciones oftalmológicas y la formación avance en materia de salud mental, a través de su colaboración con el

Hospital Provincial de Castellón, y de los tres Institutos, Instituto Oncológico de Castellón Dr. Vicente Altava, el Instituto Oftalmológico Dr. José María Menezo y el Instituto de Salud Mental de Castellón, Padre Jofre, así como toda clase de cursos, simposium y congresos.

(<http://fundacion.hospitalprovincial.es>; Fecha de consulta: 6/8/2015)

#### 5.-La Fundación Investigación Hospital General Universitario de Valencia

Esta Fundación de la Comunidad Valenciana para la Investigación Biomédica, Docencia y Desarrollo de las Ciencias de la Salud, se creó el 19 de abril de 1999, por iniciativa de la Diputación Provincial de Valencia para dotar de un marco específico a las actividades que en I+D+I se realizaban en el Hospital General.

Tiene como funciones esenciales construir conocimiento sobre la enfermedad humana; generar un pensamiento crítico frente al saber técnico existente; brindar un escenario de formación práctica para profesionales en las diferentes profesiones del área de la salud (medicina, enfermería, odontología, entre otras); generar propuestas pedagógicas que ayuden en los procesos educativos del personal sanitario en cada una de sus especialidades; capacitar a los usuarios de los servicios tanto en el uso adecuado de los mismos como en pautas de educación sanitaria y en los derechos a la asistencia sanitaria y a la seguridad social. En conclusión, tiene como misión fundamental: promover, potenciar y fomentar la investigación en el Departamento de Salud Valencia-Hospital General; estructurar la investigación y proveer de recursos; facilitar, conseguir y gestionar la financiación y difundir los resultados científicos.

(<http://fihgu.general-valencia.san.gva.es>; Fecha de consulta: 6/8/2015)

#### 6.- El Centro de Investigación Príncipe Felipe (CIPF)

El CIPF es el heredero del Instituto de Investigaciones Citológicas (IIC) de la Caja de Ahorros de Valencia, creado en 1966 el cual estaba adscrito al Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

En 1990 se constituyó la Fundación Valenciana de Investigaciones Biomédicas, con el objeto de financiar, servir y promocionar el Instituto de Investigaciones Citológicas y cuya actividad fundamental era desarrollar investigación de vanguardia en el campo de la Biomedicina. Con la construcción de las nuevas instalaciones realizadas con fondos europeos, en 2005 pasa a denominarse Fundación de Investigación Príncipe Felipe.

El CIPF es una fundación privada adscrita a la Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana.

Durante casi 50 años el Centro de Investigación Príncipe Felipe, ha logrado posicionar la investigación realizada en el centro en el marco internacional de excelencia. Ha conseguido grandes avances en temas tan importantes como la medicina regenerativa, el cáncer, nuevas terapias y deterioro neuronal.

Su principal objetivo es la investigación biomédica, incluyendo investigación básica de genes, dianas, procesos moleculares y celulares, nanomedicina y medicina computacional así como su traslación a la práctica clínica con especial interés en la medicina personalizada, cáncer, enfermedades raras, metabólicas, y deterioro cognitivo y funcional.

Otro objetivo esencial para el Centro, es potenciar también la traslación de las investigaciones de sus grupos, tanto al sistema sanitario para la mejora de la salud de los ciudadanos, con potencialidades de instaurar una medicina más individualizada, como al sistema productivo en forma de resultados patentables o explotables.

(<http://www.cipf.es>; Fecha de consulta: 6/8/2015)

## 8.4 El Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público y Consorcios

El análisis del impacto de la externalización de algunas tareas administrativas sobre el empleo público, es una de las cuestiones más confusas y que mayores interrogantes plantea en la actualidad de la función pública y de la contratación administrativa en la medida que afecta directamente al mencionado empleo público y limita su extensión, transformando las expectativas de los propios empleados públicos en términos de carrera administrativa, posibilidades de promoción o traslado, perspectivas de formación, etc. (ORTEGA, L. y CANTERO, J., 2011).

Diversos estudios ponen de manifiesto, que uno de los principales motivos por los que las Administraciones Públicas españolas deciden externalizar sus servicios es la imposibilidad de contratar más personal (RAMIO, C.;M Y GARCIA, O., 2007).

La prestación de servicios públicos por parte de la Administración Pública, se puede realizar por varias modalidades diferentes tal y como recoge el actual Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público (en adelante TRLCSP) publicado en el BOE núm. 276 de 16/11/2011 y que entró en vigor un mes después, el 16 de diciembre de 2011, y que regula de forma expresa el marco jurídico de lo que era gestión directa y gestión indirecta de servicios públicos y, por tanto, en el supuesto que nos interesa de la prestación de servicios sanitarios.

Este texto legal, define por una parte (art. 3), el ámbito subjetivo de aplicación de la misma regulando lo que considera parte del sector público y establece para las sociedades mercantiles y fundaciones una participación superior al 50 por 100 de su capital social en el primer caso, y de su patrimonio fundacional en el segundo, para ser consideradas entes públicos a los efectos del TRLCSP.

### La Gestión directa

En esta modalidad, donde están incluidos todos los Departamentos Sanitarios con gestión pública de la Tabla VIII.1, se engloban todos aquellos modos de prestación en



los cuales la Administración Pública, ofrece el servicio directamente con sus propios medios o por medio de entidades instrumentalizadas.

Sus características son:

- a) La Administración presta el servicio a través de su propia estructura material y de recursos humanos y organización administrativa, es decir, a través de sus funcionarios, laborales y personal estatutario, o por medio de la estructura y personal de sus entes instrumentalizados, por lo que no hay intervención de terceros en la prestación del servicio.
- b) La propia Administración aporta el capital necesario para ello, sin perjuicio de fuentes de ingreso en servicios sujetos a contraprestación.
- c) Dentro de la gestión directa nos encontramos con los supuestos siguientes:
- d) prestación por la propia Administración, con o sin órgano diferenciado.
- e) Prestación mediante organismo autónomo.
- f) Prestación mediante entidad pública empresarial.
- g) Prestación mediante sociedad mercantil sin participación de capital privado.

Por tanto, se desprende que lo que el Legislador ha pretendido, ha sido el distinguir la gestión directa, como aquella en la que la titularidad del capital es íntegramente o mayoritariamente pública y donde la relación jurídica de los trabajadores que prestan sus servicios en la misma es también directa con el empleador (Administración Pública y entidad mayoritariamente pública).

### La Gestión indirecta

Dejando a un lado las formas de gestión directa, aunque sea por entes dotados de personalidad jurídica propia y aun siendo persona jurídica instrumental de carácter público interpuesta para la gestión de servicios sanitarios, el TRLCSP regula determinados contratos administrativos, que analizaremos más adelante, donde prestan sus servicios también trabajadores que varían en su relación jurídica con el empresario o empleador. Me estoy refiriendo, fundamentalmente, a los contratos de servicios públicos, de servicios y de colaboración entre el sector público y el sector privado que celebren los entes, organismos y entidades pertenecientes al sector público.

En esta modalidad de gestión están incluidas, los cinco Departamentos Sanitarios de “Concesión Administrativa” de la Tabla VIII.1.

En cuanto a la gestión indirecta, el TRLCSP (art. 275) recoge que: *“la Administración podrá gestionar indirectamente, mediante contrato, los servicios de su competencia, siempre que sean susceptibles de explotación por particulares”*. También recoge una limitación, igualmente recogida en los textos anteriores de contratación pública derogados, de que no se podrá prestarse, en ningún caso, por gestión indirecta, aquellos servicios que impliquen ejercicio de la autoridad y que sean inherentes a los poderes públicos, como por ejemplo, policías locales, inspectores de Hacienda, Inspectores de Trabajo, etc.

De todo ello, se concluye que para que exista gestión indirecta de un servicio público, en este caso el sanitario, de acuerdo con la normativa actual en materia de contratación pública, tienen que darse las siguientes circunstancias:

- a) Que sea servicio de competencia de la Administración, y la sanidad sí lo es.
- b) Que sea susceptible de explotación económica a nivel empresarial y en éste caso, lo es.
- c) Que sea mediante contrato administrativo de los regulados en el TRLCSP.
- d) Que la adjudicación recaiga sobre el empresario/s que contraten la gestión de dicho servicio público sanitario.

La segunda modalidad contractual corresponde, por tanto, a la prestación de servicios públicos de forma indirecta, en la que la actividad corresponde a una persona privada que contrata su prestación con la Administración Pública titular del servicio, previo el oportuno procedimiento de selección de los contratistas. El régimen jurídico de selección y adjudicación se encuentra previsto en los artículos 138 a 207 del TRLCSP.

La contratación de la gestión de los servicios públicos, podrá adoptar las siguientes modalidades, que analizaremos en el apartado correspondiente:

- a) La Concesión
- b) La Gestión Interesada
- c) El Concierto

d) La Sociedad de Economía Mixta

En materia de “discriminación positiva” importada del derecho laboral de determinado sector de recursos humanos, se establece que los órganos de contratación vigilarán la obligación del cumplimiento por parte de los licitadores de la normativa vigente en materia de integración social de minusválidos, relativo a contar con un porcentaje determinado de trabajadores con discapacidad o la adopción de las medidas alternativas correspondientes.

A estos efectos, los PCAP (Pliegos de Cláusulas Administrativas Particulares), podrán incorporar en la cláusula relativa a la documentación a aportar por los licitadores, la exigencia de la aportación de un certificado de la empresa licitadora en el que conste tanto el número global de trabajadores de plantilla como el número particular de trabajadores con discapacidad en la misma, o en el caso de que hubiese optado por el cumplimiento de las medidas alternativas, una copia de la declaración de excepcionalidad y una declaración jurada del licitador con las concretas medidas a aplicar.

Se podrá señalar en los PCAP, la preferencia en la adjudicación de los contratos para las proposiciones presentadas por aquellas empresas que, en el momento de acreditar su solvencia técnica, tengan en su plantilla un número de trabajadores con discapacidad superior al 2 por 100, siempre que dichas proposiciones iguallen en sus términos a las más ventajosas desde el punto de vista de los criterios que sirvan de base para la adjudicación.

Si varias empresas licitadoras empataran en cuanto a la proposición más ventajosa y acrediten las dos y más tener relación laboral con personas con discapacidad en un porcentaje superior al 2 por 100, tendrá preferencia en la adjudicación del contrato el licitador que disponga del mayor porcentaje de trabajadores fijos con discapacidad en su plantilla.

Los Consorcios sanitarios

Dentro de la organización sanitaria de la Comunidad Valenciana, hay un Departamento en la provincia de Valencia, el denominado “Valencia-Hospital General”, que tiene como

hospital de referencia el “Consortio Hospital General Universitario de Valencia” y otro en la provincia de Castellón (que comparte el Departamento con el Hospital General de Castellón que tiene gestión directa) denominado “Consortio Hospitalario Provincial de Castellón” que su referencia es el “Hospital Provincial de Castellón”, que su modelo de gestión es la consorcial. Este centro dependía orgánica y funcionalmente de la Diputación Provincial de Castellón.

Estos consorcios son una modalidad de cooperación administrativa de asociaciones voluntarias de entes públicos formadas por varias Administraciones, siendo una de ellas un ente de carácter local, que constituyen una entidad institucional para la gestión de servicios sanitarios para los que tienen la competencia. Tienen personalidad jurídica propia, y su organización y funcionamiento es según lo dispuesto en sus estatutos de constitución.

El Hospital General Universitario de Valencia, inició su actividad asistencial bajo este nuevo modelo el 1 de enero de 2002. No obstante es el año anterior cuando a través de un Convenio de colaboración que aprueba el Consell de la Generalitat y el Pleno de la Diputación de Valencia, se crea dicho Consorcio. Su finalidad fundamental es la gestión, bajo criterios de autonomía efectiva, del Hospital, sin perjuicio de su integración en la red pública sanitaria de la Comunidad Valenciana, lo que conlleva a estar encuadrado en el marco de la planificación sanitaria general de la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana.

En febrero de 2007, a través de la Resolución de 13 de febrero de 2007, se publicó el Convenio de colaboración entre la Agencia Valenciana de Salud y el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, por el que se encomendó al Hospital General la gestión de todos los centros sanitarios dependientes de la Agencia Valenciana de la Salud y adscritos al Departamento de Salud<sup>56</sup>.

Algunos problemas potenciales en los procesos de licitación y contratación y algunas propuestas.

---

<sup>56</sup> <http://chguv.san.gva.es>. Consulta: 4/10/2015

La Comisión Nacional de la Competencia, en su informe de 2013<sup>57</sup>, advirtió de la existencia de problemas potenciales en los procesos de licitación y contratación, destacando los siguientes:

- a) Reducida competencia ex ante por el servicio.
- b) Ineficiencias durante la ejecución de los contratos como un mal diseño de la remuneración, control insuficiente...)
- c) Reducción de la competencia potencial futura, fundamentalmente para la renovación de la concesión.
- d) Reducción de la competencia efectiva, tanto en el mercado del servicio que se externaliza, como en mercados relacionados con el del servicio externalizado.
- e) Participación muy reducida de empresas. Especialmente en los supuestos de externalización de la gestión sanitaria. Las razones recogidas son: unos requisitos restrictivos, percepción de un excesivo riesgo o de que hay competidores con ventajas de información y problemas de competencia en el mercado específico.
- f) Situaciones “potencialmente dañinas” para la existencia de competencia efectiva en los mercados. Principalmente en el diseño general de las externalizaciones, el acceso de empresas a las licitaciones, la valoración de las ofertas presentadas y la ejecución de los contratos.

La citada Comisión Nacional de la Competencia también realizó en el citado informe, algunas propuestas de mejora de la contratación pública, y así, los procedimientos de licitación podrán mejorar en lo siguiente:

- a) En las licitaciones: utilizar el procedimiento abierto, diseñar lotes de tamaño diferente, realizar licitaciones secuenciales, ajustar duraciones de los contratos.

---

<sup>57</sup> Informe “Aplicación de la guía de contratación y competencia a los procesos de licitación para la provisión de la sanidad pública en España”. Comisión Nacional de la Competencia. 2013. Páginas 29-30

- b) En el acceso: adecuar los requisitos económicos y técnicos al objeto del contrato, dar publicidad suficiente, establecer plazos suficientes para ofertas, incluir toda la información relevante en los pliegos, combatir la información privilegiada.
- c) En la adjudicación: reducir la discrecionalidad, premiar los criterios relativos a la calidad y reducir la ponderación de criterios económicos no relevantes, proporcionar información precisa en los pliegos.
- d) En el desarrollo de los contratos: prever en los pliegos elementos que definan la calidad, mecanismos creíbles de control y penalizaciones por incumplimiento; establecer mecanismos de pago que incentiven la calidad (facturación inter-centros), reforzar la excepcionalidad de modificaciones sobrevenidas, evitar fórmulas de revisión de precios que excedan del mantenimiento económico-financiero del contrato.

## 8.5 El contrato de servicios

Según el TRLCSP (art. 10): “Son contratos de servicios aquéllos cuyo objeto son prestaciones de hacer consistentes en el desarrollo de una actividad o dirigidas a la obtención de un resultado distinto de una obra o un suministro...”.

En su Anexo II, se encuentran recogidos las categorías de dichos contratos. Los más relacionados con la prestación de servicios sanitarios como servicios complementarios de la actividad principal que es la prestación sanitaria son los siguientes: a) servicios de mantenimiento y reparaciones, b) servicios de limpieza de edificios, c) servicios de hostelería, d) servicios de seguridad, e) servicios de transporte, etc.

Su régimen jurídico está contenido en los artículos 301 a 311 de TRLCSP estableciendo una limitación muy importante en cuanto al personal dependiente de las empresas adjudicatarias de dichos servicios, y es que a la extinción los contratos que dan soporte jurídico a los mismos, *“no podrá producirse en ningún caso la consolidación de las personas que hayan realizado los trabajos objeto del contrato como personal del ente, organismo o entidad del sector público contratante”* (art. 301.4). Lo que establece la

norma citada es una absoluta separación, consecuencia de esa gestión indirecta, entre los trabajadores propios de la Administración Pública o sus entes instrumentales y los trabajadores de las empresas que prestan los servicios complementarios a través de los correspondientes contratos de servicios, licitados y adjudicados a través de los procedimientos previstos y mencionados anteriormente.

Por lo que respecta a este tipo de servicios en el sector sanitario, se ha pasado de una prestación directa inicial por parte de las Administraciones Públicas donde los recursos humanos eran seleccionados a través de las normas de Empleo Público y su relación era de carácter administrativo o laboral, a evolucionar hacia una prestación de servicios de carácter indirecto, donde la relación entre las Administraciones Públicas y las empresas adjudicatarias de los distintos servicios era mercantil, y los trabajadores dependían de esas empresas adjudicatarias, sin tener vínculo alguno entre los trabajadores y la Administración Pública donde se prestaba el servicio.

En el ámbito de la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana, y de acuerdo con su estructura organizativa sanitaria que, actualmente, está distribuida en 24 Departamentos Sanitarios, la totalidad de los servicios complementarios mencionados anteriormente para la actividad asistencial, están externalizados y por tanto se prestan de forma indirecta.

Los actuales Pliegos de Cláusulas Administrativas Particulares (en adelante PCAP) para la Contratación de Servicios por Procedimiento Abierto, aprobado por el Director General de Recursos Económicos en fecha 22 de octubre de 2013 e informados favorablemente por la Abogacía de la Generalitat, establecen algunas importantes precisiones sobre su carácter administrativo y por tanto de prestación indirecta, así como sobre el personal que presta sus servicios con las citadas empresas adjudicatarias y su relación con la Administración contratante:

a) En cuanto al régimen jurídico, establece la Cláusula 1 que tiene naturaleza administrativa, recogiendo expresamente, por tanto, su prestación bajo la modalidad indirecta. Se regirá por las cláusulas del citado PCAP y por el Pliego de Prescripciones Técnicas (en adelante PPT), por las normas de Contratación Administrativa en vigor, por la normativa de la Generalitat Valenciana que le sea de aplicación y supletoriamente por

el resto de normas de derecho administrativo y, en su defecto, por las normas de derecho privado.

También se recoge en esta Cláusula que la prestación del servicio se realiza a riesgo y ventura del contratista, lo que es muy importante para definir su naturaleza jurídica de servicio indirecto prestado por entidades privadas y por tanto, la asunción de riesgos es por parte de la empresa adjudicataria.

b) En cuanto a la jurisdicción competente, la Cláusula 1.5 establece que es el orden jurisdiccional contencioso administrativo, el competente para resolver las cuestiones litigiosas relativas a la preparación, adjudicación, efectos, cumplimiento y extinción de los contratos administrativos

c) En cuanto a la cualificación profesional del personal, la Cláusula 4.2 establece que la Administración contratante podrá exigirse que las personas jurídicas, especifiquen en su oferta o en su solicitud de participación, los nombres y la cualificación profesional de los responsables encargados de la ejecución de la prestación correspondiente.

d) En cuanto a la documentación administrativa previa presentada por el licitador, deben presentar en el sobre 1, una declaración responsable con manifestación de que están al corriente del cumplimiento de sus obligaciones en materia de Seguridad Social de acuerdo con las disposiciones vigentes, sin perjuicio de que la justificación acreditativa de este requisito debe presentarse antes de la adjudicación, por parte del empresario a cuyo favor vaya a realizarse ésta.

e) Se establecen algunas preferencias para la adjudicación relacionadas con determinadas condiciones de los trabajadores de las empresas licitadoras, como son en materia de discapacitados, de igualdad y de trabajadores cooperativistas. Estas preferencias están recogidas en la Cláusula 6.6., dónde se posibilita al Órgano de Contratación para incluir en los PCAP la preferencia en la adjudicación de conformidad con lo dispuesto en la Ley 11/2003, de 10 de abril de la Generalitat Valenciana, sobre el estatuto de las personas con discapacidad, la Ley 9/2003 de 2 de abril para la igualdad de hombres y mujeres y la Ley 8(2003 de 24 de marzo, de Cooperativas de la Comunidad Valenciana.



f) En cuanto a la Prevención de Riesgos Laborales, la Cláusula 8.9 establece que antes del inicio de la actividad y la prestación del servicio adjudicado, las empresas contratistas y subcontratistas deben acreditar que han realizado la evaluación de riesgos y la actividad preventiva para los servicios contratados. Asimismo, deben acreditar, igualmente antes del inicio de la actividad correspondiente, que han cumplido sus obligaciones en materia de información y formación respecto de los trabajadores que vayan a prestar los servicios en cada centro de trabajo.

## 8.6 El ámbito de la colaboración entre el sector público y el privado

Esta modalidad nueva en la contratación administrativa española, es un contrato administrativo, típico y armonizado. Se introdujo en la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público, incorporándose posteriormente al Texto Refundido, por el Real Decreto 3/2011, de 14 de noviembre (TRLCSP).

A través de los contratos de colaboración público-privado (en adelante CCP), la Administración Pública encarga a un ente privado la realización de un determinado proyecto competencia del sector público a cambio de una contraprestación económica. Se produce una estructura económica en la que lo público y lo privado están unidos.

Para el caso español, esa estructura público-privada se ha valorado en algunas ocasiones como necesaria, puesto que la sociedad demanda más y mejores infraestructuras y servicios, los costes de conservación de lo que ya se ha construido todavía son elevados y la financiación <sup>58</sup> europea que ha permitido financiar gran parte de las infraestructuras nacionales a través de los fondos comunitarios cada vez es menor o han desaparecido. Por estos motivos es cada vez necesaria la incorporación privada en los proyectos y gestión de infraestructuras y/o servicios, ya que actúan bajo los principios de eficacia y

---

<sup>58</sup> Sobre este tema ver el artículo de José Vallés Ferrer y Ana María Cazallo Antúnez bajo el título: "Los contratos de colaboración público-privado" en la revista "Reflexiones" Núm. 8.IV/08, pág. 5 a 21.

eficiencia aunque la Administración Pública debe seguir innovando en la creación de nuevas fórmulas de financiación para este tipo de proyectos.

El antecedente de la regulación de esta nueva figura, dentro de las modalidades de contratación administrativa, se encuentra en el Acuerdo del Consejo de Ministros de 25 de febrero de 2005, que contiene un mandato expreso dirigido al Ministro de Economía y Hacienda para que, en la Ley de Contratos del Sector Público introduzca “una regulación de los contratos de colaboración entre el sector público y el sector privado, para el cumplimiento de obligaciones de servicio público” ([HTTP://: www.lamoncloa.gob.es](http://www.lamoncloa.gob.es): página consultada el 16/8/2015)

La exposición de motivos de la citada Ley 30/2007, señala sobre este contrato que:

*“Nominados únicamente en la práctica de la contratación pública, la ley viene, finalmente, a tipificar normativamente los contratos de colaboración entre el sector público y el sector privado, como nuevas figuras contractuales que podrán utilizarse para la obtención de prestaciones complejas o afectadas de una cierta indeterminación inicial, y cuya financiación puede ser asumida, en un principio, por el operador privado, mientras que el precio a pagar por la Administración podrá acompañarse a la efectiva utilización de los bienes y servicios que constituyen su objeto.”*

A través del mismo<sup>59</sup>, la Administración Pública encarga a una entidad privada por un periodo que va en función de la amortización de las inversiones o de las fórmulas de financiación previstas, la realización de una: *“...actuación global e integrada que, además de la financiación de inversiones inmateriales, de obras o de suministros necesarios para el cumplimiento de determinados objetivos de servicio público o relacionados con actuaciones de interés general, comprenda alguna de las siguientes prestaciones:*

*La construcción, instalación o transformación de obras, equipos, sistemas, y productos o bienes complejos, así como su mantenimiento, actualización o renovación, su explotación o su gestión.*

---

<sup>59</sup> Véase el art. 11 del TRLCSP.

*La gestión integral del mantenimiento de instalaciones complejas.*

*La fabricación de bienes y la prestación de servicios que incorporen tecnología específicamente desarrollada con el propósito de aportar soluciones más avanzadas y económicamente más ventajosas que las existentes en el mercado.*

*Otras prestaciones de servicios ligadas al desarrollo por la Administración del servicio público o actuación de interés general que le haya sido encomendado.”*

Es importante su definición de carácter subsidiario, al establecer una importante limitación para esta modalidad contractual, al señalar que sólo se acudiría a la misma cuando la cobertura de esas determinadas necesidades públicas no pueda ser satisfecha mediante otro tipo de contrato.

La adjudicación de este nuevo contrato, tiene que realizarse siempre a través de un procedimiento de adjudicación que también es novedoso en nuestro ordenamiento jurídico en materia de contratación pública: el denominado “**diálogo competitivo**”<sup>60</sup>. El Derecho Comunitario <sup>61</sup> introdujo este nuevo procedimiento de adjudicación para los contratos “**particularmente complejos**”.

La característica principal de este nuevo procedimiento de adjudicación, es que los posibles contratistas dialogan con el órgano de contratación sobre todos los aspectos del contrato, con el fin de llegar a definir una o varias soluciones susceptibles de satisfacer sus necesidades, como paso previo a la adjudicación del contrato. En resumen, la Administración sabe lo que quiere pero tiene que dialogar con las empresas con experiencia en el sector determinado del objeto del contrato para conocer y valorar las distintas alternativas que hay para satisfacer sus necesidades y definir, posteriormente, las soluciones contractuales posibles. La principal diferencia con el resto de procedimientos de adjudicación, está en que en ese supuesto las empresas interesadas

---

<sup>60</sup> Véase el art. 180 del TRLCSP.

<sup>61</sup> La Directiva 2004/18/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 31 de marzo de 2004, sobre coordinación de los procedimientos de adjudicación de los contratos públicos de obras, de suministro y de servicios.

en contratar, presentan a la Administración el modelo o alternativa que podría satisfacer sus necesidades a través del contrato administrativo.

La complejidad del futuro contrato, es un requisito imprescindible para esta modalidad contractual en la que la Administración no puede, por sí sola, definir cuáles son sus necesidades en cuanto a soluciones jurídicas, medios técnicos, recursos humanos, fórmulas financieras, etc. Un ejemplo puede ser la construcción de un hospital pero la administración sanitaria correspondiente no puede pagarlos, por motivo de restricciones presupuestarias, a través del Capítulo presupuestario correspondiente de Inversiones Reales (Capítulo VI), pero es incapaz de definir a priori, por sí sola, las soluciones jurídicas, técnicas y financieras con las que construir, ponen en funcionamiento, mantener el citado centro hospitalario y prestar el servicio sanitario en algunas de las distintas modalidades de prestación.

Es importante no confundir esta novedosa modalidad contractual, y recogida en el actual TRLCSP por imperativo de la UE como “contrato de colaboración entre el sector público y el sector privado” con un modelo de gestión y por tanto, con un concepto mucho más amplio que es el modelo de “colaboración o asociación público-privada” que puede tener su origen en diversas modalidades contractuales del citado TRLCSP. Las ventajas desde el punto de vista político son que el gobierno conserva la responsabilidad pública de la provisión del servicio sanitario con regulación, control, y financiación, contribuyendo, por tanto, a la estabilidad financiera a largo plazo.

Es importante destacar que los elementos o requisitos de este CCPP que proporcionan un mayor control son los siguientes:

- a) Existencia de una evaluación previa que garantice que la elección de esta modalidad de contrato es la más adecuada.
- b) Elaboración de un programa funcional.
- c) Existencia de un clausulado del contrato.
- d) La intervención de un órgano colegiado en la evaluación previa.
- e) Son contratos que están siempre sujetos a regulación armonizada.
- f) Están configurados como contratos administrativos.

- g) La definición del régimen jurídico del contrato una vez conocidas sus características.

Las **actuaciones preparatorias**<sup>62</sup> detalladas anteriormente, tienen como objetivo conocer si es o no rentable este tipo de contrato. Esto permite valoraciones previas para decidir definitivamente que sólo se llevará a cabo el contrato en los supuestos que, mediante la adjudicación a la iniciativa privada del objeto del contrato, se obtenga un valor añadido bruto superior al que pudiese obtener por sí misma la Administración Pública. La Administración a través del control previo debe demostrar con la documentación previa necesaria establecida en el TRLCSP que la fórmula de colaboración público-privada deben reportar beneficios financieros y de disponibilidad al mismo tiempo que mayor eficacia que si se realizase de forma directa por la Administración. Por ello, deben buscarse los elementos que permitan comprobar que el contrato de colaboración va a aportar realmente el valor añadido previsto. Las actuaciones preparatorias de los contratos de colaboración público-privado son los detallados en los apartados a, b y c anterior.

La **evaluación previa** a la iniciación del expediente, consiste en la elaboración de un documento de evaluación mediante el cual se tiene que poner de manifiesto que teniendo en consideración la complejidad del contrato, la Administración Pública no está en condiciones de definir, con carácter previo a la licitación, los medios técnicos necesarios para alcanzar los objetivos proyectados o de establecer los mecanismos jurídicos y financieros para llevar a cabo el contrato, y se efectúe un análisis comparativo con formas alternativas de contratación que justifiquen en términos de obtención de mayor valor por precio, de coste global, de eficacia o de imputación de riesgos, los motivos de carácter jurídico, económico, administrativo y financiero que recomienden la adopción de esta fórmula de contratación.. La evaluación tiene que realizarse por un

---

<sup>62</sup> Las actuaciones preparatorias están reguladas en el TRLCSP, en los artículos siguientes:

Artículo 134. Evaluación previa.

Artículo 135. Programa funcional.

Artículo 136. Clausulado del contrato.

órgano colegiado compuesto por expertos de cualificación suficiente en la materia relativa al contrato.

Con posterioridad, el órgano de contratación tiene que elaborar un **programa funcional**, en el que estén recogidos los elementos básicos que informarán el diálogo con los contratistas y que se incluirá en el documento descriptivo del contrato. También debe aparecer en el mismo la naturaleza y dimensión de las necesidades a satisfacer con el contrato, así como los elementos jurídicos, técnicos y económicos mínimos que deben incluir necesariamente las ofertas para que puedan ser admitidas al diálogo competitivo y los criterios de adjudicación del contrato.

En cuanto a la adjudicación del CCPP, el diálogo competitivo es el procedimiento por el que se adjudican estos contratos<sup>63</sup>, salvo en los casos en los que las proposiciones u ofertas económicas en el procedimiento de diálogo competitivo seguido previamente sean irregulares o inaceptables y siempre que no se modifiquen sustancialmente las condiciones originales del contrato<sup>64</sup>.

El diálogo competitivo es el procedimiento mediante el cual el órgano de contratación, dirige un diálogo con los candidatos seleccionados, previa solicitud de los mismos, a fin de desarrollar una o varias soluciones susceptibles de satisfacer sus necesidades y que servirán de base para que los candidatos elegidos presenten una oferta. A través de este procedimiento, lo que se pretende es buscar soluciones satisfactorias para la Administración sirviendo de base para la presentación de ofertas y establecer los límites

---

<sup>63</sup> El artículo 180.2 del TRLCSP recoge:

*"3. Los contratos de colaboración entre el sector público y el sector privado a que se refiere el artículo 11 se adjudicarán por este procedimiento, sin perjuicio de que pueda seguirse el procedimiento negociado con publicidad en el caso previsto en el artículo 170.1)"*

<sup>64</sup> El artículo 170.a del TRLCSP, recoge:

*"Cuando las proposiciones u ofertas económicas en los procedimientos abiertos, restringidos o de diálogo competitivo seguidos previamente sean irregulares o inaceptables por haberse presentado por empresarios carentes de aptitud, por incumplimiento en las ofertas de las obligaciones legales relativas a la fiscalidad, protección del medio ambiente y condiciones de trabajo a que se refiere el artículo 119, por infringir las condiciones para la presentación de variantes o mejoras, o por incluir valores anormales o desproporcionados, siempre que no se modifiquen sustancialmente las condiciones originales del contrato."*

de los contratos de forma que se tenga mucha precaución en que no se obstaculice la libre competencia aunque exista cercanía entre las figuras del licitador y del órgano de contratación.

El objetivo de la fase de diálogo, es definir y determinar los medios adecuados para satisfacer las necesidades del órgano de contratación pudiéndose debatir todos los aspectos del contrato con los candidatos seleccionados. De esta forma se pretende, como se ha mencionado anteriormente, garantizar la igualdad, la competencia y la protección de la información suministrada.

El diálogo finalizará en el momento en que el órgano de contratación esté en condiciones de determinar las soluciones que pueden responder a sus necesidades. Tras la declaración de dar por finalizado el diálogo, se invita a los participantes del mismo a la presentación de su oferta final, basada en la solución o soluciones presentadas o especificadas durante el diálogo competitivo.

Además, puesto que para los licitadores puede ser un procedimiento costoso, ésta ley prevé la posibilidad de establecer unas primas o compensaciones a los participantes en el procedimiento de diálogo competitivo.

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## 8.7 El contrato de gestión de servicios públicos

Dentro de la delimitación de los tipos contractuales regulados en el TRLCSP, el art. 8 define el contrato de gestión de servicios públicos: “el contrato de gestión de servicios públicos es aquél en cuya virtud una Administración Pública o una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, encomienda a una persona, natural o jurídica, la gestión de un servicio cuya prestación ha sido asumida como propia de su competencia por la Administración o Mutua encomendante.”

Asimismo, dispone que las disposiciones de esta modalidad de contrato no se aplica en aquellos supuestos en que la gestión del servicio público se realice mediante la creación

de entidades de derecho público destinada a este fin, ni la que se atribuya a una sociedad de derecho privado cuyo capital sea, en su totalidad, de titularidad pública.

Como ya quedó recogido anteriormente, es una gestión indirecta de determinados servicios que es competencia de las Administraciones Públicas mediante un contrato con persona natural o jurídica (VILLORIA, 1996), donde se recogerá con precisión, tanto el ámbito de la gestión, como el ámbito territorial y en funcional. Existe una limitación a esta modalidad contractual y es que no pueden prestarse por gestión indirecta los servicios que impliquen ejercicio de autoridad inherente a los poderes públicos.

Todo el personal que presta sus servicios en cualquiera de las modalidades de contratación indirecta que se detallan a continuación, tienen una relación laboral con su empresa del sector privado bajo el marco de las relaciones laborales del Derecho del Trabajo y sujetas al Estatuto de los Trabajadores y a los Convenios Colectivos de aplicación. Por tanto, están sujetos al derecho laboral, en ningún caso tienen relación con la Administración contratante.

Existen diversas modalidades de contratación que podrá adoptar la gestión de los servicios públicos<sup>65</sup>:

a) La Concesión

Es el contrato celebrado entre la Administración y una persona física o jurídica, mediante el cual se gestiona el servicio público adjudicado a su riesgo y ventura. Es fundamental la labor de supervisión y fiscalización por parte de la Administración titular de la actividad. Ha sido la modalidad utilizada en la Comunidad Valenciana para la gestión indirecta de los Hospitales del “modelo concesional” que más adelante analizaremos y que son los de Alzira, Manises, Denia, Torrevieja y Elche-Crevillent.

b) La Gestión interesada

Se trata de una modalidad en la que la Administración y la persona física o jurídica, participan en los resultados de la explotación del servicio en la proporción que se

---

<sup>65</sup> Artículo 277 del Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público.



establezca en el contrato administrativo. El riesgo económico en este supuesto, se asume de forma conjunta.

c) El Concierto

Es también una modalidad de gestión indirecta, apropiada para hacer frente a los servicios asistenciales que implica la celebración de un contrato con persona natural y jurídica que vengan realizando prestaciones análogas a las que constituyen el servicio público de que se trate. Esta modalidad ha sido utilizada por la Consellería de Sanidad, para la gestión de algunos servicios sanitarios como Transporte Sanitario y Oxigenoterapia.

d) La Sociedad de Economía Mixta

En la que la Administración participe, por sí o por medio de una entidad pública, en concurrencia con personas naturales o jurídicas.

Es el contratista el obligado a organizar y prestar el servicio de conformidad con lo establecido en el contrato, teniendo la Administración los poderes de policía “necesarios para asegurar la buena marcha de los servicios de que se trate”.

## 8.8 Un proyecto de colaboración público-privada. El Modelo Sanitario de Gestión Compartida (MSGC)

La evolución presupuestaria y financiera de la Generalitat Valenciana durante la crisis económica iniciada en 2007, y que tuvo su punto álgido en 2012, hizo que estuviera encuadrada en algunos de los supuestos de hecho contemplados en la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera que exigía la presentación de un plan económico-financiero con el objetivo de poder corregir la desviación en un plazo determinado.

Una de las medidas de la Generalitat Valenciana más novedosa de información y participación ciudadana (medidas CAPAVANT), fue la iniciativa del Gobierno Valenciano de crear una página web: ([www.capavant.gva.es](http://www.capavant.gva.es)) para dar información de las medidas

de ajuste planteadas por el Consell, entonces presidido por Alberto Fabra y donde los ciudadanos podían hacer propuestas de nuevos planes de ahorro. El sistema consistía en la creación de un portal informático donde los ciudadanos podían exponer sus propuestas de ahorro de fondos públicos. Uno de los objetivos era la participación ciudadana en la gestión política con sus propuestas y sugerencias en la contención del gasto público. El otro objetivo era la transparencia y dar a conocer a la población las principales medidas de ahorro llevadas a cabo por la Administración valenciana. La información pública de la puesta en marcha de esta plataforma fue realizada por el Vicepresidente del Consell, José Ciscar, en rueda de prensa posterior a la reunión del Gobierno Valenciano, el viernes 27 de enero de 2012. [http://www.gva.es/es/inicio/area\\_de\\_prensa/ap\\_acuerdos\\_gobierno](http://www.gva.es/es/inicio/area_de_prensa/ap_acuerdos_gobierno). Fecha de la consulta: 31/9/2015. El resultado de dichas medidas fue considerado insuficientes por lo que se consideró, como una de las medidas a implementar, un cambio de modelo de gestión sanitaria.

Hasta el mes de agosto de 2012, el ahorro certificado ascendió a cerca de 300 millones de euros (296), de los 440 millones de euros comprometidos (información contenida en el documento entregado a los medios de comunicación presentes en la rueda de prensa el 28/9/2012 y que se adjunta como anexo I).

La Generalitat Valenciana presentó al Ministerio de Economía y Hacienda un Plan Económico-Financiero de reequilibrio para el periodo 2012-2014, cuyas medidas fueron aprobadas por el Pleno del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 17 de mayo de 2012. ([www.Minhap.gob.es](http://www.Minhap.gob.es)). Fuente consultada el 31/8/2015).

Dentro de las medidas del citado Plan, se detallan a continuación las que afectaban fundamentalmente a los recursos humanos de la función pública valenciana en general, y a las instituciones sanitarias en particular:

**Las medidas de ahorro en materia de personal:**

- a) Reducción de la jornada de trabajo del personal funcionario interino y laboral temporal de sociedades mercantiles y fundaciones con la correspondiente reducción de retribuciones

- b) Nombramientos de personal docente interino, profesorado especialista y de religión de carácter no indefinido desde la fecha de inicio hasta el 30 de junio de cada año
- c) No completar al 100% las retribuciones en situaciones de incapacidad temporal
- d) Suspensión del plan de pensiones de empleado público
- e) Paralización del perfeccionamiento y reducción del importe de los sexenios de los diferentes cuerpos docentes
- f) Modificación en la tramitación y plazos de reducción de la jornada del personal docente
- g) Reducción de los importes de la carrera profesional y desarrollo profesional en el ámbito de las instituciones sanitarias
- h) Otras medidas en materia de personal derivadas de la aplicación de la legislación básica estatal en materia de educación
- i) Otras medidas en materia de personal puestas en marcha por la conselleria de Sanidad
- j) Eliminación de ayudas sociales (Ejemplo: gafas, ortodoncias,...)
- k) El importe de ahorro estimado de estas medidas ascendió a 285,9 millones de euros.
- l) Medidas de ahorro en materia de personal y otras de la Consellería de Sanidad:
- m) Supresión del plan de choque vinculado a la intervención de cataratas
- n) Menú básico común para todos los pacientes
- o) Autogestión en atención primaria
- p) Economía de escala en servicios centralizados
- q) Revisión de los precios de conciertos sanitarios
- r) Nuevo convenio de farmacia (pronto pago de los 150.000€ facturados por oficina de farmacia), centralización de la compra de endoprótesis y revisión de historiales farmacoterapéuticos
- s) Racionalización de guardias y retribuciones personal directivo

El importe de ahorro estimado de estas medidas, ascendió a 162 millones de euros, computándose al Capítulo I- Personal, 30 millones de euros.

En el primer trimestre de 2012, la Consellería de Sanidad, comenzó a trabajar en un nuevo modelo de gestión, que tenía las características que se relacionan a continuación, sirviendo posteriormente para la definición del modelo a implantar:

El objetivo era la implantación y desarrollo de un nuevo modelo de gestión basado en la colaboración público-privada para determinadas prestaciones de carácter asistencial y otras complementarias a la actividad asistencial, que permitiera la introducción de la gestión privada en determinadas esferas de la actividad de los departamentos de salud de la Conselleria de Sanitat, dotándola de capacidades en la gestión de las actividades no asistenciales que permitan generar una mayor eficiencia y respetando la actual configuración de los recursos propiamente asistenciales.

El nuevo marco permitiría la externalización de las actividades no asistenciales, así como determinadas prestaciones sanitarias suplementarias a la actividad asistencial.

El tipo de contrato administrativo sería uno de los siguientes: contrato de gestión de servicio público; contrato administrativo especial; colaboración sector público-sector privado / dialogo competitivo.

El objeto principal del contrato sería la gestión/prestación de determinados servicios sanitarios y servicios no sanitarios.

El ámbito territorial sería todos los Departamentos de Salud, con posible agrupación por lotes.

El ámbito subjetivo sería población protegida de cada Departamento de Salud. La población protegida de cada Departamento y que será la que venga definida como asegurada según los requisitos establecidos en el Real Decreto Ley 12/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

El ámbito funcional sería la gestión y prestación de determinados servicios sanitarios y no sanitarios:

a) Servicios no sanitarios: Limpieza, seguridad, cocina, vestuario y lencería, lavandería, residuos sanitarios, luz, agua, gas y combustible, logística (compra, almacenamiento y

distribución) de material no sanitario, mantenimientos de infraestructuras e instalaciones, telecomunicaciones: voz (telefonía fija y móvil), correos, mensajería, etc., archivo y custodia de documentación, Dirección.

b) Servicios y productos sanitarios: transporte sanitario, oxigenoterapia ambulatoria, resonancias magnéticas, logística (compra, almacenamiento y distribución) de productos farmacéuticos y material sanitario, prótesis (endoprótesis y exoprótesis) gestión de la farmacia de receta.

Quedaban excluidos, por tanto, todo el personal (Capítulo I), excepto dirección y las Inversiones Reales (capítulo VI): tecnología y equipamiento sanitario y no sanitario.

El plazo de ejecución inicialmente previsto: diez años prorrogables hasta quince.

El concesionario debería pagar un canon anual por el uso de los inmuebles, instalaciones y equipamiento de la Generalitat, como compensación por el deterioro estructural producido por para la prestación del servicio.

El viernes 28 de septiembre de 2012, tras la reunión semanal del Gobierno Valenciano, y en la rueda de prensa posterior donde se informó a los medios de comunicación de los acuerdos del mismo, El Consell dio cuenta públicamente de una reforma del sistema sanitario público valenciano, que consistía en un proyecto en el que están trabajando desde el primer trimestre y anunciado en abril de ese año: Modelo Sanitario de Gestión Compartida (en adelante MSGC) que se aplicaría a partir de marzo de 2013. ([www.comunica.gva.es](http://www.comunica.gva.es)).

El Vicepresidente y portavoz del Gobierno Valenciano informó que el Gobierno Valenciano estaba trabajando durante los últimos meses, en la elaboración de un Modelo Sanitario de Gestión Compartida, anunciado en abril. Tras el exhaustivo estudio realizado anunció que habían introducido algunas puntualizaciones para definir la reestructuración de la sanidad valenciana lo que supondría un cambio sustancial del modelo de relación económica que permitirá llevar a cabo la prestación sanitaria del futuro, de conformidad con la normativa de contratación pública en vigor, minimizando el déficit al máximo, y adecuándose a la actual situación económica.

Los cambios introducidos se hacían necesarios debido, principalmente, a la complejidad del contrato que iba a suponer una dilatación de su puesta en marcha y a la situación actual, que dificultaba las vías de financiación del sector empresarial, lo que derivaba en el desarrollo del Modelo tal y como se presentó públicamente.

Dicha información fue recogida por los más importantes medios de comunicación en sus ediciones digitales de la Comunidad Valenciana y en las ediciones impresas de la tarde y del día siguiente, 29 de septiembre<sup>66</sup>.

*Uno de los principales argumentos del Gobierno Valenciano para el cambio de modelo de gestión sanitaria es que el actual es insostenible, lo que hace necesario el cambio hacia un sistema que garantizara su estabilidad y sostenibilidad. En cuanto al impacto a los ciudadanos y a los profesionales, continuarían sin pagar nada aquéllos por la asistencia y los profesionales seguirán siendo personal estatutario en aquellos Centros sanitarios gestionados de forma directa y pública, por tanto, los profesionales tendrían garantizada su continuidad de su estatus laboral y la posibilidad de aumentar sus retribuciones.*

La aplicación de este nuevo modelo de gestión compartida de la sanidad, generaría un ahorro de 1.745 millones en los próximos 10 años, y se centraría en cinco aspectos:

- a) Agrupación de servicios generales
- b) Establecimiento de una unidad central logística sanitaria
- c) Estrategia de la gestión: modelo de incentivos

---

<sup>66</sup> *Diario Valencia Plaza (www.valenciaplaza.com), el 28/9/2012: "La reforma de la sanidad valenciana. Sanidad contratará a empresas para cogestionar hospitales y ambulatorios por incentivos"*

*Diario El Mundo (www.elmundo.es), el 28/9/2012: "Sanidad incentivará al personal sanitario que ayude a ahorrar gastos"*

*Diario El Levante (www.levante-emv.com), el 28/9/2012: "Nuevo modelo de Sanidad Publica. El Consell gestionará la Sanidad con criterio empresarial"*

*Diario El País (www.elpais.com), el 28/9/2012: "El Consell aprueba el nuevo modelo sanitario de gestión compartida. Rosado subraya que los profesionales seguirán dependiendo de la Agencia Valenciana de Salud"*

*Diario ABC (www.abc.es), el 28/9/2012: "Aprobado el nuevo modelo sanitario que privatizará la gestión unificada de los servicios generales. Dará incentivos por resultados al personal sanitario y pretende ahorrar 1.745 millones en diez años"*

- d) Gestión compartida en servicios complementarios
- e) Creación de la comisión mixta del modelo de gestión compartida

La Consellería de Sanidad agruparía la gestión de los servicios generales de todas las instalaciones sanitarias (seguridad, restauración, lencería y lavandería, mantenimiento, equipamiento, teléfono, etc.). Se incluiría la tasa de explotación de los locales (quiosco, cafeterías, etc.). Se trata del primer contrato de gestión integral (horizontal: varios hospitales y vertical: todos los servicios) del sector público en España.

La gestión de los productos de logística de las instalaciones sanitarias, se integrarían en un único contrato por cada provincia, con el objetivo de que progresivamente se cree una Unidad Central Logística (UCL) sanitaria para toda la Comunidad. Engloba el almacenamiento de materiales sanitarios, productos farmacéuticos y otros aprovisionamientos y distribución a centros de actividad.

Además, se proporcionaría a los equipos directivos las herramientas necesarias para detectar y solucionar las áreas de ineficiencia en la gestión. Actualmente, los equipos directivos, están compuestos por profesionales con experiencia en la práctica clínica o administrativa que pasan a la gestión, por ello se requiere complementar con conocimientos empresariales a los equipos directivos y que así se contribuya a fijar la estrategia de gestión más idónea.

Por tanto, las características definitivas del MSGC aprobado por el Gobierno Valenciano, sería las siguientes:

- a) No es un modelo privatizador.
- b) Preserva las condiciones laborales orgánicas y funcionales del personal fijo e interino. No hay despidos.
- c) La gestión sanitaria permanece en dependencia directa de la Agencia Valenciana de Salud.
- d) No se externaliza ningún servicio asistencial.
- e) Lo actualmente externalizado no forma parte de la asistencia sanitaria. Es agrupado y controlado para un uso eficiente por un operador único.

- f) Cuando se inicie la ejecución de este nuevo contrato administrativo, las empresas que tienen contratos en vigor se subrogan al operador, y a partir de ese momento establecerán sus relaciones comerciales con dicho operador.
- g) La dirección asistencial y el operador externo estarán coordinados pero siempre bajo el “paraguas” (tutela) de la Administración Pública competente: Conselleria de Sanidad.
- h) Los profesionales sanitarios mantienen su capacidad organizativa y de participación. Tanto los estatutarios como los interinos mantendrán sus condiciones laborales. El operador externo se limita a mejorar las cuestiones de compra y almacenamiento; y las posibilidades de métodos de incentivación (canalizados a través de los modelos de incentivación de la conselleria de Sanidad):
  - i) Evaluación del desempeño
  - j) Productividad
  - k) Participación de la eficiencia
  - l) No se contempla la contratación del personal sanitario por parte del operador externo ya que no es objeto del contrato.
- m) No se utilizan las instalaciones públicas para actividades distintas a las del propio contrato: mejora de la eficiencia de la actividad no concertada.
- n) Las prestaciones complementarias de carácter sanitario (como por ejemplo, tratamientos oncológicos a través del Instituto Valenciano de Oncología-IVO, del daño cerebral, etc.) no se ven afectadas por el contrato.
- o) Los laboratorios, radiología de los centros y farmacia hospitalaria no se externalizan. Únicamente los aspectos logísticos (compra y almacén).
- p) No se venden inmuebles, solo se establece el canon por utilización.
- q) Los ciudadanos van a ser atendidos como lo han sido hasta el momento, por los mismos profesionales, en sus mismos centros y con los mismos niveles de calidad.
- r) Este nuevo modelo garantiza para el ciudadano una sanidad universal, gratuita, de calidad y sostenible.



- s) Agilización y dinamización en la gestión de la Administración dotándola de herramientas propias de la gestión empresarial.
- t) Desarrollar un modelo de economía de escala en el sistema sanitario de la Comunidad Valenciana.
- u) Actualmente en la Comunitat Valenciana ya existen 5 hospitales de gestión mixta: Hospital del Vinalopó, Hospital de Torrevieja, Hospital Universitario de La Ribera, Hospital de Manises y Hospital del Vinalopó.

**Tabla VIII.3.** La normativa básica de contratación administrativa para la implantación del MSGC

**EL REAL DECRETO LEGISLATIVO 3/2011, DE 14 DE NOVIEMBRE, POR EL QUE SE APROBÓ EL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY DE CONTRATOS DEL SECTOR PUBLICO**

Art. 11	Contrato de colaboración entre el sector público y el sector privado
Art. 134	Evaluación previa del contrato
Art. 135	Programa funcional del contrato
Art. 136	Clausulado del contrato
Art. 179	Caracterización del diálogo competitivo
Art. 180	Supuestos de aplicación del diálogo competitivo
Art. 181	Apertura del procedimiento y solicitudes de participación en el diálogo competitivo
182	Diálogo con los candidatos en el diálogo competitivo
183	Presentación y examen de ofertas en el diálogo competitivo

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se expone una Tabla donde están recogidas las principales características de los tres modelos de gestión a que nos estamos refiriendo en este trabajo: el público, el mixto o de gestión compartido que es objeto de este epígrafe y el modelo concesional que analizaremos en el epígrafe siguiente.

**Tabla VIII.4.** Cuadro comparativo de diferentes modelos de gestión sanitaria.

LOS DIFERENTES MODELOS DE GESTIÓN SANITARIA		
EL MODELO ACTUAL	EL MODELO ALZIRA	EL MODELO MIXTO (PUBLICO-PRIVADO)
Personal estatutario	Personal estatutario y laboral	Personal estatutario. El personal de las contrataciones seguirá siendo laboral y se subrogará.
-Infraestructuras construidas y utilizadas por la Administración Pública	-Infraestructuras construidas y utilizadas por la concesión. Al cabo de un tiempo reverterán en la Administración, que nunca deja de ser propietaria de la infraestructura.	-Infraestructuras ya construidas por la administración y utilizadas y gestionadas por la concesión, que paga un canon por ello.
-Los servicios no sanitarios son contratados a empresas externas en su mayoría.  - Toda la cartera suplementaria se paga a un tercero.	- Todos los servicios los gestiona la concesión bajo la cápita. No incluye la cartera suplementaria, que corre a cargo de la Administración.	- La asistencia sanitaria es de gestión pública. Se integran y externalizan en una misma gerencia mixta todos los servicios ya externalizados, logísticos y suplementarios.
- Equipo directivo totalmente público	- Equipo directivo de la concesión y una unidad del comisionado de Sanidad	- Equipo directivo mixto. La parte asistencial dependerá de la conselleria y el resto de direcciones de la concesión. Estará coordinada por Sanidad y controlará que se actúe correctamente.
- El pago por cada contrato se realiza por adjudicaciones independientes.	- Se paga por cápita (se paga una cantidad por cada habitante)	- Se paga por cápita (está dentro de la misma las prestaciones suplementarias y excluye el personal y las inversiones)

Fuente: Elaboración propia

El intento de implantación del NMGS por parte del Gobierno Valenciano en la Consellería de Sanidad, quedó en punto muerto y no pudo llevarse a cabo debido fundamentalmente a dos motivos:

a) Los reparos de la Abogacía y la Intervención General de la Generalitat Valenciana, que recomendaban cambios sustanciales en la documentación de preparación de los contratos, por lo que necesitan un tiempo suficiente para poder subsanarse y que estaban en proceso de adaptación a las citadas recomendaciones legales<sup>67</sup>.

b) Los cambios en la composición del Gobierno Valenciano en diciembre de 2012 que provocaron una crisis de elevada envergadura en la composición del Consell<sup>68</sup>. En el citado Decreto cesó el ideólogo del Modelo Sanitario de Gestión Compartida, Luis Rosado Bretón, siendo sustituido como titular de la cartera de Sanidad, Manuel Llombart Fuertes, quién abandonó la implantación del cambio del modelo de gestión defendido por su antecesor.

## 8.9 Las concesiones administrativas

Como ya se ha descrito anteriormente, la concesión administrativa es una modalidad de contratación del tipo contractual “contrato de gestión de servicios públicos” celebrado entre la Administración Pública y una persona física o jurídica mediante el cual se gestiona el servicio público, adjudicado a su riesgo y ventura.

Estos modelos concesionales en el ámbito sanitario, basan su modelo de gestión en potenciar la colaboración público-privada en la asistencia y gestión sanitaria, y han constituido una de las características fundamentales en la estrategia de la política sanitaria en la Comunidad Valenciana, y cuya orientación y justificación está basada en la sostenibilidad del sistema. El modelo de “concesión administrativa”, iniciado en el Departamento de Salud de la Ribera (Alzira) con el llamado “modelo Alzira” está

---

<sup>67</sup> *Diario El Mundo*, jueves 28/6/2012, pág. 3 edición Comunidad Valenciana.

<sup>68</sup> *Producidos mediante el Decreto 20/2012, de 7 de diciembre, del Presidente de la Generalitat, por el que cesan y se nombran consellers, secretario y portavoz del Consell, publicado en el Diario Oficial de la Generalitat Valenciana núm. 6919, el día 10/12/2012.*

extendido actualmente a cinco departamentos de salud<sup>69</sup>, los cuales están gestionados mediante concesión administrativa.

Uno de los pilares más importantes y distintivo de este modelo es que la Administración ejerce el control y el riesgo, fundamentalmente el financiero, se transfiere a las empresas adjudicatarias y que son las responsables de la prestación sanitaria a toda la población asignada.

Estos acuerdos de colaboración público-privada, representan un reparto del riesgo entre las partes y una de sus características es la combinación las mejores habilidades de los sectores público y privado en beneficio de la prestación del servicio y de las partes intervinientes en este modelo. Una de las claves es conciliar los objetivos de la administración pública, que es esta tipo de servicio público es el incrementar la salud de los ciudadanos y de la empresa privada que es la obtención de beneficios económicos. Por tanto y tal se ha dicho anteriormente, es muy importante puesta en marcha de estrictos mecanismos de control y seguimiento del contenido de los contratos por ambas partes (GIRALT, 2013).

Como hemos mencionado antes, una de las características de los modelos concesionales en sanidad, los modelos de colaboración público-privada es la transferencia de riesgo desde el sector público hacia el sector privado. Pero hay que indicar que ese el reparto de riesgo es un instrumento para conseguir el objetivo de la máxima eficiencia, no un fin en sí mismo: los contratos tienen que cumplirse según sus términos y de acuerdos con los Pliegos de Cláusulas Administrativas Particulares y los de Prescripciones Técnicas.

Una consecuencia que se desprende de los argumentos expuestos es que ahí donde observamos los PPP, deberían estar fundamentalmente dirigidos a la construcción de infraestructuras, y no diseñados exclusivamente a la provisión de servicios asistenciales

---

<sup>69</sup> Estos cinco Departamentos Sanitarios tienen como hospitales de referencia los de La Ribera (Alzira), Manises, Denia, Torrevieja y Elche-Crevillent.

y no asistenciales que no conlleven una inversión inicial importante (BARROS,P.P. y MARTINEZ-GIRALT,X., 2009).

En las cinco concesiones administrativas sanitarias de la Comunidad Valenciana, efectivamente, se han desarrollado importante infraestructuras, como son la construcción de cinco hospitales en cada una de ellas<sup>70</sup>.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

---

<sup>70</sup> Efectivamente, los Hospitales de Manises, la Ribera y Denia de Valencia y los de Torreveja y Elx-Crevillent en Alicante, han sido construidos por las empresas adjudicatarias de la prestación de ese servicio público por concesión administrativa, de acuerdo con lo estipulado en el contrato firmado por las partes intervinientes.

## CAPÍTULO IX. EL MARCO DE GESTIÓN Y JURÍDICO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN LOS NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN. LAS CONCESIONES ADMINISTRATIVAS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

### 9.1 Un modelo de colaboración público-privada

#### 9.1.1 Las nuevas técnicas de gestión

La introducción de técnicas científicas en la gestión de los recursos humanos ha sido siempre objetivo prioritario en todos los intentos de reforma y modernización de la Función Pública (PARADA R. y FUENTETAJA J., 2013) La relación jurídica del empleado público con la Administración no es baladí, ya que, tratándose de servicios públicos esenciales como es el sanitario, la temporalidad o la estabilidad en el empleo constituyen un elemento muy importante para el desempeño de las funciones propias con independencia y alejado de influencias externas que puedan afectar al ejercicio imparcial de las tareas del empleado público (MARTINEZ J. , 2001). Por supuesto, si los trabajadores tienen una relación laboral en el marco del Derecho de Trabajo prestando sus servicios a una empresa adjudicataria de asistencia sanitaria a través de la adjudicación de un contrato de servicio público, esa relación jurídica tiene unas connotaciones distintas a las anteriores que analizaremos posteriormente.

Todas las técnicas de gestión de recursos humanos en el ámbito sanitario, tanto en el ámbito de la Función Pública como en el concesional, basan su legitimidad sobre las bases de la eficacia y eficiencia, achacándose en el primer caso, altos niveles de déficit en la gestión.

Actualmente asistimos a la irrupción de modernas técnicas de gestión de recursos humanos, con la introducción de elementos de la empresa privada como son la evaluación del desempeño, el pacto de objetivos, la retribución variable, la carrera profesional, etc... que ya muchas de ellas están recogidas en el EBEP, y en las distintas leyes de la función pública de las Comunidades Autónomas.

En la década de los ochenta, el reconocimiento del contrato laboral parecía que sería la solución definitiva al déficit mencionado anteriormente en la gestión de servicios públicos (BERMEJO CABRERO, 1989: 229-241). A principios del siglo XXI se ponen de moda nuevas técnicas organizativas y funcionales de gestión de recursos humanos cuyo origen es la psicología de las organizaciones aplicada a la Ciencia de la Administración. Posteriormente, la privatización o externalización de la gestión de servicios públicos, como el sanitario, se extiende como un nuevo modelo de gestión.

### **9.1.2 Las asociaciones o acuerdos de colaboración público-privada**

Una mayor participación del sector privado en la prestación de la asistencia sanitaria no tiene que suponer a priori, una renuncia del sector público a sus compromisos en cuanto a la provisión y a la financiación que deben de seguir siendo mayoritariamente públicas. Mejorar la relación coste-efectividad, depende del marco regulador de la colaboración del sector público con el privado, pero la utilización de estos nuevos modelos de gestión no deben suponer un encarecimiento de la asistencia sanitaria ni una “barrera de acceso a una sanidad de calidad” (LANCHO, 2013).

Los asociaciones o acuerdos de colaboración público-privada (en adelante APP) en la sanidad, combinan la intervención de capitales privados y en algunas ocasiones también el público (éste capital puede ser económico o humano) con el objetivo de prestar o mejorar el servicio público sanitario y gestionar la escasez (OSBORNE,D. y GAEBLER,T., 1994).

Las estrategias en cuanto a la administración del riesgo son distintas a las utilizadas en el sector público (GERRARD, 2011). Estas estrategias deben definirse a largo plazo por la Administración Pública contratante, siendo ésta la responsable última de la prestación pública del servicio sanitario a los ciudadanos. Los factores que condicionan la gestión

actual de la sanidad son sociológicos y económicos, ante el incremento de la búsqueda de calidad de vida a través de la mejora de la salud<sup>71</sup>.

Las APP hacen referencia, en términos generales, a las diferentes formas de cooperación entre las Administraciones Públicas y el sector privado, con el objeto de garantizar la financiación, construcción, renovación, gestión o el mantenimiento de una infraestructura o servicio.

Según Rebollo<sup>72</sup>, por APP se entiende toda asociación contractual entre una parte pública y otra privada para el desarrollo o provisión y/o gestión de una infraestructura y/o servicio público que conlleva una transferencia significativa de riesgos empresariales al socio privado, la relación contractual a largo plazo, la participación del sector privado y la existencia de pagos públicos o de origen presupuestario como ingresos del socio privado dentro de este contrato a largo plazo.

Una APP no es una “privatización”<sup>73</sup> ya que no es una traslación de la propiedad de manos del sector público al privado donde la Administración Pública, una vez producida la transferencia o traslación mencionada anteriormente, deja de participar en la nueva empresa. Por tanto, las diferencias fundamentales con la privatización son las siguientes.

---

<sup>71</sup> Véase a LLAMAS, S. (2008): “La sanidad, una apuesta fuerte de la Obra Social de Caja España”. *Panorama Social*, nº 7, pp. 126 – 130.

<sup>72</sup> REBOLLO, A. (2007): “APP’s institucionales, financiación de infraestructuras y contabilidad pública”. *Reflexiones: Revista de obras públicas, transportes y ordenación territorial*, nº 2 (II/2007), *Consejería de Obras Públicas y Transportes, Sevilla*, pp. 61-122.

<sup>73</sup> Según el *Diccionario de la RAE* el concepto de privatización es el siguiente: “Transferir una empresa o actividad pública al sector privado”.

La Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid (FADSP) ha decidido recurrir al diccionario de la Lengua Española, el de la Real Academia Española (RAE), en su vigésima segunda edición para dar a conocer el auténtico significado del término ‘privatizar’: “(Del lat. *privātus* y el suf. verbal *-izar*). 1. tr. Transferir una empresa o actividad pública al sector privado....” A juicio de la FADSP, los gestores de la sanidad madrileña, además de no saber de sanidad, ‘ni siquiera conocen el idioma’.

Publicado en la Revista “Acta Sanitaria el 27/11/2012

[http://www.actasanitaria.com/dimes\\_y\\_diretes/privatizar-segun-el-diccionario-de-la-real-academia-espanola/](http://www.actasanitaria.com/dimes_y_diretes/privatizar-segun-el-diccionario-de-la-real-academia-espanola/)



En las APP la propiedad de las infraestructuras es o será del Gobierno, y en la privatización es de la empresa privada.

En las APP la planificación del servicio público es del Gobierno y en privatización es de la empresa privada.

En la ejecución de una APP, la Administración Pública es la última responsable de la prestación de la asistencia sanitaria ya que paga por esa asistencia en nombre de los ciudadanos y lo único que hace es establecer un mecanismo de gestión distinto en cuanto a la prestación del servicio. En un modelo de privatización, al contrario, la responsabilidad final recae en el sector privado. En cuanto a las principales funciones de cada de los dos sectores, el público debe definir con exactitud el alcance de la prestación del servicio con sus objetivos, sus indicadores de calidad y cantidad y por supuesto y en último lugar, pagar por los servicios prestados. El sector privado debe cumplir con sus obligaciones de conformidad a lo pactado en los documentos contractuales (BARZALAY, 1998).

Cierta doctrina, en una distinción jurídica clásica entre privatización formal, funcional y material (MENEDEZ, 2008:269-296), afirma que son las dos primeras modalidades las que se centran el debate en la actualidad sobre cambios en las formas organizativas y de gestión de la asistencia sanitaria, viniendo a asimilarse a la dualidad gestión directa frente a gestión indirecta. La opción de transferir al sector privado la competencia y responsabilidad de la actividad de prestación, mediante la puesta en manos empresas del sector privado del aseguramiento y prestación de los servicios sanitarios (privatización material) queda fuera del debate sobre la reforma sanitaria porque desbordaría el marco jurídico-constitucional vigente en esta materia , al margen de suscitar problemas desde el punto de vista de la eficiencia y de la equidad, como sería, por ejemplo, el aumento de los costes de transacción o la práctica conocida como “selección de riesgos” o “desnatado” del mercado (MARTIN, J.J.M.2003) .

Las dos primeras modalidades, que pueden ser compatibles, puede ayudar a mejorar la eficiencia del sistema público sanitario través de cambios en su organización, bien a mecanismos de gestión directa a través de entidades de titularidad pública sometidas a derecho privado, como pueden ser fundaciones, consorcios, o empresas públicas

(privatización formal), o bien apostando por iniciativas de gestión indirecta mediante entidades privadas –con o sin ánimo de lucro–, en virtud de adjudicaciones de contratos en el marco de la contratación administrativa pública (privatización funcional). El objetivo de estas dos modalidades, acogiendo una gran variedad de fórmulas de gestión, es sortear las restricciones que impone la naturaleza burocrática de los sistemas de gestión directa tradicionales

En cuanto a los recursos humanos, las APP en la asistencia sanitaria no son una cuestión pacífica por la presión que ejercen los sindicatos y los colegios profesionales específicos del sector. Lo que sí aportan es una flexibilidad importante en cuanto a la gestión de los recursos humanos especializados de una manera más flexible, dinámica y adecuada a las circunstancias de cada momento.

#### *9.1.2.1 Las características y los beneficios*

Se detallan a continuación, algunas de las características y beneficios fundamentales de las APP:

- a) El capital invertido no es público, sino privado. Las restricciones presupuestarias de las AAPP les impiden disponer de los recursos económicos y humanos necesarios para ejecutar directamente los proyectos que demandan los ciudadanos. Por tanto, no destina su Cap. VI de “*Inversiones Reales*” a infraestructuras y equipamiento, ni su Cap. I “*Gastos de Personal*” a nuevas contrataciones.
- b) Los riesgos económicos y financieros, se transfieren al sector privado de acuerdo con los documentos contractuales de la APP.
- c) Se permite aprovechar los conocimientos y métodos de funcionamiento del sector privado en el marco del ámbito público.
- d) Se facilita la creación de una estructura público-privada necesaria en las economías desarrolladas, en las que el papel del Estado ha evolucionado dentro del aspecto

prestacional de los servicios públicos sanitarios asumiendo el papel para organizar el servicio, regularlo y controlar su ejecución.

e) Reduce el gasto corriente de las Administraciones Públicas, proyectándolo hacia el futuro.

f) No se contabiliza como capital gastado y por tanto como deuda pública los proyectos de ejecución de infraestructuras y la renovación y adquisición de equipamiento, de acuerdo con los criterios de Maastricht para los préstamos del sector público. Se transfiere el riesgo a las empresas adjudicatarias ya que el precio y el plazo quedan cerrados a priori y la facturación de los servicios se realiza periódicamente y de acuerdo con el contrato que normalmente está relacionado con el grado de cumplimiento de los indicadores establecidos en el mismo.

g) Los recursos humanos, normalmente, los aporta el sector privado por lo que la gestión de los mismos tienen la característica de una mayor flexibilidad.

Estas circunstancias hacen que las APP en muchas ocasiones sean una opción preferente de contratación, por lo que en muchas CCAA y países ha sido la opción elegida para prestar la asistencia sanitaria a los ciudadanos. La flexibilidad que pueden aportar hace que se puedan dar respuesta a un escenario actual en el que la gestión sanitaria se caracteriza por un interés creciente por la calidad de la prestación y ello se manifiesta en pacientes más informados y exigentes<sup>74</sup>.

Las APP en el sector de la sanidad, son utilizadas como una herramienta para optimizar la provisión y la calidad de los servicios sanitarios. Estos acuerdos, con carácter general, si se ejercita un efectivo control y auditoría en su ejecución, aportan beneficios al sector público en el ámbito presupuestario en cuanto a la reducción de costes. Se argumenta que esos beneficios están basados en que la eficiencia de las instituciones públicas es mucho menor que la de las empresas privadas, cosa que no siempre está bien analizado

---

<sup>74</sup> TEJERINA, E. (2002): *Modelos de gestión de la calidad aplicados a la Sanidad en Humanización de la atención sociosanitaria*. Ed. Generalitat Valenciana, Valencia.

y demostrado. Para la otra parte contratante, el sector privado, representan oportunidades de negocio (MARTINEZ-GIRALT, 2013: 61-63).

Hay que hacer mención, una vez más, al alcance de los beneficios económicos de una APP para el sector privado, el cual, con carácter general, está restringido contractualmente. Esta limitación es importante, ya que la misma no está establecida por norma legal ni por el mercado, sino por las partes, que lo que pretende es establecer unos incentivos o beneficios “normales” del mercado.

El aspecto económico del proyecto desde su inicio, y durante sus distintas etapas o fases (diseño, realización, ejecución y finalización) tiene especial importancia. La Administración Pública es la que tiene que definir los objetivos a alcanzar de carácter público, la calidad de los servicios a prestar y garantizar el control el cumplimiento de los objetivos al mismo tiempo que encomienda a la empresa privada adjudicataria el resto de las funciones a desarrollar.

Es palpable que la principal ventaja de la CPP, es el equilibrio que se establece la flexibilidad de la prestación y el control en la prestación del servicio. Esta flexibilidad, vital importantísima para las Administraciones Públicas son:

El empresario adjudicatario asume los costes y la dirección de las obras necesarias y establecidas en el contrato.

Contraprestación en forma de pago diferido.

Pagos “per cápita” o vinculados al rendimiento.

El riesgo no es de la Administración sino del contratista, que asume el contrato a su riesgo y ventura.

La mayoría de los defensores de las APP, mantienen que estos modelos mejoran la efectividad y la coordinación entre los distintos niveles de prestación en la provisión de servicios de salud y que su viabilidad está demostrada en países en vías de desarrollo como un mecanismo de construcción y provisión de servicios sanitarios.

Algunos autores (ROS, 2004) apuestan por la argumentación de los aspectos económicos y éticos de las APP para justificarlas, más que por razones ideológicas o políticas (ENGEL, 2014). Nishtar profundiza en la necesidad de definir principios y normas que se basen en criterios éticos para guiar los proyectos de las APP en este sector sanitario (NISHTAR, 2004).

#### 9.1.2.2 Los antecedentes

Los proyectos APP en sus distintas modalidades que más adelante analizaré han surgido en muchos países, desde que la fórmula empezó a generalizarse en la década de los años 90. El país donde la utilización de la modalidad de APP llamada PPP (construcción de la infraestructura y la gestión de los servicios no sanitarios) está más extendida es el Reino Unido, aunque hay implantados o en proceso de implantación en todos los países desarrollados y también en países en vías de desarrollo<sup>75</sup>.

Las APP tienen sus antecedentes en España en los contratos de concesión de obras públicas que, a partir del siglo XIX, permitieron la creación de la mayoría de nuestra red actual de ferrocarriles. Pero aparte de la concesión de obras públicas, también fueron y han sido utilizados otros instrumentos de contratación pública: gestión de un servicio público por concesión, por concierto, por gestión interesada o a través de sociedad de economía mixta<sup>76</sup>.

Los avances en la capacidad de organización e inversión del sector privado y la necesidad del sector público de prestar asistencia sanitaria, como uno de los servicios públicos esenciales del Estado, sin incrementar sus estructuras y poder cumplir los objetivos presupuestarios, hacen que la APP sea una herramienta de gestión a tener en cuenta.

---

<sup>75</sup> *En el sector sanitario: Reino Unido, Francia, Italia, Alemania, Austria, Irlanda, Portugal, España, Noruega, Hungría y Malta. Fuente: PricewaterhouseCoopers. Octubre de 2005.*

<sup>76</sup> *Art. 277 del TRLCSP.*

En ese sentido se orientan distintas Directivas de la Unión Europea y el actual TRLCSP<sup>77</sup>. Asimismo las anteriores leyes de contratación pública, que han precedido al actual Texto Refundido, ya calificaban al contratista como colaborador de la Administración.

También es abundante la jurisprudencia que, para justificar la posición del empresario-contratista en cuanto que su obligación contractual es ejecutar prestaciones públicas, reiteradamente lo ha calificado de “colaborador de la Administración” porque es en nombre de ésta, y en su lugar, el que lleva a cabo las prestaciones de los contratos administrativos, por tanto, de los servicios públicos adjudicados.

La crisis económica y financiera, que empezó en 2007 y que se confirmó en 2008 con la caída de la empresa estadounidense Lehman Brothers provocó que los Gobiernos adoptaran importantes medidas en cuanto a la deuda pública (especialmente en los países de la UE) y que tuvieron como consecuencia que muchos países realizaran obligatoriamente “planes de austeridad económica” que implicaban fuertes recortes en materia de bienestar social y concretamente en sanidad, que trajeron como una de las consecuencias, determinadas “externalizaciones” de servicios. Ante estos escenarios, algunos autores han argumentado que sería muy arriesgado para las finanzas públicas intentar atender la demanda creciente de prestaciones sanitarias y continuar esta escalada inevitable de incremento del gasto público, sin cambiar el modelo de asignación de recursos y gestión de los establecimientos hospitalarios. El tradicional modelo de servicio público, si no realizan cambios importantes estaría agotado. En la actualidad los ciudadanos demandan un servicio público mucho más dinámico y de calidad, adaptado los “clientes” más exigentes por lo que es necesario explorar nuevos modelos de gestión que permitan la inversión y participación privada en la asistencia sanitaria pero con las dos premisas básicas de control de la actividad y la propiedad estatal.

---

<sup>77</sup> Intervención de José Luis Gralluera Micó en la jornada organizada por la Fundación Ramón Areces y AESMIDE sobre “El futuro de la colaboración del sector privado con el sector público”, celebrada en Madrid el 8 de mayo de 2012, bajo el título: “En torno a los conceptos de colaboración, externalización, privatización. El contratista en cuanto colaborador de la Administración.

A pesar que tradicionalmente las inversiones en infraestructuras básicas, como las sanitarias (hospitales, centros de salud, etc...), han sido financiadas principalmente con capital público, cada vez son más los proyectos de este tipo que son financiados con capital privado en el marco de la CPP. A raíz de la aprobación de la Ley de Contratos del Sector Público, cuya entrada en vigor se fecha el 30 de abril de 2008, y a través del CCPP, la iniciativa privada puede participar de forma directa con la Administración Pública en la ejecución de infraestructuras complejas y proyectos con alto grado de incertidumbre y con servicios públicos asociados, como es el caso de la asistencia sanitaria. Se rompe pues con la perspectiva clásica en la que este tipo de inversiones eran competencia exclusiva de la Administración Pública. Tradicionalmente, la economía distingue entre economía pública y economía privada, dependiendo del tipo de bien o servicio a suministrar era público o privado.

Concretamente, la corriente de economía pública utiliza el instrumento de la planificación, actuando conforme a un presupuesto y bajo un criterio político en busca del bienestar social a fin de satisfacer las necesidades públicas de los individuos. En cambio la economía privada que actúa bajo el criterio de mercado, que se rige por la ley de la oferta y la demanda utilizando el precio como instrumento básico de información y decisión que busca satisfacer las necesidades privadas de los individuos.

En estos momentos se hace necesaria la conjunción de una estructura económica mixta, pública y privada, que permita la elección de la mejor alternativa en base a la existencia de unos recursos escasos. Es el momento pues, de que el sector público busque un modelo de colaboración realista, eficiente y complementaria, para cada proyecto con la colaboración privada siempre dentro de un marco de transparencia y objetividad en la toma de decisiones y de acuerdo con las limitaciones presupuestarias de cada momento.

Mi opinión es que este tipo de operaciones a largo plazo, fundamentalmente en sanidad, en las que las inversiones son muy elevadas y la gestión es bastante compleja, solo deberían ser aprobadas en los supuestos en que se ofrezca unas claras ventajas macroeconómicas, de gestión y de calidad frente a la opción de gestión pública íntegramente. La evidencia demuestra que para los Gobiernos es más fácil y atractivo crear nuevas estructuras, que reestructurar las existentes, pero la obtención de nuevos

recursos económicos para poder hacer frente a los nuevos proyectos e iniciativas hay que profundizar en elementos fundamentales como son la efectividad y eficiencia hospitalaria.

Una de las tendencias más generalizadas internacionalmente en los sistemas de salud públicos de los últimos decenios, es la experimentación de fórmulas de organización y de gestión de las instituciones que permitan dotarlas de mayor agilidad en estos procesos. El objetivo de todas estas reformas va encaminadas a la efectividad, eficiencia y flexibilidad en la prestación de los servicios, actuando sobre la monolítica integración vertical característica de las formas de gestión directa tradicional (ARRUÑADA, 1999: 267-311).

La externalización puede ser a veces una de consecuencias de una Administración moderna, ya que la Administración Pública necesita en muchos casos complementar la ejecución de sus servicios públicos, en este caso el sanitario, para poder dar satisfacción a las necesidades que la sociedad le demanda.

Las obligaciones de las Administraciones son cada vez más amplias y variadas y sus responsabilidades van aumentando por lo que cada vez es más complejo dar satisfacción con éxito a las numerosas exigencias requeridas de los ciudadanos. Todo ello llevaría a una constante inversión en obras, bienes y equipamiento y a una continua formación y adaptación de sus recursos humanos a esas nuevas necesidades.

### *9.1.2.3 Los requisitos para una implantación adecuada y duradera*

La convivencia entre lo público y lo privado en este modelo, sin renunciar al control público y captando del sector privado parte del valor que se obtiene con la externalización del servicio público correspondiente, llevan a concluir que para que prosperen los proyectos de APP o PPP, deberían reunir las siguientes características (ALLAD,G. & TRABANT,A., 2006: 17-18):



- a) El marco legal. Tiene que funcionar perfectamente el sistema legal. Algunos requisitos imprescindibles son la protección de la inversión en general, y el cumplimiento de los contratos. De lo contrario, no habrá suficiente interés en los proyectos PPP. En general, esta protección se da por sentado en países desarrollados, pero puede faltar en algunos países en vías de desarrollo, dificultando la implementación de proyectos PPP.
- b) La autoridad legal. Los Gobiernos tienen que tener la autoridad y la competencia necesaria para firmar este tipo de contratos con el sector privado.
- c) El proceso de contratación. Los procedimientos deben ser transparentes y justos, para la preparación, licitación y la adjudicación de los contratos, y este proceso tiene que gozar de legitimidad. Esto derivaría en el aumento de la competencia y en el aumento del número de licitadores.
- d) Los activos a contribuir. El gobierno tendría que responder con ciertos activos, que pueden ser terrenos, edificios, subvenciones u otros. Sin estos activos, el sector público se convierte en un socio menos viable. Un ejemplo en el modelo sanitario concesional es la cesión de terrenos para la posterior construcción de hospitales o centros sanitarios (centros de salud, consultorios, etc...).
- e) Un entorno propicio. Es muy importante que exista un entorno favorable a la inversión privada, que permita una competencia intensa y la obtención de beneficios y que reporten al sector público también en estabilidad presupuestaria.
- f) El compromiso político. Como los proyectos PPP típicamente son a largo plazo, el compromiso político estable ayudará a fomentar la inversión del sector privado y reducir los riesgos asociados a este tipo de proyecto.
- g) El reajuste de precios. En algunos casos, los precios o tarifas de los servicios públicos no reflejan los costes reales del bien o servicio. En estos casos, para fomentar la inversión necesaria, el gobierno tendría que permitir un ajuste de las tarifas o dar otras soluciones para que los proyectos sean viables.
- h) La gestión de expectativas. Es necesario gestionar correctamente las expectativas de los accionistas. La información a lo largo de la vida de la

adjudicación por parte del gobierno a los mismos sobre los resultados precisos y realistas que se esperan de un proyecto concreto, contribuyen a su estabilidad.

- i) La Administración eficaz. Un contrato PPP genera nuevas tareas administrativas, por lo que las Administraciones Públicas deben adecuarse en su organización para una gestión eficiente.

Asignación realista de riesgos. El sector público o el gobierno, al igual que los socios privados, deben estar dispuestos a asumir riesgos. Una de las claves del éxito final de un proyecto PPP será la transferencia o asignación apropiada de los riesgos. Igual que con cualquier contrato comercial, un equilibrio incorrecto del riesgo pondrá en peligro la viabilidad y el éxito final del proyecto.

### 9.1.3 Las APP en el sector sanitario

La tendencia de las Administraciones Públicas de implantar fórmulas de organización y de gestión de las instituciones sanitarias que permitan dotarlas de mayor agilidad, flexibilidad y eficiencia, es una constante en nuestro modelo sanitario. España fue uno de los países pioneros en el inicio de estas iniciativas con Empresas Públicas y Fundaciones, realizándose las primeras experiencias en Andalucía y Galicia a principios de los 90 del siglo pasado. Posteriormente se aprobó una norma con rango de Ley en 1997 que facilitó la implantación de estas nuevas formas de gestión en el territorio Insalud (en Madrid, La Rioja y Baleares).

Aunque otras CCAA se unieron a este tipo de iniciativas, basadas en la nueva norma de 1997 habilitadora de nuevos modelos de gestión, especialmente Valencia (con modelo PPP) con concesiones administrativas con asistencia sanitaria integral y Madrid (con modelo PFI) con infraestructuras y gestión de servicios no sanitarios, algunas de las experiencias iniciales se revirtieron, siendo las fundaciones en Galicia y Baleares revertidas al sector público. En Cataluña, donde siempre ha sido mayoritaria en la red hospitalaria este tipo de fórmulas de gestión, se ha aumentado de una manera importante los controles públicos desde el punto de vista del Derecho Administrativo lo

que ha modificado el marco de gestión anterior. Andalucía ha seguido una trayectoria muy parecida a la de Andalucía.

Asimismo, durante su proceso de implantación en las diferentes CCAA de este modelo de gestión, se ha ido expandiendo a otras parcelas de la sanidad pública que trasciende del ámbito hospitalario o de la Atención Primaria. Este modelo de APP se ha introducido en centros de especialidades, en residencias de atención a ancianos, en laboratorios de análisis clínicos y en centros de radiología y resonancias magnéticas.

Un ejemplo de ello es el del Grupo Ribera Salud , que además de estar presente en la gestión de cuatro de las cinco concesiones administrativas sanitarias en la Comunidad Valenciana hospitales y más de un centenar de centros de Atención Primaria, participa en el accionariado del servicio de Resonancias Magnéticas de Valencia y del laboratorio Central de Análisis Clínicos de San Sebastián de los Reyes, que da cobertura a diversos hospitales públicos de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Otro ejemplo de esta extensión del modelo, se ha producido en la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de Castilla La Mancha, que ha firmado conciertos de gestión socio-sanitarios mediante los cuales empresas privadas del sector de las residencias de ancianos realiza más de la mitad de la atención pública a la personas mayores.

#### *9.1.3.1 Las distintas denominaciones*

La externalización mediante la gestión privada de servicios públicos suele denominarse, como ya se ha expuesto anteriormente, Asociación Público-Privada (APP) o la Participación Público-Privada (PPP del inglés Public-Private Partnership) que implica diferentes formas de propiedad y de gestión mixta donde la infraestructura construida es de propiedad pública o pasa a serlo cuando acaba el plazo de la concesión pero su gestión es total o parcialmente realizada por una empresa del sector privado. En España, el procedimiento de APP que más se ha desarrollado en el sector sanitario es el

denominado “Modelo Alzira”, que toma su nombre del primer hospital español con gestión externalizada y que está en la Comunidad Valenciana.

Una clasificación inicial para las APP o PPP en el sector sanitario sería la siguiente:

- a) APP para la construcción de infraestructuras. El sector público contrata un proveedor privado para el diseño, la construcción y la gestión de una nueva infraestructura (por ejemplo un hospital). Países que utilizan este tipo de PPP son por ejemplo, Reino Unido, España, Italia, Francia, Australia.
- b) APP para construir infraestructuras y prestar servicios sanitarios públicos. Este modelo de contrato tiene un objeto mucho más amplio que el anterior. El sector público contrata un proveedor privado el diseño, la construcción y la gestión de una nueva infraestructura y además también contrata la provisión de servicios sanitarios. Países que utilizan este tipo de APP son por ejemplo, España y Portugal.
- c) APP para la provisión de servicios asistenciales. En este modelo el sector público contrata la provisión privada únicamente de determinados servicios asistenciales y clínicos como por ejemplo radioterapia, quimioterapia, TACs, radiología general, diálisis. Ejemplos de países que utilizan este formato son España, Reino Unido, Alemania
- d) APP para la gestión de centros hospitalarios. En este modelo, el objeto del contrato consiste en la adjudicación de la gestión de un hospital a una empresa privada. Una diferencia con algunos de los modelos expuestos anteriormente es que no hay construcción de infraestructuras, éstas ya están realizadas. Países como Alemania, Suecia, Estados Unidos, utilizan esta modalidad contractual.
- e) APP para la provisión de servicios no asistenciales. en este supuesto el sector público adjudica a una empresa privada la compra, reposición de equipamiento sanitario y no sanitario (en algunos supuestos de contratación únicamente) y el los llamados servicios auxiliares o complementarios, como el mantenimiento de servicios no asistenciales, el mantenimiento general de instalaciones y específico de equipamiento general y la alta tecnología, la limpieza, el catering, la lavandería, gestión de residuos, o los sistemas de información. Este es un modelo

de contratación de los más extendidos y existen ejemplos del mismo en todo el mundo.

Se suelen utilizar otras denominaciones, que fundamentalmente están relacionadas con el tipo de financiación o la dimensión y envergadura del proyecto adjudicado, así las siguientes:

- a) PFI. (Project Finance o Private Finance Initiative-Financiación Privada de Iniciativas Públicas) Su principal característica es que está relacionado con el modo de financiación y no suelen regular el contenido de la prestación del servicio sanitario.
- b) BOT (Build, Operate and Transfer). En este modelo, el operador externo también tiene una participación importante el diseñar el equipamiento o la infraestructura que posteriormente se va a explotar.
- c) BTO (Build, Transfer and Operate) Es este modelo la plena propiedad del activo ya es de la Administración Pública mientras la obra es operada por el contratista. Al igual que la anterior, es una modalidad relacionada con la financiación de proyectos en la que la empresa privada financia, diseña, construye y opera una infraestructura destinada al objeto de la concesión.

#### *9.1.3.2 El debate sobre su implantación*

Desde el punto de vista jurídico, es fundamental partir de lo que se ha venido en llamar “colaboración público-privada” desde la década de los noventa, ya que no es propiamente un concepto jurídico, sino un tipo de política pública o un modo de gestión, “consistente en la colaboración de un socio privado en la ejecución, financiación y gestión de infraestructuras, equipamientos, servicios o suministros públicos” .

Tener este dato histórico en cuenta es muy útil y también, valorar no sólo el concepto jurídico, sino una forma de hacer política ya que estaríamos ante un error importante al considerar la colaboración público-privada como una novedad. Con ello, evitaríamos recurrir a un planteamiento simplista, por ver sólo el enfoque desde la contratación

administrativa pura y dura, de considerar el contrato de CPP entre el sector público y el privado como un tipo contractual recogido en el actual TRLCSP con la denominación: "contrato de colaboración entre el sector público y el sector privado" o con la de "contrato de prestación de servicios públicos" en cualquiera de sus modalidades de contratación. La responsabilidad de los juristas es valorar los distintos instrumentos jurídicos habilitados en el ordenamiento jurídico y seleccionar el más adecuado que permita poner en práctica una determinada política de gestión del servicio público sanitario en el marco de la colaboración entre el sector público y el privado. Si no existía el instrumento jurídico adecuado, lo razonable sería proponer o promover la correspondiente reforma legislativa en nuestro ordenamiento jurídico en materia de contratación pública.

La implantación de las APP en el sector sanitario ha sido, y continúa siendo, controvertida. El debate sobre sus bondades o sus aspectos negativos no sólo se ha desarrollado en el ámbito político, sino también entre los profesionales del sector y sus representantes, así como entre los expertos en gestión sanitaria.

El análisis y el debate sosegado que sería de desear en estas iniciativas está excesivamente influenciado por las ideologías políticas e ideologizado, sin que exista una evaluación rigurosa que permita la comparación exhaustiva de las distintas experiencias.

Es muy complicado separar el peso de los distintos factores que inciden en estas propuestas y aislarlo cada caso y en el momento histórico concreto en que se produce. Las experiencias aparentemente con más éxito, pueden no serlo tanto cuando se extrapolan a otras poblaciones o procesos y ámbitos asistenciales más amplios como puede ser la extensión a atención primaria o a la atención socio-sanitaria. La eficiencia a lo largo de la duración de los contratos adjudicados es otro elemento a tener en cuenta, que puede dificultar la valoración de experiencias que pueden obtener buenos resultados en sus inicios pero que difícilmente perduran pasados unos años. El mimetismo institucional y gubernamental es peligroso y no siempre exitoso.

Según mi opinión, una de las justificaciones más importantes para la utilización del modelo de PPP es la existencia de determinadas situaciones de rigidez presupuestaria

del sector público. Dado esta situación económica, los PPP se ofrecen como un mecanismo de financiación, que permiten la provisión de servicios que de otra manera no sería posible plantear. La contrapartida para que el PPP produzca resultados satisfactorios, es realizar un seguimiento estricto y continuado de su ejecución. A su vez, ello conlleva que las partes contratantes suministren una información detallada y fidedigna en tiempo y forma a un organismo regulador externo e independiente. Si las partes no adquieren el compromiso estricto en estos términos es aconsejable no iniciar el procedimiento de contratación administrativa.

El debate y las críticas están fundamentalmente centradas en los siguientes aspectos:

- a) Se cuestiona la calidad asistencial y el cumplimiento de los objetivos marcados por la Administración Pública de los hospitales construidos bajo este modelo de gestión, ya que se argumenta que se aplican criterios más orientados hacia la obtención de la rentabilidad empresarial, que el cumplimiento de objetivos de interés general.
- b) Se fomenta más el tratamiento en los centros de atención primaria, que en los centros hospitalarios, lo que reduce la demanda de camas hospitalarias y que lleva aparejado una menor inversión en nuevas tecnologías médicas que sean menos invasivas y permitan la reducción de las estancias de los pacientes ingresados en los hospitales.
- c) La selección del riesgo que realizan las empresas adjudicatarias, no ofreciendo una atención de forma integral a todos los pacientes asignados para su atención sanitaria, lo que lleva a la derivación de estos pacientes con las patologías más complejas a otros hospitales de referencia, normalmente públicos, para su tratamiento.
- d) La falta o un deficiente control por parte del sector público, tanto en la ejecución de las obras o instalaciones necesarias como en la posterior gestión del servicio público. Esto genera costes adicionales que tiene que asumir las Administraciones Públicas correspondientes, bien con sobrecostes de las obras o instalaciones, bien aumentando el precio de la cápita asignada u otra forma de retribución. La clave es un buen expediente de contratación administrativa, con unos Pliegos bien redactados, con los objetivos bien definidos, tanto de calidad, como asistenciales y económicos. Lo contrario lleva a ineficiencias, incrementos de costes y un descenso de la calidad esperada.

e) La falta de control democrático, fundamentalmente a través de instrumentos de control político en el contexto social y desde la gobernanza económica y participación democrática.

f) Los resultados en salud esperados de la población asignada y medidos de acuerdo con los objetivos de salud establecidos por las autoridades sanitarias y las prioridades en política sanitaria a través de los Planes de Salud, efectuándose posteriormente un diagnóstico de salud de los ciudadanos .

Con independencia del debate suscitado desde hace décadas sobre su implantación, lo que sí es una realidad, es que el sector sanitario sí está necesitado de importantes reformas para que sea sostenible según el último informe de la OCDE. El citado informe recuerda que la crisis económica iniciada en 2007, provocó una desaceleración del crecimiento de los presupuestos sanitarios, sobre todo en Europa. Las previsiones apuntaban a que el gasto público en salud, que actualmente representa el 6 por ciento del Producto Interior Bruto aumentase al 9 por ciento en 2030 y al 14 por ciento en 2060 . La evolución del gasto sanitario ha sido ascendente, ya que en 10 años, entre 1999 y 2009, el gasto público real por persona ha crecido algo más de un 49%, cuatro veces más deprisa que el PIB, pasando del 5,3% al 7% en 2009 (PUIG, 2011) . También la crisis económica con un alarmante descenso de los ingresos tributarios y los problemas para la financiación pública de los nuevos proyectos sanitarios, está provocando un fuerte ajuste de los presupuestos públicos, incluyendo por tanto las partidas destinadas a sanidad.

Por otra parte, si nos comparamos con la media de otros países europeos, los argumentos sobre el bajo coste de nuestro sistema, son puestos en duda por expertos sanitarios. Es cierto que nuestro gasto sanitario, ajustado por renta, es inferior a la media de otros países europeos, “pero lo que es correcto respecto a países con sistemas sanitarios de una forma de organización diferente (modelo Seguridad Social como Francia y Alemania), deja de serlo cuando nos comparamos con países con modelos de naturaleza similar al nuestro (tipo Sistema Nacional de Salud: Suecia, Reino Unido e Italia) (LOPEZ CASANOVA, 2010: 27-29).



También la OCDE, alerta sobre la sostenibilidad fiscal de los sistemas sanitarios, manifestando que en la mayoría de los países sigue siendo insuficiente el presupuesto por lo que en los próximos años será muy complicado seguir garantizando la misma salud de los ciudadanos y la adquisición de innovación sin importantes reformas y un trabajo en muy buena sintonía de los ministerios de Sanidad y Hacienda. Recomienda a los gobiernos que podrían aliviar sus presupuestos sanitarios si fueran más “selectivos” en la financiación de prestaciones, fomentaran mecanismos de pago a proveedores en función de los resultados obtenidos o impulsaran el consumo de medicamentos menos caros, como los genéricos. También propone herramientas para monitorizar la financiación, y para que se pueda detectar a través de determinadas alertas, los excesos de gastos y adoptar medidas correctoras de forma inmediata.

#### *9.1.3.3 Los profesionales del sector sanitario*

La otra gran problemática en la implantación de estos modelos de gestión sanitaria, son los profesionales sanitarios. No podemos olvidar que estamos hablando de un servicio público esencial, donde los recursos humanos son fundamentales para una prestación asistencial adecuada. El cambio de modelo supone determinadas alteraciones en el “status quo” hasta ese momento en la organización sanitaria, tanto si ya estaba prestándose como si es en un nuevo hospital, centro o departamento sanitario.

La resistencia al cambio de los profesionales que hasta ese momento estaban integrados y desarrollando sus funciones con unas determinadas estructuras y organización, es algo absolutamente natural y justificado ante los cambios que se van a producir. No sólo es un cambio organizativo, sino de “cultura”.

Éstos, se pueden ver afectados de muy diversas maneras, o bien a través de cambio de funciones, traslados, nuevas adscripciones tanto orgánicas como funcionales, nuevas condiciones laborales, nuevas retribuciones con nuevas distribución de los complementos fijos y los variables vinculados a nuevos objetivos, e incluso en algunos supuestos con amortizaciones de puestos de trabajo que implican la pérdida de los

mismos. En algunas ocasiones se produce una subrogación de los trabajadores a la nueva empresa privada adjudicataria del servicio.

Por tanto, se tienen que dar las condiciones adecuadas en las que prime la formación y la información del cambio de modelo, tanto a todos los profesionales como a sus representantes sindicales, con el fin de vencer esa resistencia al cambio. Lo contrario puede llevar a situaciones que pueden llegar, incluso a la retirada del modelo a implantar<sup>78</sup>.

Hay que tener presente además, que los profesionales sanitarios son los primeros afectados cuando se produce un intento de cambio de modelo por los responsables sanitarios, bien por las modificaciones a nivel presupuestario que en situaciones de crisis afecta directamente a sus retribuciones, bien en cuanto a su régimen jurídico, a sus derechos y obligaciones y también a las expectativas de los trabajadores que ocupan puestos interinos que pueden ser frustradas sus aspiraciones de conseguir estabilidad en sus puestos de trabajo a través de las Ofertas de Empleo Público<sup>79</sup>.

En un Informe elaborado por Comisiones Obreras en 2015, se contempla un análisis de la situación de la sanidad valenciana, y también de la evolución de sus recursos humanos<sup>80</sup>.

---

<sup>78</sup> Véase el fracaso del proceso de externalización de la gestión en hospitales y centros de atención primaria de Madrid.

[http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/03/10/actualidad/1394457227\\_701861.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/03/10/actualidad/1394457227_701861.html)

<sup>79</sup> Un ejemplo de ello son las limitaciones en cuanto a las "tasas de reposición de efectivos" en las Administraciones Públicas que desde la crisis económico-financiera iniciada en 2007, van incluidas en las Leyes de Presupuestos tanto estatal como de las distintas CCAA y entre ellas la Comunidad Valenciana.

<sup>80</sup> La FSS de CCOO lleva realizando informes comparados sobre los presupuestos sanitarios desde 2011 y en el de este año, "Análisis de CCOO sobre los Presupuestos Sanitarios 2015", igual que en los estudios anteriores, se constatan importantes retrocesos a nivel asistencial y laboral en el sector sanitario. Según este informe de CC.OO. se evidencia el deterioro de la sanidad pública valenciana en los últimos años, constatando el documento la importante distancia existente con otros servicios de salud autonómicos. En el mismo se ponen de manifiesto las carencias del sistema sanitario público de la Comunidad Valenciana. Entre las conclusiones destacan el bajo presupuesto y la destrucción de empleo.

Las cifras registradas en lo que respecta a los gastos de personal mantienen la misma evolución que el presupuesto sanitario, es decir, caen a partir de 2011 y crecen en el presupuesto de 2015,

#### 9.1.4 Los modelos contractuales tradicionales en nuestro ordenamiento de colaboración público-privada

Las APP, con independencia de su mayor éxito a partir de los noventa, por las causas mencionadas anteriormente (limitación de la deuda pública, etc...), ha sido una herramienta de gestión tradicional de las Administraciones Públicas, y un claro ejemplo son las concesiones de obras públicas, aunque de aplicación bastante irregular durante el siglo XX.

Pero la concesión de obra pública, no ha sido el único instrumento de canalización de la colaboración público-privada en nuestro país. En general, podemos hablar de los siguientes instrumentos de contratación pública utilizados:

**a) La Concesión de obras públicas.** Es un contrato mediante el cual el concesionario construye una obra pública y se le retribuye, a su riesgo y ventura, durante el periodo de la concesión, con el derecho de explotación. Esto significaba el cobro de un precio o peaje a los usuarios. Como explicaré más adelante, este concepto clave de explotación se vio sustancialmente ampliado en la nueva regulación de este contrato aprobada en el año 2003, que modificó la Ley de Contratos del Sector Público<sup>81</sup>.

**b) La Concesión de la gestión de un servicio público.** Es un contrato mediante el cual la Administración Pública, como titular de un servicio público, le adjudica su gestión a un particular para que este lo explote a su riesgo y ventura, siendo retribuido por ello por

---

*como consecuencia del acuerdo de la Mesa General de Negociación. El porcentaje del capítulo I de gastos de personal de la Conselleria de Sanidad supone el 46,82% respecto del presupuesto total sanitario, estando en el noveno puesto de las autonomías que más destinan a retribuir al personal sanitario del conjunto del estado. En lo que respecta a las plantillas, los datos del informe reflejan un importante descenso (-1.038 puestos de trabajo destruidos) hasta el año 2015 en que la caída se frena-  
<http://www.pv.ccoo.es/websanidadpaisvalencia/Inicio:912763-->  
Un\_informe\_de\_CCOO\_evidencia\_el\_deterioro\_de\_la\_sanidad\_publica\_valenciana\_de\_los\_ulti  
mos\_anos. Consulta 11/10/2015.-<http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2015/09/26/caida-166-millones-sanidad-dispara/1319405.html>. Consulta 11/10/2015*

<sup>81</sup> Actualmente regulado en los artículos 240 a 274, del TRLCSP

los usuarios o por la propia Administración, o por la combinación de ambos<sup>82</sup>. En nuestro ordenamiento jurídico ha sido tradicional que este contrato previera la realización de obras por el concesionario, y en estos casos esta figura contractual se aproxima, en ocasiones hasta la confusión (GARCIA OVIEDO, 1962: 704), a la concesión de obras públicas<sup>83</sup>.

**c) Los Conciertos.** Es una modalidad de contratación del contrato de gestión de servicio público, que tiene como característica principal, la encomienda de la gestión del servicio por parte de la Administración a una *“persona natural o jurídica que venga realizando prestaciones análogas a las que constituyen el servicio público de que se trata”*<sup>84</sup>. Es muy común su aplicación en el ámbito sanitario.

**d) La Sociedad de economía mixta.** Al igual que los conciertos, es otra modalidad de contratación de la gestión de un servicio público con presencia importante en el ámbito local. En este supuesto, la Administración Pública participa en la gestión del servicio público, por sí misma o a través de una empresa pública, en concurrencia con personas naturales o jurídicas<sup>85</sup>.

#### 9.1.5 El contrato de concesión de obra pública y su evolución

El contrato de concesión de obra pública fue modificado en el año 2003<sup>86</sup> y su regulación de entonces perdura en lo principal en el actual TRLCSP. Se introdujeron las cuatro importante novedades siguientes:

---

<sup>82</sup> Actualmente regulado en los artículos 275 a 289, del TRLCSP

<sup>83</sup> Como más adelante se expondrá, han sido los modelos utilizados para las concesiones administrativas sanitarias en la Comunidad Valenciana a través del llamado “Modelo Alzira”.

<sup>84</sup> Actualmente recogida esta modalidad de contratación en el artículo 277.c), del TRLCSP.

<sup>85</sup> Actualmente recogida esta modalidad de contratación, en el artículo 277. d), del TRLCSP.

<sup>86</sup> Por la Ley 13/2003, de 23 de mayo reguladora del contrato de concesión de obras públicas, que modificó la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, Texto Refundido, aprobado por el Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio.

a) Se reconoció expresamente la posibilidad de un activo papel del concesionario en el diseño de las obras: el concesionario podría encargarse también de la elaboración del correspondiente proyecto, sobre la base del anteproyecto o estudio aprobado por la Administración concedente. Esta posibilidad todavía se mantiene en la actualidad<sup>87</sup>.

b) Se introdujo la importante novedad de la posibilidad de otorgar esta modalidad contractual en concesión obras ya construidas: la legislación vigente recoge que el concesionario realice obras, pero admite la posibilidad de que estas sean *“las de restauración y reparación de construcciones existentes, así como la conservación y mantenimiento de los elementos construidos”*<sup>88</sup>. Se amplía de forma importante la opción de utilización de este contrato, que cabe, ya no solo para obras nuevas, sino también para la explotación de aquellas ya existentes que requieran una inversión relevante en su restauración o mantenimiento.

c) Se otorgó autonomía de la construcción de la obra al concepto de explotación de la obra pública, al que convirtió en el eje del contrato. Este aspecto fue fundamental en la reforma de 2003 ya que supuso abandonar el concepto del contrato de concesión de obra pública como un contrato mixto y por tanto, que agrupaba diversas prestaciones características de dos o más contratos administrativos típicos y en concreto como un contrato mixto de obras y de gestión de servicios públicos. Este concepto, hoy abandonado, identificaba la explotación de la obra con la gestión de un servicio público que tenía en la construcción de la obra el soporte físico para la prestación del servicio. La actual regulación de la concesión de obras públicas como un contrato administrativo típico implica, por sí sola, que ese contrato tenga un objeto propio, distinto del objeto de los demás contratos administrativos típicos, como el de prestación de un servicio público. De este modo, a partir de esta reforma, la explotación de la obra adjudicada

---

<sup>87</sup> Esta posibilidad está recogida en los artículos 6 y 7 del TRLCSP.

<sup>88</sup> El artículo 7.1, del TRLCSP establece esta posibilidad y también el que *“(...) la contraprestación a favor de aquél consiste, o bien únicamente en el derecho a explotar la obra, o bien en dicho derecho acompañado del de percibir un precio”*

puede consistir en su puesta a disposición de la Administración, o a través de un modelo de APP, por ejemplo, para que la utilice para la prestación de un servicio público.

d) Se diversificó los sistemas de retribución del concesionario y, por tanto, se redujeron las fuentes del riesgo y ventura tradicionales de este tipo de contrato: junto con los pagos realizados por los usuarios, por el uso de la obra o en las zonas comerciales complementarias, la explotación de la obra por el concesionario puede también verse retribuida mediante pagos realizados por la Administración. La ley permite, por tanto, una considerable flexibilidad en el sistema de retribución del concesionario, por lo que permita una adaptación a las características de cada uno de los proyectos adjudicados.

Por tanto, éste constituye un instrumento contractual flexible, y que permite adaptarse a las necesidades de distintos tipo y modalidades de proyectos de APP, relativos a obras públicas. Entre ellos están las obras que se construyeron hace unos años, en los que el concesionario las ponía a disposición de la Administración Pública, para que esta las utilizase para sus servicios públicos propios. Así están funcionando varios hospitales en nuestro país (en Madrid y en Castilla y León, por ejemplo), construidos y equipados por un concesionario, que los explota poniéndolos a disposición del correspondiente servicio de salud autonómico de salud, para que este preste el servicio sanitario correspondiente a la población asignada.

#### **9.1.6 El contrato de colaboración entre el sector público y el privado como alternativa**

Como ya se expuso anteriormente, en la Ley de Contratos del Sector Público de 2007, se creó este nuevo contrato típico como una gran novedad, pero lo cierto es que en la práctica ha sido escasamente utilizado. Uno de los ejemplos fallidos fue el intento de implantación en la Comunidad Valenciana, y recogido en el epígrafe 8, del Capítulo VIII de esta obra bajo el título: “Un proyecto de colaboración público-privada. El Modelo Sanitario de Gestión Compartida (MSGC)”.

Algunos de los motivos de aquél intento fallido de implantación en la Consellería de Sanidad de la Generalitat en el año 2012 y que también han influido, como se ha comentado anteriormente, a su escasa implantación, son los siguientes:

- a) Su carácter subsidiario a otros contratos típicos, de manera que solo puede celebrarse *“cuándo previamente se haya puesto de manifiesto (...) que otras fórmulas alternativas de contratación no permiten la satisfacción de las necesidades públicas”*<sup>89</sup>.
- b) El éxito de la concesión de obras públicas, tras su reforma en 2003 en la construcción y explotación de obras públicas, tales como los hospitales mencionados anteriormente por lo que era un “modelo de gestión” con amplia experiencia y aplicado con seguridad jurídica para las partes.

La adjudicación de este contrato debe realizarse a través de un diálogo competitivo. La complejidad de este procedimiento, es un obstáculo añadido para la Administración Pública.

### 9.1.7 La evidencia de las CPP en el Sistema Nacional de Salud

Un estudio publicado en 2012 por IASIST, una empresa del sector de la consultoría y auditoría sanitaria, dedicada a analizar la información de contenido clínico y económico necesario para la mejora de la calidad y la eficiencia en las organizaciones sanitarias<sup>90</sup>,

---

<sup>89</sup> Recogido en el artículo 11.2, del TRLCSP

<sup>90</sup> Informe de “Evaluación de resultados de los hospitales en España según el modelo de gestión”. 2012. Elaborado y editado por IASIST.

-En cuanto a los criterios de selección se valoró la multiplicidad de fórmulas de gestión y organización alternativas a la directa administrativa y al ser tan variada se optó por una clasificación simple en dos grupos a partir del criterio de la relación laboral del personal: estatutarios en el caso del grupo de gestión directa de la administración, o laboral en el grupo de otras formas de gestión.

-La definición de los dos grupos es la siguiente: • “Gestión Directa Administrativa” incluye todos los hospitales gestionados directamente por las Administraciones Públicas y sus organismos y que se caracterizan por la relación laboral estatutaria de sus plantillas. Además, estos hospitales carecen mayoritariamente de personalidad jurídica propia.

se circunscribió a hospitales generales del Sistema Nacional de Salud de un tamaño de pequeño a medio, sin especialidades de referencia ni trasplantes sólidos.

Se compararon la estructura, la actividad y los resultados de un grupo de 41 hospitales de gestión directa administrativa y personal estatutario, y otro de 37 con diferentes fórmulas organizativas y personal laboral, criterio seguido para la clasificación de los hospitales en estos dos grupos.

El ámbito del estudio fueron los hospitales generales, cuya actividad estaba financiada, al menos en un 70% por el Sistema Nacional de Salud y participantes en el programa Hospitales TOP 20 - 2011, con datos de 2010. Se consideraba como hospitales generales, aquellos que no ofrecen ninguna especialidad de referencia (cirugía cardíaca, cirugía torácica, neurocirugía) ni trasplantes de órganos sólidos.

Los principales hallazgos del estudio muestran que los hospitales con formas organizativas distintas de la gestión directa administrativa:

- a) Son centros más pequeños en tamaño y plantilla, tratando pacientes de similar edad y complejidad.
- b) Hacen una utilización más eficiente de las camas y son más intensivos en el uso de alternativas ambulatorias.

---

*-La definición de "Otras Formas de Gestión" incluye cualquiera de los hospitales con las fórmulas existentes (Fundaciones, Empresas Públicas, Concesiones, PFI, PPP), cuyo personal es laboral y que en general tienen personalidad jurídica propia.*

*-Se analizaron un total de 78 hospitales, ubicados en 15 CCAA, de los que 41 son de "Gestión Directa Administrativa" 37 son de "Otras Formas de Gestión", los primeros distribuidos en 13 territorios y en 6 los segundos.*

*- Las Comunidades Autónomas con una mayor presencia en la muestra analizada son Cataluña (34% de los incluidos) y Madrid (12%). Los hospitales de "Otras Formas de Gestión" son mayoría en la comunidad autónoma de Cataluña, debido a las peculiaridades históricas de la provisión de servicios sanitarios en ese territorio. De hecho, de los 29 hospitales catalanes, incluidos en el estudio, sólo dos han sido clasificados en el grupo "Gestión Directa Administrativa". En cambio, el modelo "Gestión Directa Administrativa" es preponderante en el resto de Comunidades Autónomas, siendo las experiencias de implantación del modelo Otras Formas de Gestión", minoritarias y más recientes*



c) Sus recursos humanos, con similar estructura, producen un 37% más de unidades de actividad ajustada. Las diferencias más claras entre los dos grupos de hospitales según modelo de gestión son las de productividad de los recursos humanos y de coste. Dado que la relación laboral es el criterio de clasificación de los hospitales, quizás sea lógico esperar que sea en este ámbito, la productividad de los recursos humanos, donde se ha hallado mayor explicación de las diferencias atribuible al modelo de gestión. La única diferencia encontrada respecto a la estructura de las plantillas es la mayor presencia de residentes (MIRs) en los hospitales de Gestión Directa Administrativa. Uno de los aspectos a analizar en el futuro puede ser la influencia de la función docente diferencial de ambos grupos de hospitales sobre los resultados hallados. La diferenciación del régimen jurídico del personal parece ser uno de los elementos más importantes para esta diferenciación: estatutarios para los hospitales de “Gestión Directa Administrativa” y laborales para los hospitales de “Otras Formas de Gestión”.

d) Son más eficientes al tener un coste por unidad de producción un 30% inferior. A pesar de ello, hay hospitales del modelo de gestión administrativa directa, que consiguen unos resultados notables en cuanto a eficiencia por lo que es necesario analizar cuáles son los factores que subyacen en la consecución de dichos resultados que indican una cierta superación de las barreras de este modelo de gestión y que pueden servir de guía al resto de centros de este tipo.

e) Obtienen buenos resultados de calidad científico-técnica. La mayor eficiencia que tienen estos hospitales con otras formas de gestión no condiciona la calidad científico-técnica. Muestran resultados en calidad científico- técnica (mortalidad, complicaciones y readmisiones ajustadas por riesgo) iguales o superiores a los centros de gestión directa administrativa.

Del análisis del citado estudio se observan las siguientes **limitaciones**:

- a) La participación es voluntaria por lo que la muestra no es aleatoria.
- b) Dos terceras partes de los hospitales de “Otras Formas de Gestión) son de Cataluña, por lo que está territorialmente sesgado el informe.

- c) No es representativa de los distintos tipos de hospital. Sólo recoge hospitales de tamaño medio o pequeño.
- d) La comparación no es de gestión privada con gestión pública, ya que dentro del grupo “Otras Formas de Gestión” se incluyen empresas públicas y fundaciones y no sólo Hospitales con modelo APP.

Otro estudio publicado en 2013, por Carlos Arenas bajo el título: “Eficiencia de las Concesiones Administrativas Sanitarias de la Comunidad Valenciana”, llegó a las siguientes conclusiones<sup>91</sup>:

- a) La media de gasto sanitario completo (atención primaria y especializada) Departamental de los Departamentos de Salud con el modelo concesional en la Comunidad Valenciana durante 2012 es menor a la de los Departamentos de gestión pública directa, de forma bruta un 22,6%, pero esa diferencia disminuye a medida que se homogenizan los tipos de Departamentos a comparar, hasta el 11,7 % si se calcula sin los Departamentos outliers que son aquellos Departamentos con Hospitales de tercer nivel como la Fe de Valencia y los de escasa población).
- b) Algunos departamentos de gestión pública, tienen un gasto per cápita menor que el de las Concesiones, en concreto dos de diecinueve. La diferencia está a la hora de abordar el resultado histórico realizado por la Conselleria de Sanitat para el cálculo de la cápita, que ofrece diferencias de más del 30% en años anteriores. Este resultado está relacionad con la bajada del gasto real de un 8 %

---

<sup>91</sup> Artículo procedente de Sedisa Siglo XXI con el siguiente título: “Eficiencia de las Concesiones Administrativas Sanitarias de la Comunidad Valenciana” de Arenas Díaz, Carlos Alberto. 2013. En este artículo el autor analiza el coste económico per cápita comparado de los Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana, con todos sus gastos reales incluida la farmacia de receta y coste de concursos centralizados como son el transporte sanitario, oxigenoterapia y prótesis. Los datos son de gasto real provisional de cierre el ejercicio presupuestario de 2012. Para poder establecer comparaciones más precisas entre los Departamentos de gestión pública directa y la Concesiones Administrativas, de gestión privada, se han eliminado tres outsiders. Dos por ser Departamentos con hospitales de tercer nivel y de referencia, y otro por su escasa población. Se ha comparado los datos obtenidos con los datos oficiales con los que se calcula la cápita concesional en años anteriores.

<http://www.sedisigloxxi.com/spip.php?article373>

en los Departamentos de Salud de gestión pública, que no se ha producido en la cápita de los Departamentos con modelo concesional al actualizarse con el IPC mínimo (ARENAS, 2013: 12).

- c) La actualización del “presupuesto per cápita” es un aspecto clave a tener en cuenta en futuros contratos concesionales y a revisar en los ya existentes. El objetivo es evitar que el gap de eficiencia disminuya, o cuando se necesiten, como ahora, ajustes en el sector público, poder realizarlos en los Departamentos gestionados con concesiones administrativas.

Algunos autores<sup>92</sup> manifiestan que, ante la pregunta de qué modelo ha demostrado ser más ventajoso y en base a qué variables presupuestarias y de calidad asistencial, como el balance coste-efectividad, se ha evaluado la bondad de los modelos o, cuando menos, cuáles son las fortalezas y las debilidades detectadas en cada uno de ellos. La respuesta que ofrecen es que no se han evaluado. Dos décadas de experimentos en gestión directa o indirecta y, salvo en contados casos<sup>93</sup>, “no han conseguido ir más allá de cuestionadas narrativas de éxito”<sup>94</sup>. Resulta preocupante llegar a la conclusión que para obtener algún conocimiento sobre la cuestión debemos recurrir a la literatura internacional.

La principal conclusión de la reciente experiencia británica, pioneros en el modelo de colaboración público privada, es que “la gestión privada de los servicios sanitarios no es necesariamente mejor que la gestión pública...ni al contrario”. Factores tales como el

---

<sup>92</sup> Artículo de Jiménez, Sergi y Oliva, Juan, título: “Gestión pública o privada de servicios sanitarios (I): elementos para un debate informado” publicado el 22 de diciembre de 2012 en el Blog: “Nada es gratis”

<http://nadaesgratis.es/sergi-jimenez/gestion-publica-o-privada-de-servicios-sanitarios-i-elementos-para-un-debate-informado> Consulta: 4/10/2015.

<sup>93</sup> <http://www.econ.upf.edu/~puig/publicacions/Any1998/RIO1998.pdf>

[http://www.econ.upf.edu/~puig/publicacions/Any2004/HEPuigJunoy\\_Ortun.pdf](http://www.econ.upf.edu/~puig/publicacions/Any2004/HEPuigJunoy_Ortun.pdf)

<sup>94</sup> <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-la-sostenibilidad-los-recursos-humanos-sistema-nacional-13187853>

[-https://research.mbs.ac.uk/accounting-finance/Portals/0/docs/Spanish%20healthcare%20Public%20Private%20Partnerships%20the%20Alzira%20model.pdf](https://research.mbs.ac.uk/accounting-finance/Portals/0/docs/Spanish%20healthcare%20Public%20Private%20Partnerships%20the%20Alzira%20model.pdf)

entorno administrativo e institucional, la cultura de los centros, las condiciones de los contratos y un adecuado control y seguimiento por parte del financiador público de la calidad del servicio prestado, son los elementos a tener en cuenta cuando se analizan estos casos. Alternativamente, el fomento de la competencia entre centros sanitarios, con independencia de su modelo de gestión, sí puede ofrecer mejoras en sus resultados.

## 9.2 Las concesiones administrativas sanitarias valencianas actuales

### 9.2.1 El marco jurídico

Cronológicamente el punto de inicio la CE con el reconocimiento en su art. 43<sup>95</sup> del derecho a la protección a la salud de todos los ciudadanos, contempla que la competencia es de los poderes el organizar y tutelar la salud pública. Asimismo la Ley 14/1986, General de Sanidad que regula las acciones que permiten hacer efectivo ese derecho.

La financiación de la sanidad en España, estableciendo un reparto equitativo por regiones, se realizó con la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, de financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común y de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla<sup>96</sup>.

Por su parte, la Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias, mantuvo las líneas generales de la citada Ley 21/2001 reforzó los principios de equidad, suficiencia,

---

<sup>95</sup> Artículo 43 de la Constitución Española de 1978:

“1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.”

<sup>96</sup> Sus mecanismos están recogidos, en los artículos 3 y 4.

solidaridad, autonomía y corresponsabilidad fiscal. Posteriormente en 2003 se establecieron las actuaciones necesarias de coordinación y cooperación entre las distintas Administraciones Públicas sanitarias con el objeto de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud a través de la aprobación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. El objetivo era el de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud.

En 1991, se aprobó el llamado “Informe Abril”, técnicamente llamado “Informe de la Comisión para el análisis, evaluación y propuesta de mejoras del Sistema Nacional de Salud”, y se consideró como el inicio de la futura implantación de las concesiones administrativas en España y en concreto en la Comunidad Valenciana. El citado informe destacaba en su contenido, principios y conceptos tan vigentes en la actualidad con los siguientes: a) crear las bases para que el sistema pueda funcionar con mayor satisfacción subjetiva de los usuarios y permita mayor libertad de elección; b) alcanzar un mayor grado de responsabilidad de los gestores del sistema para lograr una mayor eficiencia en el uso de los recursos humanos y materiales; c) suscitar la creación de estructuras que sean capaces de ajustarse de forma flexible y autónomamente en su gasto a las autorizaciones presupuestarias; obtener el mayor grado de participación activa; d) vinculación al proyecto y motivación del personal sanitario; y e) promover una conciencia de coste de los servicios.

Con posterioridad, la Ley 15/1997, de 25 de abril, de Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud, recogió en su articulado la posibilidad de que los servicios sanitarios fueran prestados por personas jurídicas privadas. No obstante, se establecieron dos limitaciones: a) el mantenimiento del servicio público asistencial y b) la salvaguarda de la naturaleza pública en cuanto a la responsabilidad última de protección del servicio sanitario.

Por su parte, el actual TRLCSP y las leyes que la precedían, contemplaban y contemplan expresamente la concesión como una de las modalidades de contratación del contrato de gestión de servicios públicos.

En la Comunidad Valenciana, la derogada Ley 3/2003, de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana, supuso la regulación autonómica de la habilitación, realizada a través de la Ley 15/1997 sobre nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud mencionada anteriormente, para determinar las fórmulas jurídicas más idóneas en el ámbito de sus competencias. La novedad más relevante es la inclusión de la fórmula de la concesión administrativa<sup>97</sup>.

Con relación al inicio del modelo en la Comunidad Valenciana es de destacar el recurso interpuesto contra la convocatoria de concurso para la adjudicación de la concesión de Alzira, interpuesto por la Federación Sindical de Comisiones Obreras. El citado recurso no cuestionaba el procedimiento de contratación administrativa ni la modalidad contractual elegida, sino la legalidad de la figura para gestionar el servicio público sanitario. El Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana,<sup>98</sup> concluyó que no hay reparo legal alguno que se oponga a la gestión indirecta del servicio sanitario, en virtud de una concesión.

Esta Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Valencia, fue recurrida en casación ante el Tribunal Supremo, que se pronunció al respecto confirmando las afirmaciones realizadas por el por el Tribunal de Justicia de la Comunidad Valenciana<sup>99</sup>.

---

<sup>97</sup> En su artículo 23, se decía expresamente: "(...) la constitución de concesiones administrativas, consorcios, fundaciones, empresas públicas u otros entes dotados de personalidad jurídica propia, pudiéndose establecer, además, acuerdos o convenios con personas o entidades públicas o privadas y fórmulas de gestión integrada o compartida."

<sup>98</sup> STSJ de la Comunidad Valenciana, de 20 de diciembre de 2001 (Rec. contencioso-administrativo núm. 273/1997). El Tribunal de Justicia salió al paso de los reproches de los recurrentes relativos a la prohibición contenida en el art. 155.1 TRLCSP (hoy art. 275.1 TRLCSP), esto es, «en ningún caso podrá prestarse por gestión indirecta los servicios que impliquen ejercicio de la autoridad inherente a los poderes públicos...». El Tribunal (FD Sexto), haciendo suyos los argumentos esgrimidos por la representación de la codemandada (Adeslas Compañía de Seguros), afirmando que las prestaciones sanitarias son necesarias e imprescindibles para la vida social y por ello las presta el Estado, lo que no implica ejercicio de soberanía, ni ejercicio de autoridad. Es decir, el Estado no impone coactivamente a los ciudadanos la asistencia sanitaria, simplemente como titular del servicio público, ofrece unas prestaciones públicas que los ciudadanos pueden utilizar.

<sup>99</sup> STS de 20 de diciembre de 2005 (RJ 2006/4212). En su argumentación, el Tribunal Supremo, parte de que la Constitución (arts. 41 y 43 CE) no impone un determinado modelo de gestión y prestación de la asistencia sanitaria, pudiendo el legislador optar por uno u otro: gestión y

En cuanto al concepto de “Concesión Administrativa Sanitaria”, Rebollo (REBOLLO, 2007: 64) las define como: “la Concesión, como forma jurídica, no es sino la manifestación contractual más común de las Asociaciones Público Privadas en nuestro país, y en otros muchos países de tradición administrativa”. Para Prieto (PRIETO, A. Y LOPEZ DE LETONA, A., 2006: 11) “son concesiones de gestión privada para la construcción y gestión del edificio sanitario y provisión de servicios sanitarios y no sanitarios, para una población definida, geográficamente delimitada, con pago per cápita”. Para CALERO Y MARTINA<sup>100</sup> por Concesión Sanitaria Administrativa se entiende “aquella relación contractual entre una parte pública y otra privada para el suministros y mantenimiento de una infraestructura sanitaria y la provisión y gestión de un servicio público de carácter sanitario cuya propiedad, financiación y control son públicos, mientras que su gestión es desarrollada íntegramente por un ente privado”.

Mi opinión es que esta definición de Calero es la que más se ajusta a las concesiones administrativas sanitarias valencianas.

#### 9.2.1.1 El tipo de contrato. El régimen jurídico

Todos los contratos suscritos por las empresas adjudicatarias con la Administración sanitaria valenciana, tienen el mismo marco normativo. Tienen naturaleza administrativa y de carácter mixto, de gestión de Servicios Públicos en la modalidad de

---

*prestación totalmente pública, privada o mixta, siempre que, en todo caso, se garantice suficientemente la prestación del servicio sanitario (FD Tercero).*

*Siguiendo la doctrina del Tribunal Constitucional (STC 37/1994, de 10 de febrero), el art. 43 CE recoge la prestación del servicio de salud como un derecho de estricta configuración legal, disponiendo el legislador de libertad para modular la acción protectora del sistema y sin que el carácter público del sistema quede cuestionado por la incidencia en él de fórmulas de gestión o responsabilidad privada. A partir de estas ideas, el Tribunal sostiene, en contra de lo defendido por los recurrentes, que la gestión a través de la concesión no es una figura privatizadora, perfectamente admitida por nuestro ordenamiento jurídico y expresamente prevista por la Ley 15/1997, habilitadora de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud (FD 6º).*

<sup>100</sup> Véase CALERO, R. y GRANIZO, MGG. en “La concesión administrativa como modelo de gestión sanitaria en la Comunidad Valenciana” (2010). Cuadernos de Ciencias Económicas y Empresariales, núm. 59, pág. 37-63

concesión, incluyendo la realización de unas obras determinadas para cada concesión y la redacción del proyecto técnico relativo a las mismas.

Todos los contratos suscritos se registrarán por lo establecido en<sup>101</sup>:

- a) El Pliego de Cláusulas Administrativas para la contratación de la gestión del servicio público por concesión, mediante concurso y procedimiento abierto de la asistencia sanitaria integral de cada Departamento de Salud.
- b) Por las normas contenidas en el Real Decreto Legislativo 2/2000 de 16 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido, de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas.
- c) Por el Real Decreto 1098/2001, de 12 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento General de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas.
- d) Por la Ley 13/2003, de 23 de mayo, reguladora del contrato de concesión de obras públicas.
- e) Por la normativa de la Generalitat Valenciana que le sea de aplicación.

Supletoriamente, se registrará por la vigente legislación en materia de contratos del Estado y demás concordantes que le sea de aplicación, con respecto a la normativa específica en la materia objeto del contrato. A los meros efectos indicativos:

- a) Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- b) Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.
- c) Ley 24/1997, de 15 de julio, de consolidación y racionalización del Sistema de Seguridad Social.
- d) Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

---

<sup>101</sup> Cláusula primera del PCAP de todas las Concesiones



- e) Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

La Administración Pública sanitaria valenciana, a través del Órgano de Contratación en estos contratos puede ejercer lo que se denomina por la doctrina “los poderes exorbitantes de la Administración” (DE LA PUENTE, 2014) y por tanto:

- a) Ostenta la prerrogativa de interpretar los contratos administrativos y de resolver las dudas que ofrezca su cumplimiento.
- b) Podrá modificar por razones de interés público los contratos celebrados y acordar su resolución dentro de los límites y con sujeción a los requisitos previstos en la normativa correspondiente (audiencia del contratista, etc...)
- c) Todas las resoluciones que dicte el Órgano de Contratación, en el ejercicio de su prerrogativa de interpretación, modificación y resolución, serán inmediatamente ejecutivas y pondrán fin a la vía administrativa.

El contrato se ejecutará con sujeción a las cláusulas del mismo y de acuerdo con las instrucciones que para su interpretación diere al contratista la Administración.

#### 9.2.1.2 La subcontratación y la cesión.

El TRLCSP permite la subcontratación de determinados servicios, pero establece determinados límites y condiciones<sup>102</sup>, y entre ellos recoge que esté previsto en el contrato.

---

<sup>102</sup> Art. 227 TRLCSP:

*“1. El contratista podrá concertar con terceros la realización parcial de la prestación, salvo que el contrato o los pliegos dispongan lo contrario o que por su naturaleza y condiciones se deduzca que aquél ha de ser ejecutado directamente por el adjudicatario.*

En los PCAP<sup>103</sup> de las concesiones está recogido que las empresas adjudicatarias de las concesiones valencianas puede realizar subcontrataciones de alguno de los servicios pero únicamente sobre prestaciones accesorias. En su supuesto de la subcontratación de servicios sanitarios, es necesaria e imprescindible la autorización de la Administración sanitaria. En el resto de casos, incluida la obra a realizar se debe dar conocimiento por escrito a la Administración del subcontrato que se pretende realizar con detalle de los servicios o los conceptos que va a realizar en subcontratista.

Otro límite recogido es en cuanto a un porcentaje de la parte capitativa del precio: es condición necesaria que las prestaciones parciales que el adjudicatario subcontrate con terceros no excedan del 50 % de la parte capitativa del precio del contrato y durante toda la explotación del servicio. Por otro lado, sí es posible subcontratar la realización de la totalidad de la obra comprometida.

Con relación los subcontratistas, un requisito exigido a los mismos es el que deber tener todos los requisitos subjetivos de solvencia que garanticen la realización y el cumplimiento de las prestaciones. Un límite establecido a la condición de “terceros” es que no se consideran los mismos, aquellas empresas que se hayan agrupado para obtener la concesión, ni las empresas vinculadas a ellas, ni aquellas otras que con autorización de la Administración se subroguen en su posición. Las entidades adjudicatarias tienen la obligación de actualizar la lista de empresas que reúnan la condición de “vinculadas” conforme a las modificaciones que se vayan produciendo en las relaciones entre las empresas afectadas.

En cuanto a la cesión del contrato, se recoge en la documentación contractual de todas las concesiones, que las empresas adjudicataria no podrán acordar con terceros la

---

*2. La celebración de los subcontratos estará sometida al cumplimiento de los siguientes requisitos: (...)*

*4. Los subcontratistas quedarán obligados sólo ante el contratista principal que asumirá, por tanto, la total responsabilidad de la ejecución del contrato frente a la Administración, con arreglo estricto a los pliegos de cláusulas administrativas particulares y a los términos del contrato (...)*

<sup>103</sup> Cláusula 22.1 de los PCAP de las concesiones.

cesión de los derechos y obligaciones recogidos en el contrato sin la expresa autorización de la Administración sanitaria.

Aparte de este importante requisito, por el que la Administración tiene siempre el control precio de la cesión, el TRLCSP recoge otros requisitos<sup>104</sup>, entre los que destaco el que el concesionario queda subrogado en todos los derechos y obligaciones que corresponderían al cedente.

### 9.2.1.3 El rescate

Con relación a los denominados “poderes desorbitantes de la Administración Pública”<sup>105</sup>, y lo previsto en los PCAP de las concesiones<sup>106</sup>, el Órgano de Contratación puede acordar el rescate de la concesión de acuerdo con lo previsto en la legislación

---

<sup>104</sup> El artículo 226 del TRLCSP “Cesión de los contratos”, dice así:

*“1. Los derechos y obligaciones dimanantes del contrato podrán ser cedidos por el adjudicatario a un tercero siempre que las cualidades técnicas o personales del cedente no hayan sido razón determinante de la adjudicación del contrato, y de la cesión no resulte una restricción efectiva de la competencia en el mercado. No podrá autorizarse la cesión a un tercero cuando esta suponga una alteración sustancial de las características del contratista si éstas constituyen un elemento esencial del contrato.*

*2. Para que los adjudicatarios puedan ceder sus derechos y obligaciones a terceros deberán cumplirse los siguientes requisitos:*

*a) Que el órgano de contratación autorice, de forma previa y expresa, la cesión.*

*b) Que el cedente tenga ejecutado al menos un 20 por 100 del importe del contrato o, cuando se trate de la gestión de servicio público, que haya efectuado su explotación durante al menos una quinta parte del plazo de duración del contrato. No será de aplicación este requisito si la cesión se produce encontrándose el adjudicatario en concurso aunque se haya abierto la fase de liquidación.*

*resulte exigible, debiendo estar debidamente clasificado si tal requisito ha sido exigido al cedente, y no estar incurso en una causa de prohibición de contratar.*

*c) Que el cesionario tenga capacidad para contratar con la Administración y la solvencia que*

*d) Que la cesión se formalice, entre el adjudicatario y el cesionario, en escritura pública.*

*3. El cesionario quedará subrogado en todos los derechos y obligaciones que corresponderían al cedente.”*

<sup>105</sup> Véase, entre otros, en cuanto a los “poderes exorbitantes de la Administración Pública” a Ortega, R. R. (2009). “Derecho administrativo económico”. Editorial Marcial Pons.

<sup>106</sup> Cláusula 23, de los PCAP de todas las concesiones.

vigente sobre la materia. Podrá acordar tanto el rescate total como parcial y siempre condicionado a que los servicios así lo exigieran por causa de interés público.

Se recoge una modalidad distinta del rescate total o parcial, para los supuestos en que el incumplimiento por parte de la empresa adjudicataria se produjera perturbación grave y no reparable por otros medios en el servicio público sanitario y el Órgano de Contratación no decidiese la resolución del contrato, podrá adoptar el acuerdo de la intervención del mismo hasta que aquella desaparezca. En todo caso, el concesionario deberá abonar a la Administración sanitaria los daños y los perjuicios que efectivamente haya producido.

#### 9.2.1.4 La resolución del contrato

Con independencia de la aplicación de las causas recogidas con carácter general en el TRLCSP<sup>107</sup>, los PCAP de todas las concesiones, recogen causas específicas de resolución<sup>108</sup>, y entre otros los siguientes:

- a) *“El rescate del servicio por el Órgano de Contratación.*

---

<sup>107</sup> El art. 223 del TRLCSP, contempla como causas generales de resolución de los contratos las siguientes:

*“a) La muerte o incapacidad sobrevenida del contratista individual o la extinción de la personalidad jurídica de la sociedad contratista, sin perjuicio de lo previsto en el artículo 85.*

*b) La declaración de concurso o la declaración de insolvencia en cualquier otro procedimiento.*

*c) El mutuo acuerdo entre la Administración y el contratista.*

*d) La demora en el cumplimiento de los plazos por parte del contratista y el incumplimiento del plazo señalado en la letra c) del apartado 2 del artículo 112.e) La demora en el pago por parte de la Administración por plazo superior al establecido en el apartado 6 del artículo 216 o el inferior que se hubiese fijado al amparo de su apartado 8.*

*f) El incumplimiento de las restantes obligaciones contractuales esenciales, calificadas como tales en los pliegos o en el contrato.*

*g) La imposibilidad de ejecutar la prestación en los términos inicialmente pactados o la posibilidad cierta de producción de una lesión grave al interés público de continuarse ejecutando la prestación en esos términos, cuando no sea posible modificar el contrato conforme a lo dispuesto en el título V del libro I.*

*h) Las establecidas expresamente en el contrato.*

*i) Las que se señalen específicamente para cada categoría de contrato en esta Ley.”*

<sup>108</sup> Cláusula 24, del PCAP de todas las concesiones.

- b) La renuncia, pura y simple hecha ante el Órgano de Contratación. Dicha renuncia autorizará a la Administración para la incautación del servicio si devolución de la garantía.*
- c) El incumplimiento en más de dos meses del plazo respecto del inicio de la gestión del servicio público por causas imputables al contratista.*
- d) El incumplimiento de las obligaciones contractuales esenciales, relativas a la prestación de los servicios complementarios no sanitarios.*
- e) El incumplimiento de las obligaciones esenciales de elaboración del Proyecto de Construcción del Hospital y de su ejecución.*
- f) El abandono se presumirá cuando el concesionario, sin causa justificada, deje de restar el servicio durante más de 48 horas seguidas, mediante retirada del personal y desatención absoluta del servicio. El abandono supone la incautación del servicio por parte de la Administración.*
- g) La obstrucción por el concesionario al ejercicio por parte de la Administración Pública de las facultades de control e inspección.*
- h) La demora superior a seis meses, por parte de la Administración.*
- i) La supresión del servicio sanitario por razones de interés público.*
- j) La imposibilidad de explotación del servicio como consecuencia de acuerdos adoptados por la Administración con posterioridad al mismo.”*

Asimismo, se realiza una precisión específica para el supuesto de que el contrato se resuelva por culpa de la empresa adjudicataria y es que le será incautada la garantía y también deberá indemnizar a la Administración sanitaria de los daños y perjuicios que hubiera podido ocasionar.

#### *9.2.1.5 La reversión de la concesión*

Una vez analizados anteriormente los supuestos de rescate y resolución de las concesiones administrativas valencianas, tanto los supuestos de carácter general regulados en el TRLCSP, como los de carácter específicos recogidos en los PCAP de todas

las concesiones, haré referencia al supuesto de “reversión de la concesión” también recogido y regulado en los PCAP de todas las concesiones<sup>109</sup> pero que, inexplicablemente no está incluida como una de las causas de “resolución del contrato”.

El supuesto de reversión del contrato, está previsto cuando finalice el plazo de la concesión del servicio público sanitario adjudicado y producirá la reversión a la Administración sanitaria, así como la propiedad libre de cargas de los nuevos hospitales y todo su equipamiento. La empresa adjudicataria entregará el edificio, las instalaciones y el equipamiento a que los contratos se obligan, en el estado de conservación y funcionamiento adecuados.

También revertirán en las mismas condiciones todos los centros sanitarios y equipamientos gestionados por el concesionario, así como todas las inversiones que se hayan realizado por el adjudicatario, de conformidad con los programas de inversiones que durante el plazo de ejecución del contrato hayan sido aprobados por la Administración contratante.

El plazo que prevé la Administración, es el de un año antes de que finalice en contrato, para que la misma disponga de las normas e instrucciones necesarias para la recepción del hospital, centros y equipamiento sanitario y del personal que corresponda. Se realizará una verificación del estado de todas las instalaciones, edificios y equipamiento, para exigir su reparación o reposición en el supuesto de que no estén en las condiciones adecuadas. El plazo de garantía es de un año, contado desde la fecha en que se formalice el acta de reversión.

Se realiza una previsión importante en toda los PCAP, de todas las concesiones con el fin de que el servicio público sanitario, una vez se produzca la reversión al sector público, se realice en condiciones óptimas de prestación, fundamentalmente en cuanto a las demoras (listas de espera) máximas establecidas para el sistema sanitario público.

La previsión recogida es la siguiente: *“Respecto de la gestión del servicio público, deberá de producirse la reversión en condiciones normales de prestación, es decir con el nivel de*

---

<sup>109</sup> Cláusula 25.

*calidad en la prestación y con las demoras máximas establecidas para el sistema sanitario público. En su caso se imputarán a la última liquidación anual prevista en el presente PCAP, el importe correspondiente a las actualizaciones a realizar por la Administración para normalizar dichos parámetros si los mismo no se ajustaran a lo previsto en este Priego”*

Por tanto, la Comisión Mixta de Seguimiento de cada concesión, es la que deberá analizar y adoptar la decisión en este punto, y dejar recogido en la última liquidación las incidencias que surgieran para que esa reversión al sector público se produjera con los estándares de calidad en las demoras establecidos.<sup>110</sup>

### 9.2.2 Las concesiones actuales. El Modelo Alzira

El llamado modelo Alzira (modelo PPP sanitario) nació en 1997, bajo el Gobierno del entonces Presidente de la Generalitat Valenciana Eduardo Zaplana (Partido Popular), para gestionar de forma privada el Hospital de **La Ribera en Alzira** (Valencia) que se

---

<sup>110</sup> *Se relacionan a continuación alguna de las normas más destacadas en la Comunidad Valenciana que recogen los principios y los procedimientos concretos con plazos en orden a regular las demoras en la Consellería de Sanidad:*

- *La Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunidad Valenciana*
- *El Decreto Ley 3/2015, de 24 de julio, del Consell, por el que reguló el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana*
- *El Decreto 191/2005, de 16 de diciembre, del Consell por el que se modificó el Decreto 97/1996, de 21 de mayo, por el que se adoptaron medidas excepcionales para eliminar las listas de espera quirúrgicas en el sistema sanitario de la Comunidad Valenciana*
- *El Decreto 97/1996, de 21 de mayo, del Consell, por el que se adoptaron medidas excepcionales para eliminar las listas de espera quirúrgicas en el sistema sanitario de la Comunidad Valenciana.*
- *Decreto 15/2007, de 9 de febrero, del Consell, por el que se establecieron mecanismos para agilizar la asistencia sanitaria a procesos oncológicos*
- *La Orden Conjunta de 4 de junio de 1996, de las Consellerías de Economía y Hacienda y de Sanidad y Consumo por la que se desarrolló el Decreto 97/1996, de 21 de mayo del Consell, sobre medidas excepcionales para eliminar las listas de espera quirúrgicas en el sistema sanitario de la Generalitat Valenciana*
- *La Orden de 22 de diciembre de 2008, de la Consellería de Sanidad, por la que se establecen plazos en los procesos asistenciales del melanoma*

inauguró en 1999. Tomó su nombre de la localidad valenciana en la que se construyó el primer hospital público español gestionado bajo la modalidad de concesión administrativa, el Hospital de La Ribera en Alzira que impulsado por la Generalitat.

La empresa adjudicataria para llevar a cabo este proyecto fue la empresa Ribera Salud, creada con este objeto social específico por las desaparecidas **Cajas de Ahorro CAM y Bancaixa**, que se repartieron al 50% el capital.

Desde el primer momento, fue muy cuestionado por la izquierda en la oposición en Las Cortes Valencianas ya que entendían que se producía un perjuicio importante en la prestación del servicio sanitario. Sin embargo, los sucesivos gobiernos del Partido Popular, impulsaron el modelo con la creación de cuatro hospitales más bajo este modelo de gestión.

La población atendida actualmente con este modelo en la Comunidad Valenciana asciende a aproximadamente un millón de habitantes, lo que representa un 20 por ciento de la población valenciana, que según los datos recogidos en el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud Comunidad Valenciana<sup>111</sup>, asciende a 4.967.019 habitantes.

Partiendo del proyecto surgido en 1996, con un nuevo modelo de gestión y la evolución del modelo concesional en la Comunidad, se diseñó una nueva organización administrativa, gestión y financiación de toda la red sanitaria valenciana, con independencia de que la provisión de los servicios sanitarios se realizase con medios propios de firma directa o a través de concesiones administrativas sanitarias de forma indirecta. En el año 2005, se crearon los Departamentos de Salud<sup>112</sup> y se implementó en todos ellos el nuevo modelo de gestión integrada y financiación capitolativa.

---

<sup>111</sup> *Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Los datos recogidos en el citado informe de la población de la Comunidad Valenciana, son del INE-Cifras de población 1.07.2013.*

<sup>112</sup> *Mediante la Orden de 12 de mayo, de 2005, de la Conselleria de Sanidad se crearon los Departamentos sanitarios como demarcaciones geográficas en las que queda dividido el territorio de la Comunidad Valenciana a efectos sanitarios.*



Se trató en 1999, de un modelo pionero en España y, a su vez, de una de las mayores apuestas de la sanidad valenciana. El modelo concesional había sido bastante frecuente en nuestro país en la construcción de obras, concretamente autopistas como ya hice referencia a ellas anteriormente en esta obra, pero nunca antes se había utilizado en España como herramienta de gestión de servicios sanitarios<sup>113</sup> Desde entonces, las concesiones sanitarias administrativas en la Comunidad Valenciana, han sido una referencia en el ámbito estatal y ha sido seguido por otras Comunidades Autónomas como Madrid.

En la actualidad, hay cinco concesiones administrativas sanitarias en la Comunidad Valenciana con más de 1100 camas de hospitalización que, como después analizaré con más detalle, han financiado las infraestructuras y gestionan la asistencia sanitaria de forma integral, tanto la especializada como la primaria. Son las llamadas “Modelo Alzira” y que son las siguientes:

- a) El Hospital Universitario de la Ribera (“Alzira”), (Departamento de Salud de la Ribera), en la provincia de Valencia.
- b) El Hospital Marina Salud de Denia, (Departamento de Salud de Denia), en la provincia de Valencia.
- c) El Hospital Manises (Departamento de Salud de Manises), en la provincia de Valencia. También gestiona la atención socio-sanitaria.
- d) El Hospital Universitario de Torrevieja (Departamento de Salud de Torrevieja) en la provincia de Alicante.
- e) El Hospital Universitario del Vinalopó (Elx-Crevillent) (Departamento de Salud del Vinalopó) en la provincia de Alicante.

---

<sup>113</sup> Véase a GÓMEZ DE HITIA, J.L. (2000): *Formas jurídicas de la Organización Sanitaria: Derecho Público y Derecho Privado en la provisión de servicios sanitarios*. Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada

La puesta en marcha e inicio del funcionamiento de estas cinco concesiones valencianas fue en las siguientes fechas<sup>114</sup>:

**Tabla IX.1:** El inicio de la actividad en las Concesiones administrativas en la Comunidad Valenciana:

CONCESION	FECHA
La Ribera (Alzira)	Diciembre 1999
Torreveija	Octubre 2006
Denia	Febrero de 2009
Manises	Mayo 2009
Vinalopó (Elx-Crevillent)	Junio 2010

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos obtenidos del Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2008 Comunidad Valenciana.

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2008/ComunidadValencianaSNS2008.pdf>

Es importante destacar a priori, que el llamado “modelo Alzira”, concesión administrativa integral para la prestación del servicio público, está basado **en que la propiedad, el control y la financiación de la sanidad son públicas, y sólo la prestación del servicio sanitario es privada**. No se puede hablar en ningún caso de “privatización” y en ningún caso los usuarios de la asistencia sanitaria prestada en estos centros, pagan directamente. Siempre es la Administración Pública quién paga al proveedor del servicio que es la empresa privada adjudicataria.

Estos son hospitales públicos y gratuitos para todos los ciudadanos. Todas las instalaciones e equipamientos son públicos, aunque la inversión es privada, y están integrados en la red pública asistencial de la Consellería de Sanidad.

<sup>114</sup> Los contratos fueron adjudicados todos por 15 años, aunque son prorrogables por cinco años y expiran en 2018 (Alzira); 2021 (Torreveija); 2023 (Denia); 2024 (Manises) y 2025 (Elche).

Una parte de la fortaleza de este modelo, está en la introducción de herramientas de gestión del sector privado con la flexibilidad característica del mismo, y que se traduce fundamentalmente en la introducción de estrategias de RR.HH, gestión clínica más flexible, innovación en tecnologías y sistemas de información, etc.

Como se detallará a continuación, en el detalle de las claves del modelo, la apuesta por este modelo de gestión, supuso un punto de inflexión muy importante con relación a otras iniciativas parecidas puestas en marcha en Europa al incorporar, también por primera vez, un modelo de financiación basado en el pago capitativo en el sistema público sanitario. Básicamente el pago capitativo, financia la salud de la población y no la actividad realizada. Es pues, un cambio trascendental en el sistema de pago de la asistencia sanitaria.

Según datos ofrecidos por Ribera Salud<sup>115</sup> y por la propia Consellería, este modelo supone un ahorro en torno al 25% respecto a los centros gestionados directamente por la Administración.

Algunos autores<sup>116</sup>, sostienen que existe la confusión entre coste unitario del ingreso hospitalario y gasto por habitante (con olvido de que el coste por ingreso está en función del volumen de ingresos), y esto ha generado un gran desconcierto en la valoración de la eficiencia de las concesiones (desde la perspectiva del financiador). Cuando se dice que el coste por unidad de producto es un 27% más bajo, no se está hablando de un posible ahorro del 27% en el gasto. De hecho el gasto hasta podría subir si esta reducción del coste por proceso se hace a expensas de aumentar el número de procesos; y además razonan que la variable relevante para el financiador público que utiliza la cápita como numerario de pago, no es el coste por proceso, sino el gasto por habitante y que hasta 2006, el gasto hospitalario por habitante fue superior en los departamentos sanitarios gestionados por concesiones que la media de todos los departamentos de la Consellería

---

<sup>115</sup> <http://www.riberasalud.com>

<sup>116</sup> PEIRÓ, S. "Colaboraciones público-privadas en el SNS. Algún dato (poco, parciales y con muchas limitaciones) entre tanto ruido" II Foro Socio-Sanitario FEDEA. 22 de noviembre de 2013.

de sanidad. Las concesiones incorporadas a partir de ese año, tienen un gasto por habitante inferior que sitúa las concesiones discretamente por debajo de la media CV.

En cuanto a la gestión también externalizada de las resonancias magnéticas con un modelo de CPP en la Consellería de Sanidad, es de destacar el informe relativo a la gestión de este concierto de resonancias magnéticas que lleva por título “Resonancias magnéticas: una oportunidad de ahorro”, elaborado por la Sindicatura de Cuentas de la Generalitat Valenciana<sup>117</sup>, donde certifica el descontrol de la Generalitat en la fiscalización de estas pruebas en los hospitales valencianos durante los años 2008 a 2012, cifrando unas pérdidas anuales de 16,7 millones a las arcas autonómicas. Esa cifra es la cantidad de dinero exacta que ahorraría la Generalitat, según la Sindicatura, si no hubiera optado por la fórmula de la concesión. Es decir, si en vez de haber optado por privatizar esas pruebas, las hubiera realizado «con medios propios». Otra de las alternativas para reducir gastos, sería realizar las resonancias magnéticas en equipos de la empresa concesionaria, pero que los informes los emitan facultativos del hospital y no de la empresa privada. Esta última solución es la que está valorando la Consellería de Sanidad, según declaraciones públicas de la actual responsable de la sanidad valenciana<sup>118</sup>.

#### 9.2.2.1 Algunas claves y características

Por tanto, las cuatro características o claves del modelo concesional valenciano son las siguientes<sup>119</sup>:

---

<sup>117</sup> Auditoría Pública nº 63 (2014), pp. 11 - 20 “Resonancias magnéticas. Una oportunidad de ahorro. Auditoría operativa de la gestión del concierto de resonancias magnéticas en la Comunitat Valenciana” Miguel Olivas Arroyo. Auditor. Sindicatura de Comptes de la Comunidad Valenciana.

<sup>118</sup> <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/notas-de-prensa/-/.../292581>. Fecha de consulta: 5/10/2015.

<sup>119</sup> Véase “GUÍA DEL MODELO CONCESIONAL SANITARIO: “Modelo Alzira”. Un modelo de salud. Publicado por Ribera Salud Grupo.

- a) **Propiedad Pública:** la institución sanitaria objeto de la concesión es un hospital público, construido en suelo público y perteneciente a la red valenciana de hospitales y centros públicos. Aunque la inversión inicial para su construcción y dotación de recursos materiales y humanos parte íntegramente de las empresas que forman la empresa concesionaria, dicho hospital revertirá íntegramente a la Generalitat cuando expire el plazo de la concesión (DE ROSA, 2006)
- b) **Financiación Pública:** Basada en el pago capitativo. La Administración Sanitaria, en este caso la Consellería de Sanidad incluye en su presupuesto anual, una cantidad anual fija y de pago mensual, correspondiente al pago a la empresa adjudicataria de acuerdo con los habitantes del Departamento de Salud asignados.
- c) **Prestación Privada:** la prestación del servicio sanitario, se adjudica de forma integral durante un periodo de tiempo preestablecido a una empresa privada.
- d) **Control Público:** La empresa adjudicataria está sujeta al cumplimiento de las cláusulas establecidas en la documentación contractual (pliegos, contratos, etc...) así como a los objetivos tanto asistenciales como de calidad establecidos en los Acuerdos de Gestión anuales ya analizados.

La diferencia más importante de este modelo con el PFI (*Private Finance Initiatives-PFIs* en su acepción anglosajona), está en que en el primero la característica fundamental es la construcción de una infraestructura sanitaria por parte de la empresa adjudicataria concesionario a cambio de la gestión de los servicios no asistenciales (como lavandería, limpieza, mantenimiento generales y específicos, gestión de residuos, etc.), mientras que en el modelo Alzira, la entidad privada adjudicataria no sólo construye y gestiona la infraestructura hospitalaria) y gestiona los servicios complementarios, sino que además colabora con la Administración Pública en la gestión del gasto corriente (Capítulo II – Gastos de Funcionamiento) asume la prestación de los servicios sanitarios a una población de forma integral. En algunas adjudicaciones del

---

<http://www.riberasalud.com/ftp/Dossiers/3004201491250guia%20modelo%20alzira.pdf>

modelo PFI, también han asumido la gestión de los recursos humanos destinados a las funciones no asistenciales como pueden ser el personal de mantenimiento y el personal de gestión y servicios.

Otras características que complementan las claves detalladas anteriormente son las siguientes:

- a) Incluye la construcción y equipamiento de las infraestructuras y toda la gestión clínica (la llamada bata blanca).
- b) Incluye la Atención Primaria y en el que conviven personal laboral y estatutario.
- c) Está basado en el modelo PPP, y no en el PFI, que consiste en la construcción de la infraestructura sanitaria a cambio de la gestión de los servicios no asistenciales, sin gestión clínica.
- d) El pago capitativo está definido por la Administración Pública, y el margen de beneficio para la empresa adjudicataria está limitado en el contrato.
- e) La cartera de servicios la establece la Administración Pública, y es equivalente a la de otros centros públicos de gestión directa.
- f) La fórmula para la atención de desplazados de otros Departamentos sanitarios de la Consellería de Sanidad, normalmente los limítrofes, es ventajosa para la Administración, quien recibe el 100% del coste de la asistencia de un ciudadano del Departamento concesional que recibe asistencia en otro Departamento, y solo paga el 80% de la atención que recibe en un Departamento concesional un ciudadano de otro Departamento.

#### *9.2.2.2 El marco político, sindical y empresarial. El Acuerdo del Botanic*

El nuevo gobierno autonómico valenciano, constituido como resultado de las elecciones en la Comunidad Valenciana de mayo de 2015, ha puesto el punto de mira en el modelo

concesional sanitario, en el sentido de revisar y posterior reversión al sector público de las concesiones administrativas en funcionamiento.

La nueva Consejera de Sanidad Universal y Salud Pública, Carmen Montón, del PSPV-PSOE, ha iniciado el proceso de análisis de las concesiones actuales para su reversión, con independencia de modificar la estructura administrativa de la Consellería a los efectos de ejercer un mayor control sobre las mismas<sup>120</sup>.

En su toma de posesión el día 30 de junio de 2015, en la propia Consellería de Sanidad, manifestó públicamente: ((...) *“Rescindiremos todos los conciertos posibles para retornar la sanidad a lo público, recuperando las concesiones administrativas y la gestión de las resonancias magnéticas y mientras tanto haremos un control exhaustivo de esos conciertos para que se cumplan todos los requisitos de calidad y buena gestión que la ciudadanía merece”* señaló durante su toma de posesión” (...)). Unas declaraciones que no ofrecen ninguna duda de que la intención del nuevo ejecutivo valenciano de hacer desaparecer por completo la colaboración público-privada en dicha CCAA, y que ya tiene una trayectoria de casi 20 años.

Estas declaraciones públicas de la máxima responsable sanitaria en la Comunidad Valenciana, ya han comenzado a trasladarse en anuncios de medidas concretas a los hospitales públicos y sirva como ejemplo el discurso de presentación del nuevo gerente, Enrique Ortega, el día 2 de octubre de 2015 en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, donde se reunió con el Comité de Empresa, con la Junta Asistencial del Departamento y con el resto de profesionales del Hospital, donde les informó de las grandes líneas de actuación para los próximos años<sup>121</sup>. Dentro de éstas, manifestó su posición contraria a la privatización de servicios en los hospitales y a favor de la atención sanitaria pública, comunicando que devolverá al hospital todas las contrataciones como atención domiciliaria, radiología o limpieza. Su objetivo era evaluar los

---

<sup>120</sup> <http://www.eleconomista.es/sanidad/noticias/7040936/10/15/Temor-en-la-sanidad-privada-seis-regiones-estudian-el-coste-de-revertir-concesiones.html#.Kku80CQb4jU08xo>. Consulta: 1/10/2015

<sup>121</sup> <http://blog.general-valencia.san.gva.es/2015/10/enrique-ortega-presenta-al-equipo-directivo-a-los-profesionales-del-consorcio/>. Fecha de consulta: 2/10/2015

servicios privatizados en los últimos años con el objetivo de conocer su coste real y valorar, desde el punto de vista económico, si es más eficiente revertirlo al sector público. En cuanto a la gestión de recursos humanos y a la naturaleza jurídica consorcial del centro sanitario<sup>122</sup>, manifestó también su objetivo era que la plantilla se integre en la red pública de la Consellería de Sanidad.

En una entrevista publicada recientemente<sup>123</sup>, la Consellera Carmen Montón manifestó que en tema de las concesiones, sin individualizar en ninguna, están trabajando para conseguir lo que se comprometieron en el Acuerdo del Botànic que no es otro objetivo final que devolver la sanidad a lo público. Manifiesta que hay que hacerlo de “*manera tranquila, serena y ordenada*”. Están realizando una auditoría a la que están exigiendo el cumplimiento de los contratos con las concesiones. “*Es el camino que estamos siguiendo porque hemos dicho siempre que la privatización no es nuestro modelo*”.

En su programa electoral el **PSPV-PSOE**<sup>124</sup> para las Cortes Valencianas en la Comunidad Valenciana, que recogía un total de 1396 medidas específicas, en el capítulo de “Financiación” las medidas 1059 y 1060, proponían la recuperación del control público de las concesiones administrativas y de los contratos de Alta Tecnología, así como la revisión de todos los conciertos sanitarios actualmente en vigor. Asimismo proponían la recuperación del control público de las concesiones administrativas de forma progresiva bien cuando finalicen el contrato, a través de controles rigurosos o por incumplimientos contractuales. También proponían revisar todos los conciertos sanitarios vigentes. En el capítulo de “Gestión”, a través de las medidas 1063 y 1064 proponían que los actuales departamentos sanitarios de gestión privada, tengan el mismo control de la red asistencial pública y que su actividad y planificación estarán reguladas por la Conselleria

---

<sup>122</sup> *El Hospital General Universitario de Valencia, tiene naturaleza jurídica de consorcio en el que participan la Consellería de Sanidad, la Diputación de Valencia y el actualmente denominado Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.*

<sup>123</sup> *Entrevista realizada por Garcés, L., y publicada en el Diario La Verdad de Alicante el 5 de octubre de 2015, página 10.*

<sup>124</sup> [http://www.socialistes.cat/files/programa\\_autonomic\\_pspv\\_mesures.pdf](http://www.socialistes.cat/files/programa_autonomic_pspv_mesures.pdf)



de Sanitat. También se comprometían a no privatizar la gestión en ningún Departamento sanitario más.

En el caso de **Compromís**, socio de gobierno de PSPV-PSOE en la actual legislatura de 2015-2019, en su programa electoral a las Cortes Valencianas<sup>125</sup> en el capítulo de sanidad y en la segunda medida, proponían revisar las concesiones sanitarias y estudiar “las vías adecuadas que, sin coste añadido para la Hacienda Pública, permitan su reversión completa”.

Por su parte, **Podemos**, que no forma parte del Gobierno valenciano, pero apoyó la investidura del socialista Chimo Puig, previo determinados acuerdos entre PSPV-PSOE, Compromís y Podemos llamados “**Acuerdos del Botanic**”<sup>126</sup> de 11 de junio de 2015, sigue la misma línea de la recuperación gradual de los servicios privatizados, revisando los contratos actuales.

El citado Acuerdo del Botanic, recogió como uno de los objetivos de los firmantes la “Recuperación del sistema sanitario público. Auditoría de los concesiones administrativas sanitarias y estudio de las vías adecuadas que permitirían la reversión completa”<sup>127</sup>.

Según un informe detallado de la Federación de Servicios Públicos de UGT del País Valenciano<sup>128</sup>, la Generalitat tendría cuatro itinerarios para rescindir los cinco contratos de concesiones administrativas que mantiene en la Comunidad Valenciana: El coste de revertir estos contratos al sector público, ascendería a 259,1 millones de euros. Por este motivo, y dado el elevadísimo coste que tendría que abonar la Generalitat Valenciana a las empresas adjudicatarias para la reversión, de la indemnización que Valencia debería

---

<sup>125</sup> <http://ambvalentia.compromis.net/files/2015/05/ProgramaCorts2015CAS.pdf>

<sup>126</sup> <http://estaticos.elmundo.es/documentos/2015/06/11/botanic.pdf>

<sup>127</sup> *Acuerdo del Botanic, pág. 5*

<sup>128</sup> *Informe de FSP-UGT-PV de 2015 que lleva por título: “ Análisis sobre la reversión de las Concesiones Administrativas de la Sanidad en Régimen de Concierto al Sistema de Gestión Pública”*

pagar a las empresas, los partidos políticos mencionados anteriormente, se comprometen en primera instancia a realizar auditorías para el control de la gestión, a fin de poder detectar posibles incumplimientos que permitan la rescisión automática, o dejar que vayan venciendo los contratos.

Asimismo y en esta misma línea de actuación, el sindicato UGT, pidió a la Consellería a través de un comunicado<sup>129</sup> y en la Mesa Sectorial de Sanidad, celebrada el día 28 de septiembre de 2015, la derogación de un Decreto del Gobierno Valenciano año 2013<sup>130</sup> que declara a extinguir determinadas categorías de personal de oficios y que, según el citado sindicato, es un claro ejemplo de un proceso privatización de los servicios sanitarios con disminución de plantillas. UGT espera ahora una respuesta “rápida” por parte de la Administración con el fin de revertir “esta lacra que desde varios años sufren trabajadores, usuarios y la sanidad pública en general, con la privatización de lo público”<sup>131</sup>.

Por la parte empresarial, La CEOE, a través del presidente de la Comisión de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad, presidida por Carlos González Bosch, ya había advertido que las fórmulas existentes de colaboración público-privada en el ámbito sanitario están extendidas en todas las Comunidades Autónomas y funcionan con normalidad, "por lo que no se puede entender que se presenten nuevas iniciativas en algunos parlamentos

<sup>129</sup> <http://www.fspugtpv.org/salud/1685-servicios-sanidad>. Fecha de consulta: 2/10/2015

<sup>130</sup> *DECRETO 70/2013, de 7 de junio, del Consell, por el que se ordenaban diversas categorías de personal estatutario de la Agencia Valenciana de Salud. (DOCV núm. 7043 de 11.06.2013). En esta norma se creaban las siguientes categorías de personal estatutario: especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, especialista en Enfermería del Trabajo, Dietista-Nutricionista, Óptico-optometrista, Podólogo, Técnico especialista en Audiología-protésica, Técnico en Emergencias Sanitarias y Auxiliar de Farmacia.*

*Asimismo, se suprimían o declaraban a extinguir, las siguientes categorías de personal estatutario: albañil, bibliotecario, calefactor, capellán, carpintero, cocinero, conductor, conductor de instalaciones, controlador de suministros, costurera, electricista, empleado de lavandería, fontanero, ginecólogo de centro de orientación familiar, mecánico, médico jerarquizado de medicina general de unidades hospitalarias, monitor de educación física, operador de máquina de impresión, pedagogo, peluquero, peón, profesor de educación física, profesor de educación general básica, pinche, psicólogo, psicólogo de unidad de conductas adictivas, técnico de hostelería y telefonista.*

<sup>131</sup> *Diario El Mundo, de 3 de octubre de 2015. Pág. 2 edición Valencia.*

autonómicos recientemente constituidos que tengan como objetivo de revertir procesos ya iniciados y consolidados que, tras una gestión basada en resultados, suponen un apoyo en la sostenibilidad asistencial y financiera del sistema".

### 9.2.2.3 La opinión de los ciudadanos

Posteriormente detallaré la población atendida por cada una de las concesiones administrativas valencianas, pero ahora es importante saber la opinión y el grado de satisfacción que tienen los usuarios de estos departamentos sanitarios.

Hay que destacar en este contexto, y con independencia que posteriormente analicemos encuestas de satisfacción específicas de diversos Departamentos sanitarios, según recogen las encuestas del CIS<sup>132</sup>, la sanidad es el servicio público sistemáticamente mejor valorado por los ciudadanos españoles y de los datos recogidos en el estudio referenciado se afirma que el 46,9 % de los encuestados está muy o bastante satisfecho con la asistencia en los hospitales públicos, aunque en general con el funcionamiento de los servicios públicos, la respuesta es que el 46,8 % consideran que funcional peor o mucho peor que hace cinco años.

De acuerdo con las últimas encuestas de satisfacción publicadas relativas al modelo Alzira El 92,47% de los pacientes del **Departamento de Salud de La Ribera** (Atención Primaria y Atención Especializada), están satisfechos con la atención recibida, según las encuestas realizadas por la Conselleria de Sanitat en 2013<sup>133</sup>.

En este sentido, el porcentaje de pacientes encuestados que se declara 'satisfecho' o 'muy satisfecho' en 2013, es el más alto desde que el Departamento de Salud de la

---

<sup>132</sup> Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (2014), "Calidad de los servicios públicos, IX. Distribuciones marginales", Estudio nº 3030. Junio 2014.  
[http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3020\\_3039/3030/es3030mar.pdf](http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3020_3039/3030/es3030mar.pdf)

<sup>133</sup> <http://www.riberasalud.com/PaginasIlimitadas.asp?pid=985&id=4334&vector=5,985,4334>  
Consulta: 4/10/2015

Ribera asumiera la atención hospitalaria y primaria de la comarca, con un crecimiento de 7,13 puntos con respecto a 2012 y de más de 10 puntos desde el año 2008. El 93,06 de los usuarios del Hospital Universitario de La Ribera encuestados, en recomendaría a otras personas este centro hospitalario.

La Conselleria de Sanidad realiza estas encuestas en colaboración con la Universidad Miguel Hernández de Elche, a través de cuestionarios impresos y telefónicos aleatorio de usuarios de los hospitales del modelo concesional y de los centros de Atención Primaria adscritos. Estas encuestas se llevan a cabo, en el marco del Plan de Excelencia de la Sanidad Valenciana, en los 24 departamentos de salud de la red pública, que han alcanzado una satisfacción media del 87,56%.

Entre los aspectos del Hospital de Alzira mejor valorados, el 99,8% de los pacientes encuestados destacan que se han cumplido sus expectativas (igual, mejor o mucho mejor) en cuanto a la atención sanitaria recibida, y el 92,47 % se han mostrado satisfechos respecto al tratamiento o intervención que se le ha realizado, ya mencionado anteriormente.

Cabe destacar que, con porcentajes de satisfacción superiores al 94%, aspectos como la escucha activa del paciente por parte del personal sanitario o la aclaración de dudas con respecto a la enfermedad y tratamiento, han supuesto en 2013 una mejora de 7,6 puntos y de 14,15 puntos respectivamente con respecto a las encuestas realizadas en el año 2012.

Los servicios de Cirugía Sin Ingreso y Obstetricia del Hospital Universitario de La Ribera han sido los mejor valorados por los usuarios encuestados, con puntuaciones superiores a 9 puntos.

En cuanto al **Hospital del Vinalopó**, más del 86% de los pacientes están muy satisfechos con el centro e incluso volverían a hacer uso de los diferentes servicios. Los datos recogen que el 97% de los pacientes recomendaría el centro a otros enfermos.

En Atención Primaria, más del 78% de los pacientes califican de forma positiva la asistencia percibida en los centros.

Obstetricia, Cirugía sin Ingreso y Pediatría son los servicios más valorados.

En el **Hospital de Torrevieja**, la encuesta muestra que más del 90% de los pacientes están muy satisfechos con el centro, el 95% de los pacientes recomendaría el centro a otros enfermos. El servicio de Pediatría ha obtenido la más alta puntuación con un 9,66 sobre 10 destacando positivamente valores como el respeto de la intimidad del paciente, la información de posibles efectos y tratamientos y la explicación de los cuidados de forma previa al alta.

En el **Hospital de Manises**, casi un 97% de los pacientes recomendaría el centro para operaciones quirúrgicas ambulatorias. El área de Obstetricia destaca con un 100% de satisfacción, seguida del área médica, cirugía con y sin ingreso y Pediatría. El 97% de los pacientes recomendaría el centro para operaciones quirúrgicas ambulatorias. Un 95% aconsejaría a familiares y amigos el área de Medicina y hospitalización del centro, mientras que un 90,5% lo haría del Servicio de Pediatría. También se ha percibido un notable aumento del número de agradecimientos, superior al 14%, registrado en el Servicio de Atención e Información al Paciente (en adelante SAIP) lo que se traduce en 122 reconocimientos.

En el **Hospital de Denia**, los niveles de satisfacción se sitúan en un 80 %. El mismo porcentaje de pacientes no dudaría en recomendar el centro a un familiar si lo necesitara. Las mejores puntuaciones han sido para las unidades de Críticos (UCI) y la Hospitalización a Domicilio. Ambas obtienen la máxima puntuación ya que el 100% de los pacientes encuestados recomendaría estos servicios. También destacan las áreas de Cirugía Mayor Ambulatoria y las hospitalizaciones de Obstetricia y Pediatría, con valores de satisfacción por encima del 95%. En el caso de la Pediatría, casi el 97% de los encuestados recomendaría el hospital de Denia a un familiar.

### 9.2.3 El marco de gestión y el normativo

#### 9.2.3.1 De los recursos humanos

##### 9.2.3.1.1 Del entorno laboral

Los profesionales sanitarios y no sanitarios, que integran la red sanitaria pública de la Comunidad Valenciana son elemento clave para la consecución de los objetivos establecidos, tanto en los departamentos con gestión como indirecta a través de concesiones o a través de los dos consorcios y es fundamental la implantación de políticas gestión de personas adecuadas.

El análisis de las relaciones laborales actuales con las instituciones sanitarias valencianas, nos permite destacar las siguientes características básicas:

- a) El sector sanitario es mayoritariamente intensivo en conocimiento científico y con profesionales muy cualificados por lo que es necesaria una formación adecuada y continua.
- b) La creciente demanda de servicios sanitarios ha traído consigo una escasez de profesionales cualificados, lo que incide en ofertar, no sólo estabilidad laboral y sistemas retributivos atractivos, sino también el implantar modelos de carrera y desarrollo profesional, potenciar la formación, la investigación y la docencia así como beneficios sociales, horarios flexibles para la conciliación de la vida familiar y profesional, etc.
- c) La búsqueda de fórmulas de colaboración entre los distintos centros, que van desde la creación de servicios de referencia o únicos que den cobertura a más de un departamento de salud, así como compartir profesionales, infraestructuras, sistemas de información, etc. es otro reto que está modificando las relaciones laborales, centradas hasta ahora en un solo centro de trabajo. Es destacable las llamadas “sinergias” establecidas entre los Departamentos de Torrevieja y Vinalopó a los que más adelante haré referencia.

#### 9.2.3.1.2 De la selección de personal

Las concesiones administrativas valencianas, han optado por realizar procesos de selección abiertos y públicos para establecer sus plantillas de profesionales. En todos los casos han subcontratado el servicio en determinadas empresas especializadas en reclutamiento de recursos humanos para realizar la selección de los trabajadores que van a prestar sus servicios en sus centros de trabajo.

En concreto y sirva de ejemplo del procedimiento de selección de las concesiones sanitarias en la Comunidad Valenciana, la última puesta en marcha, la del Vinalopó en Elx-Crevillent, contrató con una empresa de consultoría el proceso de selección. El proceso de selección, se compuso a su vez de varias fases, en las que se valoraron las competencias técnicas, profesionales y personales de todos los candidatos inscritos para cada puesto de trabajo. Este sistema posibilitó la provisión de las plazas necesarias para la apertura del hospital, así como contar una bolsa interna de candidatos evaluados para las futuras necesidades de plantilla que surgen en el departamento de salud, bolsa de trabajo que sigue activa y disponible para los posibles candidatos .

Los candidatos preseleccionados, fueron entrevistados posteriormente por el Departamento de Recursos Humanos de la empresa Vinalopó Salud, adjudicataria de la concesión. Este proceso inicial de reclutamiento, contó con un total de 36.600 candidatos para ocupar las 820 plazas directamente contratadas que se generaron con la apertura del nuevo hospital.

Con independencia de la selección de las 820 plazas mencionadas en el párrafo anterior, hay que sumar los contratos indirectos de las empresas adjudicatarias de servicios complementarios, como son restauración, mantenimiento, lencería, gestión de residuos, vigilancia, etc.

#### 9.2.3.1.3 De la convivencia de personal estatutario y personal laboral

Una de las características más importantes en el marco de los recursos de los humanos que prestan sus servicios en las concesiones valencianas es la convivencia entre personal laboral y estatutario en algunos centros de trabajo.

Cuando se construyeron los cinco hospitales del “Modelo Alzira” en la Comunidad Valenciana, existían y estaban funcionando muchos Centros de Salud en los distintos departamentos sanitarios adscritos a los mismos los cuales fueron construidos en su momento por el sector público. Asimismo sus trabajadores tenían una relación de servicio directa y de dependencia de la Consellería de Sanidad bajo el régimen jurídico del personal estatutario, bien con carácter fijo y con carácter temporal.

Esto trajo consigo una realidad que se mantiene en la actualidad, y es que en muchos centros de trabajo, fundamentalmente en centros de salud de atención primaria, prestan sus servicios trabajadores que tienen regímenes jurídicos distintos: por un lado los estatutarios con relación jurídica de carácter administrativo, y por otro lado el personal laboral de nueva incorporación con ocasión de los procesos de selección mencionados anteriormente y que su régimen jurídico es el propio del personal laboral

Lo antes señalado produce una situación cuanto menos, anómala y que puede afectar de una manera importante a la gestión de estas instituciones sanitarias, ya que los horarios son distintos, las obligaciones y derechos también lo son, las retribuciones varían no sólo dentro de las mismas categorías profesionales dependiendo de si el trabajador es estatutario o laboral, sino también en la distribución salarial en cuanto a las cuantías fijas y las variables vinculadas a elementos como la consecución de objetivos dentro de los acuerdos de gestión determinados.

La situación en cada concesión sanitaria, es distinta dependiendo del tiempo que llevan en funcionamiento y en algunos casos tienen convenio colectivo de empresa, y en otros se ha producido una adhesión, en base a los dispuesto en el ET, al Convenio colectivo de sanidad privada de la provincia correspondiente.



En cuanto a la relación jurídica laboral del personal contratado es la propia, como se ha dicho, del Derecho Laboral, y de acuerdo con las modalidades de contratación vigente para este tipo de trabajadores, como pueden ser los contratos fijos, eventuales, contratos de sustitución, contratos formativos, contratos a tiempo parcial, contratos de relevo, etc.

Es evidente el esfuerzo que deben realizar la Administración sanitaria valenciana y las empresas concesionarias, para hacer que ambos regímenes de aplicación a distintos trabajadores sean plenamente compatibles en un entorno laboral adecuado y conciliando los derechos y obligaciones de cada uno de ellos.

Se han producido denuncias públicas por parte de alguna organización sindical ante el proceso de “laboralización” del personal estatutario interino en las concesiones y acusaba, en concreto a la empresa concesionaria del Hospital de La Ribera en Alzira de “favorecer” este proceso de una forma unilateral, ofreciendo al personal con nombramiento de estatutario interino en plazas vacantes, integrarse como “personal laboral” en la empresa. Según el sindicato, este proceso supondría una bajada de las retribuciones y una disminución de las condiciones laborales actuales. Solicitaban la negociación previa en la Mesa Sectorial de Sanidad, y rechazaban la amortización de las plazas vacantes u ocupadas por interinos ya que consideraban que eran plazas con carácter “estructural”.

No obstante, ya se están produciendo movimientos y presiones del personal laboral que presta sus servicios en las concesiones más antiguas en su implantación como es la de la Ribera en Alzira, en el sentido de que los trabajadores dependientes de la concesionaria y por tanto con contratos laborales, quieren integrarse en el sector público, para lo que ya han mantenido ruedas de contactos con determinados partidos políticos, concretamente con PSPV, Compromis y EU.

El Comité de Empresa del Hospital de la Ribera, también está a favor de esta integración en la Consellería de Sanidad También recordaron que en los pliegos de aplicación al contrato con la concesión, está recogido que en el caso de que se extinga el contrato, los trabajadores pasarían a ser personal laboral fijo para la Administración Pública, abriéndose con posterioridad un proceso de negociación con los representantes de los

trabajadores para su posterior conversión a personal estatutario. Es lo que se denomina un “proceso de estatutarización”. Ante esta propuesta, los partidos políticos de la izquierda (PSPV-PSOE, Compromis y EU), en general y con algunos matices, apoyan dicha propuesta. Si esta reversión se llevara a cabo, afectaría a casi 9000 trabajadores, los cuales se integrarían en el sector público valenciano y más concretamente, en la Consellería de Sanidad.

Un elemento importante en estas acciones de intento de acceder a la red pública sanitaria valenciana, es la incertidumbre ya mencionada anteriormente en esta obra que se cierne sobre los hospitales del “Modelo Alzira” en la Comunidad Valenciana.

#### 9.2.3.1.4 De las retribuciones

Las concesiones sanitarias valencianas tienen diseñado y establecido un sistema retribución a sus empleados de acuerdo con su sistema organizativo y de gestión, propio de organizaciones modernas y más flexibles que las de las AAPP. La composición y distribución salarial, está basada en sistemas mixtos donde combinan una parte retributiva fija y otra variable en función de los objetivos alcanzados de conformidad con los acuerdos de gestión establecidos, siendo ésta mucho más elevada que la propia del personal estatutario que presta sus servicios, en muchos casos como ya he expuesto anteriormente, en el mismo centro de trabajo.

La parte de la retribución variable puede llegar en algunos casos hasta el 25% del total del salario y en alguna y en algunos supuestos han vinculado estos incentivos a los beneficios económicos de la empresa. Algunas organizaciones sindicales como el SIMAP y en concreto en la concesión de Denia, han denunciado esta forma de valoración de los objetivos ya que según ellos, distorsiona el fundamento de los incentivos como instrumentos para mejorar la asistencia sanitaria y no como premio al ahorro y al beneficio empresarial.

#### 9.2.3.1.5 De la carrera y del desarrollo profesional

En las organizaciones sanitarias, como instituciones que prestan servicios a la población, sus recursos humanos están altamente cualificados, tal y como he descrito anteriormente. Si pretendemos es que estos servicios sean de calidad, habrá que asegurar la competencia de los profesionales. La evaluación de la competencia clínica es, por lo tanto, un objetivo de las instituciones involucradas en la formación y utilización de los profesionales sanitarios (MARTINEZ, 2015: 18).

En los años 2006 y 2007 la Consellería de Sanidad puso en funcionamiento el sistema de carrera y desarrollo profesional, respectivamente en el ámbito de las instituciones sanitarias y de Salud Pública de la Consellería de Sanidad siguiendo la línea de otras Comunidades Autónomas y la previsión recogida en el EM que, como norma básica había realizado en el año 2003 a todos los servicios de salud autonómicos.

La carrera y el desarrollo profesional es el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia y cumplimiento de los objetivos de la Conselleria de Sanidad. Para esa progresión a un grado superior de la carrera o desarrollo profesional, es necesario un período mínimo de permanencia en el grado anterior, así como la evaluación favorable de los méritos que establezca la Conselleria de Sanidad. Tales grados se definen, una vez adquiridos, como consolidados e irreversibles. El acceso a la carrera y el desarrollo profesional tiene un carácter voluntario, y su reconocimiento individualizado, en base a una evaluación objetiva y reglada, conlleva la percepción del correspondiente complemento retributivo.

Las áreas de evaluación son las siguientes:

a) Actividad asistencial: Donde se valorará la experiencia, el esfuerzo personal y la calidad asistencial. Para su evaluación se tendrá en cuenta, en cada grado, el tiempo de permanencia en el grado correspondiente y el cumplimiento de objetivos previamente

fijados medidos mediante indicadores objetivables y referidos a la actividad y calidad asistenciales.

b) **Adquisición de conocimientos:** se valorará la asistencia a actividades de formación continua y continuada relacionadas con el ejercicio profesional, siempre que estén acreditadas oficialmente. Se valorará la asistencia a cursos, doctorado, aprendizaje de nuevas técnicas, etc. siempre y cuando incida positivamente en una formación acreditada. La evaluación se realizará conforme a un baremo establecido.

c) **Actividad docente e investigadora:** Se tendrá en cuenta la participación en programas de formación continuada acreditada, participación como colaboradores en trabajos de investigación y publicaciones científicas, singularmente en las líneas priorizadas por la Conselleria de Sanidad y la contribución a los programas de actualización y formación profesional en el ámbito de su área de conocimiento. La evaluación se realizará conforme a un baremo establecido.

d) **Compromiso con la organización:** valorará la participación voluntaria en programas de mejora de la calidad asistencial, participación en comisiones clínicas, grupos de expertos, equipos de investigación, grupos de calidad y acreditación, ejercicio de puestos directivos o de coordinación y supervisión y, en general, el desarrollo de actividades que contribuyan de forma efectiva a la mejora de la asistencia sanitaria.

La diferencia entre carrera y desarrollo profesional es la siguiente:

- a) **La Carrera profesional:** Es la progresión de los profesionales sanitarios que son licenciados y diplomados
- b) **El Desarrollo profesional:** Es la progresión de las profesionales integradas en las categorías no sanitarias y de aquellas sanitarias que no requieren titulación universitaria.

Desde la implantación en 2006 y 2007 de la carrera y el desarrollo profesional, el personal mencionado, las concesiones administrativas también han incluido en sus políticas de personal este procedimiento de evaluación del desempeño, formación y promoción profesional con el objetivo, ya implantado y experimentado de forma exitosa

en el sector privado, de establecer el reconocimiento de los profesionales y orientando la trayectoria profesional de cada uno de ellos dentro de la propia organización.

9.2.3.1.6 Las políticas de formación, docencia e investigación. Los Hospitales Universitarios.

Todas las concesiones tienen unidades específicas en su estructura organizativa que tienen la responsabilidad de la programación y la ejecución de la formación así como del fomento de la investigación de todos los profesionales que prestan sus servicios en las mismas. Estos profesionales diana, son tanto los laborales con dependencia directa de la empresa adjudicataria como los estatutarios.

En cuanto a la acreditación como hospitales universitarios, la tienen los de La Ribera en Alzira desde 2007, Torrevieja y el del Vinalopó en Elx-Crevillent.

9.2.3.1.7 El personal estatutario, el laboral y los cargos directivos.

Una de las características de la gestión de los recursos humanos en las concesiones valencianas, es la coexistencia de trabajadores con distintos regímenes jurídicos y distinta dependencia orgánica y funcional de los trabajadores. Uno de los objetivos fundamentales para una buena gestión de los recursos humanos de los responsables de la gestión del departamento debe ser la integración del personal estatutario y laboral en un único equipo de trabajo.

El problema radica tal y como se recogió en otra parte de este obra, en que pese a ser colectivos con las mismas categorías, su relación jurídica es completamente diferente, estando unos sometidos al derecho administrativo (el personal estatutario y el

funcionarial) y los otros al derecho laboral (los contratados por la empresa adjudicataria).

En cuanto a la dependencia orgánica y funcional del personal laboral contratado por concesionaria, depende jurídica y funcionalmente del mismo. Sin embargo, el personal estatutario y en algún caso pero minoritario, algún funcionario, mantiene su régimen jurídico previo a la concesión, es decir, continúa siendo personal de la Conselleria de Sanidad, y por tanto con dependencia orgánica de ésta a través del Comisionado mientras que, funcionalmente, depende del concesionario .

Este personal estatutario mantiene sus derechos y su vinculación con la Administración sanitaria, mantiene sus condiciones de trabajo, “con especial respeto a sus horarios y situación laboral actual”, y se le abona sus retribuciones a través de la Conselleria de Sanidad como al resto de estatutarios que prestan sus servicios en departamentos con gestión directa pero, tal y como ya se ha indicado anteriormente, le serán repercutidas al concesionario el total de dichas nóminas a través de las “liquidaciones anuales” y que deben aprobar las Comisiones Mixtas de Seguimiento de cada una de las concesiones.

En algunas concesiones que por su carácter especial del cierre de un hospital público a otro del modelo concesional, como Denia, se ha realizado una oferta el personal estatutario fijo para integrarse como laborales fijos. Al personal eventual también se la realizó una oferta de integración, como personal laboral contratado con posterior amortización de las plazas vacantes estatutarias.

En cuanto al personal que incorpore la empresa adjudicataria, se le exige que deberá poseer la titulación y cualificación adecuada al puesto de trabajo desempeñado y tiene la obligación del cumplimiento de todas las disposiciones vigentes en materia laboral y social, pudiendo la Administración sanitaria solicitar en cualquier momento la acreditación de estos extremos. A pesar de ello, la Administración se reserva la facultad de control de las plantillas de este personal laboral.

Un aspecto de extraordinaria importancia, es la situación en la que queda este personal laboral contratado por la empresa adjudicataria. La documentación contractual lo deja resuelto, en el sentido de que establece la aplicación del actual artículo 44 Estatuto de

los Trabajadores, que lleva por título “sucesión de empresa”, en el supuesto de la extinción del contrato administrativo.

La Consellería de Sanidad a su vez adquiere el compromiso contractual de no crear nuevos puestos de trabajo en el ámbito geográfico y funcional de las concesiones, ni incluir los existentes en los concursos de traslados que pudieran convocarse. El objetivo de este compromiso. El objetivo es reducir progresivamente el número de personal estatutario en el ámbito de la concesión, y sustituirlo, en su caso, por personal laboral.

### *9.2.3.2 De la gestión del modelo concesional valenciano*

#### 9.2.3.2.1 Los Acuerdos de Gestión

Los Acuerdos de Gestión, son pactos anuales que cada uno de los 24 departamentos de salud de la Comunidad Valenciana firman con la Consellería de Sanidad, tanto los gestionados de forma directa como los dos consorcios, y las cinco concesiones valencianas sanitarias del “Modelo Alzira”. También existen estos Acuerdos de Gestión con el resto de estructuras de ámbito no departamental, como pueden ser los hospitales de crónicos y de larga estancia, los servicios de emergencias sanitarias, y los centros de transfusiones.

En estos Acuerdos de Gestión se miden un número determinado de indicadores que se determinan cada año, tanto del Hospital como de Atención Primaria.

Entre las novedades más importantes, estaba el cambio de modelo de la financiación a los departamentos sanitarios ya que se les asignaba a unos objetivos determinados y con unos incentivos para su consecución.

Los primeros Acuerdos de Gestión se elaboraron con el consenso de los agentes sociales, y se firmaron a partir de 2004 entre la Conselleria de Sanidad y los equipos directivos de los centros sanitarios, y en 2005 se puso en marcha el sistema de financiación capitativa,

y la facturación intercentros como elementos de gestión estratégica en la sanidad valenciana.

Con ocasión del inicio de los Acuerdos de Gestión, se introdujo mediante acuerdo del Consell de la Generalitat Valenciana, en el año 2004 del complemento de productividad variable como mecanismo para la diferenciación retributiva de los profesionales sanitarios, en función del cumplimiento de objetivos de calidad y eficiencia, previamente pactados, en el marco de los Acuerdos de Gestión mencionados anteriormente con cada Departamento de Salud, lo cual se ha revelado como una estrategia efectiva que está siendo bien integrada en la gestión y funcionamiento de las instituciones sanitarias.

Uno de los objetivos de la Conselleria de Sanitat era que este complemento no se convirtiera en una herramienta que no discriminase adecuadamente, o que lo hiciera por aspectos poco relevantes como puede ser el absentismo, los días trabajados, etc. El grado de cumplimiento de los objetivos pactados cada año, tenía que repercutir, de forma directa, en la retribución de todos los profesionales.

Las mejoras introducidas entre 2005, con la introducción en la gestión de la financiación capitativa de los departamentos, y 2012 respecto al modelo implantado en 2004, han sido favorables al mismo, y hay un acuerdo generalizado en que han ayudado a consolidarlo aportándole consistencia y coherencia.

Las puntuaciones obtenidas por los diferentes departamentos, evaluadas de forma conjunta, también generan una clasificación, y ofrecían una posición relativa para cada uno de los indicadores analizados.

Es importante matizar, que el sistema de evaluación de la productividad variable regula el complemento de productividad variable del personal al servicio de las instituciones sanitarias de la Conselleria de Sanitat, y esto nos lleva a la conclusión que el personal estatutario que presta sus servicios en las concesiones administrativas, está retribuido por este complemento de productividad, al igual que el personal estatutario de los hospitales con gestión directa.

Los trabajadores laborales dependientes de la empresa adjudicataria, están vinculados por los Acuerdos de Gestión firmados, pero su retribución variable también denominada



diferenciación retributiva, y está definida tanto en su cantidad como en su porcentaje del salario fijo, por la empresa.

El sistema de incentivos aplicado a los facultativos en el Hospital y en Atención Primaria de las concesiones se basa fundamentalmente, en la actividad asistencial que realizan los profesionales, y para ello se miden y retribuyen las consultas externas, las interconsultas, las intervenciones quirúrgicas, las urgencias atendidas, las pruebas o las técnicas, etc. que los profesionales realizan. En base a la valoración posterior de esta actividad clínica, se aplican criterios cualitativos, basados en la calidad asistencial como por ejemplo estancia media ajustada a casuística, la tasa de reingresos, listas de espera, etc. Estos últimos, se miden de forma individual (por cada facultativo) o por servicios, dependiendo del indicador utilizado. Se incluyen también, determinados indicadores de mejora de salud de la población, como el seguimiento de pacientes crónicos para los médicos de atención primaria.

El porcentaje que representa la retribución variable en el global de la retribución anual, depende de categorías profesionales. En el caso de los facultativos médicos, la cuantía por incentivos se sitúa en torno al 30%, en el caso de enfermería, hablamos de un 15% y el personal auxiliar y de apoyo en torno al 8%.

Existe una parte del incentivo vinculado al cumplimiento de los objetivos, que anualmente se establecen por parte de la Consellería de Sanitat, como ya se ha detallado anteriormente, a través de los Acuerdos de Gestión, y que se establecen a nivel de Departamento de Salud para los 24 Departamentos que existen en la Comunidad Valenciana. Los Acuerdos de Gestión, miden una serie de indicadores que se definen con carácter anual, y que están agrupados a su vez, en tres grandes grupos: a) calidad, b) asistenciales y c) de sostenibilidad. El cumplimiento de estos mismos objetivos, son los que sirven a la Consellería de Sanitat para abonar la productividad al personal estatutario y, por lo tanto, son una herramienta que favorece que tanto personal laboral como el personal estatutario compartan objetivos.

En los resultados definitivos de los Acuerdos de Gestión de 2011, entre los 10 primeros puestos de los 24 Departamentos sanitarios, estaban las cinco concesiones administrativas, liderando Torrevieja situada en la cuarta posición. En el ejercicio

siguiente, en 2012 cuatro de las cinco concesiones, se situaron entre los 6 primeros puestos: Torrevieja el primero, Vinalopó el segundo, La Ribera el quinto y Denia el sexto puesto.

Tanto en su fundamento como en sus resultados, es un verdadero sistema de dirección por objetivos, que alcanza a toda la organización sanitaria valenciana y a su estructura y que ofrece instrumentos y herramientas de gestión. También tiene ligados mecanismos de evaluación que sirven de base para una diferenciación retributiva efectiva.

En cuanto al procedimiento de implantación en cada institución sanitaria, cada equipo directivo de la misma, tiene bastante autonomía para definir las “Unidades Funcionales” en las que va a estructurar su departamento, los objetivos que va a pactar con cada una de ellas, la forma de evaluación, profesionales incluidos en las mismas y el seguimiento de los mismos.

El mismo mecanismo de autonomía, opera también a nivel de responsable de cada “Unidad Funcional”, es decir, jefes de servicio, jefes de sección, responsables de unidades, coordinadores, etc. respecto a los profesionales sanitarios y no sanitarios asignados a su unidad. Se pueden pactar y de hecho se pactan también, los objetivos a nivel individual. Ejemplo de estos pactos individuales, son los facultativos de atención primaria en los Centros de Salud, que al tener funciones “mono puesto” los resultados de sus objetivos individuales tienen mucho peso en sus objetivos totales. Todo este proceso tiene un cronograma bastante estricto de cumplimiento, donde desempeñan un papel fundamental los mandos intermedios de la organización.

Como consecuencia de todo este sistema, se marcan verdaderas diferencias en la evaluación de los profesionales. En este punto, hay que destacar que el sistema de diferenciación retributiva aquí descrito, alcanza a todas las categorías, no haciendo distinción alguna entre la atención primaria y la especializada.

El seguimiento de la aplicación de los Acuerdos de Gestión y la productividad variable asociada se realiza a través de diversas Comisiones de Seguimiento a dos niveles: a nivel central (de la Consellería de Sanidad), y a nivel local (de departamento sanitario). Asimismo desde los servicios centrales se realizan los estudios y auditorías que se

estimen oportunas para verificar la veracidad de los datos, los resultados y en definitiva la transparencia y la efectividad del proceso.

Dichas Comisiones son las siguientes:

a) La Comisión Central de Seguimiento. Sus funciones son las siguientes:

a<sup>1</sup>) Realizar el seguimiento de los Acuerdos de Gestión y, en particular, de los indicadores asociados al reparto de incentivos, supervisando el cumplimiento de los compromisos pactados, con especial atención a los plazos de ejecución.

b<sup>1</sup>) Conocer y supervisar los objetivos particulares pactados dentro de cada Departamento con sus unidades funcionales.

c<sup>1</sup>) Aprobar la evaluación de los objetivos globales y la distribución de las partidas económicas correspondientes a cada Departamento en función del grado de consecución de los objetivos. d) Conocer y supervisar el resultado de la evaluación de las unidades funcionales de cada Departamento con relación al cumplimiento de los objetivos particulares que hayan sido pactados.

b) La Comisión Local de Seguimiento. Sus funciones serán las siguientes:

a<sup>1</sup>) Realizar el seguimiento de los Acuerdos de Gestión y productividad variable de su ámbito, supervisando su estricto cumplimiento, en particular en lo que se refiere a plazos de ejecución b) Aprobar la relación de personal incluido en cada unidad funcional con derecho a participar en el programa de productividad variable.

b<sup>1</sup>) Conocer y supervisar los objetivos pactados dentro de cada unidad funcional con sus profesionales, en los casos en los que se ejerza este derecho.

c<sup>1</sup>) Aprobar la evaluación de los objetivos y la distribución de las partidas económicas correspondientes a cada unidad funcional en función del grado de consecución de los objetivos y del personal incluido en ella.

d<sup>1</sup>) Aprobar el importe por persona, en concepto de productividad variable, en función de los resultados obtenidos.

#### 9.2.3.2.2 Las Gerencias únicas y de los Departamentos sanitarios.

Las Gerencias únicas en la Consellería de Sanidad, fueron creadas en 2003 por la Ley de Ordenación Sanitaria, actualmente derogada.

La descentralización de la sanidad valenciana, en 24 departamentos de salud bajo los conceptos de Gerencias únicas, está complementada con algunos de los principios rectores recogidos en la actual norma que regula la salud en la comunidad valenciana, relativos a la gestión y asistencia integrada de todos los recursos departamentales, y que son los siguientes:

- a) Una concepción integral de la salud y de su modelo asistencial que lleva a una gestión integral de los recursos por parte de las gerencias únicas.
- b) Una política sanitaria global, a través la interrelación funcional de todas las infraestructuras sanitarias públicas, tanto las asistenciales como las de salud pública, cuya actividad se concentra en la vigilancia, promoción, protección de la salud y prevención de la enfermedad.
- c) Una descentralización, desconcentración, autonomía, coordinación institucional y responsabilidad en la gestión de los servicios y programas de salud.
- d) Una racionalización, eficiencia y efectividad en la organización y utilización de los recursos sanitarios en los departamentos de salud.

Por tanto y en cuanto a la ordenación territorial, los departamentos de salud equivalen a las antiguas áreas de salud recogidas en la LGS, siendo las estructuras fundamentales de descentralización territorial del sistema valenciano de salud. Tendrán la máxima integración de los recursos asistenciales, con el objetivo de prestar una asistencia sanitaria y socio-sanitaria ágil, dinámica, eficaz y sin barreras, de manera que, aunque pueda variar el contingente de población en cada departamento, se cumplan los objetivos señalados en la normativa básica estatal. En todo caso, cada provincia tendrá, como mínimo, un departamento de salud, el cual se podrá subdividir, atendiendo a los criterios anteriormente expuestos, en zonas básicas de salud.

9.2.3.2.3 La “cápita” de las concesiones sanitarias y de “el dinero sigue al paciente”. La facturación intercentros.

Uno de los elementos más importantes sobre los que gira la financiación del “Modelo Alzira”, es el “*pago capitativo*” (*la cápita*), y la fórmula de “*el dinero sigue al paciente*”. Es una modalidad de pago que resuelve la financiación de los flujos de pacientes entre los distintos departamentos sanitarios de la Comunidad Valenciana<sup>134</sup>.

El pago per cápita tiene la consideración de primas de seguro, y es prácticamente el mismo sistema de financiación que tiene MUFACE para el aseguramiento de los funcionarios públicos. Por tanto el “Modelo Alzira” está ligados a este tipo de primas de seguro y es distinto a otros modelos de CPP que no lo tienen, como es el modelo PFI de los de los 7 primeros hospitales de la comunidad de Madrid, no así el de Valdemoro, que ha sido mediante fórmula per cápita<sup>135</sup>.

En los Pliegos de Cláusulas Administrativas para la contratación de la gestión del servicio público por concesión, mediante concurso y procedimiento abierto (en adelante PCAP de las concesiones), de la asistencia integral de las cinco concesiones valencianas, se recoge que una parte del precio se establece sobre bases capitativas<sup>136</sup>, (**la cápita**) es decir, fijando la prima por persona y año. Dicha cantidad está destinada a cubrir los servicios delimitados dentro del objeto del contrato, y que son los costes de prestación de la asistencia, los costes de construcción de las infraestructuras comprometidas, así como las inversiones, y el mantenimiento de edificios e instalaciones.

---

<sup>134</sup> *Es importante la libertad de los ciudadanos valencianos para elegir centro y especialista para la regulación de estos flujos de pacientes y su posterior facturación. La libre elección en la Comunidad Valenciana está actualmente regulada en el Decreto 74/2015, de 15 de mayo, del Consell, por el que se regula la libre elección en el ámbito de la atención primaria y especializada del Sistema Valenciano de Salud, así como la creación de su registro autonómico. Este Decreto fue publicado en el DOCV de 21 de mayo de 2015.*

<sup>135</sup> *Véase a Campoy, F. y Santacreu. J. en “La colaboración público-privada en el marco del Sistema Nacional de Salud. El caso especial del modelo valenciano a propósito de la concesión de Denia”. En Revista de Administración Sanitaria. 2008, pág. 297-321*

<sup>136</sup> *Cláusula “4.Condiciones Económicas” de los PCAP de todas las concesiones sanitarias valencianas.*

También están incluidas en el objeto del contrato, las prestaciones sanitarias consecuencia de futuras ampliaciones en la cartera de servicios de Atención Primaria y/o Asistencia Especializada, que pueda realizar la Conselleria de Sanidad durante el tiempo de duración de la concesión para todos los centros públicos, y serán ajenas al objeto contractual aquellas prestaciones sanitarias que estando incluidas en el mismo a la formalización del contrato dejen de estar integradas en la cartera de servicios de la Conselleria de Sanidad. Asimismo el concesionario se obliga a la construcción de los nuevos centros de su departamento y a la modernización de los ya existentes.

Un aspecto muy importante en la gestión de los recursos humanos, es la obligación de las empresas concesionarias en las liquidaciones anuales que deben realizar a través de las Comisiones Mixtas establecidas al efecto, de abonar el coste del personal dependiente de la Consellería (normalmente el personal estatutario, tanto el fijo como el temporal) que presta sus servicios en los centros a gestionar por el concesionario y a los que he hecho referencia anteriormente ya que en el precio de la cápita que la Consellería le abona mensualmente está incluido este concepto .

Están excluidas de la misma, los gastos de farmacia de receta, prótesis, transporte sanitario y oxigenoterapia, principalmente porque la farmacia de receta se paga centralizadamente a los colegios oficiales de farmacia, y porque los concursos de prótesis, transporte sanitario y oxigenoterapia también están centralizados en la Consejería de Sanidad.

El cálculo de la cápita, es el resultado de multiplicar la prima por persona establecida por el número de personas que integran la “población protegida” en ese departamento sanitario. Este concepto queda definido como las personas que cada día del año tengan asignado médico de Atención Primaria dentro del ámbito territorial de la concesión según el Sistema de Información Poblacional (en adelante SIP)<sup>137</sup> .

---

<sup>137</sup> *El Sistema de Información Poblacional (SIP), es el registro administrativo corporativo de la Conselleria de Sanidad que recoge y actualiza los datos de identificación, localización, asignación de recursos sanitarios (área, zona, centro y médico) y derecho de las prestaciones sanitarias de las personas que residen en la Comunidad Valenciana o de desplazados que acceden al Sistema Sanitario Público.*

La fórmula para **actualización anual de la prima per cápita** es su referencia con el crecimiento anual del presupuesto sanitario, recogido en los Presupuestos de la Generalitat Valenciana, en aquellos conceptos que se corresponden con el objeto del contrato. Esta fórmula de actualización toma como base el importe del Presupuesto de la Generalitat Valenciana para gastos en asistencia sanitaria por habitante (presupuesto capitativo anual), el cual sirve de índice para el cálculo de la prima, tomando dicho importe para cada anualidad presupuestaria y en consecuencia del contrato.

El Presupuesto de asistencia sanitaria será el resultado de sumar los importes correspondientes a los créditos presupuestarios aprobados por la Ley de Presupuestos de la Generalitat Valenciana del año de que se trate, del Capítulo de gasto I (Gastos de Personal), del Capítulo II (Gastos de Funcionamiento) y del Capítulo VI (Inversiones) de los programas presupuestarios correspondientes a asistencia sanitaria, en aquellos conceptos que se correspondan con el objeto del contrato. Son los siguientes, dentro del Presupuesto de la Generalitat Valenciana:

- a) Asistencia Sanitaria: 412.22
- b) Prestaciones Externas, con excepción de Oxigenoterapia y Servicios de Ambulancias: 412.24.
- c) Atención Sociosanitaria y Salud Mental: 412.28

---

*El SIP se creó en 1999, por el Decreto 126/1999, de 16 de agosto, del Gobierno Valenciano, con el objetivo de mejorar la relación de la ciudadanía con la administración, ser de utilidad en la planificación, gestión administrativa, ordenación de recursos sanitarios y servir de soporte para la gestión de la tarjeta sanitaria individual SIP.*

*Todas las personas están identificadas en el SIP por un código de identificación personal, única, exclusiva y permanente: el número SIP. Este número sirve de enlace para integrar la aplicación SIP con el resto de aplicaciones informáticas de la Conselleria, siendo además el número que se debe reflejar en las recetas sanitarias, cuando se tenga derecho a las mismas, y en el conjunto de los documentos sanitarios oficiales.*

*<http://www.san.gva.es/web/dgoeicap/sistema-de-informacion-poblacional-sip>*

*Consulta:*

*8/10/2015*

El límite existente en el resultado de la aplicación de la fórmula de actualización del precio detallada anteriormente, en ningún caso podrá ser inferior a la actualización en función del IPC, ni superior al porcentaje de incremento anual del gasto sanitario público consolidado del Estado para el ejercicio correspondiente.

En cuanto a la **facturación intercentros**, los PCAP de las concesiones establecen que como otra forma de pago a adicionar a la cápita detallada anteriormente, se suma el precio de los procesos y actos médicos realizados por los servicios de Asistencia Especializada de la concesión (está excluida la Primaria) a pacientes no incluidos en el ámbito de cobertura del contrato, es decir a la “población protegida” definida con anterioridad, y por tanto, integrados en otros departamentos sanitarios de salud de la Comunidad Valenciana, en otras comunidades autónomas o a ciudadanos extranjeros.

Hay que destacar que el concepto de “facturación intercentros” se refiere únicamente a la población de la Comunidad Valenciana adscritos a otros departamentos sanitarios distintos al que presta la asistencia sanitaria. A estos efectos se entiende por centros de asistencia especializada dependientes de la Consellería de Sanidad, exclusivamente los centros de titularidad y gestión pública.

La atención de personal que formen parte de la “población protegida” de las concesiones y sean atendidos en otros centros que no sean de titularidad y gestión pública, no generará ningún tipo de modificación en el precio del contrato por lo que las empresas concesionarias son las obligadas a asumir el coste de esas asistencias. No obstante, si el proceso asistencial no obedece a una urgencia, deberá contar con la conformidad de la persona interesada y con la autorización del Comisionado del que posteriormente analizaré su figura.

Con carácter general, el concepto de facturación intercentros es aquel por el que los procesos y actos médicos realizados por centros de asistencia especializada dependientes de la Consellería de Sanidad a la población protegida en la concesión, se facturarán al concesionario; y de forma recíproca, el concesionario facturará a la Consellería de Sanidad los servicios de asistencia especializada prestados a pacientes no incluidos en la población protegida dependiente del concesionario.



El precio de los servicios sanitarios prestados en esta facturación intercentros, será el que corresponda en la fecha de la asistencia de acuerdo con la Ley de Tasas y Precios Públicos de la Comunidad Valenciana<sup>138</sup>, precio que en la facturación que presente el concesionario resultará corregido, no obstante, por un coeficiente de *transferencia de servicio* que detalla a continuación. La gestión de la “facturación intercentros” en la Consellería de Sanidad”, se gestiona a su vez fundamentalmente a través de COMPAS que es la herramienta que, como sistema de información, registra todos los flujos de pacientes de otros departamentos.

Es importante para el sector público sanitario valenciano esta modalidad de facturación, ya que puede evitar lo que se denomina la “selección de riesgos” por parte de las empresas adjudicatarias, que no es otra cosa que quedarse a aquellos pacientes con patologías menos complicadas y tener tendencia a derivar a otros centros sanitarios los pacientes con patologías más complejas y más caras.

#### 9.2.3.2.4 Algunas penalizaciones destacadas: (2)

Las concesiones valencianas tienen algunas limitaciones o penalizaciones que se recogen en los distintos PCAP y son comunes a todas ellas. Se destacan las siguientes:

##### 9.2.3.2.4.1 El coeficiente de transferencia de servicios:

Es un corrector del precio a aplicar por la empresa concesionaria en su facturación, y se establecerá en función de la oferta que realice el adjudicatario en el proceso de

---

<sup>138</sup> Actualmente, el Decreto Legislativo 1/2005, de 25 de febrero, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Tasas de la Generalitat. Es habitual que las distintas Leyes de Acompañamiento de Presupuestos modifiquen las cuantías e introduzcan nuevos supuestos. Así ha sucedido históricamente en la Comunidad Valenciana, y un ejemplo de ello es la Ley 7/2014, de 22 de diciembre, de Medidas Fiscales, de Gestión Administrativa y Financiera, y de Organización de la Generalitat, publicada en el DOCV el 29 de diciembre de 2014.

presentar su oferta en el proceso de licitación que, en todo caso será igual o inferior a 0,85 %. Este coeficiente es muy importante para el flujo de pacientes interdepartamentales y según el mismo, la empresa concesionaria está obligada a pagar las asistencias realizadas a cualquiera de los ciudadanos de su departamento en otros centros al 100% del coste medio de GRD<sup>139</sup> de la Comunidad Valenciana. Por el contrario, si algún paciente de otros departamentos valencianos decide acudir al hospital de la concesión, la Administración sanitaria sólo abonará a dicho hospital, como máximo el 85% del coste medio de GRD. De esta manera, el ciudadano, con el ejercicio de su derecho a la libre elección, desempeña un importante papel en la viabilidad del modelo.

En la tabla siguiente, se detalla el coeficiente de transferencia que tiene cada concesión administrativa de acuerdo con su oferta en fase de licitación y posteriormente adjudicada. Por tanto, este coeficiente es el que se aplicará durante toda la duración del contrato. Como se puede observar, el mayor porcentaje lo tiene el Departamento de Salud de la Ribera, que fue la primera concesión en entrar en funcionamiento por lo que se puede decir que es la “penalizada”. Las que menos tienen son Torrevieja, Denia y Manises, seguidas por Vinalopó que tiene un 84 %.

**Tabla IX.2:** El Coeficiente de Transferencia actuales de las concesiones administrativas

DEPARTAMENTO:	COEFICIENTE DE TRANSFERENCIA EN PORCENTAJE :
Departamento de Salud de La Ribera	80
Departamento de Salud de Torrevieja	85
Departamento de Salud de Denia	85
Departamento de Salud de Manises	85
Departamento de Salud del Vinalopó	84

Fuente: Elaboración propia.

<sup>139</sup> Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), constituyen un sistema de clasificación de pacientes, que permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital (es decir, su casuística), con el coste que representa su asistencia.

#### 9.2.3.2.4.2 La Cláusula limitativa:

La Administración valenciana sanitaria se propuso que las empresas realizaran una explotación equilibrada durante la ejecución de estos largos contratos de CPP, por lo que establecieron la Tasa Interna de Rentabilidad (T.I.R.) del proyecto al 7,5 % anual sobre la inversión realizada a lo largo de la duración de la concesión.

Para calcular la T.I.R. se entenderá como cash-flow<sup>140</sup> positivo, el resultado neto operativo una vez deducido el Impuesto de Sociedades, más dotaciones (amortizaciones, fondo de reversión) más resultado financiero, y como cash-flow negativo las inversiones.

También está previsto que un auditor externo, nombrado por consenso entre las partes, revise cada cinco años la rentabilidad conseguida por el concesionario en ese periodo, y las variaciones de rentabilidad (T.I.R.) que hubiere y se ajustarán mediante la programación de inversiones.

#### 9.2.3.2.5 El control de las concesiones. Las Comisiones Mixtas de Seguimiento como órgano de control

Como ya se ha expuesto en varias ocasiones, en el modelo concesional es imprescindible la adopción de medidas de seguimiento, control y supervisión de la prestación del servicio público, pero con gestión privada prestado por las empresas adjudicatarias, tanto a nivel de calidad asistencial como de gestión económica-financiera. Por tanto, es necesario establecer los órganos y mecanismos adecuados para estas funciones. Uno de los órganos, es la Comisión Mixta de Seguimiento, formada por representantes de la empresa y de la Consellería. Todas las concesiones administrativas

---

<sup>140</sup> Se entiende por 'flujo de caja' (en inglés *cash flow*), los flujos de entradas y salidas de caja o efectivo, en un período dado.

valencianas tienen como órgano colegiado de control una Comisión Mixta de Seguimiento, que estará presidida por el Conseller de Sanidad.

También formarán parte de esta Comisión, el Secretario Autonómico, el Director General de Recursos Económicos (ahora de Recursos Humanos y Económicos), el Director General de Asistencia Sanitaria y los dos directivos de mayor rango de la empresa concesionaria en el Departamento.

En cuanto a sus funciones, son las de seguimiento, vigilancia y control de la ejecución del contrato, de acuerdo con lo establecido en el Anteproyecto de Explotación y Pliego de Prescripciones Técnicas, PCAP de la concesión y el contrato firmado entre las partes.

En definitiva, este es el máximo órgano decisorio, y debe aportar soluciones a problemas operativos y de facturación, teniendo también competencias en relación con el control de calidad, seguimiento de los indicadores asistenciales y económicos, y en determinados aspectos de los recursos humanos. Todo ello con independencia de la competencia del órgano de contratación.

En cuanto a las funciones específicas, tiene las siguientes<sup>141</sup>:

*a.- Dirimir sobre las reclamaciones elevadas por los pacientes del Hospital y de los otros centros dependientes de la concesión y a la Consellería.*

*b.-Supervisar las obras de construcción del nuevo centro, controlando que se ajusten al proyecto aprobado.*

*c.-Vigilar el cumplimiento de las cláusulas de este contrato en todos sus aspectos.*

*d.-Proponer mejoras y perfeccionamiento en los sistemas de gestión y control.*

*e.-Dirimir los problemas de personal surgidos y denunciados por el propio personal, estatutario o no, pertenecientes a la Consellería de Sanidad, analizar fórmulas de*

---

<sup>141</sup> Cláusula 8.2 "Control de calidad" (todos los pliegos de las concesiones tienen esta cláusula) del Anteproyecto de explotación y pliego de prescripciones técnicas particulares para la contratación de la gestión de servicios públicos por concesión de la asistencia sanitaria integral (primaria y especializada) en el futuro departamento de (...). Esta cláusula está recogida en todos los Pliegos de las cinco concesiones en la Comunidad Valenciana.

*incentivos a propuesta de la Dirección de la concesión, y sancionar en caso de incumplimiento, tras la apertura del oportuno expediente.*

*f.-Ordenar encuestas de opinión o sondeos de satisfacción del cliente, que serán realizadas por el concesionario, y analizar los resultados de las mismas.*

*g.-Definir los contratos de calidad que se consideren necesarios con el fin de garantizar la adecuada prestación sanitaria y calidad asistencial.*

*h.-Analizar los resultados de la auditoría económica financiera de la empresa.*

*i.-Ordenar y analizar las auditorías de actividad.*

*j.-Aceptar alternativas asistenciales propuestas por el Comisionado de la Consellería de Sanidad destinado en el Hospital para reducir o eliminar los retrasos en la programación.*

*k.-Resolución de cuestiones de facturación entre Consellería u concesionario.*

*l.-La aprobación y control de los contratos auxiliares o complementarios que realice el adjudicatario que impliquen ocupación de dominio público.*

*ll.-Control de las plantillas de personal.”*

9.2.3.2.6 El control de las concesiones: los Comisionados de la Consellería de Sanidad.

9.2.3.2.6.1 *Los requisitos, las funciones y la dependencia*

La figura del Comisionado de la Consellería de Sanidad, tiene la consideración de “Personal directivo de Departamento”, y está prevista su existencia en aquellos departamentos en donde la prestación sanitaria se realice en régimen de concesión administrativa. Tiene también asignada la función principal de la representación de la Consellería en dichas instituciones sanitarias, así como las funciones de control y

supervisión de la empresa concesionaria, y también ostenta la jefatura del personal de la Consellería de Sanidad que preste sus servicios en la concesión<sup>142</sup>.

En cuanto a su dependencia, hay que destacar además la integración que se produjo en febrero 2012 de este cargo directivo en la estructura de los departamentos de gestión directa limítrofes a los que posteriormente hará referencia y que el gerente de los mismos, como el puesto directivo de mayor nivel, asuma también la responsabilidad de la gestión integrada y supervisión de los departamentos con concesión administrativa.

Posteriormente, fue dictada una Instrucción del entonces Secretario Autonómico de Sanidad y Gerente de la Agencia Valenciana de Salud<sup>143</sup> y que la motivaba con los siguientes argumentos: *“(...) En el momento actual en que se deben extremar las medidas de seguimiento directo de la gestión de cada uno de nuestros centros por parte de los órganos centrales de la Consellería de Sanidad resulta más conveniente, sin embargo, que exista un hilo directo de relación entre los departamentos en concesión y sus comisionados, por una parte, y esta Secretaría Autonómica de Sanidad y Gerencia de la Agencia Valenciana de Salud (...).”*

La citada Instrucción finalizaba diciendo: *“(...)por ese motivo, y en tanto se estudia la conveniencia de la modificación formal de aquél Decreto, en uso de la función de impartir órdenes de servicio atribuida a esta Gerencia por los Estatutos de la Agencia Valenciana de Salud, los Comisionados de la Consellería de Sanidad en los departamentos*

---

<sup>142</sup> La actual regulación de la figura del Comisionado, como directivo departamental está recogida en el Decreto 30/2012, de 3 de febrero, del Consell por el que se modifica la estructura, funciones y régimen retributivo del personal directivo de instituciones sanitarias de la Consellería de Sanidad. Publicado en el DOCV núm. 6709 de 08.02.2012. El citado Decreto está dedicado a la regulación de todo el personal directivo mencionado y entre las medidas de reforma que contiene, recoge una importante modificación de la estructura organizativa de los departamentos gestionados en régimen de concesión administrativa, que pasaron a depender de alguno de los departamentos de gestión directa, así como la figura del Comisionado que se integró en la estructura directiva de dicho departamento.

<sup>143</sup> Instrucción de 25 de marzo de 2013, del entonces Secretario Autonómico de Sanidad y Gerente de la Agencia Valenciana de Salud, Manuel Escolano Puig, que tenía como destinatarios a los Comisionados y a los gerentes de los departamentos sanitario de gestión directa, que les afectaba en el sentido de que dejaban de depender, aunque sólo sea provisionalmente de ellos los Comisionados, como parte que eran de su equipo directivo según lo dispuesto en el Decreto 30/2012 referido anteriormente.

*gestionados en régimen de concesión administrativa guardarán, hasta nueva orden, dependencia directa de esta Secretaría Autonómica y Gerencia de la Agencia Valenciana de Salud. No obstante, los departamentos de los que venían dependiendo seguirán prestando el soporte administrativo material que sea necesario para su funcionamiento habitual, sin que se modifique tampoco la calificación, a efectos retributivos del personal directivo, de los departamentos que prestan este apoyo”.*

La conclusión hasta este momento, es que la confusión estaba servida ya que se estaban dictando “instrucciones” que entraban en contradicción con una norma con rango de Decreto que entraban en contradicción jurídica en cuanto a la dependencia de los Comisionados.

Con posterioridad, el Decreto 156/22015, de 18 de septiembre, del Consell, al que posteriormente haré detallada referencia, puso orden a la situación anterior, al establecer la coordinación y el seguimiento de la actividad de los Comisionados y sus Unidades dependientes del Servicio de Inspección Sanitaria de Servicios Públicos en Régimen de Concesión, recientemente creado, y al también haré referencia detallada más adelante.

**Tabla IX.3.** Los Departamentos a cuya gerencia se añade la gestión integrada y la supervisión de los siguientes departamentos de prestación de la asistencia sanitaria en régimen de concesión administrativa. <sup>144</sup>

DEPARTAMENTO DE SALUD DE GESTIÓN INDIRECTA:	DEPARTAMENTO DE SALUD DE GESTIÓN DIRECTA AL QUE ESTÁ ADSCRITO:
Departamento de La Ribera (Alzira)	Departamento de Gandía
Departamento de Torreveija	Departamento de Orihuela
Departamento de Denia	Departamento de La Marina Baixa (Villajoyosa)
Departamento de Manises	Departamento de Arnau de Vilanova
Departamento del Vinalopó (Elx-Crevillent)	Departamento de Elx-Hospital General

<sup>144</sup> Fuente: *Elaboración propia a partir del Anexo III del Decreto 30/2012, de 3 de febrero, del Consell por el que se modifica la estructura, funciones y régimen retributivo del personal directivo de instituciones sanitarias de la Conselleria de Sanidad. Publicado en el DOCV núm. 6709 de 08.02.2012.*

La competencia para su nombramiento la tiene el Conseller de Sanidad, al igual para para el resto de directivos de las Instituciones Sanitarias<sup>145</sup> y deberá ostentar la condición de personal estatutario o funcionario conforme al Decreto 30/2012 de 3 de febrero, del Consell<sup>146</sup>. También es posible la contratación de personal ajeno a la Administración Pública tal y como expuse en otros capítulos de esta obra, ya que al tener la consideración de personal directivo, le es de aplicación la normativa que regula el procedimiento de selección de los mismos. Por tanto, es posible realizar un contrato bajo régimen laboral de Alta Dirección, regulado en el Real Decreto 1382/1985, a una persona que no tenga la consideración ni de funcionario ni de estatutario<sup>147</sup>.

En cuanto a las funciones específicas, son las siguientes<sup>148</sup>:

*“a.-Controlar, aceptar y denegar las propuestas de ingreso programado de los enfermos no pertenecientes a la población de referencia.*

*b.-Ordenar el traslado de pacientes en casos de ingresos de otras demarcaciones que considere deben ser remitidos al hospital de referencia de su zona de residencia*

*c.-Supervisar la realización de las encuestas o sondeos de opinión que proponga la Comisión Mixta de Seguimiento.*

---

<sup>145</sup> Art. 1.3 del Decreto 30/2012 de 3 de febrero, del Consell.

<sup>146</sup> Véase, la cláusula 26, tercer párrafo, bajo el título: “Órganos de Control” de los Pliegos de Cláusulas Administrativas para la contratación de la gestión del servicio público por concesión, mediante concurso y procedimiento abierto, de la asistencia sanitaria integral (...). Esta cláusula está recogida en todos los Pliegos de las cinco concesiones en la Comunidad Valenciana.

<sup>147</sup> Véase, el artículo 42, del Decreto 7/2003, de 28 de enero, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el Reglamento de Selección y Provisión de Plazas de Personal Estatutario al Servicio de Instituciones Sanitarias de la Generalitat Valenciana. DOCV núm. 4430 de 31.01.2003.

<sup>148</sup> Cláusula 8.3, “Control de calidad” (todos los pliegos de las concesiones tienen esta cláusula) del Anteproyecto de explotación y pliego de prescripciones técnicas particulares para la contratación de la gestión de servicios públicos por concesión de la asistencia sanitaria integral (primaria y especializada) en el futuro departamento de (...)Esta cláusula está recogida en todos los Pliegos de las cinco concesiones en la Comunidad Valenciana



*d.-Recibir las sugerencias, quejas y reclamaciones de los clientes del hospital, informando a éste*

*e.-Solicitar y recibir las estadísticas de actividad que considere necesarias, con enumeración de los clientes pendientes de atención de cada una de las especialidades.*

*f.-Controlar y expresar alternativas a la programación pendiente en los nuevos servicios de especialidades, diagnósticos e ingresos.*

*g.-Vigilar la conservación de las obras del equipamiento sanitario de cualquier naturaleza y restantes instalaciones e informar a la Comisión Mixta sobre las reparaciones necesarias para mantenerlos en las condiciones previstas.*

*h.-Ejercer la Jefatura orgánica del Personal dependiente de la Consellería en los centros gestionados por el concesionario.*

*i.-Verificar y en su caso devolver la facturación del concesionario de actos médicos realizados a pacientes no correspondientes a la población protegida por el contrato.”*

*k.- La información económico-financiera deberá ser accesible en todo momento a la Consellería de Sanidad y al Comisionado de la misma.”*

#### *9.2.3.2.6.2 El futuro Cuadro de Mandos Integral de las Unidades de los Comisionados.*

Un Cuadro de Mando Integral, en el ámbito sanitario, debería ser un conjunto de indicadores agrupados por líneas estratégicas, que confirma un sistema de información, y que permiten analizar los objetivos de la institución o la empresa determinada. La diferencia entre un cuadro de mando tradicional y el cuadro de mando integral que ahora nos ocupa, es que hay una evolución de un sistema de información de parcelas o aspectos concretos hacia una visión más global y estratégica.

En la actualidad no existe un Cuadro de Mandos Integral unificado y homogéneo para que las Unidades de Gestión adscritas a los Comisionados de la Consellería en las concesiones, para que puedan ejercer sus funciones de control y supervisión.

Este futuro Cuadro de Mando Integral, debería tener como objetivo principal ser una herramienta útil para la implementación efectiva de la estrategia de la Consellería de Sanidad con el modelo concesional y en la ejecución de los contratos de servicios públicos suscritos. Debería también recoger una serie de indicadores donde quedara reflejada la actividad de las concesiones administrativas tanto a nivel asistencial, de calidad y de gestión económica financiera, permitiendo la medición, seguimiento, análisis y evaluación de sus resultados.

En esta propuesta he seleccionado los indicadores mínimos que entiendo que son necesarios de cada uno de los tres ámbitos mencionados anteriormente con el fin de ejercer ese control, seguimiento y evaluación de la gestión sanitaria desarrollada por las empresas concesionarias:

1.-Los indicadores de los Acuerdos de Gestión.

2.-Los indicadores asistenciales.

3.-Los indicadores de calidad.

4.-Los indicadores económicos-financieros.

1.-LOS ACUERDOS DE GESTION para el ejercicio 2015. Fuente: Conselleria de Sanidad<sup>149</sup>

En el 2015 son 48 indicadores agrupados en: Calidad (11), Asistenciales (13) y de Gestión (24). Evaluación mensual con carácter general.

2.-ASISTENCIALES. Fuente: Las Concesiones

---

<sup>149</sup> He tomado como referencia para esta propuesta de Cuadro de Mandos Integral, los Acuerdos de Gestión para los Departamentos de Salud para el 2015, elaborados por la Consellería de Sanidad, y firmados con los 24 Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana.

2.1. Indicadores de demoras: Entrega máxima mensual. Se desglosará cápita y no cápita, y en este caso la procedencia: LLEE, Mutuas, privados, etc.

2.1.1. Demora por especialidades/ servicios en consultas externas. Primeras y sucesivas.

2.1.2. Demora media quirúrgica por especialidades/servicios.

2.1.3. Demora media en técnicas y exploraciones.

2.2. Informes de actividad semanal: Entrega semanal, con las excepciones detalladas<sup>150</sup>.

2.2.2. Actividad quirúrgica, pruebas exploratorias, partos, endoscopias, consultas externas, hospitalización y urgencias.

2.2.3. Porcentaje de pacientes atendidos en tiempo en urgencias.

2.2.4. Porcentaje de urgencias ingresadas.

2.2.5. Estancia media ajustada por casuística. Entrega semestral.

2.2.6. Altas ponderadas en unidades de atención domiciliaria. Entrega mensual.

2.3. Indicadores de actividad anual acumulada: Entrega máxima mensual.

Actividad quirúrgica, pruebas exploratorias, partos, endoscopias, consultas externas, hospitalización y urgencias.

2.4. Indicadores en Atención Primaria: Entrega máximo mensual.

2.4.1- Cobertura vacunal.

2.4.2.-Frecuentación en atención primaria.

2.4.3.-Control de factores de riesgo cardiovascular.

2.4.4. Cribado de diabetes e hipertensión.

2.5. Indicadores de programas: Entrega máximo semestral.

---

<sup>150</sup> En los apartados 2.2.2., 2.2.3 y 2.2.4, se desglosará cápita y no cápita, y en este caso la procedencia: LLEE. Mutuas, privados, etc.

2.5.1. -Programas de salud pública de cáncer colo-rectal.

2.5.2. Programas de salud pública de cáncer de mama.

3.- CALIDAD. Fuente: 3.1, 3.2 y 3.3 PIGAP. Resto de las Concesiones. Entrega máxima mensual.

3.1. Quejas desagregadas por motivos, servicios y profesionales implicados.

3.2. Agradecimientos.

3.3. Encuestas de satisfacción.

3.4. Tasa de reingreso a los 30 días.

3.5. Tasa de reingreso a las 72 horas.

3.6. Tasa de reingresos a las 48 horas tras Cirugía Mayor Ambulatoria.

3.7. Tasa de mortalidad en grupos de bajo riesgo.

3.8. Tasa de cesáreas en grupos de bajo riesgo.

3.9 Tasa de infecciones hospitalarias (UCI).

3.10. Tasa de incidencia de diálisis domiciliaria.

3.11. Tasa de reintervenciones.

3.12 Tasa de sustitución ambulatoria.

4.-LOS ECONOMICOS-FINANCIEROS. Fuente: La Concesión

A falta de un Cuadro de Mandos Integral para todas las concesiones administrativas como herramienta fundamental para los Comisionados, éstos han desarrollado de forma individual herramientas propias para conseguir los objetivos detallados

anteriormente. Un ejemplo es el Cuadro de Mandos de la Unidad del Comisionado de la Ribera (Alzira), y que se detalla a continuación<sup>151</sup>.

## EL CUADRO DE MANDOS DE LA UNIDAD DEL COMISIONADO DEL HOSPITAL DE LA RIBERA (ALZIRA)

### 1. INDICADORES ASISTENCIALES

#### ➤ **Indicadores de espera y demoras. Demoras por servicios.**



[COG\_CEX004-0]

Informe de esperas y



[COG\_CEX005-0]

Informe de demoras

#### ➤ **Informes de Actividad Semanal**

Actividad Quirúrgica, Pruebas Exploratorias, Partos, Endoscopias, Consultas Externas, Hospitalización y Urgencias.



[COG\_CPI001-3]

Informe Actividad - C



[COG\_AQU001-3]

Informe Actividad - A



[COG\_CEX001-3]

Informe Actividad - C



[COG\_EXA001-3]

Informe Actividad - E



[COG\_HOS001-3]

Informe Actividad - H



[COG\_PAR001-3]

Informe Actividad - P



[COG\_URG001-3]

Informe Actividad - U

---

<sup>151</sup> Fuentes: -La Unidad del Comisionado en el Hospital de la Ribera. 2013.  
-<http://www.hospital-ribera.com>. Consulta: 9/10/2015.

➤ **Indicadores de Actividad Anual Acumulada**

Actividad Quirúrgica, Pruebas Exploratorias, Partos, Endoscopias, Consultas Externas, Hospitalización y Urgencias.



[COG\_CPI001-2]

Informe Actividad - C



[COG\_URG001-2]

Informe Actividad - U



[COG\_PAR001-2]

Informe Actividad - P



[COG\_HOS001-2]

Informe Actividad - H



[COG\_EXA001-2]

Informe Actividad - E:



[COG\_CEX001-2]

Informe Actividad - C



[COG\_AQU001-2]

Informe Actividad - Á

**Periodicidad:** en el Hospital de La Ribera la periodicidad es semanal. Puede entenderse como adecuada, para tener márgenes temporales de mejora una periodicidad quincenal en la remisión de los datos.

2. INDICADORES DE PERSONAL

- Variación (contratación) de Personal por estamentos.
- Ratios de personal asignados por especialidades.



RATIOS ESPECIALISTAS, ENF, AUX MARZO 2013.rar

- Absentismo por estamentos.

**Periodicidad:** trimestral o semestral: la Conselleria dispone de las tablas de ratios por especialidades de todos los departamentos de la CCVV que se suelen actualizar anualmente, para poder comparar ratios de profesionales y adecuación de plantillas

### 3. LOS INDICADORES POBLACIONALES

- Variación de población SIP del departamento (la Conselleria lo remite mensualmente)

**Periodicidad:** mensual

### 4. LOS INDICADORES DE PRESTACIONES O CARTERA DE SERVICIOS

- Nuevas prestaciones diagnóstico – terapéuticas implantadas: polisomnografías, mamografía digital multicorte, PET TAC, etc.
- Nuevas especialidades, áreas o unidades funcionales.

#### **Ejemplo: 32 Especialidades**

- Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor.
- Angiología y Cirugía Vasculat.
- Cirugía Cardíaca.
- Cirugía General y del Aparato Digestivo.
- Cirugía Maxilofacial.
- Cirugía Ortopédica y Traumatología.
- Cirugía Pediátrica.
- Cirugía Plástica y Reparadora.
- Cirugía Torácica.
- Dermatología.
- Ginecología y Obstetricia.
- Neurocirugía.
- Odontología.
- Oftalmología.
- Otorrinolaringología.
- Urología.

- Alergología.
- Cardiología.
- Digestivo.
- Endocrinología.
- Geriátría.
- Medicina Intensiva.
- Medicina Interna.
- Medicina Preventiva.
- Nefrología.
- Neumología.
- Neurología.
- Nutrición y Dietética.
- Oncología.
- Pediatría.
- Psiquiatría.
- Reumatología.
- Áreas y Unidades.
- Área de Diagnóstico Biológico.
- Anatomía Patológica.
- Bioquímica.
- Hematología.
- Microbiología.
- Biología molecular.
- Área de Diagnóstico por Imagen.
- Medicina Nuclear.
- Radiología.
- Neurorradiología.
- Área de Endoscopias y procedimientos.
- Mínimamente invasivos.
- Digestiva.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



- Ginecológica.
- Neumológica.
- Urológica.
- Servicio de Neurofisiología.
- Servicio de Radioterapia y Radiofísica.
- Farmacia Hospitalaria.
- Farmacia de Atención Primaria.
- Unidad de Cardiopatía Isquémica.
- Unidad de Hipertensión Arterial.
- Unidad de Mama.
- Unidad del Sueño.
- Unidad de Tiroides.
- Unidad de Nódulo Pulmonar.
- Unidad de Diabetes.
- Unidad de Infecciosos.
- Unidad de Coloproctología.
- Unidad del Dolor.
- Unidad de Hemodinámica
- **Área del paciente oncológico y Hospital de Día**
- Oncología.
- Hematología.
- Diálisis Renal.

**Periodicidad:** Trimestral o Semestral

**Unidad de Cirugía sin Ingreso**

## 5. LOS INDICADORES ECONÓMICOS

✓ EL PLAN DE INVERSIONES:

- Presupuesto anual/bianual Plan de Inversiones.
- Ejecutado de inversiones.

**Periodicidad:** presupuesto anual, ejecución semestral

✓ LA LIBRE ELECCIÓN HOSPITALARIA DE POBLACIÓN NO PROTEGIDA

- Entradas mensuales de pacientes no cápita, desglosados por especialidades y departamentos de origen.
- Número de intervenciones quirúrgicas de pacientes no cápita, por especialidades y departamentos de origen.

**Periodicidad:** Mensual. (Ejemplo anual)



✓ LA FACTURACIÓN POR COMPAS Y NO COMPAS REMITIDA A CONSELLERÍA

**Periodicidad:** Trimestral

✓ EL GASTO EN CAP II ENDOPROTESIS, FARMACIA EXTERNA, TRDs

- Coste de endoprótesis (HERA): LIOs, prótesis cadera y rodilla, válvulas cardíacas, etc.
- Gasto en farmacia externa
- Gasto en Oxígeno Ventiloterapia

**Periodicidad:** mensual/trimestral

## 6. LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

El resultado de las mismas, cuando las realice el propio departamento, tanto encuestas de personal como de pacientes.

9.2.3.2.7. Una dirección general para la gestión del “Modelo Alzira”: La Dirección General de la Alta Inspección Sanitaria.

Una de las carencias más importantes en la Comunidad Valenciana en mi opinión, ha sido la ausencia de un órgano administrativo específico que centralizara la gestión, control, evaluación y seguimiento de las cinco concesiones ubicadas en la Comunidad Valenciana. No tenía justificación ni explicación alguna que casi un millón de valencianos, un 20 % del total, estuvieran bajo la asistencia sanitaria de este modelo de gestión, y la Consellería no hubiera modificado sus estructuras para adaptarla a esta situación. Tradicionalmente y hasta septiembre de 2015, los órganos con competencias concretas en este modelo tenían dependencia orgánica y/o funcional de distintas direcciones generales y secretarías autonómicas: el extinguido Servicio Coordinación que dependía de la Dirección General de Recursos Económicos, los Comisionados con

dependencia muy difusa dada la dependencia por una parte de los gerentes de los departamentos, a los que están adscritas las concesiones y de otra de la Secretaría Autonómica de acuerdo con la norma que regula la figura del Comisionado<sup>152</sup>, las Comisiones Mixtas de Seguimiento como órgano colegiado, etc.

Con el objetivo de solucionar los problemas surgidos hasta ese momento de descoordinación mencionados anteriormente, en julio de 2015 y con ocasión de la aprobación de la estructura orgánica básica de la Presidencia y de las Consellerías de la Generalitat Valenciana<sup>153</sup>, se creó la Dirección General de la Alta Inspección Sanitaria, dependiente de la Subsecretaría, y que iba a asumir a partir de ese momento *“las competencias en materia de inspección de la cartera de servicios del sistema sanitario valenciano, la tutela de los derechos y deberes de los ciudadanos y la inspección de centros y servicios sanitarios públicos y privados, el control y la inspección de las prestaciones de la seguridad social y farmacéuticas, así como el control y vigilancia de la actividad de los departamentos de salud en régimen de concesión”*.

La estructura orgánica y funcional de la citada Dirección General de Alta Inspección Sanitaria, se publicó en septiembre de 2015, a través de la preceptiva norma de desarrollo<sup>154</sup>, donde se crearon dos Subdirecciones Generales<sup>155</sup>:

a) La Subdirección General de Inspección Sanitaria y Prevención de Riesgos Laborales, y de ella se hacían depender:

a<sup>1</sup>) El Servicio de Inspección de Servicios Sanitarios.

b<sup>1</sup>) El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

---

<sup>152</sup> Decreto 30/2012 de 3 de febrero, del Consell.

<sup>153</sup> Decreto 103/2015, de 7 de julio, del Consell, por el que establecía la estructura orgánica básica de la Presidencia y de las Consellerías de la Generalitat. DOCV de 8/7/2017. Véase, el art. 28 donde se regula la dependencia de esta nueva Dirección de la Alta Inspección Sanitaria de la Subsecretaría y las funciones asignadas a la misma.

<sup>154</sup> Decreto 156/2015, de 18 de septiembre, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento orgánico y funcional de la Consellería de Sanidad y Salud Pública. DOCV de 22/9/2015.

<sup>155</sup> Art. 20 del Decreto 156/015.

b) La Subdirección General de Inspección Sanitaria de Concesiones, Conciertos, Centrales y Servicios Sanitarios, y de la que dependerían:

a<sup>1</sup>) El Servicio de Inspección Sanitaria de Servicios Públicos en Régimen de Concesión.

b<sup>1</sup>) El Servicio de Inspección Sanitaria de Centros y Servicios Sanitarios.

Con independencia de que los distintos Servicios fueran dependientes de esta nueva Dirección General, la novedad también fue la creación de un Servicio específico para el modelo concesional: el Servicio de Inspección Sanitaria de Servicios Públicos en Régimen de Concesión, que iba a tener, a partir de su creación las siguientes funciones:

*a<sup>1</sup>) “La inspección de la asistencia sanitaria en los departamentos en régimen de concesión.*

*b<sup>1</sup>) La inspección de la asistencia sanitaria de las prestaciones de la cartera de servicios no asumidas por los departamentos en régimen de concesión.*

*c<sup>1</sup>) La inspección de las condiciones sanitarias de los centros y equipamiento sanitario de los servicios en los departamentos en régimen de concesión.*

*d<sup>1</sup>) La verificación, seguimiento e inspección del cumplimiento de las cláusulas de explotación.*

*e<sup>1</sup>) La evaluación de los mecanismos y resultados de control de calidad de los servicios de la concesión.*

*f<sup>1</sup>) La evaluación de los indicadores y datos de actividad asistenciales.*

*g<sup>1</sup>) La coordinación y seguimiento de la actividad de las Unidades de Gestión del Comisionado, quienes bajo la dirección del Comisionado, se encargarán de aplicar las funciones que este tiene atribuidas, y entre ellas la de velar por la correcta aplicación de las cláusulas de la concesión y garantizar los derechos de los usuarios del departamento.”*

#### 9.2.3.2.8 Las empresas concesionarias:

El grupo empresarial Ribera Salud, es el de mayor implantación en las concesiones sanitarias valencianas. Fue fundado en 1997 para el desarrollo de iniciativas de colaboración público-privadas, y es la única empresa española que se dedica en exclusiva al modelo PPP.<sup>156</sup> Y desde el año de su fundación 1997, ha desarrollado el conocido como "Modelo Alzira" de CPP en Sanidad.

Este grupo en la Comunidad Valenciana, participa en los hospitales y centros de salud de Alzira, Torrevieja, Denia, Vinalopó y en la sociedad Erescanner salud que gestiona el servicio de Resonancias Magnéticas.

En la Comunidad de Madrid está presente en la sociedad BR salud, gestora del servicio del Laboratorio Central de San Sebastián de los Reyes que da cobertura a seis hospitales públicos,<sup>157</sup> y ha participado en la planificación, construcción, puesta en marcha y consolidación del Hospital de Manises (Valencia) y el Hospital de Torrejón de Ardoz (Madrid) hasta Diciembre de 2012.

En el área internacional, también participa en los dos primeros hospitales con modelo PPP de América Latina: Hospital del Callao y Hospital Villa María del Triunfo en Perú y es proveedor tecnológico de varios hospitales públicos de Chile con la historia clínica electrónica Florence.

---

<sup>156</sup> <http://www.riberasalud.com/Puntos.asp?pid=1&id=7&vector=1,7> Consulta: 10/10/2015.

<sup>157</sup> *El Laboratorio Clínico Central Comunidad de Madrid (BR Salud), comenzó su actividad en 2009 y sus propietarios son Ribera Salud con un 45 % de participación y la empresa Unilabs con un 55 %. Ofrece cobertura de manera integral a 1.200.000 habitantes adscritos a 6 hospitales públicos (Infanta Sofía, Infanta Cristina, Infanta Leonor, Sureste, Henares y Tajo) y a sus Áreas de influencia de Atención Primaria. de análisis clínicos, bioquímica clínica, hematología clínica, inmunología, genética, microbiología y parasitología, además de pruebas de compatibilidad de sangre y componentes sanguíneos. Se trata de un proyecto pionero en España de colaboración público-privada para un servicio hospitalario, mediante la fórmula de concesión administrativa sanitaria.*  
*www.brsalud.com. Consulta: 10/10/2015.*

El pasado año, la compañía estadounidense Centene<sup>158</sup> compró la mitad de Ribera Salud al comprar el paquete accionario de Bankia (heredado a su vez de la Bancaixa). Abonó 60 millones de euros por esas acciones, según un comunicado de la empresa. La actividad empresarial de esta firma americana viene fundamentalmente por su participación en la sanidad pública de Estados Unidos, a través de los programas de aseguramiento Medicaid, Medicare y en el State Children's Health Insurance Program, una versión para niños. Su socio en Ribera Salud es Sabadell (cuyo 50% proviene de la CAM), que tiene previsto seguir en el negocio de la sanidad valenciana, según fuentes del banco, ya que no contemplan la reversión de estos contratos.

Otro movimiento empresarial importante, es el de las aseguradoras Adeslas y Asisa que han optado por salir de las concesiones sanitarias valencianas. Ribera Salud ha comprado las acciones de estas dos aseguradoras de salud y socias desde el inicio de los contratos en el llamado modelo Alzira. La empresa (controlada por Sabadell y Centene) adquirió a SegurCaixa Adeslas su participación del 51% del Hospital de La Ribera, abierto en 1999. El restante 4% queda en manos de las constructoras Dragados y Lubasa. Además, se hizo con el control del 65% del centro de Torre Vieja y del 60% de Vinalopó, hasta ahora en manos de Asisa.

En cuanto a la aseguradora DKV, controla el 65% del Hospital de Denia. El restante 35% corresponde a Ribera Salud.

En cuanto a la aseguradora Sanitas, es la propietaria del 100 % de sus acciones después de comprar a Ribera Salud su participación en 2012. Su intención es continuar con la

---

<sup>158</sup> En su informe anual de 2012, Centene Corporation se define como «líder» en el sector sanitario orientado a la población con menores ingresos. Sus ventas respecto al año anterior crecieron un 59% hasta alcanzar los 8.667 millones de dólares. Su base de pacientes a cierre de 2012 se eleva a 2,6 millones de personas, un millón más que el año anterior. Cuenta con 6.800 empleados.

Sus acciones, que cotizan en la Bolsa de Nueva York, se han revalorizado un 37,39% en el último año y su valor en Bolsa supera los 2.772 millones de dólares.

<http://www.lasprovincias.es/v/20130531/economia/grupo-estadounidense-centene-negocia-20130531.html>. Consulta: 10/10/2015.

<https://aseguradorassanidad.wordpress.com/.../externalizacion-sanidad/>  
10/10/2015

Consulta:

prestación de asistencia sanitaria en dicho hospital ya que no contemplan el escenario de una reversión de la concesión.

**Tabla IX.4.** Las Concesiones valencianas del “Modelo Alzira y las empresas adjudicatarias con su participación empresarial.

CONCESION	EMPRESA ADJUDICATARIA Y SU PARTICIPACION EMPRESARIAL
LA RIBERA (ALZIRA)	RIBERA SALUD 96 % LUBASA 2 % DRAGADOS 2 %
TORREVIEJA	RIBERA SALUD 100 %
DENIA	DKV 65 % RIBERA SALUD 35 %
MANISES	SANITAS 100 %
VINALOPÓ (ELX-CREVILLET)	RIBERA SALUD 100 %

Fuente: Elaboración propia.

#### 9.2.4 El modelo del Hospital de la Ribera

La implantación del modelo concesional en la Comunidad Valenciana, se inició en 1996 cuando, en el marco jurídico ya detallado anteriormente y que legitimaba las nuevas formas de gestión sanitaria, la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana decidió que la construcción y explotación del Hospital de La Ribera, en Alcira, se realizara bajo la modalidad contractual de concesión administrativa. Durante finales de 1996 y 1997, se realizaron los primeros estudios y proyectos para diseñar un nuevo modelo de gestión y organización con dos principios básicos:

La integración de la asistencia sanitaria se hizo mediante la eliminación de los escalones asistenciales (entre atención especializada y atención primaria) y la financiación capítativa se adoptó como un cambio en la financiación de la actividad asistencial.

En el año 1997, salió a licitación por un periodo de 10 años la primera concesión administrativa sanitaria cuyo objeto era la atención sanitaria especializada del Área de



Salud 10 de la Comunidad Valenciana. La puesta en marcha, en el año 1999, del Hospital de La Ribera, supuso un hito en la gestión sanitaria, ya que se trataba de la primera experiencia de aplicación de la Concesión Administrativa al sector sanitario en España.

Sin embargo, en el año 2002, tras la experiencia de los primeros años, se demostró la necesidad de incorporar la gestión de la Atención Primaria y la conveniencia de aumentar el periodo de la concesión a 15 años, prorrogables por 5 años más. Por este motivo, se resolvió el contrato con la UTE Ribera-Salud para la gestión por Concesión del Hospital de La Ribera que quedaba limitada, hasta esa fecha, únicamente a la atención especializada como ya he indicado, adjudicándose un nuevo contrato a la misma empresa, que tendría fecha de inicio de la prestación de 1 de abril de 2003 y que contemplaba la asistencia sanitaria integral, tanto primaria como especializada. Este era un paso hacia delante de acuerdo con los objetivos detallados anteriormente por la Administración sanitaria valenciana de la máxima integración entre los distintos niveles asistenciales.

La población protegida del Departamento de Salud de La Ribera asciende, a 255.607 personas<sup>159</sup>, entendiéndose como población protegida aquellas personas que cada día del año tengan asignado médico de Atención Primaria dentro del ámbito territorial de la concesión administrativa, según el Sistema de Índice Poblacional (S.I.P.).

---

<sup>159</sup> Según los datos del Sistema de Información Poblacional (S.I.P.) de 2011.

**Tabla IX.5.** Las principales características del Departamento de Salud de la Ribera (Alzira)

LAS CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES:	DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA RIBERA (ALZIRA)
Apertura:	1999
Población atendida:	256.000 ciudadanos aprox.
Hospital Universitario:	Si. Desde 2007
Empresa adjudicataria:	UTE Ribera Salud
Accionistas actuales <sup>160</sup>	96% Ribera Salud 2% Lubasa 2% Dragados
Número de Centros de Salud adscritos:	41
Inversiones a realizar por el adjudicatario:	1.-Construcción del nuevo Hospital de la Ribera 2.-Construcción del nuevo centro de Salud de Alzira <sup>161</sup>
Certificaciones de calidad:	ISO 9001-2000
Plazo de la concesión:	1.-Primer contrato: 10 años sólo la asistencia especializada. 2.-Segundo contrato: 15 años prorrogables por otros 5 más la asistencia integral (primaria y especializada)

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos obtenidos en <http://www.ribera10.com>, <http://www.riberasalud.com/Concesion.asp?pid=1&id=20&vector=1,20> y en los Pliegos específicos de cada concesión. Consulta: 1/11/2015.

En cuanto a los resultados en Los Acuerdos de Gestión el grado de cumplimiento del Departamento de La Ribera, medido en %, con un máximo del 100%, de esos indicadores durante estos últimos años se muestra en la siguiente tabla:

<sup>160</sup> A fecha 11 de octubre de 2015.

<sup>161</sup> La construcción del Hospital de la Ribera estaba recogido como obligación del adjudicatario dentro de las inversiones comprometidas en el primer Anteproyecto de Explotación que adjudicó únicamente la asistencia especializada. Con la nueva adjudicación e inicio de la asistencia integral en 2003 se establecía la obligación del adjudicatario de la construcción del centro de salud de Alzira, recogida en la Cláusula 8 del Anteproyecto de Explotación y Pliegos de Prescripciones Técnicas Particulares para la contratación de la gestión de servicios públicos por concesión de la asistencia sanitaria integral (primaria y especializada) en el Área de Salud 10 de la Comunidad Valenciana.

**Tabla IX.6.** Los resultados de los Acuerdos de Gestión en el Departamento de la Ribera de 2005 a 2013.

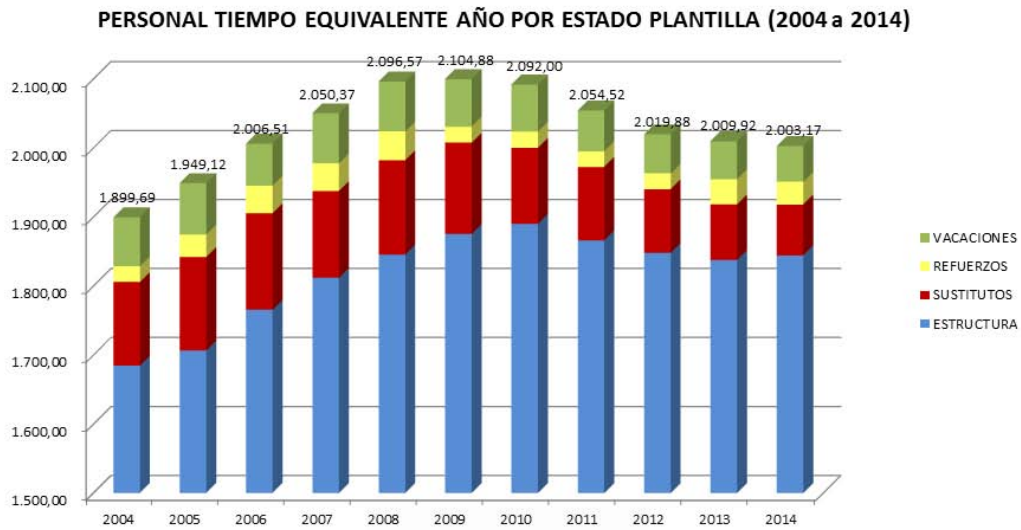
EL EJERCICIO ECONOMICO PARA LOS ACUERDOS DE GESTION	EL GRADO DE CUMPLIMIENTO SOBRE 100%
2005	53,30
2006	65,20
2007	63,80
2008	79,70
2009	73,50
2010	76,90
2011	81,10
2012	79,02
2013	94,82

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de la Memoria de Actividad de 2013.  
[http://www.hospital-ribera.com/memoria2013/resumen2013/resumen\\_2013/pubData/source/memoria2013.pdf](http://www.hospital-ribera.com/memoria2013/resumen2013/resumen_2013/pubData/source/memoria2013.pdf)  
Consulta: 11/10/2015

Es de destacar que desde la implantación de los Acuerdos de Gestión, los mejores resultados de ese Departamento de Salud de la Ribera se han obtenido en el ejercicio 2013, alcanzando un total de 94,82 puntos sobre 100. Esto le ha permitido situarse en la primera posición en el ranking de los 24 Departamentos de la Comunidad Valenciana durante este ejercicio económico.

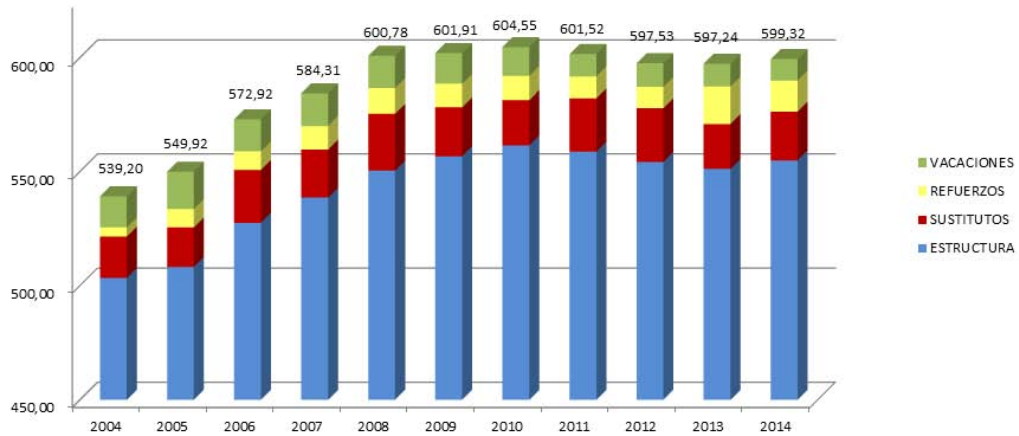
En las siguientes tablas se recogen datos de la gestión de los recursos humanos en este Departamento desde 2004 hasta 2014.

**Tabla IX.7.** El personal y tiempo equivalente año por estado de plantilla, categorías profesionales y costes. 2004-2014



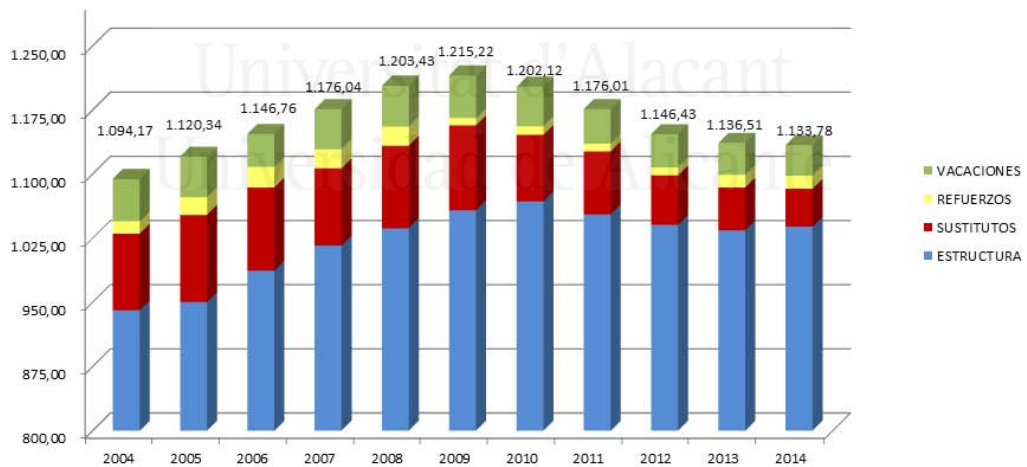
TOTAL	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
AVS	613	581	554	526	507	489	477	452	417	379	358
ESTRUCTURA	1071	1126	1212	1286	1338	1386	1413	1414	1431	1458	1486
SUSTITUTOS	122	136	140	126	137	132	110	106	92	80	74
REFUERZOS	22	33	40	40	42	23	23	23	23	37	33
VACACIONES	71	74	61	72	72	74	68	59	57	55	52
<b>TOTAL</b>	<b>1899,69</b>	<b>1949,12</b>	<b>2006,51</b>	<b>2050,37</b>	<b>2096,57</b>	<b>2104,88</b>	<b>2092,00</b>	<b>2054,52</b>	<b>2019,88</b>	<b>2009,92</b>	<b>2003,17</b>

### MEDICOS FTE POR ESTADO DE PLANTILLA (2004 a 2014)



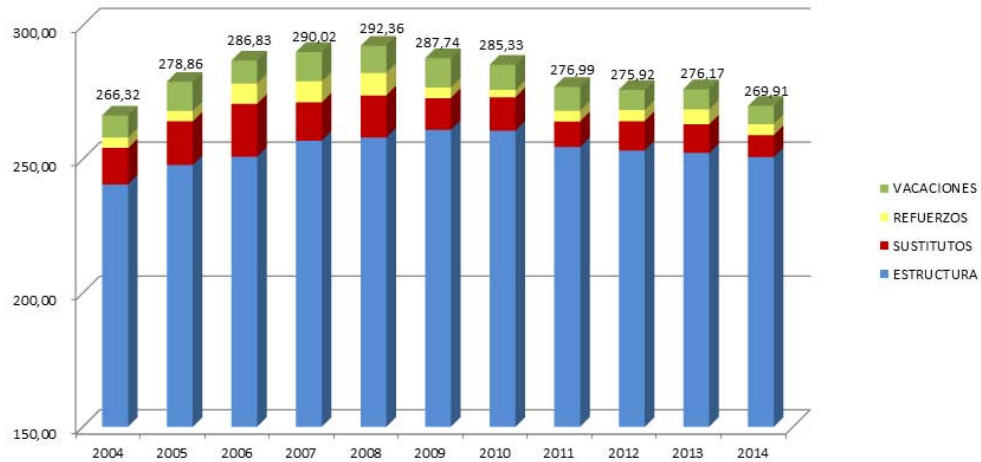
MEDICOS	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
AVS	196	178	160	153	147	136	135	130	120	108	99
ESTRUCTURA	308	330	368	386	403	421	427	429	434	443	456
SUSTITUTOS	18	17	23	21	25	21	20	23	24	20	21
REFUERZOS	4	8	8	10	11	10	11	10	9	16	14
VACACIONES	14	16	14	14	14	13	13	10	10	10	9
TOTAL	539,20	549,92	572,92	584,31	600,78	601,91	604,55	601,52	597,53	597,24	599,32

### AREAS FTE POR ESTADO DE PLANTILLA (2004 a 2014)



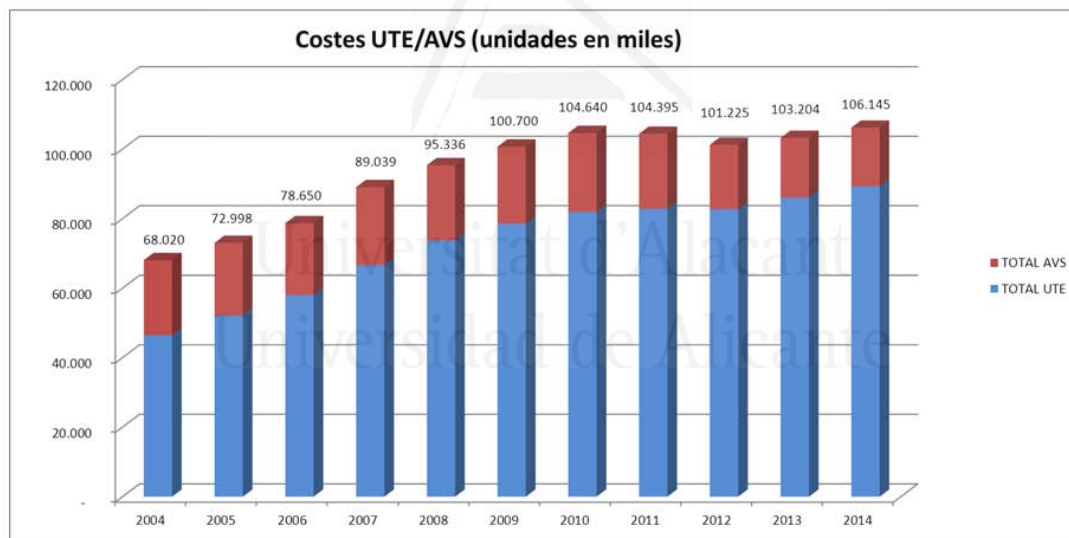
AREAS	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
AVS	333	317	313	291	279	277	268	252	229	209	199
ESTRUCTURA	608	633	675	726	757	781	800	801	812	825	839
SUSTITUTOS	90	102	97	90	96	99	78	74	58	50	44
REFUERZOS	14	21	24	22	23	9	10	9	9	15	16
VACACIONES	49	47	38	47	48	50	46	40	39	37	35
TOTAL	1,094,17	1,120,34	1,146,76	1,176,04	1,203,43	1,215,22	1,202,12	1,176,01	1,146,43	1,136,51	1,133,78

**ADMINISTRACION FTE POR ESTADO DE PLANTILLA (2004 a 2014)**



ADMÓN	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
AVS	85	86	81	83	81	76	74	70	68	62	60
ESTRUCTURA	156	162	170	174	178	185	186	184	185	190	191
SUSTITUTOS	14	16	20	14	16	12	12	10	11	11	8
REFUERZOS	4	4	8	8	8	4	3	4	4	6	4
VACACIONES	8	11	9	11	10	11	9	9	8	8	7
<b>TOTAL</b>	<b>266,32</b>	<b>278,86</b>	<b>286,83</b>	<b>290,02</b>	<b>292,36</b>	<b>287,74</b>	<b>285,33</b>	<b>276,99</b>	<b>275,92</b>	<b>276,17</b>	<b>269,91</b>

**Costes UTE/AVS (unidades en miles)**



	TOTAL UTE	TOTAL AVS	Total
2004	46.446	21.574	68.020
2005	52.108	20.890	72.998
2006	57.957	20.693	78.650
2007	66.543	22.496	89.039
2008	73.733	21.603	95.336
2009	78.551	22.149	100.700
2010	81.857	22.784	104.640
2011	82.795	21.600	104.395
2012	82.695	18.530	101.225
2013	86.058	17.146	103.204
2014	89.289	16.856	106.145

Fuente: Datos facilitados por la Dirección del Departamento de Salud de la Ribera en septiembre de 2015.

### 9.2.5 El modelo del Hospital de Torrevieja

La adjudicación en 2006 mediante concesión administrativa de la gestión integral (primaria y especializada) del Área de Salud 20, actual Departamento de Salud de Torrevieja, consolidó el modelo concesional en la Comunidad Valenciana, el llamado “Modelo Alzira.

Inició su actividad el 16 de octubre de 2006, constituyendo la segunda concesión sanitaria administrativa de la Comunidad Valenciana. Su población protegida asciende, según los datos recogidos en el S.I.P. de 2011, a 173.011 personas. No es un departamento que cuente con una elevada población protegida, sino que su característica es la atención un gran número de desplazados nacionales y extranjeros, con residencia habitual en Torrevieja, tanto en atención especializada (en el hospital de Torrevieja) como en atención primaria (en los Centros de Salud asignados). En temporada alta, el área de influencia geográfica de este departamento supera los 600.000 habitantes y un 60 % de población extranjera.

**Tabla IX.8.** Las principales características del Departamento de Salud de Torrevieja

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES:	DEPARTAMENTO DE SALUD DE TORREVIEJA
Apertura:	2006
Población atendida:	173.000 ciudadanos aprox.
Hospital Universitario:	Si. Desde 2013
Empresa adjudicataria:	UTE Torrevieja Salud
Accionistas actuales <sup>162</sup>	100 % Ribera Salud
Número de Centros de Salud adscritos:	24
Inversiones a realizar por el adjudicatario:	Construcción del nuevo Hospital de Torrevieja
Plazo de la concesión:	15 años prorrogables por otros 5 más

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos obtenidos en <http://www.torrevieja-salud.com/>, en <http://www.riberasalud.com/Concesion.asp?pid=1&id=20&vector=1,20> y en los Pliegos específicos de cada concesión. Consulta 1/11/15

<sup>162</sup> A fecha 11 de octubre de 2015.

En materia de política de recursos humanos, el Departamento de Salud de Torrevieja y el del Vinalopó, han firmado con los representantes sindicales su **primer Plan de Igualdad** con una vigencia para el periodo 2014-2018. Este plan incluye un conjunto de acciones con la objetivo de implementar medidas dirigidas a mejorar las actuales condiciones en materia de igualdad entre mujeres y hombres. En este sentido, se hace especial hincapié, en el mismo en el uso de un lenguaje adecuado y se llevará a cabo formación específica para los responsables de la selección de personal, además de otras políticas encaminadas a la conciliación de la vida familiar y profesional.

En ese Departamento sanitario, destaca el elevado número de mujeres que ocupan cargos de responsabilidad en el Departamento; entre ellas, Jefas de Servicio, Coordinadoras, Supervisoras, y otros cargos administrativos, que habitualmente son desempeñados por hombres.

El equipo de profesionales de Torrevieja Salud es mayoritariamente femenino, con una plantilla de mujeres del 66%, es decir, de los más de 1.100 empleados que componen el Departamento, alrededor de 812 son mujeres.

En cuanto a la plantilla, no se disponen de datos publicados, sólo referencias indirectas<sup>163</sup>, ya que ni en la página web del Departamento sanitario ni en las memorias de actividad publicadas por el centro, se recogen las plantillas a diferencias de los otros departamentos sanitarios de la Comunidad Valenciana.

Un aspecto importante a tener en cuenta en cuanto a la gestión de los recursos humanos, es la iniciativa de la empresa concesionaria, Ribera Salud, de utilizar todas las “sinergias” posibles con el Departamento del Vinalopó, del cual también es propietario al cien por cien. Estas sinergias consisten en disponer que determinado personal ejerza sus servicios profesionales en los dos departamentos sanitarios alternando varias horas al día, varios días a la semana y varios días al mes. Esta estrategia empezó a utilizarse desde la apertura del Departamento del Vinalopó en 2010 con los componentes de los

---

<sup>163</sup> “Los más de 1.100 profesionales que integran el Departamento de Salud de Torrevieja, podrán atenderle en más de una veintena de puntos de atención sanitaria gratuita a su disposición, entre los que se incluye el Hospital de Torrevieja (...).  
<http://www.torrevieja-salud.com/> Consulta: 11/10/2015



equipos directivos y se ha ido extendiendo de forma progresiva a los mandos intermedios y a un elevado número de profesionales. Mi opinión es negativa sobre este tipo de prácticas, ya que se están reduciendo alarmantemente en número de profesionales destinados a la actividad asistencial y el tiempo dedicado de los mismos.

#### **9.2.6 El modelo del Hospital de Denia.**

El año 2009 representa un año de consolidación para el modelo concesional en la Comunidad Valenciana, con la puesta en marcha de dos nuevos Departamentos: el Departamento de Salud de Denia en febrero, y el Departamento de Salud de Manises en mayo.

Con fecha de inicio de su actividad asistencial el 1 de febrero de 2009, el Departamento de Denia no implicó la creación de un nuevo Departamento de Salud, sino que se trató de la implantación del “Modelo Alzira” en un Departamento ya existente gestionado hasta dicha fecha a través del sector público y con un hospital público de gestión directa en funcionamiento. Por tanto, a puesta en marcha del Hospital de Denia supuso por primera vez en el modelo concesional valenciano, el traslado de un hospital público de gestión directa (el Hospital de La Marina Alta) a un hospital público de gestión privada.

Su población protegida, según los datos recogidos en S.I.P 2011, es de 160.466 personas. Una de sus características, con independencia de la detallada anteriormente, es al igual que en el Departamento de Salud de Torrevieja, la atención a un elevado número de pacientes extranjeros atraídos fundamentalmente por el turismo residencial los cuales también tienen su residencia habitual en Denia y los municipios limítrofes para con asistencia sanitaria asignada al Departamento de Salud de Denia.

**Tabla IX.9.** Las principales características del Departamento de Salud de Denia

LAS CARACTERISTICAS PRINCIPALES:	EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE DENIA
Apertura:	2009
Población atendida:	160.000 ciudadanos aprox.
Hospital Universitario:	No
Empresa adjudicataria:	Marina Salud S.A.
Accionistas actuales	35 % Ribera Salud 65% DKV
Número de Centros de Salud adscritos:	45
Inversiones a realizar por el adjudicatario:	1.-Construcción del nuevo Hospital de Denia 2.-Adaptación del antiguo como sociosanitario 3.-Reforma del Centro de Especialidades de Denia y Centro de Salud de Calpe
Plazo de la concesión:	15 años prorrogables por otros 5 más

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en <http://www.marinasalud.es/> y en <http://www.riberasalud.com/Concesion.asp?pid=1&id=20&vector=1,20> .y en los Pliegos específicos de cada concesión. Consulta 1/11/2015

La gestión de los recursos humanos en este departamento sanitario, ha sido siempre muy conflictiva, al tener que acometer un traslado de un hospital de agudos en su momento (transformado posteriormente en sociosanitario) al nuevo hospital de Denia construido por la empresa concesionaria Marina Salud. Los profesionales con régimen estatutario fijos tuvieron la posibilidad de solicitar una excedencia especial regulada en el ET si decidían, voluntariamente, integrarse en la empresa como personal laboral. En cuanto a los trabajadores eventuales la situación fue más complicada ya que se les ofreció también su integración como personal laboral temporal, pero a quien decidía no integrarse, la Consellería anunció que se amortizarían las plazas. Se presentaron diversas demandas judiciales contra estos expedientes de modificación de plantilla, recayendo sentencias favorables a favor de los demandantes<sup>164</sup>.

<sup>164</sup> En la Mesa Sectorial de Sanidad, celebrada el día 29 de septiembre de 2015, El sindicato CSI-F, en cuanto a la modificación de plantilla de Dpto. de Denia/Aplicación Sentencia del TSJ, manifestó que siempre había defendido la Sanidad Pública desempeñada por los Empleados

En cuanto al número de trabajadores y según la Memoria de 2014, el departamento tiene los siguientes<sup>165</sup>:

- a) En el hospital: 741
- b) En atención primaria: 398
- c) Total: 1.139 trabajadores.

### 9.2.7 El modelo del Hospital de Manises

En mayo de 2009 entró en funcionamiento el Hospital de Manises, junto con Hospital de Denia, en febrero de ese mismo año.

El 7 de mayo de 2009 se inició la actividad asistencial en este nuevo Departamento sanitario, el cual tiene la característica de la cercanía a Valencia capital y ello conlleva un elevado flujo de pacientes entre Manises y los distintos Departamentos ubicados en la ciudad de Valencia, como son el Departamento de Salud de la Fe, el del Dr. Peset, el del Clínico-Malvarrosa o el de Arnau-Vilanova. Su población protegida según los datos S.I.P. de 2011, es de 194.297 personas.

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

---

*Públicos. Dicho lo anterior, entrando en el tema del expediente de Modificación de Plantilla del Departamento de Salud de Denia, CSI-F manifestó que se deberá:*

- 1. Mantener todos los puestos de trabajo actuales del Departamento de Denia.*
- 2. El reingreso del personal que haya sido despedido por la empresa, con el pago de sus haberes, hasta la nueva fecha de amortización.*
- 3. El pago de oficio de las diferencias salariales, entre el personal estatutario y el laboral de la empresa (que las hay, dado que se realiza una mayor jornada)*

*<http://www.csi-f.es/sector/sanidad/ambito/comunidad-valenciana> Consulta: 30.9.2015*

<sup>165</sup> *<http://www.marinasalud.es/documents/10612/12135/Memoria+2013/f559ab62-f6c4-400e-8ff2-c9f6ab45e0f9> Consulta: 11/10/2015*

**Tabla IX.10.** Las principales características del Departamento de Salud de Manises

LAS CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES:	EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE MANISES
Apertura:	2009
Población atendida:	195.000 ciudadanos aprox.
Hospital Universitario:	No
Empresa adjudicataria:	UTE Manises Salud
Accionistas actuales	Sanitas <sup>166</sup>
Número de Centros de Salud adscritos:	10
Inversiones a realizar por el adjudicatario:	El Hospital de Manises
Plazo de la concesión:	15 años prorrogables por otros 5 más

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en <http://www.hospitalmanises.es/> y en <http://www.riberasalud.com/Concesion.asp?pid=1&id=20&vector=1,20> .y en los Pliegos específicos de cada concesión. Consulta: 1/11/2015.

En cuanto a los recursos humanos, que tiene el Departamento de Salud de Manises, son los recogidos en las tablas siguientes:

**Tabla IX.11.** La Plantilla media del Departamento de Salud de Manises

LA CATEGORÍA DE LOS TRABAJADORES	2010	2011	2012	2013
Los asistenciales licenciados	631	444	442	440
Los Asistenciales no licenciados	556	803	796	796
Los No licenciados	204	210	216	215
<b>Total</b>	<b>1.391</b>	<b>1.457</b>	<b>1.454</b>	<b>1.451</b>

Fuente: elaboración propia, a partir de los datos recogidos en Memoria de Actividad del Departamento de Salud de Manises de 2013.

<sup>166</sup> Ribera Salud ha participado hasta diciembre de 2012, fecha en la que vendió la totalidad de sus acciones a Sanitas.

**Tabla IX.12.** La Plantilla con porcentaje de mujeres del Departamento de Salud de Manises.

AÑO	EN PLANTILLA	EN PUESTOS DIRECTIVOS
2011	73,3 %	27,3 %
2012	74,2 %	27,3 %
2013	74,8 %	25 %

Fuente: elaboración propia, a partir de los datos recogidos en la Memoria de Actividad del Departamento de Salud de Manises de 2013.

**Tabla IX.13.** La Plantilla de diversidad del Departamento de Manises. Discapacitados y extranjeros

AÑO	CON DISCAPACIDAD	EXTRANJEROS
2011	2,2 %	2,2 %
2012	2,6 %	2 %
2013	2,5 %	1,9 %

Fuente: elaboración propia, a partir de los datos recogidos en la Memoria de Actividad del Departamento de Salud de Manises de 2013.

### 9.2.8 El modelo del Hospital del Vinalopó

En junio de 2010 inició su andadura el Departamento de Salud de Elx-Crevillent. Con esta inauguración y durante el transcurso de 15 años, se han implantado cinco concesiones administrativas sanitarias en la Comunidad Valenciana. Cuenta con una población protegida de 150.136 personas, de acuerdo la información del SIP de 2011.

Este Departamento sanitario tiene la característica de tener ubicado el Hospital del Vinalopó, de nueva construcción, en Elche ciudad, compartiendo asistencia sanitaria con el Hospital General Universitario de Elche de gestión directa, lo que ha traído importantes problemas de “convivencia”, tanto entre el personal sanitario como con la

asistencia sanitaria a los ciudadanos que está “divididos” en cuanto a su asignación a dos hospitales con modelos de gestión distintos en la misma población<sup>167</sup>.

Este hospital ha sido el primero de España que antes de apertura consiguió el certificado de accesibilidad, por TÜV Rheinland según la norma UNE170001:2007<sup>168</sup>



---

<sup>167</sup> *Un ejemplo de ello son las constantes quejas de los usuarios denunciadas a los medios de comunicación por determinadas incidencias en la asistencia sanitaria:*

*-“El Hospital del Vinalopó ignora al General y deriva todos los pacientes de neurocirugía a la privada”*

*<http://www.laverdad.es/alicante/v/20140226/elche/hospital-vinalopo-ignora-general-20140226.html>*

*Consulta: 11/10/2015.*

*“Sanidad destituye a la directora de Atención Primaria de Elche”. La concejal de Sanidad del Ayuntamiento de Elche y Directora de Atención Primaria del Departamento de Salud de Elche-Hospital General (con gestión directa), Cristina Martínez, denunció durante un pleno municipal las deficiencias en el ámbito sanitario que, según ella, sufren diariamente los ciudadanos de Elche. Sus críticas a la situación del sistema sanitario en Elche, por encima de los intereses de su partido político, según sus declaraciones públicas, le ha costado su cese como Directora de Atención Primaria en el Departamento de Salud que gestiona el Hospital General Universitario de Elche.*

*<http://www.elmundo.es/comunidad-valenciana/2014/06/30/53b14c5a22601dd7688b458b.html>*

*Consulta: 11/10/2015.*

<sup>168</sup> *Esta certificación de Accesibilidad universal, acredita el sistema de gestión de accesibilidad global de Vinalopó Salud, que busca el objetivo de crear un entorno de trabajo integrador. La Certificación en Accesibilidad Global garantiza a cualquier persona, con o sin discapacidad, las mismas posibilidades de acceso al centro y a los servicios prestados por el Hospital.*

**Tabla IX.14.** Las principales características del Departamento de Salud del Vinalopó.

LAS CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES:	EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE TORREVIEJA
Apertura:	2010
Población atendida:	150.000 ciudadanos aprox.
Hospital Universitario:	Si. Desde 2013
Empresa adjudicataria:	UTE Vinalopó Salud
Accionistas actuales <sup>169</sup>	100 % Ribera Salud
Número de Centros de Salud adscritos:	12
Inversiones a realizar por el adjudicatario:	Construcción del nuevo Hospital del Vinalopó
Plazo de la concesión:	15 años prorrogables por otros 5 más

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en <http://www.vinaloposalud.com/> y en <http://www.riberasalud.com/Concesion.asp?pid=1&id=20&vector=1,20> .y en los Pliegos específicos de cada concesión. Consulta 1/11/2015

#### El Plan de Carrera y el Desarrollo Profesional

Dentro de la Evaluación por competencias en 2015, uno de los pilares de este Departamento sanitario y del de Torreveja, dentro del Plan de Carrera y Desarrollo profesional, fueron los *Objetivos de Compromiso con la Organización* (en adelante OCO). Con el fin de medir esos objetivos, los responsables del Departamento pusieron en marcha la Evaluación del *Desempeño 2015*.

Los trabajadores accedían a la formación específica a través de un curso denominado "*Curso de Evaluación por Competencias*", ya puesto en marcha unos años antes, donde actualizaban los conocimientos adquiridos para poder aplicarlos en ese evaluación. Existe en la intranet del Departamento un enlace específico llamado "*Portal del Empleado*" donde el acceso es individualizado y confidencial.<sup>170</sup>

<sup>169</sup> A fecha 11 de octubre de 2015.

<sup>170</sup> Hospital del Elx-Crevillent ([www.hospitalvinalopo.com](http://www.hospitalvinalopo.com)) Nota remitida a todos los trabajadores el 18/9/2015, a través del Gabinete de Comunicación ([comunicación@vinaloposalud.com](mailto:comunicación@vinaloposalud.com))

Un aspecto importante a tener en cuenta en cuanto a la gestión de los recursos humanos, es la iniciativa de la empresa concesionaria, Ribera Salud, de utilizar todas las “sinergias” posibles con el Departamento de Torrevieja<sup>171</sup>, del cual también es propietario al cien por cien. Estas sinergias consisten en disponer que determinado personal ejerza sus servicios profesionales en los dos departamentos sanitarios alternando varias horas al día, varios días a la semana y varios días al mes. Esta estrategia empezó a utilizarse desde la apertura del Departamento del Vinalopó en 2010, con los componentes de los equipos directivos y se ha ido extendiendo de forma progresiva a los mandos intermedios y a un elevado número de profesionales. Mi opinión es negativa sobre este tipo de prácticas, ya que se están reduciendo alarmantemente en número de profesionales destinados a la actividad asistencial y el tiempo dedicado de los mismos.

En cuanto a los recursos humanos que trabajan en el Hospital del Vinalopó y según los datos recogidos en el Plan de Igualdad del Hospital del Vinalopó 2013-2018, elaborado en 2012, son los siguientes:

- a) Hombres: 311
- b) Mujeres: 672
- c) Total: 983

La distribución por antigüedad en la empresa es la recogida en la tabla siguiente:

**Tabla IX.15:** Los Profesionales por antigüedad en el Hospital del Vinalopó

LA DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES POR ANTIGÜEDAD	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Menos de 6 meses	100	43	143
De 6 a 24 meses	551	245	796
Entre 24 meses y 10 años	21	23	44

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos recogidos en el Plan de Igualdad del Hospital del Vinalopó 2013-2018.

<sup>171</sup> Ya realicé referencia a las “sinergias” utilizadas por la empresa Ribera Salud en el epígrafe correspondiente al modelo del Hospital de Torrevieja.



### 9.2.9 La cuestionada continuidad del modelo Alzira

La reversión de las cinco concesiones administrativas en la Comunidad Valenciana, está recogida en el Pacto del Botànic<sup>172</sup>, dentro del acuerdo de gobierno entre el PSPV-PSOE, Compromís y Podemos. A nadie se le escapa que este proceso va a ser muy complicado debido a la situación contractual de las concesiones y el plazo de finalización de las mismas, siendo la primera en finalizar su contrato con la Consellería de Sanidad, el Hospital de la Ribera-Alzira que lo hará en 2018.

Por su parte, Compromís está llevando a cabo determinadas acciones a fin de presionar al Gobierno Valenciano y a la Consellería de Sanidad (cuya máxima responsable es del PSPV-PSOE y por tanto socio de Gobierno de Compromís) a tomar decisiones en ese sentido en el Hospital de Denia, exigiéndole que rescate de forma inmediata a la concesionaria de dicho hospital, que es la empresa Marina Salud, con el objetivo de revertir al servicio público la gestión sanitaria de este Departamento de salud. Asimismo está exigiendo que, mientras esto no ocurra, se fiscalice el cumplimiento de todos los servicios pactados<sup>173</sup>.

La estrategia de dicha formación política está dirigida en dos sentidos diferentes:

- a) Por una parte a través de las Cortes Valencianas, donde uno de sus diputados autonómicos, Rafael Nadal, ha formulado a la Consellería de Sanidad dos preguntas parlamentarias relativas al incumplimiento de la empresa privada que gestiona la concesión de Denia, Marina Salud, de los pliegos que rigen el contrato suscrito con la Consellería de Sanidad. La primera pregunta parlamentaria, es relativa al incumplimiento en la construcción de un centro de salud en la población de Pedreguer que el Ayuntamiento de dicha localidad lleva reivindicando desde el año 2000. La segunda pregunta

---

<sup>172</sup> En el Pacto del Botànic firmado, en Valencia el 11 de junio de 2015, recoge en su punto 3b: “La recuperación del sistema sanitario público. Auditoría de los concesiones administrativas sanitarias y estudio de las vías adecuadas que permitirían la reversión completa”. Pág. 5.

<sup>173</sup> <http://xabiaaldia.com/compromis-pide-el-rescate-de-la-concesion-sanitaria-a-las-puertas-del-hospital-presionando-con-sus-alcaldes-y-concejales/> Fecha de consulta: 5/10/2015.

parlamentaria, es relativa al retroceso en los servicios y en la calidad de los consultorios adscritos a los diferentes centros de salud adscritos al departamento sanitario, como la falta de coberturas de las vacaciones de los facultativos, no se sustituyen los descansos de las guardias, etc. Hay también planteadas más preguntas a la Consellería de Sanidad durante el mes de septiembre sobre determinadas deficiencias que consideran graves, como el tiempo de espera en urgencias para ser atendidos los pacientes, falta de especialistas en radiología, ausencia de un servicio de salud mental infantil, etc.

- b) La segunda estrategia utilizada por Compromís, es la convocatoria de una concentración de todos los alcaldes y concejales de Compromís de la comarca, en las puertas del hospital de Denia, con el objetivo de reivindicar una gestión pública de la sanidad<sup>174</sup>.

Con relación a la problemática concreta de esta concesión de Denia, la actual consellera de Sanidad Universal Salud Pública, Carmen Montón, está manteniendo de forma activa diversas reuniones con los alcaldes de la Marina Alta como el objetivo de abordar la situación actual de esta área sanitaria. También está manteniendo encuentros con el mismo objetivo con el Comité de Empresa de Marina Salud, empresa concesionaria y que gestiona el departamento de salud, y con la Plataforma en defensa de la Sanidad Pública de la Marina Alta, que reclama desde hace años la recuperación de la gestión directa y por tanto la reversión del servicio sanitario al sector público<sup>175</sup>.

Una muestra más de los objetivos del actual gobierno valenciano con las concesiones del “Modelo Alzira” y con ocasión de la situación concreta del Departamento de Salud de Denia, es el comunicado oficial a través de una nota de prensa de citada

---

<sup>174</sup> *Diario El Mundo*, de 2 de octubre de 2015. Edición Alicante. Pág. 7

<sup>175</sup>

[http://www.gva.es/es/inicio/area\\_de\\_prensa/not\\_detalle\\_area\\_prensa;jsessionid=2fy8WJ5bDpRJXm31ym1g7KHBpnxFZswCD2x5JS9ZW4G9pnmpzbHM!-1616990415!1444198875765?id=637997](http://www.gva.es/es/inicio/area_de_prensa/not_detalle_area_prensa;jsessionid=2fy8WJ5bDpRJXm31ym1g7KHBpnxFZswCD2x5JS9ZW4G9pnmpzbHM!-1616990415!1444198875765?id=637997). Consulta: 7/10/2015.

Consellería,<sup>176</sup> hecho público el día 7 de octubre de 2015. La Consellería Carmen Montón y casi todo su equipo de altos cargos, mantuvieron dos reuniones con la Xarxa de Alcaldes de la Marina Alta, por una parte, y con la Junta de Personal, el Comité de Empresa de Marina Salud y la Plataforma en defensa de la Sanidad de la Marina Alta, por otra.

En ambas reuniones, con independencia de abordar la situación concreta y actual del Departamento de Denia, gestionado por la concesionaria Marina Salud, la consellera ha informado del proyecto del gobierno valenciano de revertir la sanidad al sector público en los departamentos sanitarios valencianos gestionados por concesiones administrativas.

Ésta también ha dado los detalles del procedimiento y de la “hoja de ruta” a seguir en este departamento sanitario y que constará de tres tiempos:

- a) En primer lugar se realizará una auditoría. El contenido de la misma es la realización un análisis de las infraestructuras, las inversiones, el equipamiento y la calidad asistencial que están recibiendo los ciudadanos, y ello para tener una visión de la situación actual de departamento.
- b) En segundo lugar, está el control riguroso y el cumplimiento estricto de los contratos firmados entre la empresa y la Consellería.
- c) En tercer lugar, y como paso definitivo es dar cumplimiento a lo recogido en el Pacto del Botànic, que es la reversión de la gestión sanitaria al sector público valenciano y que la Consellería de Sanidad gestione la atención sanitaria en estos cinco departamentos de forma directa.

En cuanto a la primera fase de esa “hoja de ruta” detallada anteriormente, y de acuerdo con el “Pacto del Botànic, el PSPV-PSOE va a recurrir a la Sindicatura de Comptes, como

---

176

[http://www.gva.es/es/inicio/area\\_de\\_prensa/not\\_detalle\\_area\\_prensa;jsessionid=C2nvWVyVpMphXGTGc0k6bBzB6zgfwwTdQ6DTJNJzJsJ0mrlH9wvc!-1616990415!1444278805202?id=638296](http://www.gva.es/es/inicio/area_de_prensa/not_detalle_area_prensa;jsessionid=C2nvWVyVpMphXGTGc0k6bBzB6zgfwwTdQ6DTJNJzJsJ0mrlH9wvc!-1616990415!1444278805202?id=638296) . Fecha de consulta: 8/10/2015.

órgano fiscalizador de la Generalitat y que depende orgánicamente de las Cortes Valencianas, aunque tiene total independencia funcional para el mejor cumplimiento de sus fines, al que tiene intención de encargar un informe sobre la rentabilidad del modelo de gestión de CPP en la comunidad valenciana.

Este órgano fiscalizador, recoge en su normativa de creación<sup>177</sup>, la posibilidad de actuar de oficio o a petición de parte a través del “derecho de petición”<sup>178</sup>. Por tanto, el derecho de petición lo pueden ejercer las Cortes o las entidades locales y, excepcionalmente, el Gobierno Valenciano previa aprobación por la Mesa de las Cortes Valencianas.

La otra posibilidad, es la actuación de oficio por parte de la Sindicatura de Comptes e incluyera en su plan de trabajo anual una auditoría de la rentabilidad de las concesiones administrativas valencianas.

---

<sup>177</sup> Ley 6/1985, de 11 de mayo, de la Sindicatura de Cuentas.

<sup>178</sup> El artículo 14, de la Ley 6/1985, de 11 de mayo, de la Sindicatura de Cuentas, dice así:  
“Uno. La iniciativa fiscalizadora, en el ámbito de sus competencias corresponde a la Sindicatura de Cuentas y a las Cortes Valencianas.  
Dos. La emisión de informes, memorias o dictámenes podrá realizarse, asimismo a requerimiento de las Cortes Valencianas, del Consell, de las Entidades Locales, en su caso, o en cumplimiento del programa anual de actuación aprobado por la propia Sindicatura.  
Tres. El ejercicio del derecho de petición de las Cortes Valencianas corresponde al Pleno de las mismas. También están facultadas para solicitar informes, memorias o dictámenes las Comisiones de investigación de las Cortes Valencianas, siempre que el acuerdo de petición se apruebe por mayoría simple de sus miembros que, a su vez, representen, al menos, la tercera parte de los miembros de la respectiva Comisión.  
Cuatro. Las peticiones por parte del Consell tendrán carácter excepcional y estarán condicionadas a la previa aprobación de la Mesa, oída la Junta de Portavoces de las Cortes Valencianas.  
Cinco. Las peticiones por parte de las Entidades Locales tendrán carácter excepcional y estarán condicionadas a la previa aprobación del Pleno de la Entidad respectiva. En todo caso las Entidades peticionarias asumen la plena y exclusiva responsabilidad de sus actuaciones u omisiones, no quedando vinculado el contenido de estos informes, memorias o dictámenes, a menos que sean dictados en forma de resoluciones ejecutables y firmes.  
Seis. La Sindicatura de Cuentas debe realizar su actividad de control de acuerdo con un programa previo, confeccionado por ella misma y con cuya ejecución pueda formarse juicio suficiente sobre la calidad y regularidad de la gestión económico-financiera del sector público valenciano. Esta actividad no podrá verse afectada por el derecho de petición que corresponde a las Cortes Valencianas, al Consell y a las Entidades Locales.”

Mi opinión es que sería más que deseable que el citado órgano fiscalizador auditara las cuentas de resultados y la actividad de las concesiones del “Modelo Alzira”, con el objetivo de clarificar la rentabilidad o no del modelo, tal y como ha realizado con las resonancias magnéticas en el informe mencionado anteriormente en esta obra. Su carácter de independencia funcional y dependencia directa de las Cortes Valencianas, la hace, a mi criterio, idóneo para esta tarea tan necesitada y demandada en la gestión sanitaria valenciana.

El “cuando” del inicio de la reversión anunciada, es lo que está por definir, ya que los partidos políticos que forman parte del Acuerdo del Botànic van a distintas velocidades: por una parte Compromís tiene como objetivo buscar todas las fórmulas posible para un rescate lo antes posible, y por otra parte el PSPV-PSOE propone una hoja de ruta más tranquila, con evaluación de los costes y en definitiva pretende evitar las penalizaciones y la judicialización de las reversiones.

Las fechas de finalización de las concesiones del “Modelo Alzira” son las siguientes:

**Tabla IX. 16.** La fecha de finalización de las concesiones administrativas sanitarias en la Comunidad Valenciana.

	AÑO DE FINALIZACIÓN DE LA CONCESIÓN:
Hospital de la Ribera. (Alzira)	2018
Hospital de Torrevieja	2021
Hospital de Denia	2023
Hospital de Manises	2024
Hospital del Vinalopó. (Elx-Crevillent)	2025

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos de la Consellería de Sanidad

## CAPÍTULO X. LA GESTIÓN DE LOS MODELOS DE COLABORACION PUBLICO PRIVADA COMPARADOS

### 10.1 Los modelos de gestión en las Comunidades Autónomas

#### 10.1.1 Los antecedentes

La posibilidad por parte de las distintas Administraciones Autonómicas de gestionar los centros sanitarios con diferentes fórmulas, a pesar de que no existe un consenso para reemplazar el paradigma clásico de gestión pública (BARZELAY, "La Nueva Gestión Pública. Una invitación al dilálogo globalizado"., 2002), ya estaba reconocida en muchas legislaciones sanitarias autonómicas (REY DEL CASTILLO, 1999: 171), tanto las que en el momento de la aprobación de la Ley 15/1997 sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud tenían transferidas las competencias de gestión del Insalud como aquellas todavía no transferidas y que estaban pendientes de asumirlas.

Cataluña fue pionera mediante la Ley 15/1990, de 9 de julio de Ordenación Sanitaria de Cataluña, marcando el inicio para el empleo de fórmulas de gestión directas e indirectas a través de entidades de diversa naturaleza jurídica . Destaca de manera especial el consorcio (MARTIN, J.J.M. 2003) como la forma de contratar servicios sanitarios a entidades de base asociativa<sup>179</sup> creadas por profesionales sanitarios para que

---

<sup>179</sup> *Las EBAs gestionan desde hace años servicios de atención primaria en Cataluña. La experiencia acumulada y los resultados obtenidos en estos años hacen pensar que son una alternativa sólida al sistema de gestión pública y también al de los consorcios hospitalarios. El éxito de este modelo de gestión en Cataluña entiendo que está en la autonomía del profesional sanitario y su compromiso con la gestión, tanto asistencial como económica.*

*En cuanto a los inicios, en 1995 se aprueba la modificación de la normativa sanitaria específica que hace posible la contratación de una EBA per parte del CatSalut para gestionar cualquiera de los servicios sanitarios públicos. En el año 1996 se contrata la primera EBA, Equip d'Assistència Primària (EAP) Vic y el año 2000 el EAP Alt Congost Osona Sud de Centelles y el EAP Cerdeña de Barcelona. Los años 2002 y 2003 se contratan los EAP de Sarrià Vallvidrera Las Planas (2 zona básicas de salud), el EAP Vallcarca Sant Gervasio (2 zonas básicas de salud), el EAP Poble Sec y el EAP Dreta de l'Eixample (2 zonas básicas de salud) en Barcelona, l'EAP Alt Camp Oest de l'Alcover i l'EAP Peralada. Más tarde el Hospital de Sant Joan de Déu promueve una EBA de Pediatras: Pediatría de los Pirineus Societat Cooperativa Catalana Limitada Professional para dar*

intervengan en la gestión de los servicios sanitarios. Estas EBAs tienen personalidad jurídica propia, y se configuran como sociedades de carácter mercantil (limitada o anónima), sociedad laboral o cooperativa y cuyo capital social, al menos el 51 por 100, debe pertenecer a profesionales sanitarios que trabajen en dicha entidad.

Canarias, Comunidad Autónoma con la gestión de la sanidad transferida desde 1994, también reguló nuevas formas de gestión con la Ley 11/1994, de Ordenación Sanitaria. Dicha ley, encomendaba al Gobierno canario<sup>180</sup> la posibilidad de crear sociedades para la gestión directa, establecer acuerdos, conciertos, fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades públicas o privadas, consorcios públicos con entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro, y crear o participar en cualquier otra entidad admitida en derecho.

Andalucía con la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía, también reguló<sup>181</sup> la posibilidad de establecer acuerdos, convenios o conciertos con entidades públicas o privadas, fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades públicas o privadas, consorcios públicos con entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro, y crear o participar en cualquier otra entidad admitida en derecho cuando así lo estimasen conveniente.

### 10.1.2 Las concesiones actuales

La descentralización de las competencias en materia sanitaria (LOPEZ CASANOVA, G., & RICO, A, 2003) ya analizadas anteriormente en base a la CE, han producido que en las últimas décadas la planificación, las convocatorias y la adjudicación de proyectos de nuevos modelos de gestión, sean responsabilidad de los gobiernos autonómicos,

---

*servicio de atención primaria y de hospital a la comarca del Alt Urgell. En diciembre de 2012 se contrata a la ABS CAP Murallès de Tarragona como EBA, en este caso se produce un cambio de modelo de gestión desde una empresa pública a una EBA y lo hacen con el acuerdo unánime de todos los profesionales de todos los estamentos.*  
<http://www.sedisigloxxi.es/spip.php?article402>

<sup>180</sup> Art. 51.

<sup>181</sup> Art. 63 a 65.

basados fundamentalmente en una ley de 1997 que habilitaba nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud.

La Comunidad Autónoma Valenciana y la de Madrid, son las que han utilizado más activamente esta habilitación legal estatal, lo que les ha permitido implantar determinadas nuevas fórmulas de gestión en sus territorios autonómicos.

Desde la inauguración del Hospital de la Ribera en 1999, donde nació el “Modelo Alzira”, han pasado más de 16 años de implantación del modelo de concesión administrativa en sus distintas variantes (PFI y PPP fundamentalmente). En algunas Comunidades Autónomas, se ha implantado bien gestionando únicamente servicios no sanitarios, gestión de todos los servicios del hospital, incluyendo los clínicos, o gestión integral englobando también los de Atención Primaria.

En Barcelona, en 2010 empezó su funcionamiento el Hospital Comarcal del Baix Llobregat, llamado Moisès Broggi y situado en Sant Joan Despí bajo la presidencia autonómica de José Montilla y de la consejera de sanidad Marina Geli. Su modelo de gestión es el PFI, gestionando únicamente los servicios no clínicos y con una concesión adjudicada por 30 años por la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, firmada con la Generalitat de Cataluña.

En la Comunidad Balear, el antiguo Hospital de Son Dureta, fue sustituido por un el nuevo Hospital de referencia de las Islas Baleares, el Hospital Universitario de Son Espases en Mallorca y también construido bajo el modelo PFI. El traslado fue impulsado por el Partido Popular pero el gobierno del socialista Francs Antich, asumió el proyecto del nuevo hospital y lo finalizó.

El análisis de la Comunidad de Madrid está descrito en el epígrafe siguiente.

El objetivo de todas las Administraciones Públicas, bien utilizando en el pasado fórmulas ya clásicas como los “Contratos Programa” o bien actualmente las que estamos analizando en esta obra, persiguen mejorar la eficiencia. Las herramientas más importantes son la dirección por objetivos, la gestión por procesos, los costes por actividad, los cuadros de mandos integrales, la gestión por competencias, los planes



estratégicos, etc...Un ejemplo de la implantación de estas herramientas, fue la Junta de Andalucía con la creación en 1993 de la Empresa Pública Hospital Costa del Sol<sup>182</sup>.

En la actualidad, las concesiones administrativas sanitarias en España que siguen este modelo de APP en mayor o menor medida y con niveles de gestión diferentes, dependiendo de los servicios gestionados (modelo PFI, modelo Alzira, etc...) son las siguientes:

**A. Concesiones con gestión sanitaria. Modelo Alzira :**

**A.1. En la Comunidad Valenciana.**

1. Hospital Universitario de la Ribera (“Alzira”) (Departamento de Salud de la Ribera) En la provincia de Valencia.
2. Hospital Marina Salud de Denia (Departamento de Salud de Denia) en la provincia de Valencia.
3. Hospital Manises (Departamento de Salud de Manises) en la provincia de Valencia. También tiene la atención socio-sanitaria.
4. Hospital Universitario de Torrevieja (Departamento de Salud de Torrevieja) en la provincia de Alicante.
5. Hospital Universitario del Vinalopó (Elx-Crevillent) (Departamento de Salud del Vinalopó) en la provincia de Alicante.

**A.2. En la Comunidad de Madrid:**

1. El Hospital Universitario Infanta Elena en Valdemoro.
2. El Hospital Universitario de Móstoles.
3. El Hospital Universitario de Torrejón.
4. El Hospital General de Villalba.

---

<sup>182</sup> SAN SEGUNDO, G. “De Alzira a Torrejón. Viaje al hospital del futuro” en *Modelos de Gestión Sanitaria*, 14 de enero de 2011, pág. 12-13

## B. Concesiones sin gestión sanitaria:

### B.1. En la Comunidad de Madrid .Servicios no sanitarios:

1. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.
2. Hospital Universitario de Henares.
3. Hospital Universitario Infanta Cristina.
4. Hospital Universitario Infanta Sofía.
5. Hospital Universitario del Tajo.
6. Hospital Universitario del Sureste.
7. Hospital Universitario Infanta Leonor.

### B.2.En la Comunidad Catalana:

1. Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi. Baix Llobregat<sup>183</sup>

### B.3. En la Comunidad Autónoma de Castilla-León:

1. Hospital Universitario de Burgos<sup>184</sup>

---

<sup>183</sup> En febrero de 2010, se puso en marcha el hospital comarcal del Baix Llobregat, llamado Moisès Broggi y situado en Sant Joan Despí (Barcelona). Lo inauguraron José Montilla y Marina Geli, entonces presidente y consejera de Salud de la Generalitat, acompañados por la ministra de Defensa, Carme Chacón. El hospital cuenta con más de 300 camas, atiende a una población de referencia de 350.000 personas y da empleo a 600 trabajadores. Se ha construido bajo el modelo PFI (Private Finance Initiative) con una inversión de 113 millones de euros. La concesión es por 30 años y la UTE adjudicataria (Agbar, Emte, Teyco y La Caixa) gestiona los servicios no clínicos del centro.

<sup>184</sup> **Alain Verret**, director del **Centre Hospitalier Sur-Francilien (CHSF)** de Francia, fue invitado el 28 de abril de 2015 por la Plataforma en Defensa de la Sanidad Pública de Burgos a una conferencia sobre el nuevo modelo de gestión del Hospital de Burgos. Es una voz autorizada para hablar de primera mano sobre lo que implica el modelo de gestión del Hospital Universitario de Burgos (HUBU), puesto que él dirigió en el CHSF la recta final de su construcción y **se negó a recibirlo**, bajo las grandes deficiencias y el enorme sobre coste que acumuló. Verret denunció esta situación y no fue escuchado por el sistema público de salud francés por lo que dimitió. También denunció su sucesor este modelo de partenariado público-privado (ppp), como ellos lo conocen. En 2010, la administración decidió **recuperar la gestión pública del CHSF**, que este año, cinco ejercicios después, se hará efectiva, ahorrando 700 millones de euros al sistema público.

#### **B.4. Comunidad Autónoma de las Islas Baleares:**

1. Hospital Universitario de Son Espases.
2. Hospital Can Misses.
3. Hospital de Formentera.

#### **B.5. Comunidad Autónoma de Cantabria:**

1. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla<sup>185</sup>

#### **B.6. Comunidad Autónoma de Galicia:**

1. Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo

Aparte de las CCAA mencionadas, había proyectos en marcha de APP en Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia y Cantabria. Como consecuencia del resultado de las elecciones autonómicas y locales de mayo de 2015, los nuevos Gobiernos constituidos en algunas CCAA han paralizado estas iniciativas. Esta situación lleva a una situación de incertidumbre en el sector de cual va ser el futuro.

Algunas de estas decisiones se adoptaron con anterioridad al proceso electoral citado anteriormente como es el caso de la Comunidad Autónoma de Castilla la Mancha, donde bajo la presidencia de Dolores de Cospedal del Partido Popular, donde se renunció a

---

*Alain Verret contará su experiencia y explicará a los asistentes por qué el sistema público-privado, no es aplicable al funcionamiento de un hospital. La justificación del director del hospital francés tiene claro que un hospital requiere de una gestión que evolucione constantemente, algo que no permite el contrato firmado con la empresa Eficanza por un periodo de 30 años. Las modificaciones constantes de un contrato tan complejo "serían carísimas", advierte Verret. Por ell, recuperar la gestión plenamente pública del HUBU "siempre generaría ahorro", ya que según explica el director francés, la empresa adjudicataria subcontrata servicios con otras empresas, multiplicando los gastos de personal que debe controlar el cumplimiento de los contratos firmados.*

*<http://burgosconecta.es/2015/04/28/verret-el-modelo-de-gestion-publico-privado-no-es-valido-para-los-hospitales/> Fecha de consulta: 3/10/2015*

<sup>185</sup> *Adjudicado por el procedimiento de "Diálogo Competitivo", de acuerdo con lo regulado en el actual TRLCSP*

licitar y posterior adjudicación en el marco de los nuevos modelos de gestión los Hospitales de Tomelloso, Manzanares, Villarrobledo y Almansa.

### 10.1.3 Especial referencia a la Comunidad de Madrid

El modelo Alzira comenzó su andadura en Madrid en el año 2006, con el Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, donde la empresa adjudicataria del servicio, gestiona de forma integral la asistencia sanitaria pero no incluye la Atención Primaria.

Posteriormente otros tres hospitales, el Hospital Universitario de Móstoles, el Hospital Universitario de Torrejón y el Hospital General de Villalba siguieron también el modelo de gestión PFI excluyendo la Atención Primaria, al igual que el Hospital Infanta Elena.

Se detalla a continuación estos cuatro hospitales mencionados en el párrafo anterior, así como las empresas adjudicatarias del modelo PFI de las mismas:

**Tabla X.1.** Los primeros hospitales madrileños con modelo PFI sin la Atención Primaria con las empresas adjudicatarias y su participación empresarial.

HOSPITAL	EMPRESA ADJUDICATARIA Y SU PARTICIPACIÓN ACCIONARIAL
El Hospital Universitario Infanta Elena en Valdemoro.	Capio Sanidad 100 %
El Hospital Universitario de Móstoles.	Capio Sanidad 100 %
El Hospital Universitario de Torrejón.	Sanitas 60 % Asisa 25 % Concessia 10 % FCC 5 %
El Hospital General de Villalba.	Capio Sanidad 100 %

Fuente: Elaboración propia

Otros siete hospitales más, se han construido en la Comunidad madrileña bajo el modelo de concesión PFI, pero la gestión de la empresa adjudicataria está limitada a los servicios no sanitarios. Son los seis hospitales detallados a continuación más el Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda.

Uno de los debates que surgió con más fuerza en esta Comunidad Autónoma, giró en torno a las medidas de reforma sanitaria propuestas por el gobierno de la Comunidad de Madrid y, en concreto, su programa de avanzar en el modelo de CPP la gestión de seis hospitales de titularidad pública, la erróneamente llamada “privatización de la sanidad madrileña”. Estos hospitales ya estaban siendo gestionados con el modelo PFI, pero el objetivo era incluir también la asistencia sanitaria en el contrato de gestión.

Se detallan a continuación los hospitales afectados por la erróneamente llamada “privatización de la sanidad madrileña”, que engloban un total de 1250 camas hospitalarias:

1. Hospital Universitario de Henares.
2. Hospital Universitario Infanta Cristina.
3. Hospital Universitario Infanta Sofía.
4. Hospital Universitario del Tajo.
5. Hospital Universitario del Sureste.
6. Hospital Universitario Infanta Leonor.

Tanto en la planificación estratégica de estos nuevos proyectos en Madrid, y su comunicación a los profesionales y a la sociedad en general, como en el desarrollo posterior de los acontecimientos, se ha evidenciado la necesidad de que los responsables públicos se doten de normas de “*buen gobierno*” aplicadas a nuestro sistema sanitario. Desde un primer análisis, se observa la confusión existente en elementos básicos como la financiación, la provisión y la gestión de los servicios, así como a la superposición que responden a posicionamientos ideológicos, pero no al conocimiento científico-técnico de la cuestión debatida.

El objetivo de la reforma que emprendió el ejecutivo madrileño, era el cambio de modelo de gestión de PFI a un modelo PPP del llamado “Modelo Alzira”, donde también la empresa adjudicataria se haría responsable de la asistencia sanitaria tanto en los centros hospitalarios, centros de especialidades y centros de atención primaria.

Pero el cambio más importante era el que estaba previsto realizar en los centros de salud de atención primaria. Era la primera vez que se pretendía cambiar el modelo de gestión del 10 % de los más de 400 centros de salud de la Comunidad. Cuando el entonces presidente de la Comunidad de Madrid, Ignacio González, realizó el anuncio público<sup>186</sup> el 31 de octubre de 2012, junto con las líneas básicas del presupuesto para 2013, de su intención de privatizar la gestión de seis hospitales y el 10% de los centros de salud, además de otros cambios polémicos en centros públicos, puso como ejemplo las EBA (entidad de base asociativa) catalanas, en las que una cooperativa de médicos gestiona el presupuesto anual del centro. Pero se equivocó en la dimensión del ejemplo: lo cierto es que el Servicio Catalán de Salud licitó y sacó a concurso el 20% de sus casi 400 ambulatorios y solo en 12 casos se produjeron adjudicación a favor de las EBA. El resto las llevan consorcios, fundaciones, etc.

Este cambio afectaba aproximadamente a 5500 profesionales y unos 1500 interinos,<sup>187</sup> a los que las futuras empresas adjudicatarias les ofertarían pasar a ser contratados por ellas.

Se inició a partir del citado anuncio lo que se denominó la “marea blanca”, teniendo su inicio el 2 de noviembre con una asamblea multitudinaria en el hospital de La Princesa donde se decide iniciar un encierro indefinido contra su “desmantelamiento”. Este centro se convierte en emblema de la lucha por la sanidad pública. Durante ese mes de noviembre, prácticamente todos los hospitales públicos mantienen encierros indefinidos en sus salones de actos. La primera jornada de huelga total del sector sanitario, convocada por todos los sindicatos para el 26 de noviembre (se convocaron otras el 27 y el 4 y 5 de diciembre), coincide con el inicio de los paros indefinidos de los médicos de la Asociación de Facultativos Especialistas de Madrid (AFEM), que a partir de ese momento se convertirían en los más activos en la lucha contra la privatización, sobre todo en los tribunales.

---

<sup>186</sup> [http://ccaa.elpais.com/ccaa/2012/11/01/madrid/1351728883\\_873172.html](http://ccaa.elpais.com/ccaa/2012/11/01/madrid/1351728883_873172.html) Consulta: 6/10/2015

<sup>187</sup> Según fuentes sindicales de UGT y de CSIT-UP del Hospital Ramón y Cajal.

En diciembre de 2013, el Parlamento autonómico madrileño aprueba los Presupuestos y la Ley de Acompañamiento a los mismos recogiendo en su articulado la habilitación correspondiente que permitiera las privatizaciones. En la quinta semana de huelga ya en enero de 2014, había 40.000 consultas canceladas y 6.000 operaciones aplazadas por lo que la atención sanitaria a la población estaba afectada ya de una manera importante. Asimismo, la negociación con los profesionales sanitarios estaba en un punto muerto.

En febrero, una asamblea multitudinaria de AFEM votó recolectar dinero para parar la privatización en los tribunales. Partidos de la oposición y sindicatos también anuncian recursos.

En mayo el Tribunal Constitucional, admitió a trámite el recurso contra la privatización de 50 senadores socialistas. Actualmente hay 14 causas en diferentes tribunales de la capital.

Se presentaron diversos recursos judiciales ante el Tribunal Superior de Justicia de Madrid (TSJM) al proceso por el sindicato médico Asociación de Facultativos de Madrid (AFEM) y por el sindicato médico Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid (AMYTS), acordando la Sala Tercera de lo Contencioso Administrativo de aquél la suspensión cautelar sobre el proceso hasta poder entrar en el fondo del asunto. Suspensión ratificada posteriormente por el citado órgano judicial en varias ocasiones. En su auto<sup>188</sup>, el Tribunal apuntaba a posibles irregularidades en la adjudicación, como una modificación de las condiciones del concurso solo cuatro días antes de que se cerrara el plazo, y a que los cambios en la gestión serían "irreversibles" si finalmente fallase contra el Gobierno regional. En su resolución de suspensión cautelar, los magistrados han puesto números a "la dimensión extraordinaria del proceso" que, aseguran, podría no tener vuelta atrás en caso de que hubiera seguido adelante. Más de un millón de madrileños (el 18,02% de los que tienen tarjeta sanitaria) y 5.128 profesionales sanitarios y no sanitarios podrían sufrir "perjuicios irreparables" si no se

---

<sup>188</sup> *Auto de 11 de septiembre de 2013, del Tribunal Superior de Justicia de Madrid. Sala de lo Contencioso-Administrativo Sección Tercera Recurso nº 787 / 2013 siendo los recurrentes la Asociación de Facultativos Especialistas de Madrid (AFEM) y la demandada la Comunidad de Madrid.*

<http://ep00.epimg.net/descargables/2013/09/11/66f03440978ba721fddb47cf9c7ceb3b.pdf>

paraliza la privatización de seis hospitales madrileños, una operación que conllevaría transacciones económicas de casi 4.680 millones de euros. Entre otras, estas son algunas de las razones esgrimidas por el citado órgano judicial para ratificar la suspensión del proceso.

Ante esta situación, el Presidente de la Comunidad de Madrid, anunció en rueda de prensa que dejaba sin efecto la externalización anunciada lo que trajo también como consecuencia política la dimisión del hasta ese momento consejero de Sanidad, Javier Fernández Lasquetty ante el fracaso del proceso. Pese a que la decisión de retirar la privatización fue política, entiendo que fueron los diversos varapalos judiciales lo que provocó tal decisión.

Sin embargo, los recursos presentados en los juzgados por distintas organizaciones contra el plan privatizador, siguieron adelante durante unos meses por lo que la Consellería finalmente presentó un escrito en todos los tribunales afectados en el que confirmó que daba por finalizado el concurso con el que pretendía ceder la gestión de seis hospitales y diversos centros de salud.

El Tribunal Constitucional, en su sentencia de 30 de abril de 2015<sup>189</sup>, desestimó el recurso presentado en contra del proceso de externalización de seis hospitales públicos y veintisiete centros de salud en Madrid, recurso que **recurso** presentado en marzo de 2013 por más de 50 senadores del PSOE, al considerar que la norma no es inconstitucional y está avalada por la Ley 15/97 de nuevas formas de gestión que permite la adjudicación de los servicios a terceros “preservando en todo caso la titularidad pública”. Según la citada sentencia, la CE “no exige que exista gestión pública directa” y “las prestaciones quedan en manos de los poderes públicos, no habiéndose producido un traslado de esa potestad a quienes asumen la gestión del servicio público de la sanidad. El TC concluye que la gestión indirecta no cuestiona el carácter público de la Seguridad Social, por lo que avala el art. 62 de la Ley de Medidas Fiscales y Administrativas de la Comunidad de Madrid.

---

<sup>189</sup> *STC de 30.4.2015 sobre el proceso de externalización de seis hospitales públicos madrileños sobre el recurso de inconstitucionalidad núm. 1884-2013, interpuesto por más de cincuenta senadores del Grupo Parlamentario Socialista del Senado.*



No obstante, la sentencia del TC sí estima parcialmente, y declara **inconstitucional y nulo** el artículo 63 de la **Ley de Medidas Fiscales**, que revisa a su vez el artículo 88.2 de la Ley 12/2001 de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid que permitía **que trabajadores de los centros de salud, de forma preferente, tuviesen la opción de asumir la gestión de los centros de salud a través de profesionales con personalidad jurídica propia.**

Según la sentencia, este '**trato preferente**', frente a otros aspirantes, otorgado a los trabajadores de los centros de salud en la adjudicación de la gestión de ambulatorios **incumple la ley** estatal que regula los contratos del sector público (TRLCSF) El TC entendió que la preferencia tiene como consecuencia la “exclusión de los licitadores, nacionales o extranjeros, que, a pesar de contar con la misma solvencia económica y técnica, no pueden reunir unas condiciones solo asequibles para las 'personas jurídicas’” constituidas por profesionales de los centros de salud.

De forma general, el fallo del TC consideraba que la apertura a **formas de gestión y responsabilidad privada se lleva a cabo preservando en todo caso la titularidad pública del servicio**, puesto que la ley autonómica -que no se llegó a ejecutar- únicamente recoge un supuesto de externalización de la gestión del servicio público.

Según el TC, las consideraciones 'perfectamente legítimas' de los senadores suponen un 'juicio crítico global' a la solución organizativa propuesta por la Comunidad que 'no es susceptible de un juicio de validez constitucional pues no se sustenta sobre una argumentación de carácter jurídico.

En el marco parlamentario madrileño, el grupo socialista y Podemos consiguieron el pasado 17 de septiembre, aprobar una proposición no de ley, con la abstención de Ciudadanos, para reclamar la renegociación del contrato de concesión por 30 años de la atención especializada del Hospital de Collado Villalba, gestionado por Quirón Salud. Una medida que tendría un coste millonario en indemnizaciones para las arcas regionales que ninguno de los promotores políticos de la medida ha cifrado todavía. Por lo pronto, Madrid, se arriesga a perder 340 millones de euros si expropia el Hospital a

Quirón, 200 millones invertidos en su construcción y equipamiento, además de los 140 millones que la firma planea invertir en los 30 años de concesión<sup>190</sup>.

También ha presentado el citado grupo parlamentario socialista, una moción<sup>191</sup> el 15 de octubre a la Asamblea de Madrid en la que le da un plazo máximo de tres meses a la Consejería de Sanidad para aprobar un proyecto de ley de reglamento de estructura, organización y funcionamiento de hospitales, organizaciones de Atención Primaria y otras gestionadas por el Servicio Madrileño de Salud, donde también se incluía la propuesta de la profesionalización de la función gestora y directiva donde los nombramientos de los cuadros directivos de las instituciones sanitarias estuviesen basados en procedimientos de selección con criterios objetivos y reglados de profesionalidad, con convocatorias públicas, de concurrencia competitiva y de resolución transparente del proceso.

El “Modelo Madrid” junto con la profesionalización de la gestión sanitaria ha sido anunciado públicamente por el citado consejero, recogiendo la propuesta del grupo parlamentario socialista mencionada anteriormente, con ocasión de la clausura de una Jornadas de la Organización Colegial de Enfermería. Este nuevo modelo, tiene por objetivo que los hospitales madrileños estén regidos por unos órganos de gestión y en el que el gerente deberá presentar un plan de viabilidad para el centro para los próximos seis años. Esta iniciativa del gobierno madrileño permitirá una continuidad en los proyectos sanitarios y serán distintos en cada centro hospitalario en función de la población atendida y sus necesidades.

Posteriormente también ha sido defendida por el citado consejero Sánchez Martos, en su intervención en el Pleno de la Asamblea madrileña, “*una gestión profesionalizada en*

---

<sup>190</sup> <http://www.economista.es/sanidad/noticias/7040936/10/15/Temor-en-la-sanidad-privada-seis-regiones-estudian-el-coste-de-revertir-concesiones.html#.Kku8lQLYR7txG0Z> .  
Consulta: 6/10/2015.

<sup>191</sup> *Moción de 15/10/2015 presentada la Mesa de la Asamblea de Madrid (con registro el mismo día y nº 4040) por José Manuel Freire Campo, Diputado del Grupo Parlamentario Socialista sobre: “Política general del Consejo de Gobierno sobre nombramiento de equipos directivos, gestión y gobierno de los hospitales y otras organizaciones del Servicio Madrileño de Salud”*  
<http://www.redaccionmedica.com/contenido/images/Mocion%20PSOE%281%29.pdf> . Fecha consulta: 17/10/2015.

*libertad*". "La política del Gobierno regional está basada en la libertad de servicio público y nuestro objetivo es dar respuesta a las verdaderas necesidades de los ciudadanos "Debemos garantizar", ha continuado, "la gestión profesionalizada en todos los niveles y la independencia de los órganos directivos".

El nuevo Gobierno autonómico madrileño del Partido Popular, ha asegurado a través de su presidenta Cristina Cifuentes que "no va a privatizar la gestión de ningún hospital más". Lo dijo durante la campaña electoral, lo repitió tras las elecciones, y lo ha recogido en el citado acuerdo con Ciudadanos que le ha permitido ser la presidenta de la Comunidad de Madrid. Cifuentes ha manifestado la intención de "hacer una integración completa en la red pública del Servicio Madrileño de Salud y que continúen siendo públicos" los seis hospitales cuya gestión la Comunidad se pretendía privatizar.

En cualquier caso, el actual consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Jesús Sánchez Martos, ha querido cerrar el debate asegurando que "no habrá divorcio con la colaboración público-privada" en la sanidad madrileña.

Mi opinión es que este "Modelo Madrid" anunciado sólo es un cambio de las estructuras orgánicas y funcionales de la sanidad madrileña, que modificará los equipos directivos y sus competencias y se aprobarán nuevos planes estratégicos para los centros, pero que no habrá cambios sustanciales en cuanto al régimen jurídico de los centros ni a la naturaleza ni a los principios del modelo de gestión<sup>192</sup>. Lo que si considero verdaderamente importante, es el compromiso de la profesionalización de los equipos directivos.

---

<sup>192</sup> En este mismo acto también anunció la creación de una nueva figura en la estructura directiva de la sanidad madrileña: "La Gerencia de Cuidados" que tendrá dependencia directa de la Dirección General de Coordinación y Asistencia Sanitaria y estará unida a la Subdirección General de Continuidad Asistencial.

<http://www.redaccionmedica.com/noticia/snchez-matos-inaugura-el-modelo-de-gestin-madrilea-88220>

Consulta: 12/11/2015.

#### 10.1.4 El debate en otras Comunidades Autónomas

Tras las elecciones autonómicas de mayo de 2015, y la constitución de los nuevos gobiernos, la situación del modelo de CPP en algunas comunidades autonómicas es la siguiente:

En la comunidad de Cantabria, el objetivo del Gobierno presidido por el mediático Miguel Ángel Revilla, es el contrato de gestión de servicios no sanitarios del Hospital Valdecilla a la UTE formada por Ferrovial-SIEC. Se está analizando la documentación contractual y tan sólo se ha avanzado que existen "puntos oscuros" en la misma sin concretar nada más, pero con la intención de resolver este contrato cuando ello sea posible.

En Castilla-La Mancha, su consejero de Salud, Jesús Fernández, también está negociando con la UTE del Complejo Hospitalario de Toledo con el objetivo de que sólo haya "externalizaciones en los servicios ya externalizados en el citado Hospital Virgen de la Salud".

Asimismo, el director general de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Consellería de Sanidad en Castilla-la Mancha, Rodrigo Gutiérrez, durante su participación en una mesa de debate, dentro de las Jornadas de Salud, Género y Comunidad Rural, organizadas por la Sociedad Española de Farmacia Rural y celebradas en Molina de Aragón en Guadalajara, que es "necesario hacer compatible la sostenibilidad del sistema sanitario público con la introducción de nuevas formas de gestión que impliquen la participación de los pacientes y los ciudadanos en los procesos de toma de decisiones sanitarias"<sup>193</sup>.

La polémica apertura del Hospital de Vigo también se ha convertido en un campo de batalla para el presidente de la Xunta, con oposición frontal del PSOE gallego que se opone al modelo. El argumento esgrimido por el presidente de la Xunta, Alberto Núñez Feijóo, es que esta colaboración ha permitido la construcción del nuevo centro en cinco

---

<sup>193</sup> <http://www.redaccionmedica.com/autonomias/castilla-mancha/sanidad-busca-formas-de-gestion-que-implique-la-participacion-de-los-pacientes-87824>. Consulta: 6/10/2015.

años, en lugar de los diez años que hubiese costado por el sistema tradicional de pago por certificación.

Extremadura, también se ha sumado a esta línea de actuación autonómica con el anuncio de una ley para "blindar la Sanidad Pública", según su consejero de Salud, José María Vergeles. La Junta será la que decidirá la construcción de hospitales a través de la colaboración público-privada en alguna de las modalidades de gestión expuestas anteriormente: *"la colaboración público-privada no sea una medida de gestión interna del Servicio Extremeño de Salud sino que su utilización requiera la autorización de la Asamblea regional"*<sup>194</sup>.

## 10.2 La situación internacional.

El sistema de contratación a través de PPP, CPP o PFI, surge en el Reino Unido a principios de la década de los 90, naciendo las primeras PPP bajo el mandato de Margaret Thatcher, y con el gobierno conservador de John Major, aunque posteriormente, los gobiernos laboristas de Tony Blair continuaron desarrollando numerosas iniciativas en diferentes sectores<sup>195</sup>.

El marco regulador para la participación privada en infraestructuras fue aprobado en 1991, estableciendo como normas básicas la competencia justa por la provisión de la financiación, los pagos para el sector privado en función del riesgo asumido<sup>196</sup> y el requerimiento de que los beneficios obtenidos por la gestión privada deben ser mayores que los costes.

En 1992, el Gobierno británico introdujo la PFI con el fin de optimizar el valor del dinero que pagan los contribuyentes a través de la participación de empresas del sector privado en todas las áreas de servicios públicos. Las PPP entregan mayor valor por el dinero; éste es el argumento *value-for-money* (VFM) que ha sido uno de los motivos más

---

<sup>194</sup> <http://www.redaccionmedica.com/noticia/jose-maria-vergeles-consejero-de-sanidad-de-extremadura-84638>. Consulta: 7/11/2015.

<sup>195</sup> <http://www.regimen-sanitatis.com/2011/12/sobre-ppp-publicprivate-partnership-y.html> . Consulta: 11/10/2015.

<sup>196</sup> Véase a LARIOS, D. y LOMAS, V. (2007): *"Modelos de colaboración público-privada para la construcción y gestión de infraestructuras sanitarias"*. *Derecho y Salud*, vol. 15, núm. 2, pp. 289-346.

importantes alegados para avanzar en este tipo de colaboración. El programa original, desde sus inicios en la década de los 90, ha experimentado muchos cambios y se ha convertido en pieza fundamental de la provisión de servicios públicos en el Reino Unido, con independencia de quién esté en el Gobierno.

De este modo, el Reino Unido es el país con más trayectoria y recorrido en el modelo PPP<sup>197</sup>, siendo con diferencia el que más recursos ha dedicado a este tipo de proyectos<sup>198</sup>, y el que muestra más variedad en el tipo de proyecto acometido (ALLARD, G. & TRABANT, A., 2006) destacando además de sanidad, educación, justicia, defensa y medio ambiente, entre otros sectores. También ha conseguido importantes inversiones del sector privado con este modelo de gestión en cuanto a infraestructuras (ferrocarriles, carreteras, puentes, etc.). Las empresas adjudicatarias en el Reino Unido son normalmente bancos de inversión, empresas constructoras y empresas de servicios no sanitarios (de mantenimiento, consultoras, etc...)

Paulatinamente, este sistema se ha ido extendiendo a otros países como Australia, Alemania, Italia, Portugal, Canadá, Chile, Sudáfrica llegando así a España. En algunos países como Canadá es obligatorio el modelo PFI a partir de un determinado presupuesto de licitación<sup>199</sup>.

Algunos trabajos (MCKEE, 2009), han analizado el programa PFI del Reino Unido con las siguientes críticas de menor calidad y flexibilidad, motivadas por lo siguiente<sup>200</sup>:

- a) Falta de conocimiento por parte de las empresas adjudicatarias, y no haber equilibrio entre la empresa y el Administración Pública.
- b) Las cláusulas de los contratos y las penalizaciones a los cambios dan lugar a una flexibilidad muy rígida. Las instalaciones y equipamiento se quedan obsoletas a corto o medio plazo.

---

<sup>197</sup> El Gobierno Laborista de Gordon Brown puso en marcha 101 proyectos sanitarios (hospitales y centros de salud) utilizando el sistema PFI. Actualmente existen más de 150 hospitales con este modelo de los que entre un 75 % se construyeron entre 1997 y 2009.

<sup>198</sup> Según ALLARD (2006) La PPP en el Reino Unido fue impulsada por la convicción de que ofrecía una mayor eficacia y experiencia y una mejor gestión y tecnología, no por la búsqueda de la reducción del déficit.

<sup>199</sup> En Canadá es obligatorio que todo proyecto de infraestructura que se licite o adjudique, se realice por el sistema PFI cuando su coste es superior a 14,5 millones de euros.

<sup>200</sup> Véase McKee, et al. 2009; Leebé & Pollock, 2009; Mashonganyika, C., McKee, H., Board, J., Davies, A., Vallance, S., Hatch, F., ... & Cheung, W. (2009). Critical care services and 2009 H1N1 influenza in Australia and New Zealand. *N Engl J Med*, 361(20), 1925-34.

- c) Competencia limitada. Otro de los aspectos destacados y comunes a todos los modelos de CPP y PFI es la competencia limitada debido al tamaño de algunas inversiones.
- d) La gestión de los servicios no asistenciales como lavandería, restauración, limpieza, etc. es menos eficiente.

En la tabla siguiente, se detalla la dimensión del modelo CPP en algunos países europeos.

**Tabla X.2.** Los CPP en algunos países europeos.

PAIS	FUNCION DEL CAPITAL PRIVADO	NUMERO DE CPP
Alemania	Proveedores bajo concesión pública	24
España	Construcción y mantenimiento Gestión integral de servicios	19
Finlandia	Construcción y mantenimiento Gestión servicios clínicos (en fase experimental)	1
Francia	Construcción y mantenimiento	16
Italia	Construcción y mantenimiento	71
Polonia	Construcción y mantenimiento	1
Portugal	Construcción y mantenimiento	8
Reino Unido	Construcción y mantenimiento	146
Suecia	Construcción	1

Fuente: Elaboración propia, a partir de Exhibit I de Barlow, Roehrich y Wirght (2013)<sup>201</sup>

En cuanto al desarrollo del Modelo Alzira, se ha exportado a Perú en los dos hospitales detallados a continuación siendo las primeras experiencias del modelo PPP en América Latina:

- a) Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson de Callao<sup>202</sup>

<sup>201</sup> Barlow, J., Roehrich, J., & Wright, S. (2013). *Europe sees mixed results from public-private partnerships for building and managing health care facilities and services. Health Affairs, 32(1), 146-154.*

<sup>202</sup> [www.deperu.com/.../policlinico-hospital-alberto-leopoldo-barton-thomps](http://www.deperu.com/.../policlinico-hospital-alberto-leopoldo-barton-thomps). Consulta: 110/2015.

b) Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente de de Villa María del Triunfo<sup>203</sup>

En Portugal ya funcionan 4 hospitales con este modelo que son los siguientes:

- a) Hospital de Braga<sup>204</sup>
- b) Hospital de Vila Franca de Xira en Lisboa<sup>205</sup>
- c) Hospital de Cascais en Lisboa<sup>206</sup>
- d) Hospital de Loures en Lisboa<sup>207</sup>

El Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (el NHS, *National Health Service*) como responsable de las prestaciones sanitarias públicas en el Reino Unido, están evaluando la aplicación del Modelo Alzira en aquél país.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

---

<sup>203</sup> [www.deperu.com/salud.../hospital-guillermo-kaelin-de-la-fuente-16051](http://www.deperu.com/salud.../hospital-guillermo-kaelin-de-la-fuente-16051). Consulta: 11/10/2015.

<sup>204</sup> <https://www.hospitaldebraga.pt/>. Consulta: 11/10/2015.

<sup>205</sup> [www.hospitalvilafrencadexira.com.pt/](http://www.hospitalvilafrencadexira.com.pt/) Consulta: 11/10/2015.

<sup>206</sup> [www.hospitaldecascais.pt/](http://www.hospitaldecascais.pt/) Consulta: 11/10/2015.

<sup>207</sup> [www.hbeatrizangelo.pt/](http://www.hbeatrizangelo.pt/) Consulta: 11/10/2015.





Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

---

## CAPÍTULO XI. LAS PRINCIPALES CONCLUSIONES

Este trabajo de investigación, analiza fundamentalmente el funcionamiento del modelo de colaboración público-privada en la asistencia sanitaria en la Comunidad Valenciana bajo el “Modelo Alzira”, y ello en el ámbito del estudio de la normativa, tanto estatal como autonómica valenciana, lo cual implica un marco político decisorio previo.

La afectación de este modelo de gestión a los recursos humanos, tanto a los profesionales que prestan sus servicios en las concesiones administrativas en particular, como el régimen jurídico de los directivos sanitarios en general, han sido objeto de análisis. Por ello, seguidamente se exponen las principales conclusiones en estos apartados.

1.- La utilización de los distintos modelos de colaboración público-privada en España, ha sido muy dispar. Destaca la Comunidad Valenciana con el “Modelo Alzira” con cinco Departamentos Sanitarios con una gestión integral, tanto en Atención Especializada como Atención Primaria. También destaca la Comunidad de Madrid, con el modelo PFI, donde la gestión está limitada a los servicios no sanitarios.

2.- La Comunidad Valenciana ha sido pionera desde 1999 en un nuevo modelo normativo y de gestión sanitaria, denominado “Modelo Alzira”, siendo un referente de ámbito estatal e internacional. Su sistema de financiación capitativa, incentiva a la empresa adjudicataria a reducir costes y a realizar una selección de pacientes de acuerdo con el coste de su asistencia sanitaria, ya que debe responder de su población protegida mediante la fórmula de la facturación intercentros.

3.- Las posibles ventajas para la Administración Pública, al adjudicar la prestación del servicio público sanitario a empresas privadas bajo modelos de colaboración público-privada, son las siguientes:

- a) El cumplimiento de los requisitos de déficit y de deuda pública, exigidos por Eurostat en materia contable ya que las inversiones en la construcción de las infraestructuras hospitalarias realizadas por las empresas adjudicatarias no computan como deuda pública.

- b) Más rapidez en la construcción y puesta en funcionamiento de las infraestructuras. Permite planificar las inversiones a largo plazo sin verse afectados los presupuestos del Capítulo VI (Inversiones) en los Presupuestos de la Administración Pública sanitaria.
- c) La transferencia del riesgo al sector privado: riesgo financiero, riesgo de costes de explotación, riesgo de construcción, riesgo de demanda, riesgos en cuanto a las relaciones laborales y riesgo operativo. Para las necesidades de renovación e inversión en infraestructuras y equipamiento, el modelo de CPP es idóneo ya que proporciona a la Administración Pública la ventaja también de transferir el riesgo a las empresas adjudicatarias del servicio.

4.- Las posibles ventajas para las empresas adjudicatarias de los modelos de colaboración público-privada, son las siguientes:

- a) Amplia el negocio a medio y largo plazo (las adjudicaciones en el Modelo Alzira son de 15 años, prorrogables 5 años más).
- b) Incrementa la cuota del mercado.
- c) Diversifica e impulsa nuevas áreas de desarrollo para la empresa.

5.- Aunque los proyectos de PFI, fundamentalmente en Madrid y los del Modelo Alzira en la Comunidad Valenciana llevan ya algunos años a pleno rendimiento, es un tema muy polémico tanto a nivel político, sindical, de la sociedad civil y de los trabajadores del sector. Y seguirá siendo controvertido y cuestionado el modelo en cuanto que no exista una evaluación independiente y rigurosa por órganos externos sobre la eficiencia, equidad y la calidad de los servicios sanitarios prestados. El paciente debe ser el eje del sistema; si éste percibe los beneficios del modelo de CPP, habrá un camino allanado para el desarrollo con normalidad política, sindical y profesional del mismo. A pesar de que los modelos de CPP tienen una tradición en otros países europeos como el Reino Unido, en España la novedad de su implantación no permite una valoración definitiva, que no debería limitarse a un análisis coste-beneficio.

6.- Es imprescindible la existencia de mecanismos independientes y rigurosos de regulación y control, así como de evaluaciones precisas que incorporen sistemas de información homogéneos y apropiados para una comunicación transparente a la sociedad en general, y a los profesionales sanitarios y al sector en particular, de los beneficios o no del modelo.

7.- Existe un riesgo de monopolio en el Modelo Alzira en la Comunidad Valenciana. Las empresas gestoras en las cinco concesiones administrativas valencianas coinciden con el accionista mayoritario en cada una de ellas y en algunos casos es el accionista único, como es el caso de los hospitales de Torrevieja, Vinalopó y Manises con Ribera Salud. Esto le ofrece a la empresa citada una situación de privilegio con un gran poder monopolístico en este sector. La Administración Pública valenciana no ha sabido, por tanto, afrontar este fallo del mercado sanitario en el modelo de colaboración público-privado.

8.- Este riesgo monopolístico antedicho, no sólo puede afectar al mercado y a la competencia sino que afecta también a la gestión de los profesionales sanitarios. Un ejemplo de ello son las llamadas “sinergias en los recursos humanos” entre los hospitales de Torrevieja y Vinalopó de la provincia de Alicante que están reducidas sus plantillas ya que muchos de estos profesionales “alternan” sus servicios en los dos hospitales citados. Esta práctica comenzó con la apertura del Hospital del Vinalopó con los equipos directivos pero se ha ido extendiendo al resto de profesionales sanitarios: jefes de servicio, de sección, facultativos especialistas, etc. Entiendo que ello es debido a que la empresa adjudicataria tiene el control completo, como he recogido en la conclusión anterior, de los dos hospitales. La Administración Pública valenciana, en este caso la actual Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, tiene la obligación de hacer cumplir las cláusulas contractuales, en este caso en materia de personal, a través de la figura del Comisionado.

9.- El hecho de que la asistencia sanitaria, sea un servicio público esencial no implica que su provisión tenga que ser siempre pública. La alternativa de la gestión indirecta a través de modelos de colaboración público-privada, como el Modelo Alzira a la gestión

directa del servicio público sanitario, sólo debe utilizarse cuando se pueda demostrar que existe un claro beneficio para los ciudadanos y para las Administraciones Públicas.

10.- La relación jurídica del personal estatutario, es excesivamente rígida y no permite su adaptabilidad a los centros de trabajo y poder establecer, entre otros elementos de buena gestión y gobernanza, incentivos reales que lleguen a estimular la participación de los profesionales en la gestión sanitaria. Las normas actuales, entre ellas el Estatuto Marco, no permite flexibilizar esta relación laboral como pueden ser la movilidad funcional o geográfica. Los responsables de los centros sanitarios, como son los Gerentes, no intervienen en la selección ni en la retribución. La eficiencia no puede lograrse con el sistema estatutario actual por lo que sería necesario su modificación.

11.- Las necesidades actuales de una sanidad pública eficiente y una capacitación de los profesionales adecuada a las necesidades actuales de los centros sanitarios, hace necesaria una normativa autonómica valenciana que desarrolle la Disposición Transitoria Sexta de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, y apruebe las funciones del personal estatutario en las instituciones sanitarias de la Consellería de Sanidad, todo ello de acuerdo con el actual sistema educativo tanto a nivel de formación profesional como universitario. Se evitarían problemas de solapamiento de las funciones y de conflictos entre varias categorías profesionales, la interpretación subjetiva de las mismas por parte de las AAPP, la falta de adaptación a las competencias y a la formación actual y la judicialización de los conflictos laborales.

12.-En las cinco concesiones administrativas valencianas del Modelo Alzira conviven personal estatutario, laboral fijo y eventual y también profesionales autónomos que prestan sus servicios en calidad de “empresarios” y por tanto con relación mercantil con la empresa adjudicataria. En caso de reversión el tratamiento tiene que ser distinto a cada uno de ellos.

13.- Los PCAP de las cinco concesiones valencianas, recoge en la cláusula 17.2 bajo el título: “*Obligaciones respecto del personal*”, segundo párrafo: “*Extinguido el contrato administrativo, se estará a lo dispuesto en el artículo 44 del vigente Estatuto de los Trabajadores o disposiciones normativas que lo sustituyan*”. Dicho artículo 44 del ET está

dedicado al supuesto de “La sucesión de empresa” ante un cambio de titularidad de una empresa y recoge expresamente: *“El cambio de titularidad de una empresa (...) no extinguirá por sí mismo la relación laboral, quedando el nuevo empresario subrogado en los derechos y obligaciones laborales y de Seguridad Social del anterior (...)”* Queda meridianamente claro que todo el personal con relación laboral, en los supuestos de rescate, reversión, etc. en los que quedara extinguido el contrato administrativo, mantendría su relación laboral concreta, sea fija o temporal. La Administración Pública valenciana debería adoptar las medidas necesarias a los efectos de su continuidad de forma similar a como se realizó en el 2012 por vía de Decreto Ley, con la reestructuración del Sector Público Empresarial y Fundacional. La situación y el futuro de todo el personal afectado se recogió en las 4 primeras disposiciones adicionales del Decreto Ley 7/2012, de 19 de octubre del Consell, de Medidas de Reestructuración y Racionalización del Sector Público Empresarial y Fundacional de la Generalitat (DOCV núm. 6886 de 22.10.2012) donde se reguló las distintas situaciones de todo el personal afectado, tanto funcionario, laboral fijo o no, para su integración, supresión, etc....).

14.- La figura del Directivo Público Profesional, es necesaria para abordar una profunda reforma y modernización de las Administraciones Públicas y es el eslabón necesario entre la función política y la función administrativa, es decir, entre los órganos de decisión política y los puestos propios de la función pública. Por tanto, su necesaria profesionalización debe obedecer a desarrollar el programa político del Gobierno y dirigir organizaciones públicas.

15.- Es necesaria la despolitización de la gestión sanitaria a través de los nombramientos discrecionales de forma que el perfil del Directivo Público sea un profesional de la gestión, un cargo que esté sometido a evaluación periódica basada en acuerdos de gestión previamente establecidos, tanto económicos como asistenciales.

16.- La Formación y Acreditación Académica de los Directivos Públicos Profesionales sanitarios, deben ser las herramientas de una verdadera Gobernanza de una Función Pública moderna y especializada, donde se adquieran los conocimientos y las habilidades necesarias dentro del establecimiento de una verdadera Carrera Profesional. Esta formación debería contener un conocimiento profundo de las

Administraciones Públicas en general y de la sanitaria en especial, así como de trabajo en equipo, liderazgo, comunicación, ética, dirección de personas y orientación hacia resultados.

17.- Los procesos selectivos de los Directivos Públicos Profesionales sanitarios, debe de realizarse a través de procedimientos objetivos, con baremos de méritos evaluables y donde prime el criterio constitucional de mérito y capacidad sobre el de libre designación. Sería recomendable que los periodos del nombramiento fueran más allá de cuatro años y no fuera coincidente con los ciclos electorales para no vincularlos con los mismos. Los cambios y sustituciones de estos Directivos, deben basarse principalmente, en el incumplimiento de los objetivos marcados y pactados.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## CAPÍTULO XII. BIBLIOGRAFIA Y ANEXOS

### 12.1 Referencias bibliográficas y bibliografía básica consultada

- AGUILAR.L.F. (2007). *Gobernanza y Gestión Pública*. México: FCE.
- ALDEGUER CERDA, B. (2015). *Ciencia Política y de la Administración. Una introducción a su objeto y metodología*. Alicante: Unversidad de Alicante.
- ALLAD,G. & TRABANT,A. (2006). *La tercera vía: la frontera entre lo público y lo privado. Public-Private Partnerships*. Madrid: Centro PwC & IE del Sector Público.
- ALLI ARANGUREN,J. (2006) "Las nuevas formas de participación administrativa. Participación, ejercicio de funciones públicas y gestión privada de servicios públicos". *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica*, núm.302, sept-dic.91-135.
- ALMOND,G.A. y VERBA,S. (2001). "*La cultura política*" en Batle, A. (comp.), *Diez textos básicos de Ciencia Política*. Barcelona: Ariel.
- ALVAREZ GENDIN, S. (1941). *Manual de Derecho Administrativo*. Zaragoza: Librería General.
- ANDUIZA,R; CRESPO,I; y MÉNDEZ, M. (1999). *Metodología de la Ciencia Pólitica*. Madrid: CIS.
- ARENAS, C. (2013). Eficiencia de las concesiones administrativas en la Comunidad Valenciana. *Sedisa Siglo XXI.Madrid.*, 12.
- ARIAS CRIADO, B. (2011). El personal estatutario de los servicios de salud. Cuestiones diversas. Cuestiones polémicas. *Noticias Jurídicas*, Madrid.
- ARIÑO ORTIZ, G. (1979). El servicio público como alternativa. *Revista Española de Administración Pública*, Madrid,545- Núm oct-dic.



- ARRUÑADA, B. (1999). Gestión de la competencia en el sector público. *Anuario de la competencia 1999-2000*, 267-311.
- ASOCIACION CATALANA DE GESTION PUBLICA, A. (2012). *Estatuto de la Dirección Pública Profesional de Cataluña*. Barcelona: ACGP.
- BAENA DE ALCAZAR, M. (2000). *Curso de Ciencia de la Administración*. Madrid: Tecnos.
- BALLART, X y RAMIÓ, C. (2000). *Ciencia de la Administración*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- BANDO CASADO, H. (1986). Evolución histórica de la protección de la salud en España: desde 1812 hasta la Ley General de Sanidad. *Estudios sobre Consumo nº 8*, 15-16.
- BARLOW, J. ROEHRICH, J. & WRIGHT. (2013). Europe sees mixed results from public-private partnerships for building and managing health care facilities and services. *Health Affairs, nº 32 (1)*, 146-154.
- BARROS, P.P. y MARTINEZ-GIRALT, X. (2009). Contractual design y PPPs for hospitals: lessons for Portuguese model. *The European Journal of Health Economics, 10*, 437-453.
- BARZELAY, M. (1992). *Breaking Trought Bureaucracy*. Berkeley: University of California.
- BARZELAY, M. (1998). *Barzelay, M. ( Atravesando la burocracia: una nueva perspectiva de la administración pública*. Mexico: Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, A.C. Fondo de Cultura Económica.
- BARZELAY, M. (2002). "La Nueva Gestión Pública. Una invitación al dilálogo globalizado". *Revista Chilena de Administración Pública, núm 2*, 22-28.
- BATEMAN, T. S. (2009). *Administración, Liderazgo y colaboración en un mundo competitivo*. Barcelona: McGraw-Hill.

- BERMEJO CABRERO, F. (1989). Las relaciones de puestos de trabajo y la laboralización en la función pública. *Revista Española de Derecho Administrativo*, 229-241. Abril-Junio nº 62.
- CALERO,R. y GRANIZO,MGG. (2010). La financiación administrativa como modelo de gestión sanitaria en la Comunidad Valenciana. *Cuadernos de Ciencias Económicas y Empresariales*, nº 59, 37-64.
- CAMPOY,F. Y SANTACREU,J. (2008). La colaboración público-privada en el marco del Sistema Nacional de Salud. El caso especial del modelo valenciano a propósito de la concesión de Denia. *Revista de Administración Sanitaria*, 297-321.
- CANALES ALIENDE, J. (18 de septiembre de 2011). Crisis y Administración Pública, en el diario El Mundo.
- CANALES ALIENDE, J. M. (1996). El directivo público. *Actualidad Administrativa* (7), 151-161.
- CANALES ALIENDE, J. M. (2002). *Lecciones de Gestión y Administración Pública*. Alicante: Universidad de Alicante.
- CANALES ALIENDE, J. M. (2003). Algunas reflexiones sobre los principales problemas y desafíos pendientes de la innovación de las Administraciones Públicas. En M. FERNANDEZ, *Nuevos retos en el horizonte de las Administraciones Públicas* (págs. 21-28). Murcia: Universidad de Murcia.
- CANALES ALIENDE, J. M. (2009). *Documentos básicos para la Modernización y el Fortalecimiento de las Administraciones Públicas en Iberoamérica*. Alicante: Editorial Club Universitario.
- CANALES ALIENDE, J. M. (2012). Auditoría y gestión de los fondos públicos. *Revista de los Órganos Autonómicos de Control Externo*, Núm. 58:19-29.
- CANALES ALIENDE, J. M. (2013). "Nuevas perspectivas y paradigmas de las políticas públicas sociales". *Barataria, Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, núm. 15, 55-73.

- CANALES ALIENDE, J.M. y MENENDEZ, M. (2013). *El sistema político y administrativo valenciano*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- CANALES ALIENDE, J.M. y SANMARTIN, J.J. (ed.). (2014). *Introducción a la Ciencia Política*. Madrid: Universitas.
- CATALA POLO, R. (2006). *Directivos Públicos*. Barcelona: ESADE.
- CAVIEDES, R. (2009). Concesiones sanitarias: garantizando la sostenibilidad del sistema. *Serie Informe Social nº 122 Ed. Libertad y Desarrollo. Chile*.
- COLOMER, J. (2001). *Instituciones Políticas*. Barcelona: Ariel.
- CORDERO SAAVEDRA, L. (2003). *Régimen de trabajo en las Administraciones Públicas*. Murcia: Laborum.
- CORRALES GUILLEN, J.C. y PRIETO ROMERO, C. (Octubre-Diciembre de 2008). La figura del Directivo Público Profesional en el Estatuto Básico del Empleado Público: Aspectos Básicos para la definición de su régimen jurídico y cuestiones abiertas. *CEMCI. Centro de Estudios Municipales y de Cooperación Internacional*, 1-17.
- CUETO PEREZ, M. (1997). *Responsabilidad en la Administración en la Asistencia Sanitaria*. Madrid: Tirant lo Blanc.
- DE LA CUETARA, J. (1983). *La actividad política de la Administración*. Madrid: Tecnos.
- DE LA PUENTE, M. (2014). Las "Cláusulas exorbitantes". *THĒMIS-Revista de Derecho*, (39). *THEMIS. Revista de Derecho* (39), 7-11.
- DE LA VILLA, L. (1962). Sobre el personal no funcionario al servicio de la Administración Pública. *Documentación Administrativa*.
- DE ROSA, A. (2006). Modelo Alzira 1999-2005. La ambición de una nueva sanidad. *La Ribera Departamento 11 de Salud. Alzira*.

- DEL AGUILA,R. BARRY, P. SANTOS SILVA, A. y TENZER,N. (2000). *La política. Ensayos de definición*. Madrid: Sequitur.
- ECHEBARRÍA, K. (1992). *La Administración Pública en la era del Management*. Barcelona: ESADE.
- ECHEBARRIA, K. (2006). Caracterización empírica de las burocracias latinoamericanas: configuraciones y roles en el proceso de elaboración de políticas públicas. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 126-146. Núm. 34.
- ECO, U. (2009). *Como se hace una tesis. Técnicas y procedimientos de investigación, estudio y escritura*. Barcelona: Gedisa.
- ELCOK, H. (1996). *Problemas y reformas: estableciendo la agenda pública, en Brugué. Q. y Subirats J. (comp.) Lectoras de Gestión Pública,*. Madrid: BOE.
- ENGEL, E. &. (2014). *Economía de las asociaciones público-privadas: Una guía básica*. . Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- ESCRIBANO COLLADO, P. (1976). *El derecho a la salud*. Sevilla: Cuadernos del Instituto Garcia Oviedo.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism* Cambridge: Polity Press.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1993). *Los tres mundos del Estado del Bienestar*. Valencia: Alfonso el Magnánimo.
- ETKIN, J. (2000). *Política, Gobierno y Gerencia de las Organizaciones. Acuerdos, Dualidades y Divergencias*. Buenos Aires, Argentina: Prencice Hall.
- FEMP. (2013). *El personal directivo*. Madrid: FEMP. Federación Española de Municipios y Provincias. Comisión de Coordinación de Empleo Público.
- FERNANDEZ PASTRANA, J. (1994). *El servicio público de la Sanidad. El marco constitucional*. Madrid: Civitas.

- GARCIA DE ENTERRIA, E. (1990). *Curso de Derecho Administrativo. Volumen I*. Madrid: Civitas.
- GARCIA DE ENTERRIA, E. (1999). *La Administración Española. Estudios de Ciencia Administrativa. 6ª edición. Prólogo a la sexta edición*. Madrid: Civitas.
- GARCIA GONZALEZ, M. (1999). *Relaciones de Empleo, Trabajo y Seguridad Social en el sector público*. Madrid: Tecnos.
- GARCIA OVIEDO, C. (1962). *Derecho Administrativo. Vol., I*. Barcelona: EISA.
- GARCIA PIQUERAS, M. (1996). *Régimen jurídico del personal al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social*. Madrid: CES.
- GARCIA TREVIJANO, J. (1971). *Tratado de Derecho Administrativo. Tomo II*. Madrid: Revista de Derecho Privado.
- GARCIA-MORENO RODRIGUEZ, F. (2003) *La valoración de las concesiones administrativas y de los derechos reales*. Revista de Derecho Urbanístico y de Medio Ambiente, 69-106. Núm. 202.
- GARRIDO FALLA, F. (1994). El concepto de servicio público en Derecho Español. *Revista de Administración Pública*, 7-36. Núm. 135.
- GARRIDO FALLA, F. (1971). *Tratado de Derecho Administrativo. Vol. II*. Madrid: Instituto de Estudios Políticos.
- GARRIDO FALLA, F. (1980). La institución administrativa en la Constitución Española. *International Review of Administrative Sciences*, 1-8. Vol.1.
- GASCON MARIN, J. (1948). *Tratado de Derecho Administrativo*. Madrid: C. Bermejo.
- GASTON PRADA, V., & PASCUAL, M. Y. (2008). En busca del Directivo Público. *Revista del Observatorio de Recursos HUMANOS y Relaciones laborales*, 41. Septiembre.

- GERRARD, M. (2011). Asociaciones entre el sector público y el privado. *Finanzas & Desarrollo*, 50.
- GIRALT, X. M. (2013). Colaboración público privada en sanidad. *Cuadernos de Información Económica. Economía Internacional*, 61-68. Julio/Agosto.
- GOMEZ DE HITTA, J. (2000). Formas jurídicas de la Organización Sanitaria: Derecho Público y Derecho Privado en la provisión de servicios sanitarios. *Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada*.
- GONZALEZ ALONSO, A. (2012). La última reforma del mercado laboral y su aplicación al sector público. *ACTum Social. Núm 61*, Marzo.
- GONZALEZ GONZALEZ, J. (2012). *El régimen jurídico del personal directivo profesional*. Oviedo: Universidad de Oviedo.
- GONZÁLEZ HERNANDEZ, J. (1998). La Constitución y la Ciencia de la Administración, en Álvarez Conce, E. (coord.) *Administraciones Públicas y Constitución: reflexiones sobre el XX aniversario de la Constitución Española de 1978*. INAP, Madrid, 317-328.
- HERNANDEZ, M. (2004). *La ordenación sanitaria en España*. Madrid: Thomson Aranzadi.
- HOOD, C. (1991). A Public Management for all seasons. *Public Administration*, nº 69, 3-19.
- JIMENEZ ASENSIO, R. (2012). *Dos instituciones del empleo público (casi inéditas): carrera y dirección pública profesional*. Zaragoza: Instituto Aragonés de Administración Pública.
- KREITNER, R. y. (1997). *Comportamiento de las organizaciones*. Madrid: McGraw Hill.
- LANCHO, J. (2013). Sanidad pública vs sanidad privada. *Economía de la Salud*, núm. 136, 16-20.

- LANZA, J. (1999). *La reforma de la Sanidad Pública y del régimen jurídico de su personal*. Madrid: CES. Consejo Económico y Social de España.
- LARIOS, D. y LOMAS, V. (2007). Modelos de colaboración público-privada para la construcción y gestión de infraestructuras sanitarias. *Derecho y Salud*, vol. 15, núm. 2, 289-346.
- LEAL MILLAN, A. (1999). *El factor humano en las relaciones laborales. Manual de dirección y de gestión*. Madrid: Pirámide.
- LLAMAS, S. (2008). la sanidad, una apuesta fuerte de la Obra Social de la Caja España. *Panorama Social*, nº 7, 126-130.
- LONGO, F. (2004). *Longo, F. (2004). Mérito y flexibilidad. la gestión de las personas en las organizaciones del sector público*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- LOPEZ CASANOVA, G. (2010). Las cifras del gasto sanitario en su comparativa. Errores y omisiones. *Gestión Clínica y Sanitaria*, Vol. 12. nº 1, Primavera, 27-29.
- LOPEZ CASANOVA, G., & RICO, A. . (2003). La descentralización: ¿parte del problema sanitario o de su solución? *Gaceta Sanitaria*, 17 (4), 319-326.
- LOPEZ GANDIA, J. (1986). Algunas consideraciones generales acerca de los problemas aplicativos del derecho del trabajo en la contratación temporal de la Administración Pública. *Poder Judicial*. Núm. 3, 153.
- LOSADA, C. (1995). *Las especificidades de la gestión pública: implicaciones en la función directiva pública*. Madrid: INAP. Instituto Nacional de Administración Pública.
- MARTIN MATEO, R. (1991). *Manual de Derecho Administrativo*. Madrid: Trivium 10.
- MARTIN REBOLLO, L. (1983). De nuevo sobre el servicio público. *Revista de Administración Pública*. Vol. II, V100-102.
- MARTIN RETORTILLO, S. (1997). Reflexiones sobre las privatizaciones. *RAP. Revista de Administración Pública*, 18. Núm. 144 sept-dic.

- MARTIN, J.J.M. (2003). *Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias*. Fundación Alternativas. Fundación Alternativas.
- MARTINEZ MARIN, A. (1992). *Actualidad y perspectivas del Derecho público a fines del siglo XX: homenaje al profesor Garrido Falla*. Madrid: Universidad Computense.
- MARTINEZ, J. (2001). *El Empleo Público: entre estatuto funcional y contrato laboral*. Madrid: Marcial Pons.
- MARTINEZ, J. (2015). MARTÍNEZ CARRETERO, J.M.. Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetivo estructurada (ECO). *Educación Médica*. Vol. 8, 18-22.
- MARTINEZ-GIRALT, X. (2013). Colaboración publico-peivada en sanidad. *Cuadernos de información económica*, 61-63 (nº 235).
- MCKEE, H. M. (2009). Critical care services and 2009 H1N1 influenza in Australia and New Zealand. *N Engl J Med*, 361 (20), 1025-1934.
- MELLA MARQUEZ, M. (1997) Curso de partidos políticos. Madrid: Akal.
- MENENDEZ, A. (2008). La gestión indirecta de la asistencia sanitaria pública. Reflexiones en torno al debate sobre la privatización de la sanidad. *Revista de Administración Sanitaria*, vol. 6, nº 2, 269-296.
- MENY,I. y THOENIG, J.C. (1992). *Las Políticas Públicas*. Barcelona: Ariel.
- METCALFE, L. (1998). *Accoountability and Effectiveness*. Madrid: Instituto de Estudios Europeos.
- MINISTERIO DE ADMINISTRACIONES PUBLICAS. (2007). *El Empleo Público en España*. Madrid: Ministerio de Administraciones Públicas. Secretaría General Técnica.
- MINISTERIO PARA LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS. (1995). *INAP.Flexibilidad en la gestión de personal en la Administración Pública*. Madrid: MAP.



- MONEREO Pérez, J.L.; NIEVES Moreno, M; ALMENDROS González, J.A.; MALDONADO MOLINA, J.A; y FERNANDEZ Avilés, J,.A. (2010). *Manual de Empleo Público. Instituciones, relaciones sindicales y marco legal del personal de las Administraciones Públicas. Granada: Comares.*
- MORELL OCAÑA, L. (1994). *El sistema de la confianza política en la Administración Pública.* Madrid: Civitas.
- MULAS,A y AYERRA,R. (1978). *Los Médicos de la Seguridad Social.* Madrid: Digesa.
- MUÑOZ MACHADO, S. (1995). *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos.* Madrid: Alianza Editorial.
- NISHTAR, S. (2004). *Public–private'partnerships' in health—a global call to action.* . Health Research Policy and Systems, 2(1), 5.
- OLIAS DE LIMA, B. (2001). *La Nueva Gestión Pública.* Madrid: Prentice Hall.
- OLIAS DE LIMA, B. (2011). "*La colaboración público privada: la externalización de funciones y servicios*". Murcia: Congreso AECPA.
- OLMEDA, J.A. y PARRADO, S. (2000). *Ciencia de la Administración. Volumen II.* Madrid: UNED.
- OMS. (1965). *Les services de Santé en Europe.* Copenhague: Bureau rég. de l'Europe OMS.
- ORTEGA, L. y CANTERO, J. (2011). *Crisis y externalización en el sector público: ¿solución o problema?* Madrid: INAP.Centro de Publicaciones.
- ORTEGA, R. (2009). *Derecho administrativo económico.* Madrid: M. Pons.
- OSBORNE,D. y GAEBLER,T. (1994). *La reinención del gobierno. la influencia del espíritu empresarial en el sector público.* Barcelona: Paidós.

- OTEO,L. y REPULLO,J. (2010). Dilemas de organización de los centros sanitarios. La alternativa de la buena gestión pública y el buen gobierno. *Medicos y Pacientes. com. OMC*, 1. Tribuna.
- PACUAL, J. (1999). *la evaluación de políticas y proyectos: Criterios de valoración económicos y sociales*. Barcelona: Icaria.
- PARADA R. y FUENTETAJA J. (2013). *Derecho de la Función Pública*. Madrid: Universitarias S.L.
- PARADA VAZQUEZ, R. (1993). *Derecho Administrativo I. Parte General*. Madrid: Marcial Pons.
- PEMAN, J. (1998). Reflexiones entorno a la Ley General de Sanidad ¿desarrollo o reforma? *REDA. Revista Española de Derecho Administrativo*, 76-77 Núm. 97 enero-marzo.
- PINAZO HERNANDIS, J. (2007). *Emnpleo Público para una nueva Administración Pública*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- PRATS I CATALÁ, J. (1995). Los fundamentos institucionales del sistema de mérito: La obligada distinción entre Función Pública y empleo público. *Documentación Administrativa. Núm 241-242*, 40.
- PRIETO,A. Y LOPEZ DE LETONA,A. (2006). *El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios*. Madrid: Documento de trabajo 99/2006 , Laboratorio de Alternativas, Madrid.
- PUIG, J. (2011). ¿Recortar o desinvertir? *Economía y Salud*, nº 72. Diciembre.
- RAMIO, C.;M Y GARCIA, O. (2007). *Els determinants i la gestió de l'externalització a Catalunya*. Barcelona: Escola d'Administració Pública de Catalunya.
- RAMO HERRANDO, M. (2013). El cese por desistimiento en la Alta Dirección del Sector Público tras la Reforma de 2012. *RTSS. CEF. Centro de Estudios Financieros*, 1-31. Núm. 31. NOV.

- REBOLLO, A. (2007). APP's institucionales, financiación de infraestructuras y contabilidad pública. Reflecciones. *Revista de obras públicas, transportes y ordenación territorial, nº 2. Consellería de Obras Públicas y Transportes. Sevilla*, 61-122.
- REY DEL CASTILLO, J. (1999). *El futuro de la sanidad española. Un proyecto de reforma. Madrid: Exlibris.* Madrid: Exlibris.
- ROCA VALERO, V. (1 de abril de 2012). *La Alta Dirección en la Administración Pública.* Obtenido de [www.elderecho.com](http://www.elderecho.com).
- RODRIGUEZ FERNANDEZ, A. (1995). *los Recursos HUmanos en las Administraciones Públicas.* Madrid: Tecnos.
- RODRIGUEZ RAMOS, M. (2009). El Personal Directivo Público: una ampliación del ámbito subjetivo del Real Decreto 1382/1985. *Temas Laborales. Vol. III. Núm. 100*, 1181-1220.
- RODRIGUEZ VIGIL, J. (2008). *Integración y desmoronamiento. Crisis y alternativas del Sistema Nacional de Salud.* Madrid: Civitas.
- ROS, J. (2004). *La teoría del desarrollo y la economía del crecimiento. Fondo de Cultura Económica.* Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- ROSADO, L. (2010). La sostenibilidad y los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud: el modelo de concesión administrativa de la Comunidad Valenciana. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 51-62.
- ROYO, J.P. & DURAN, M.C. (1995). *Curso de derecho constitucional. Marcial Pons.* Madrid: Marcial Pons.
- SALA FRANCO, T. (2004). *El Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud.* Madrid: Tirant lo Blanch.
- SAN SEGUNDO, G. (2011). De Aizira a Torrejón. Viaje al hospital del futuro. *Modelos de Gestión Sanitaria*, 12-13.

- SANCHEZ MORON, M. (1999). *El régimen jurídico del personal al servicio de la Administración Pública. Régimen estatutario y laboralización*. Madrid: Marcial Pons.
- SANCHEZ MORON, M. (2008). *Comentarios a la Ley del Estatuto Básico del empleado público*. Madrid: Lex Nova.
- SANCHEZ-URNA AZANA, Y. (2012). Alta Dirección laboral en el Sector Público. *Revista Española de Derecho de Trabajo*. Núm. 155 (jul-sept), 231-246.
- SERRANO TRIANA, A. (1990). *Fundamentos de Servicio Público II*. Madrid: Servicio de Publicaciones de la Facultad de Derech. Universidad Complutense de Madrid.
- SORIANO, R. (2008). *Cómo se escribe una tesis. Guía práctica para estudiantes e investigadores*. Córdoba: Berenice.
- SULEIMAN, E. (2000). "Es Max Weber realmente irrelevante". *En Gestión y Análisis de Políticas Públicas*. Instituto Nacional de Administración Pública. Madrid. Nº 17-18.
- TEJERINA, E. (2002). *Modelos de gestión de la calidad aplicados a la Sanidad en Humanización de la atención socioasistencial*. Valencia: Ed. Generalitat Valenciana.
- USEROS, V. (16 de septiembre de 2015). Sanidad convoca una plaza 'a medida' para que una senadora catalana dirija La Fe. *Diario El Mundo*. Edición Comunidad Valenciana. Valencia, pág. 3.
- VALERO, J. (2004). *Ideas para el tratamiento de los directivos*. Barcelona.
- VERNIS A. y MENDOZA X. (2009). Una aproximación a la conceptualización del nuevo rol del Estado. El Estado Relacional. *Revista del Centro Latinoamericano para la Administración y el Desarrollo*. CLAD. "Reforma y Democracia" 44, 115-144.
- VILLAR PALASÍ, J. (1968). *Derecho Administrativo*. Madrid: Universidad de Madrid. Facultad de Derecho.

- VILLORIA MENDIETA, M. (2009). *La función directiva en las Administraciones Públicas. El planteamiento y la gestión estratégica en el ámbito público. Las técnicas de dirección pública*. Toledo: Documentación Gerencia Pública. Escuela de Administración Regional. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- VILLORIA, M. (1996). la modernización de la Administración Central en España. *Revista Vasca de Administración Pública*, 95-117. Núm. 45.

## 12.2 Memorias y documentos básicos consultados

- III Plan de Salud de la Comunitat Valenciana 2010-2013, aprobado por Acuerdo de 20 de mayo de 2011 y publicado en el DOCV de 17/6/2011.
- <http://www.san.gva.es/web/sdg-i-d-i/planes-de-salud>. Fecha de consulta: 28/9/2015.
- Programa de Gobierno del PSPV-PSOE, para las elecciones autonómicas 2015 en la Comunidad Valenciana.  
[http://www.socialistes.cat/files/programa\\_autonomic\\_pspv\\_mesures.pdf](http://www.socialistes.cat/files/programa_autonomic_pspv_mesures.pdf)
- Programa de Gobierno de Compromís para las elecciones autonómicas 2015 en la Comunidad Valenciana.  
<http://ambvalentia.compromis.net/files/2015/05/ProgramaCorts2015CAS.pdf>
- Acuerdo del Botanic de 11 de junio de 2015.  
<http://estaticos.elmundo.es/documentos/2015/06/11/botanic.pdf>
- Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (2014), "Calidad de los servicios públicos, IX. Distribuciones marginales", Estudio nº 3030. Junio 2014.
- [http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3020\\_3039/3030/es3030mar.pdf](http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3020_3039/3030/es3030mar.pdf)
- GUÍA DEL MODELO CONCESIONAL SANITARIO: "Modelo Alzira" Un modelo de salud. Publicado por Ribera Salud Grupo.
- <http://www.riberasalud.com/ftp/Dossiers/3004201491250guia%20modelo%20alzira.pdf>
- Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2008 Comunidad Valenciana.  
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2008/ComunidadValencianaSNS2008.pdf>
- Informe anual Plan Estratégico de la Agencia Valenciana de Salud. Nota Informativa nº 59. Evaluación de los Acuerdos de Gestión 2011

- Informe de “Evaluación de resultados de los hospitales en España según el modelo de gestión”. 2012. Elaborado y editado por IASIST.
- Informe “Aplicación de la guía de contratación y competencia a los procesos de licitación para la provisión de la sanidad pública en España”. Comisión Nacional de la Competencia. 2013.
- Auditoría Pública nº 63 (2014), pp. 11 - 20 “Resonancias magnéticas. Una oportunidad de ahorro. Auditoría operativa de la gestión del concierto de resonancias magnéticas en la Comunitat Valenciana” Miguel Olivas Arroyo. Auditor. Sindicatura de Comptes de la Comunidad Valenciana.
- Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2013 de la Comunidad Valenciana. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
- Acuerdos de Gestión para los Departamentos de Salud para el 2015 elaborado por la Consellería de Sanidad y firmado con los 24 Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana.
- Informe de FUNCAS, la Fundación de las Cajas de Ahorro, las Comunidades Autónomas sobre economía y finanzas españolas. 2015.
- Informe de FSP-UGT-PV de 2015 titulado: “ Análisis sobre la reversión de las Concesiones Administrativas de la Sanidad en Régimen de Concierto al Sistema de Gestión Pública”

Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## 12.3 Índice de tablas

- **Tabla IV.1.** Diferencias en las políticas de gestión de recursos humanos entre las Administraciones Públicas, las instituciones sanitarias y las empresas privadas.
- **Tabla VI.1.** Las Comunidades Autónomas y sus servicios de salud.
- **Tabla VII.1.** Los profesionales sanitarios colegiados en 2008
- **Tabla VII.2.** Los resultados electorales a la Junta de Personal. Participación por Departamentos de Salud.
- **Tabla VII.3.** Los resultados electorales a la Junta de Personal. Representantes por Departamentos de Salud.
- **Tabla VII.4.** Los resultados electorales a la Junta de Personal. Resumen por sindicatos, representantes y votos.
- **Tabla VII.5.** Los resultados electorales al Comité de Empresa. Participación por provincias.
- **Tabla VII.6.** Los resultados electorales al Comité de Empresa. Representantes por provincia.
- **Tabla VII.7.** Los resultados electorales al Comité de Empresa. Sindicatos, representantes y votos.
- **Tabla VII.8.** Las fortalezas y las debilidades de los sistemas de carrera y de empleo de la función directiva profesional
- **Tabla VII.9.** El sexo por Tipo de Plantilla y el porcentaje
- **Tabla VII.10.** El sexo por Grupo Profesional y por porcentaje
- **Tabla VII.11.** El Personal Directivo
- **Tabla VII.12.** La Plantilla de personal gestionado por la Consellería de Sanidad correspondiente a Salud Pública.
- **Tabla VII.13.** La Plantilla de personal adscrito a los Servicios Centrales y Direcciones Territoriales de la Consellería de Sanidad así como por la Consellería de Justicia y Administraciones Públicas, todos ellos gestionado por la Consellería de Sanidad.
- **Tabla VII.14.** El Personal dependiente de las Concesiones Administrativas y de los Consorcios.

- **Tabla VIII.1:** Los Modelos de Gestión en los Departamentos de Salud en la Comunidad Valenciana
- **Tabla VIII.2.** Los Modelos de Gestión en los Hospitales de Crónicos y Larga Estancia (HACLE)
- **Tabla VIII.3.** La normativa básica de contratación administrativa para la implantación del MSGC
- **Tabla VIII.4.** Cuadro comparativo de los diferentes modelos de gestión sanitaria.
- **Tabla IX.1.** Inicio de actividad en las Concesiones administrativas en la Comunidad Valenciana.
- **Tabla IX.2.** El Coeficiente de Transferencia actuales de las concesiones administrativas
- **Tabla IX.3.** Los Departamentos a cuya gerencia se añade la gestión integrada y la supervisión de los siguientes departamentos de prestación de la asistencia sanitaria en régimen de concesión administrativa.
- **Tabla IX.4.** Las Concesiones valencianas del “Modelo Alzira y las empresas adjudicatarias con su participación empresarial.
- **Tabla IX.5.** Las principales características del Departamento de Salud de la Ribera (Alzira)
- **Tabla IX.6.** Los resultados de los Acuerdos de Gestión en el Departamento de la Ribera de 2005 a 2013.
- **Tabla IX.7.** El personal y tiempo equivalente año por estado de plantilla, categorías profesionales y costes. 2004-2014.
- **Tabla IX.8.** Las principales características del Departamento de Salud de Torrevieja
- **Tabla IX.9.** Las principales características del Departamento de Salud de Denia
- **Tabla IX.10.** Las principales características del Departamento de Salud de Manises
- **Tabla IX.11.** La plantilla media del Departamento de Salud de Manises
- **Tabla IX.12.** La plantilla con porcentaje de mujeres del Departamento de Salud de Manises.



- **Tabla IX.13.** La plantilla de diversidad del Departamento de Manises. Discapacitados y extranjeros
- **Tabla IX.14.** Las principales características del Departamento del Vinalopó
- **Tabla IX.15.** Los profesionales por antigüedad en el Hospital del Vinalopó
- **Tabla IX.16.** Fecha de finalización de las concesiones administrativas sanitarias en la Comunidad Valenciana
- **Tabla X.1.** Primeros hospitales madrileños con modelo PFI sin la Atención Primaria con las empresas adjudicatarias y su participación empresarial.
- **Tabla X.2.** Los CPP en algunos países europeos.



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## 12.4 Normativa básica consultada

- Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público.
- Ley 10/2010 de 9 de julio, de la Generalitat, de Ordenación y Gestión de la Función Pública. DOCV núm. 6310 de 14 de julio de 2010.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. BOE número 301 de 17 de diciembre de 2003.
- Ley 44/2003, de 21 de diciembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE número 280 de 22 de noviembre de 2003.
- Decreto 7/2003, de 28 de enero, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se aprueba el Reglamento de Selección y Provisión de Plazas de Personal Estatutario al Servicio de instituciones Sanitarias de la Generalitat Valenciana. Diario Oficial de la Generalitat Valenciana núm. 4430 de 31 de enero de 2003.
- Ley 9/1987, de 12 de junio, de órganos de representación, determinación de las condiciones de trabajo y de participación del personal al servicio de las Administraciones públicas (LORAP).
- Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la ley del Estatuto de los Trabajadores.
- Real Decreto 1846/1994, de 9 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento de elecciones a los órganos de representación del personal al servicio de la Administración General del Estado.
- Orden de 2 de agosto de 2006, de la Consellería de Justicia, Interior y Administraciones Públicas por la que se establecen las normas y se aprueban los modelos que rigen los procesos de elecciones a órganos de representación del personal funcionario al servicio de la Administración del Consell de la Generalitat Valenciana y sus organismos autónomos.
- Instrucciones con fecha 24 de marzo de 2014 por parte del Director General de Recursos Humanos de la Sanidad donde se fijaron criterios y se establecieron las normas que regulaban dicho proceso electoral a órganos de representación de todo el personal gestionado por la Consellería de Sanidad.
- Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana (BOE núm.164, de 10 de julio de 1982 - Referencia: BOE-A-1982-17235).
- RD 1382/1985, de 01 de agosto, por el que se regula la relación laboral de carácter especial del personal de Alta Dirección (BOE núm.192, de 12 de agosto de 1985).

- Resolución de 31 de mayo de 1995 de la Dirección General de Trabajo, por la que se dispone el registro y publicación del II Convenio Colectivo del Personal Laboral al Servicio de la Administración Autonómica (DOCV núm.2527, de 12 de junio de 1995).
- Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana.
- Decreto 175/2006, de 24 de noviembre, del Consell, por el que se regulan las condiciones de trabajo del personal al servicio de la administración del Consell (DOCV núm.5397, de 28 de noviembre de 2006 - Referencia: 6269/2006).
- Decreto-Ley 1/2012, de 5 enero, del Consell, de medidas urgentes para la reducción del déficit en la Comunitat Valenciana (DOCV núm. 6688, de 10 de enero de 2012).
- DECRETO 30/2012, de 3 de febrero, del Consell por el que se modifica la estructura, funciones y régimen retributivo del personal directivo de instituciones sanitarias de la Consellería de Sanidad, (DOCV núm. 6709, de 08 de febrero de 2012).
- Real Decreto 451/2012, de 05 de marzo, sobre régimen retributivo de los máximos responsables y directivos en el sector público empresarial y otras entidades, que no estén vinculados por una relación mercantil (BOE núm.56, de 06 de marzo de 2012).
- Ley 3/2012, de 6 de julio, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral (BOE núm. 162, de 7 de julio de 2012, páginas 49113 a 49191).
- Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad (BOE núm.168, de 14 de julio de 2012, página 50428).
- Real Decreto-Ley 6/2012, de 28 de septiembre, del Consell, de desarrollo y aplicación de las disposiciones incluidas en el título I y disposiciones concordantes del Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad (DOCV núm.6873, de 01 de octubre de 2012 - Referencia: 009021/2012).
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Decreto 10/2010, de 7 de enero, del Consell, por el que se crea y regula el Observatorio de Necesidades de Recursos Humanos Sanitarios Especializados del Sistema Sanitario Valenciano.
- Real Decreto-ley 3/2012, de 10 de febrero, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral.

- Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.
- Decreto-ley 6/2012, de 28 de septiembre, del Consell, de desarrollo y aplicación de las disposiciones incluidas en el título I y disposiciones concordantes del Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.
- Ley 10/2014, 29 diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana (DOCV de 31 diciembre),
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102 de 29 de abril de 1986
- Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 100 de 26 de abril.
- Decreto 224/2007, de 16 de noviembre, del Consell, por el que se aprueba el Mapa Sanitario de la Comunitat Valenciana y se regula el procedimiento para su modificación. DOGV núm. 5643, de 20 de noviembre 2007
- Decreto Ley 7/2012, de 19 de octubre, del Consell, de Medidas de Reestructuración y Racionalización del Sector Público Empresarial y Fundacional de la Generalitat. DOCV núm. 6886 de 22.10.2012
- Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del INSALUD (BOE 25 de enero 2000) (desarrolla reglamentariamente la ley 15/97)
- Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público (en adelante TRLCSP) publicado en el BOE núm. 276 de 16/11/2011
- DECRETO 70/2013, de 7 de junio, del Consell, por el que se ordenan diversas categorías de personal estatutario de la Agència Valenciana de Salut. (DOCV núm. 7043 de 11.06.2013).



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

## INDICE

CAPÍTULO I. PRESENTACION .....	7
CAPÍTULO II. LAS PRINCIPALES ABREVIATURAS UTILIZADAS.....	9
CAPÍTULO III. EL PLANTEAMIENTO Y LA METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION .....	11
<b>3.1 El planteamiento de la investigación</b> .....	<b>11</b>
<b>3.2 La metodología de la investigación</b> .....	<b>15</b>
CAPITULO IV. EL PAPEL DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR PÚBLICO .....	19
<b>4.1 Introducción</b> .....	<b>19</b>
<b>4.2 El concepto de Administración Pública</b> .....	<b>20</b>
<b>4.3 El número de empleados públicos</b> .....	<b>23</b>
<b>4.4 Las clases de empleados públicos</b> .....	<b>25</b>
<b>4.5 La evolución del empleo público</b> .....	<b>28</b>
CAPÍTULO V. EL SERVICIO PÚBLICO DE LA SALUD .....	39
<b>5.1 La noción de servicio público</b> .....	<b>39</b>
5.1.1 Los orígenes del servicio público .....	39
5.1.2 La recepción de la tesis francesa del concepto de servicio público.....	40
5.1.3 El concepto de servicio público .....	42
<b>5.2 El marco político-administrativo preconstitucional</b> .....	<b>49</b>
<b>5.3 El marco constitucional de la salud</b> .....	<b>55</b>
5.3.1 Los principios constitucionales .....	55
5.3.2 Su desarrollo .....	56

<b>CAPÍTULO VI. LA DISTRIBUCION DE COMPETENCIAS DE LOS RECURSOS HUMANOS DE LA SANIDAD.....</b>	<b>61</b>
<b>6.1 La distribución de competencias en el sistema administrativo español.....</b>	<b>61</b>
6.1.1 Especial referencia a la Comunidad Valenciana .....	65
<b>6.2 Las transferencias sanitarias .....</b>	<b>74</b>
6.2.1 Especial referencia a la Comunidad Valenciana .....	78
<b>CAPÍTULO VII. LOS RECURSOS HUMANOS EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.....</b>	<b>81</b>
<b>7.1 La naturaleza jurídica de la relación y sus implicaciones sociopolíticas .....</b>	<b>81</b>
<b>7.2 La clasificación normativa .....</b>	<b>97</b>
<b>7.3 Las tareas asignadas a los grupos profesionales .....</b>	<b>104</b>
<b>7.4 La representación de los trabajadores .....</b>	<b>111</b>
7.4.1 La representación sindical .....	111
7.4.2 La representación de los Colegios Profesionales.....	122
<b>7.5 El Directivo Sanitario.....</b>	<b>125</b>
7.5.1 La evolución histórica .....	125
7.5.2 El directivo público en el derecho comparado .....	137
7.5.3 El régimen jurídico .....	140
7.5.4 Las relaciones especiales de trabajo. El contrato de alta dirección.....	141
7.5.5 El directivo público en la Comunidad Valenciana .....	148
7.5.6 El análisis jurisprudencial.....	168
7.5.7 El perfil profesional.....	176
<b>7.6 Los Recursos Humanos en la Consellería de Sanidad. El Plan de Empleo .....</b>	<b>180</b>
<b>CAPÍTULO VIII. LOS RECURSOS HUMANOS EN LA GESTION DE SERVICIOS SANITARIOS. LAS FORMAS PERSONIFICADAS Y GESTION INDIRECTA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA ...</b>	<b>187</b>
<b>8.1 Notas introductorias .....</b>	<b>187</b>
<b>8.2 Las empresas públicas y sociedades .....</b>	<b>196</b>
<b>8.3 Las Fundaciones .....</b>	<b>200</b>

<b>8.4 El Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público y Consorcios.....</b>	<b>209</b>
<b>8.5 El contrato de servicios .....</b>	<b>215</b>
<b>8.6 El ámbito de la colaboración entre el sector público y el privado .....</b>	<b>218</b>
<b>8.7 El contrato de gestión de servicios públicos .....</b>	<b>224</b>
<b>8.8 Un proyecto de colaboración público-privada. El Modelo Sanitario de Gestión Compartida (MSGC) .....</b>	<b>226</b>
<b>8.9 Las concesiones administrativas .....</b>	<b>236</b>
<b>CAPÍTULO IX. EL MARCO DE GESTION Y JURIDICO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN LOS NUEVOS MODELOS DE GESTION. LAS CONCESIONES ADMINISTRATIVAS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.....</b>	<b>239</b>
<b>9.1 Un modelo de colaboración público-privada.....</b>	<b>239</b>
9.1.1 Las nuevas técnicas de gestión .....	239
9.1.2 Las asociaciones o acuerdos de colaboración público-privada .....	240
9.1.3 Las APP en el sector sanitario .....	251
9.1.4 Los modelos contractuales tradicionales en nuestro ordenamiento de colaboración público-privada .....	260
9.1.5 El contrato de concesión de obra pública y su evolución .....	261
9.1.6 El contrato de colaboración entre el sector público y el privado como alternativa .....	263
9.1.7 La evidencia de las CPP en el Sistema Nacional de Salud .....	264
<b>9.2 Las concesiones administrativas sanitarias valencianas actuales .....</b>	<b>269</b>
9.2.1 El marco jurídico .....	269
9.2.2 Las concesiones actuales. El Modelo Alzira .....	280
9.2.3 El marco de gestión y el normativo .....	295
9.2.4 El modelo del Hospital de la Ribera .....	337
9.2.5 El modelo del Hospital de Torrevieja .....	344
9.2.6 El modelo del Hospital de Denia .....	346
9.2.7 El modelo del Hospital de Manises .....	348
9.2.8 El modelo del Hospital del Vinalopó .....	350
9.2.9 La cuestionada continuidad del modelo Alzira .....	354
<b>CAPÍTULO X. LA GESTION DE LOS MODELOS DE COLABORACION PUBLICO PRIVADA COMPARADOS.....</b>	<b>359</b>



<b>10.1 Los modelos de gestión en las Comunidades Autónomas.....</b>	<b>359</b>
10.1.1 Los antecedentes .....	359
10.1.2 Las concesiones actuales .....	360
10.1.3 Especial referencia a la Comunidad de Madrid .....	365
10.1.4 El debate en otras Comunidades Autónomas .....	373
<b>10.2 La situación internacional. ....</b>	<b>374</b>
<b>CAPÍTULO XI. LAS PRINCIPALES CONCLUSIONES .....</b>	<b>379</b>
<b>CAPÍTULO XII. BIBLIOGRAFIA Y ANEXOS .....</b>	<b>385</b>
<b>12.1 Referencias bibliográficas y bibliografía básica consultada .....</b>	<b>385</b>
<b>12.2 Memorias y documentos básicos consultados.....</b>	<b>398</b>
<b>12.3 Índice de tablas .....</b>	<b>400</b>
<b>12.4 Normativa básica consultada .....</b>	<b>403</b>



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante