

SINDICATURA DE COMPTES  
DE LA COMUNITAT VALENCIANA

**AUDITORÍA OPERATIVA DE LA GESTIÓN DEL  
PERSONAL SANITARIO POR LA CONSELLERIA  
DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA**

Ejercicios 2016-2019



**Auditoría operativa de la gestión del personal sanitario por la  
Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública**

**Ejercicios 2016-2019**

Sindicatura de Comptes  
de la Comunitat Valenciana



## ÍNDICE

<b>Glosario de términos</b>	<b>3</b>
<b>Índice de abreviaciones</b>	<b>5</b>
<b>1. Cifras clave</b>	<b>6</b>
<b>2. Objetivos y alcance de la auditoría</b>	<b>7</b>
<b>3. Conclusiones</b>	<b>10</b>
<b>4. Recomendaciones</b>	<b>14</b>
<b>Apéndice 1. Análisis del entorno</b>	<b>16</b>
<b>Apéndice 2. Enfoque metodológico</b>	<b>29</b>
<b>Apéndice 3. Observaciones sobre la gestión del personal sanitario por la CSUSP</b>	<b>31</b>
<b>Anexo I. Demografía médica</b>	
<b>Anexo II. Definición de especialidades médicas</b>	
<b>Anexo III. Correlación entre el dimensionamiento de los equipos de atención primaria y factores sociodemográficos</b>	
<b>Anexo IV. Situación actual y prospección futura de las especialidades médicas en la Comunitat Valenciana</b>	
<b>Trámite de alegaciones</b>	<b>122</b>
<b>Aprobación del Informe</b>	<b>123</b>
<b>Anexo V. Alegaciones presentadas</b>	
<b>Anexo VI. Informe sobre las alegaciones presentadas</b>	

### NOTA SOBRE LA UNIDAD MONETARIA

---

Todos los datos económicos de este informe vienen expresados en euros. Se ha efectuado un redondeo para no mostrar los céntimos. Los datos representan siempre el redondeo de cada valor exacto y no la suma de datos redondeados.



## GLOSARIO DE TÉRMINOS

**ALUMBRA:** Aplicación informática de la CSUSP que integra la información más relevante de los distintos sistemas de información sanitarios, tanto asistenciales como de gestión.

**Atención continuada:** Es la atención permanente que se presta a la población fuera del horario ordinario del funcionamiento de los centros de salud y que se lleva a término en los puntos de atención continuada (PAC), mediante el establecimiento de turnos rotativos entre los profesionales de los equipos de atención primaria. Además de los turnos cubiertos de forma obligatoria por el personal sanitario, para cubrir la totalidad de horas necesarias de atención continuada la Administración recurre a nombramientos temporales de facultativos y profesionales de enfermería.

**CIRO:** Aplicación informática para gestionar los datos personales de los trabajadores y de los puestos de trabajo.

**Cupo:** Indicador que representa la población asignada por tipo de profesional. Se calcula dividiendo las tarjetas sanitarias entre el número de facultativos. También se denomina *ratio*.

**Departamento de salud:** Estructura fundamental del Sistema Valenciano de Salud y que son las demarcaciones geográficas en las que queda dividido el territorio de la Comunitat Valenciana a efectos de los servicios de prestación asistencial. El mapa sanitario actual de la Comunitat Valenciana está regulado en el Decreto 205/2018, del Consell, que estructura el territorio en veinticuatro departamentos de salud.

**Frecuentación:** Media de consultas ordinarias por habitante y año. Se calcula dividiendo el número total de consultas atendidas entre la población protegida.

**GESTUR:** Aplicación informática de gestión de turnos y horarios.

**MASTIN:** Aplicación informática transversal de toda la Generalitat utilizada para la gestión de expedientes. Es la aplicación utilizada para gestionar la creación, modificación y amortización de los puestos de trabajo a los que se puede incorporar un trabajador para ser incluido en la nómina del personal sanitario de la CSUSP.

**NOMINA:** Aplicación utilizada para gestionar el proceso de nómina del personal sanitario de la Generalitat. En ella se introduce la información sobre puestos de trabajo, complementos retributivos, altas y bajas de personal y las demás situaciones que suponen variaciones e incidencias mensuales en la nómina del personal sanitario.

**Sistema de Información Poblacional:** Registro administrativo corporativo de la CSUSP que contiene información administrativa y sanitaria de las personas residentes en la Comunitat Valenciana y de aquellas que, no siendo residentes, acceden a las prestaciones sanitarias del Sistema Valenciano de Salud.

**Supradepartamental:** Centro sanitario que presta servicio a más de un departamento de salud (por ejemplo, el Centro de Transfusión de la Comunitat Valenciana).



**Tasa de reposición de efectivos:** Ratio que determina el número de empleados públicos de nuevo ingreso que se pueden incorporar en una administración pública en función de las bajas que se hayan producido en el año anterior, debidas a jubilaciones, excedencias sin reserva de puesto, decesos, renunciaciones voluntarias o cualquier otra razón.

**Tiempo efectivamente trabajado:** Es el tiempo transcurrido desde la fecha de toma de posesión en un puesto de trabajo hasta la fecha de cese en ese puesto de trabajo. Es un concepto asimilable al de personas a tiempo completo (en inglés *full time equivalent* o FTE).

**Zona básica de salud:** Limitación geográfica que sirve de referencia para la actuación de los equipos de atención primaria.



## ÍNDICE DE ABREVIACIONES

CSUSP	Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública
DS	Departamento de salud
DGRH	Dirección General de Recursos Humanos de la CSUSP
EAP	Equipo de atención primaria
ESP	Facultativo especialista
HACLE	Hospital de asistencia a crónicos y larga estancia
INE	Instituto Nacional de Estadística
MFC	Medicina familiar y comunitaria
OPE	Oferta de empleo público
PED	Pediatría
PORH	Plan de Ordenación de Recursos Humanos
SAMU	Servicios de asistencia médica de urgencias
SEMERGEN	Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
SIP	Sistema de Información Poblacional
SNS	Sistema Nacional de Salud
ZBS	Zona básica de salud



## 1. CIFRAS CLAVE

**58 millones euros**<sup>1</sup>

Incremento necesario del coste anual para suplir el déficit de personal en atención primaria (parcialmente reducido en 2020 por la CSUSP) y especializada

**55%**

Tasa de temporalidad entre personal facultativo

**49 años**

Edad media del personal facultativo. Un 23% tienen más de 60 años.

**1.408**

**tarjetas sanitarias asignadas por médico de familia**  
*peor dato que el cupo a nivel estatal (1.342) y por encima del ideal que considera Semergen (1.300)*

**134**

**especialistas por cada 100.000 habitantes**  
*tasa inferior a la media estatal (144)*

**57%**

**de los puestos de atención continuada (guardias en atención primaria) pueden obedecer a necesidades permanentes**  
*requiere de análisis pormenorizado por si procede la creación de plazas estructurales en la plantilla*

**12%**

**índice de absentismo entre personal facultativo y de enfermería**  
*tasa superior a la media del sector de las actividades sanitarias en España (8,3%)*

**457**

**euros anuales de media por facultativo y enfermero en concepto de complemento de productividad**  
*representa un 1% de la retribución anual del personal sanitario*

**53%**

**de los puestos de dirección facultativa son ocupados por mujeres, pero solo ocupan el 35% de las gerencias**  
*proporción inferior a la tasa de feminización del personal facultativo (58,2%)*

<sup>1</sup> Si bien queda fuera del alcance de nuestra fiscalización, hemos estimado que el incremento de la plantilla de personal facultativo (422) y de enfermería (528) podría requerir un incremento de personal auxiliar sanitario y personal no sanitario de unas 800 personas, con un coste anual de 24 millones de euros.



## 2. OBJETIVOS Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA

El artículo 6 de la Ley de la Generalitat Valenciana 6/1985, de 11 de mayo, de Sindicatura de Comptes, de acuerdo con la redacción dada por la Ley de la Generalitat Valenciana 16/2017, de 10 de noviembre, incluye entre sus funciones, además de las referidas al control externo de la gestión económico-financiera del sector público valenciano y de sus cuentas, aquellas que de acuerdo con el ordenamiento jurídico sean convenientes para asegurar adecuadamente el cumplimiento de los principios financieros, de legalidad, de eficacia y de economía y de transparencia, exigibles al sector público, así como la sostenibilidad ambiental y la igualdad de género. Por otra parte, el artículo 9.3 de la misma ley determina que los informes habrán de pronunciarse, entre otras cuestiones, sobre si la gestión de los recursos humanos, materiales y de los fondos presupuestarios se ha desarrollado de forma económica y eficiente, y evaluar el grado de eficacia en el logro de los objetivos previstos.

De acuerdo con lo mencionado en el párrafo anterior, el Consell de la Sindicatura de Comptes acordó incluir en los programas anuales de actuación de 2019, 2020 y 2021 la auditoría operativa de la gestión del personal sanitario por la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública (en adelante CSUSP o la Conselleria).

El presente informe es el resultado del trabajo de evaluación con criterios de eficiencia, eficacia y economía de la gestión del servicio en materia de personal en el ámbito sanitario de la Comunitat Valenciana en el periodo 2016-2019.

Para poder evaluar esta gestión con dichos criterios se han definido los siguientes objetivos concretos, formulados en términos de preguntas:

**Objetivo 1: ¿Los instrumentos actualmente disponibles por la Conselleria permiten dimensionar y distribuir los recursos humanos sanitarios según las necesidades asistenciales de la población?**

**Objetivo 2: ¿La Conselleria cuenta con los medios suficientes para garantizar el cumplimiento de los derechos y obligaciones del personal al servicio de las instituciones sanitarias de la Generalitat?**

Para facilitar la obtención de respuestas a estos objetivos, cada uno de ellos se ha desglosado en varios subobjetivos y para cada uno de estos se han definido los criterios de auditoría, que se resumen en el cuadro siguiente:



**Cuadro 1. Objetivos, subobjetivos y criterios de auditoría**

Objetivos de auditoría	Subobjetivos de auditoría	Criterios de auditoría
1. ¿Los instrumentos actualmente disponibles por la Conselleria permiten dimensionar y distribuir los recursos humanos sanitarios según las necesidades asistenciales de la población?	1.1 ¿La Conselleria dispone de un plan de ordenación de recursos humanos que tenga como finalidad contribuir a la prestación de los servicios sanitarios con eficacia, eficiencia y equidad?	Cumplimiento artículos 12 y 13 Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud
	1.2 ¿La plantilla actual es suficiente en todo el territorio para garantizar una adecuada continuidad asistencial y desarrollar la atención primaria?	Tarjetas SIP asignadas por profesional
	1.3 ¿La planificación de la oferta de cartera de servicios y de profesionales especialistas garantiza la equidad en la prestación de los servicios sanitarios en todo el territorio?	Tasa de facultativos especialistas por cada 100.000 habitantes
	1.4 ¿Existen necesidades permanentes de personal sanitario que se cubren mediante sucesivas contrataciones temporales?	Índice estructural de los puestos de atención continuada
	1.5 ¿Se ha mejorado la calidad del empleo mediante la reducción de la temporalidad del personal gestionado por la Conselleria?	Índice de temporalidad
	1.6 ¿Se ha constatado un envejecimiento continuado de la plantilla?	Edad media
2. ¿La Conselleria cuenta con los medios suficientes para garantizar el cumplimiento de los derechos y obligaciones del personal al servicio de las instituciones sanitarias de la Generalitat?	2.1 ¿Los sistemas de control de asistencia son homogéneos y se han establecido los medios necesarios para su seguimiento en todos los centros sanitarios?	Número de facultativos sujetos a sistema de control de asistencia
	2.2 ¿Resulta efectiva la regulación del régimen de prestación de la atención continuada y las guardias médicas en el servicio de atención especializada?	Número de guardias al mes por facultativo
	2.3 ¿Se registran elevadas tasas de absentismo entre el personal sanitario?	Índice de absentismo
	2.4 ¿Se constata la existencia de diferencias retributivas entre los profesionales sanitarios en función del cumplimiento de objetivos de calidad y eficiencia?	Complemento de productividad medio por perceptor
	2.5 ¿Se resuelven las reclamaciones en materia de personal interpuestas contra actos y resoluciones dictados por órganos de la Conselleria?	Número de recursos tramitados y estimados
	2.6 ¿La feminización del sector sanitario tiene su reflejo en una igualdad efectiva de mujeres y hombres en los equipos directivos de los departamentos de salud?	Proporción de hombres y mujeres en los puestos de dirección



El apartado 3 de este informe contiene las conclusiones más relevantes que se formulan para cada uno de los objetivos antes citados. El apartado 4 recoge las recomendaciones para mejorar la gestión realizada por la Conselleria.

El Informe incluye también tres apéndices:

- En el apéndice 1 se describe el entorno en el que se desarrolla la gestión del personal sanitario.
- En el apéndice 2 se describe la metodología aplicada para llevar a cabo el trabajo realizado, incluyendo la naturaleza de las pruebas y la obtención de evidencia.
- El apéndice 3 contiene las observaciones que se formulan para cada uno de los objetivos y subobjetivos.

Queda excluida expresamente del alcance de esta auditoría operativa –ya que no se trata de una auditoría de regularidad– la fiscalización de la selección y provisión de las plazas estatutarias y el procedimiento de selección de personal temporal para la cobertura de plazas.

El ámbito temporal se ha centrado en el ejercicio 2019, si bien algunos de los indicadores que se han diseñado pueden referirse a un espacio temporal más amplio y en concreto, al menos, al período 2016-2019.

El ámbito subjetivo se refiere a la totalidad de los departamentos de salud que son gestionados por la Conselleria de forma directa, por lo que no se han realizado procedimientos de auditoría específicos en relación con los consorcios hospitalarios provinciales<sup>2</sup> y con las concesiones administrativas<sup>3</sup>. Tampoco ha sido objeto de análisis la gestión del personal de los servicios centrales y otros servicios supradepartamentales (centros de salud pública, centro de transfusión, hospitales de asistencia a crónicos y larga estancia).

El trabajo se ha focalizado sobre el personal estatutario, en concreto sobre el personal facultativo (grupo A1) y el personal de enfermería (grupo A2). Queda excluido, por tanto, de nuestra fiscalización el resto de personal sanitario (auxiliares de enfermería, celadores, técnicos especialistas) y el personal no sanitario.

Por último, la crisis ocasionada por la COVID-19 ha obligado a las autoridades sanitarias a adoptar numerosas decisiones en cuanto a contratación y asignación de recursos que están

---

<sup>2</sup> Para obtener un mayor número de opiniones de expertos en la materia, el envío y el tratamiento de las encuestas de opinión también fueron enviados a las gerencias de los departamentos de salud gestionados por los consorcios provinciales, dado que se trata de departamentos de gestión pública.

<sup>3</sup> En el contenido de este informe, la información estadística viene referida únicamente al personal gestionado directamente por la Conselleria, si bien de forma excepcional se han podido también obtener ratios de todos los departamentos de salud cuando la fuente de información era integral, como es el caso de las tarjetas asignadas por facultativo en atención primaria (véase subobjetivo 1.2).



teniendo un impacto significativo en la gestión del personal sanitario. Sin embargo, y a pesar de la relevancia de estos hechos, no es objeto de esta auditoría evaluar la gestión de la pandemia debida a la COVID-19 realizada por la CSUSP, ya que excede su ámbito temporal<sup>4</sup>.

Hemos llevado a cabo el trabajo de conformidad con los *Principios fundamentales de fiscalización de las instituciones públicas de control externo* y con las normas técnicas de fiscalización aprobadas por el Consell de la Sindicatura y recogidas en el *Manual de fiscalización* de la Sindicatura de Comptes, en especial en la sección 3200 de dicho manual, "Guía de fiscalización operativa", que adapta a las necesidades de la Sindicatura los aspectos relevantes de las normas aprobadas por las instituciones de control externo sobre la fiscalización operativa, las normas ISSAI-ES 300, ISSAI-ES 3000 e ISSAI-ES 3100.

Para llevar a cabo esta auditoría operativa de la gestión del personal sanitario, se ha realizado previamente un análisis del entorno relacionado con la materia. Para ello, se ha consultado y analizado la documentación que se ha considerado más relevante en este ámbito, referida básicamente a la legislación aplicable, estadísticas, información económica presupuestaria, informes de órganos de control, estudios de asociaciones y organizaciones especializadas y artículos de opinión.

Adicionalmente, hemos realizado una fiscalización de los gastos de personal de la Administración de la Generalitat cuyos resultados se recogen en el "Informe de fiscalización de los gastos de personal de la Administración de la Generalitat. Ejercicio 2019", aprobado por el Consell de la Sindicatura de Comptes, en reunión del día 14 de diciembre de 2020 y publicado en ese mismo mes, y cuya lectura resulta recomendable para completar la comprensión del presente informe.

Agradecemos la colaboración prestada en la realización del trabajo a la Dirección General de Recursos Humanos de la CSUSP y a las gerencias de los departamentos de salud, dadas además las circunstancias a las que ha tenido que hacer frente el personal de la Conselleria por las especiales y graves consecuencias derivadas de la pandemia.

### **3. CONCLUSIONES**

De acuerdo con las observaciones detalladas en el apéndice 3, las conclusiones más relevantes son las que se señalan a continuación.

---

<sup>4</sup> Las bases de datos solicitadas a los gestores durante la fase de planificación de este trabajo, realizada en el primer trimestre de 2020, incluían todas las contrataciones de personal realizadas entre los años 2015 y 2019 y, por tanto, no contemplaban las variaciones de plantilla como consecuencia de la pandemia.



### **3.1. EN RELACIÓN CON LA DISPONIBILIDAD DE INSTRUMENTOS QUE PERMITAN DIMENSIONAR Y DISTRIBUIR LOS RECURSOS HUMANOS SANITARIOS SEGÚN LAS NECESIDADES ASISTENCIALES DE LA POBLACIÓN**

El principal instrumento de planificación en materia de personal sanitario, el Plan de Ordenación de Recursos Humanos (PORH) ha resultado ineficaz para conseguir una adecuada dimensión de la plantilla de personal médico y de enfermería, para reducir la temporalidad de los contratos y para evitar el envejecimiento de la plantilla.

1. En febrero de 2020, tal y como estaba previsto en el PORH 2019-2021, se aprobó el Plan Anual de Gestión 2020, cuya finalidad era actualizar el diagnóstico de la situación de los recursos humanos. En este plan se detallaban las actuaciones llevadas a cabo en el ámbito de los objetivos marcados por el propio PORH. Sin embargo, la existencia formal de un PORH no es suficiente para garantizar una planificación eficaz si no viene acompañada de los instrumentos adecuados que faciliten su seguimiento.

A este respecto, tenemos que señalar que no se ha diseñado ni implementado un cuadro de mando de recursos humanos que contenga indicadores asociados a cada uno de los objetivos de tal forma que permita efectuar el seguimiento de las acciones planificadas.

En cuanto al grado de avance de las líneas de actuación previstas, en la fecha de nuestro trabajo no hay constancia de que la CSUSP haya terminado de elaborar las ratios de referencia para el personal facultativo y el personal de enfermería y, en consecuencia, no se puede conocer cuál es la estructura objetivo de la plantilla de la Conselleria y, en su caso, las necesidades reales de personal (subobjetivo 1.1).

2. Para absorber el exceso de tarjetas asignadas a determinados facultativos en atención primaria sobre los cupos recomendados por la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (1.500 tarjetas asignadas para médicos de familia y 900 tarjetas para pediatras), sería necesario incrementar la plantilla de facultativos en medicina familiar y comunitaria y pediatría. El impacto económico de esta medida supondría un incremento de los costes salariales estimado en unos doce millones de euros al año, costes que podrían variar en función, en todo caso, de las posibilidades de reasignar los cupos dentro de las zonas básicas de salud, así como de las condiciones retributivas del personal necesario en función de su antigüedad, de su ámbito de actuación geográfica y de su complemento específico directamente vinculado a la dedicación exclusiva o incompatibilidad. En esta línea, en octubre de 2020 la CSUSP ha culminado la estrategia de refuerzo de atención primaria iniciada en febrero de 2019 por la Dirección General de Asistencia Sanitaria, por lo que el déficit en atención primaria estimado por esta Sindicatura ya ha sido parcialmente compensado.

Los cupos óptimos según la mencionada sociedad médica serían de 1.300 tarjetas en medicina familiar y comunitaria y 800 tarjetas en pediatría. Dimensionar la plantilla actual de tal forma que ningún facultativo superara dichos cupos supondría que los



costes salariales anuales se incrementarían, al menos, en 30 millones de euros adicionales a los cuantificados en el párrafo anterior (subobjetivo 1.2).

3. La tasa de facultativos especialistas en la Comunitat Valenciana (134 facultativos por cada 100.000 habitantes) es inferior a la media estatal (144) según datos del Ministerio de Sanidad. Este dato estadístico ha sido refrendado por los equipos directivos de los departamentos de salud, que consideran que la situación actual en cuanto a la disponibilidad de facultativos especialistas en relación con las necesidades asistenciales es deficitaria en casi todas las especialidades. El posible ajuste podría requerir un incremento de la plantilla en 318 facultativos y 445 en personal de enfermería, con un impacto anual de 46 millones de euros en gastos de personal (subobjetivo 1.3).
4. La proporción de puestos de atención continuada (guardias en atención primaria) que están ocupados de forma permanente durante todo el año es del 56,8% en medicina familiar y comunitaria, e incluso 296 de los 389 puestos han sido ocupados por una misma persona durante al menos doce meses en el periodo 2016-2019, por lo que hay indicios suficientes para concluir que existen necesidades permanentes cubiertas por personal temporal y, por tanto, es posible que proceda la creación de plazas estructurales en la plantilla (subobjetivo 1.4).
5. Las limitaciones presupuestarias, con el consiguiente impacto en la tasa de reposición de efectivos durante los últimos ejercicios, y los plazos excesivamente dilatados en el tiempo en la gestión de los procesos selectivos, no han permitido a la CSUSP alcanzar el objetivo de reducir la temporalidad<sup>5</sup> en los colectivos de personal facultativo y enfermería. Estas tasas han crecido significativamente en el periodo objeto de fiscalización y se sitúan por encima del 50% en atención primaria y del 60% en atención especializada, muy lejos de la temporalidad en la sanidad pública a nivel estatal, que está cercana al 33%.

La CSUSP tiene establecido en el PORH como objetivo específico la mejora de la calidad del empleo, potenciando la reducción de la temporalidad, pero este objetivo no está cuantificado, pues no se propone un índice concreto a alcanzar sino que se indica que se prevé "la elaboración de un plan para reducir la eventualidad del empleo a los niveles técnicos adecuados", sin llegar a definirlos (subobjetivo 1.5).

6. En 2019 la edad media del personal facultativo era de 49,2 años y el porcentaje de profesionales que superan los 60 años se situó en el 23% del total de la plantilla, incluyendo tanto el personal con relación laboral fija como temporal. Resulta especialmente preocupante, por las previsibles salidas por jubilación en los próximos años, la edad media del colectivo de facultativos de medicina familiar y comunitaria (58,9 años) con un 55,9% de ellos mayores de 60 años. El grado de envejecimiento entre el personal de enfermería es ligeramente inferior, pues la proporción global de

---

<sup>5</sup> Esta temporalidad incluye todas las contrataciones de carácter temporal y eventual (atención continuada, acumulación de tareas, interinidad, sustituciones y promociones internas temporales).



mayores de 60 años baja hasta el 18% y la edad media se sitúa en 45,9 años (subobjetivo 1.6).

### **3.2. EN RELACIÓN CON LA SUFICIENCIA DE MEDIOS PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL PERSONAL AL SERVICIO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA GENERALITAT**

La Administración no dispone de medios adecuados para asegurar de forma eficiente que el personal sanitario disfruta de sus derechos y cumple con sus obligaciones en materia de jornada laboral, se registra una elevada tasa de absentismo entre el personal médico y de enfermería y una insuficiente tasa de feminización en los niveles directivos asistenciales.

7. Si bien los sistemas de control de asistencia implantados en los distintos centros sanitarios son homogéneos, consideramos que se trata de procedimientos excesivamente anticuados, basados en elementos de control manuales y carentes de herramientas tecnológicas que sí están implantadas de forma generalizada en otros ámbitos de la Administración. Este modelo de control es ineficiente para conseguir los objetivos previstos en relación con el cumplimiento de la jornada laboral y los descansos obligatorios y, en particular, con el cumplimiento del régimen específico de guardias médicas (subobjetivos 2.1 y 2.2).
8. En 2019 el índice de absentismo registrado entre el personal facultativo y de enfermería alcanzó el 12,6%, tasa un 50% superior a la media del sector de las actividades sanitarias en España (en torno al 8,3%), siendo este uno de los sectores económicos que cuenta con mayor tasa de absentismo, con un índice de unos tres puntos porcentuales superior al conjunto de la economía española, que es aproximadamente del 5,1% (subobjetivo 2.3).
9. En nuestra opinión, el diseño actual y las limitaciones presupuestarias actuales condicionan la efectividad del complemento de productividad variable como mecanismo para diferenciar la retribución de los profesionales sanitarios en función del cumplimiento de objetivos de calidad y eficiencia. Aunque compartimos que resulta positivo establecer sistemas de incentiación que puedan favorecer el logro de los objetivos de la organización en su conjunto, el importe medio abonado en el periodo 2016-2019 apenas representa el 1% de la remuneración anual del colectivo de facultativos y enfermería, con el consiguiente riesgo de que dicho personal no perciba una relación directa entre su desempeño y su remuneración (subobjetivo 2.4).
10. La Dirección General de Recursos Humanos tramitó en 2019 una media de 27 expedientes por cada 1.000 plazas gestionadas por la Conselleria en concepto de reclamaciones y recursos presentados por el personal, a los que hay que añadir una media de 30 expedientes por cada 1.000 plazas gestionadas tramitadas por las gerencias de los departamentos de salud. No nos ha sido posible alcanzar un nivel razonable sobre la fiabilidad del índice de resoluciones estimadas de los expedientes tramitados debido a las insuficiencias o carencias en los sistemas de gestión de los mismos (subobjetivo 2.5).



11. Se aprecia una creciente presencia de mujeres en los puestos gerenciales y en las direcciones y subdirecciones médicas de los departamentos de salud a partir de la puesta en marcha del I Plan de Igualdad en 2016, si bien en el caso de las gerencias todavía hay un predominio de hombres que ocupan dichos cargos. En el colectivo de personal facultativo, la proporción de mujeres que ocupan puestos de dirección y subdirección médica (52,9%) se aproxima a la tasa de feminización, que es el 58,2%. Por el contrario, la amplia presencia laboral femenina en enfermería (83,4%) no se ve reflejada en los puestos de responsabilidad, que es del 65,6% (subobjetivo 2.6).

#### **4. RECOMENDACIONES**

1. Para garantizar la efectividad del PORH es preciso dotar de instrumentos eficaces a la comisión de seguimiento y evaluación, como es el de diseñar e implementar un cuadro de mando de recursos humanos (subobjetivo 1.1).
2. La Conselleria debe agilizar los estudios necesarios actualmente en marcha para determinar las ratios de referencia, que es una de las líneas de actuación previstas en el PORH vigente. Una vez finalizados estos estudios, la Conselleria podrá cuantificar correctamente los créditos presupuestarios necesarios que deberían consignarse en el presupuesto de la Generalitat en ejercicios futuros, para dotar de los recursos humanos suficientes en atención primaria y atención especializada (subobjetivo 1.2 y 1.3).
3. En el contexto del PORH, la Conselleria debería realizar un análisis detallado de las causas que motivan más de dos nombramientos para prestar los mismos servicios en atención continuada por un período acumulado de doce o más meses en un período de dos años, y así valorar si procede crear una plaza estructural en la plantilla (subobjetivo 1.4).
4. La CSUSP debe dotarse de los recursos necesarios para, en el contexto actual y teniendo en cuenta las características propias de procesos selectivos multitudinarios, garantizar la celeridad de la cobertura de las plazas creadas y previstas en las actuales ofertas de empleo público y reducir así la elevada temporalidad persistente, que puede condicionar negativamente la prestación del servicio sanitario (subobjetivo 1.5).
5. Resulta preciso y prioritario que la CSUSP mejore las aplicaciones informáticas relacionadas con la gestión del personal, integrando en un único sistema toda la información relacionada con esta o, al menos, diseñar procesos automatizados de transferencia de información entre distintas herramientas. Suprimir procesos manuales permitiría reducir las cargas administrativas que soportan no solo los servicios de personal sino también los mandos intermedios asistenciales. Integrar las aplicaciones e implantar herramientas tecnológicas avanzadas en los sistemas de control de asistencia posibilitaría un mayor control interno, reducir los costes de gestión y una mejora cualitativa de la información de gestión, al mismo tiempo que permitiría cumplir todos los requerimientos normativos en relación con la jornada laboral y, en particular, con el régimen de guardias médicas (subobjetivos 2.1 y 2.2).



6. La Conselleria debería diseñar un plan de control del absentismo del personal, con el objetivo de reducir los índices globales de ausencia. Este plan de control debería completar las actuaciones que lleva a cabo la Inspección de Servicios Sanitarios de la CSUSP y debería diseñar una estrategia con actuaciones concretas que permitan optimizar la gestión de permisos y licencias, mejorar las condiciones de seguridad y salud laboral del personal sanitario e identificar la posible existencia de prácticas abusivas e injustificadas de absentismo (subobjetivo 2.3).
7. Se recomienda a la CSUSP que evalúe la conveniencia de rediseñar el modelo actual de incentivación, estableciendo mayor relevancia a la consecución de objetivos individuales, y subsidiariamente dotar de mayor crédito presupuestario al complemento de productividad variable, para mitigar el riesgo de que este concepto acabe siendo irrelevante en el modelo retributivo y que, en consecuencia, el sistema diseñado actualmente resulte poco eficaz para lograr el objetivo de contribuir a la mejora de la eficiencia y calidad (subobjetivo 2.4).
8. En aplicación del principio de eficiencia, la CSUSP debería diseñar e implementar un sistema informatizado de gestión documental de los expedientes relacionados con las reclamaciones del personal. Los gestores públicos deben buscar fórmulas que permitan optimizar los procesos y un sistema de gestión documental aportaría un considerable ahorro de tiempo, facilitando la búsqueda, el archivo y la recuperación de cualquier expediente. Además, permitiría explotar y obtener información de gestión sobre la situación de los expedientes, en función de su naturaleza, origen, situación y resultado (subobjetivo 2.5).
9. La Conselleria debe impulsar el desarrollo profesional y estimular entre todo el personal sanitario y de enfermería el deseo de progresar profesionalmente en el ámbito de la administración sanitaria. Para conseguir una efectiva igualdad de género en los puestos directivos, los planes de igualdad deben contemplar medidas concretas para identificar y apoyar a los profesionales con talento con independencia de su sexo, como puede ser realizar programas de desarrollo y formación profesional específicos, que faciliten al personal con sólidos conocimientos técnicos en el área de la salud adquirir habilidades directivas y de gestión (subobjetivo 2.6).



## **APÉNDICE 1**

### **Análisis del entorno**



## APÉNDICE 1. ANÁLISIS DEL ENTORNO

### 1. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD FISCALIZADA

Según la información publicada en la memoria anual de gestión de la CSUSP, a fecha 31 de diciembre de 2019 trabajaban en la red sanitaria pública valenciana un total de 63.691 profesionales.

**Cuadro 2. Plantilla de la Conselleria, de las concesiones y de los consorcios hospitalarios. Año 2019**

Plantilla	Plazas	%
Plazas gestionadas por la Conselleria	54.624	85,8
Plazas gestionadas por las concesiones	5.191	8,1
Plazas gestionadas por los consorcios	3.876	6,1
<b>Total</b>	<b>63.691</b>	<b>100,0</b>

*Fuente: Memoria de gestión de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública (apartado 8.1).*

Las plazas gestionadas por la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública están ocupadas por personal bajo tres tipos de regímenes jurídicos: estatutarios, funcionarios y laborales.

De las 54.624 personas que conformaban la plantilla gestionada por la CSUSP en 2019, un 92,1% eran de naturaleza estatutaria. De este colectivo, destaca el personal facultativo y diplomado universitario (ATS-DUE, fisioterapeutas, etc.), que concentran aproximadamente el 53,8% del total de plazas.



**Cuadro 3. Plantilla gestionada por la Conselleria por régimen jurídico. Año 2019**

Régimen jurídico	Plazas	%
Personal directivo	217	0,4
Personal estatutario (*)	50.296	92,1
Personal facultativo	13.167	24,1
Personal sanitario: diplomados universitarios	16.205	29,7
Personal sanitario: técnicos especialistas	1.820	3,3
Personal sanitario: auxiliares de enfermería	8.418	15,4
Personal de gestión y servicios	10.686	19,6
Personal funcionario	1.346	2,5
Personal funcionario: Salud Pública	1.042	1,9
Personal funcionario: Servicios centrales y territoriales	304	0,6
Personal laboral de instituciones sanitarias	16	0,0
Personal en formación (MIR, etc.) (**)	2.749	5,0
<b>Total</b>	<b>54.624</b>	<b>100,0</b>

(\*) El personal laboral de la antigua concesión administrativa de la Ribera, aunque es "personal laboral a extinguir", ocupa plazas de carácter estatutario, de ahí que aparezca encuadrado en el apartado "Personal estatutario".

(\*\*) Es personal laboral especial. En concreto mantienen una relación laboral de carácter especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud.

*Fuente: Memoria de gestión de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública (apartado 8.2).*

El colectivo más numeroso es el de enfermero de instituciones sanitarias, con más de 12.000 plazas de plantilla presupuestaria, seguido de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (más de 8.100 plazas).



**Cuadro 4. Plazas básicas de la plantilla presupuestaria de la Conselleria (excluidas las plazas no estructurales, el personal directivo y las jefaturas). Año 2019**

Descripción de la plaza	Grupo	Plazas	%
Facultativo especialista	A1	5.151	12,0
Médico de familia. Equipo de atención primaria	A1	2.764	6,5
Médico SAMU	A1	239	0,6
Médico urgencia hospitalaria	A1	315	0,7
Odontólogo	A1	102	0,2
Pediatra. Equipo de atención primaria	A1	828	1,9
Resto de médicos	A1	340	0,8
Asistente social / Trabajador social	A2	260	0,6
Enfermero instituciones sanitarias	A2	12.413	29,0
Enfermero SAMU	A2	248	0,6
Enfermero especialista obstétrico-ginecológico	A2	623	1,5
Fisioterapeuta	A2	486	1,1
Gestión función administrativa	A2	111	0,3
Celador	AP	3.650	8,5
Administrativo	C1	628	1,5
Técnico especialista	C1	1.661	3,9
Auxiliar administrativo	C2	3.723	8,7
Conductor	C2	106	0,2
Técnico en cuidados auxiliares de enfermería	C2	8.104	18,9
Telefonista	C2	98	0,2
Resto de plazas	A1 - C2	997	2,3
<b>Total</b>		<b>42.847</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Memoria de gestión de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública (apartado 8.2).

Por nivel asistencial, el 72,7% de las plazas se corresponden a atención especializada.



**Cuadro 5. Personal gestionado por la Conselleria por nivel asistencial. Año 2019**

Nivel asistencial	Hombres	Mujeres	Total	%
Atención especializada	9.701	31.782	41.483	72,7
Atención primaria	4.152	9.920	14.072	24,6
Inspección de servicios sanitarios	44	82	126	0,2
Salud pública	380	866	1.246	2,2
Servicios centrales y direcciones territoriales	70	92	162	0,3
<b>Total</b>	<b>14.347</b>	<b>42.742</b>	<b>57.089</b>	<b>100,0</b>

Nota: El número de personas (57.089) es superior al de puestos indicado anteriormente (54.624). La razón es la existencia de varias personas para cubrir un mismo puesto (ejemplo: un titular con baja por IT y su sustituto).

Fuente: Memoria de gestión de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública (apartado 8.2).

## 2. PRINCIPALES DISPOSICIONES LEGALES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD

### Normativa básica estatal

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

### Normativa básica autonómica

- Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana.
- Decreto 93/2018, de 13 de julio, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, derogado por el Decreto 174/2020, de 30 de octubre, y este a su vez por el Decreto 185/2020, de 16 de noviembre.

### Normativa autonómica en materia de clasificación, planificación y ordenación del personal

- Decreto 44/2017, de 24 de marzo, del Consell, por el que se crean categorías estatutarias del servicio de salud de la Comunitat Valenciana.
- Decreto 7/2019, de 25 de enero, del Consell, por el que se aprueba el Plan de Ordenación de Recursos Humanos 2019-2021 del personal de gestión directa de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública y se regula la prolongación de la permanencia en el servicio activo del personal estatutario a su servicio.
- Resolución de 9 de enero de 2018, de la consellera de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se aprueban las relaciones de puestos de trabajo, de naturaleza



funcionarial, cuya gestión está atribuida a la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

Normativa autonómica en materia de régimen jurídico, jornada, derechos y obligaciones

- Decreto 42/1986, de 21 de marzo, del Consell, por el que se define y estructura la atención primaria de la salud en la Comunitat Valenciana.
- Decreto 186/1996, de 18 de octubre, del Gobierno Valenciano, por el que se aprueba el reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención especializada de la Conselleria de Sanidad y Consumo.
- Decreto 72/2001, de 2 de abril, del Gobierno Valenciano, por el que se regula la atención continuada en el ámbito de la atención primaria.
- Decreto 137/2003, de 18 de julio, del Consell de la Generalitat, por el que se regula la jornada y horario de trabajo, permisos, licencias y vacaciones del personal al servicio de las instituciones sanitarias de la Generalitat dependientes de la Conselleria de Sanidad.
- Decreto 38/2016, de 8 de abril, del Consell, por el que se modifica el Decreto 137/2003, de 18 de julio, por el que se regula la jornada y horario de trabajo, permisos, licencias y vacaciones del personal al servicio de instituciones sanitarias de la Generalitat dependientes de la Conselleria de Sanitat.
- Orden de 21 de enero de 1999, de la Conselleria de Sanidad, por la que se regula el régimen de prestación de las guardias médicas en el servicio de atención especializada y de los descansos del personal que las realiza.
- Orden de 16 de diciembre de 2000, de la Conselleria de Sanidad, por la que se modifica la Orden de 21 de enero de 1999, de la Conselleria de Sanidad, por la que se regula el régimen de prestación de las guardias médicas en el servicio de atención especial y de los descansos del personal que las realiza.
- Orden 6/2017, de 6 de julio, de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, de modificación de la Orden de 21 de enero de 1999, de la Conselleria de Sanidad, por la que se regula el régimen de prestación de las guardias médicas en el servicio de atención especializada y de los descansos del personal que las realiza.

Normativa autonómica en materia retributiva

- Ley 11/2000, de 28 de diciembre, de Medidas Fiscales, de Gestión Administrativa y Financiera, y de Organización de la Generalitat Valenciana.
- Decreto 38/2007, de 13 de abril, del Consell, por el que se regula el complemento de productividad variable del personal al servicio de las instituciones sanitarias de la Conselleria de Sanidad.



- Corrección de errores del Decreto 38/2007, de 13 de abril, del Consell, por el que se regula el complemento de productividad variable del personal al servicio de las instituciones sanitarias de la Conselleria de Sanidad.
- Decreto 80/2008, de 6 de junio, del Consell, sobre el reconocimiento de trienios del personal al servicio de las instituciones sanitarias de la Conselleria de Sanidad con vinculación de carácter temporal.
- Decreto 30/2012, de 3 de febrero, del Consell de la Generalitat, por el que se modifica la estructura, funciones y régimen retributivo del personal directivo de instituciones sanitarias de la Conselleria de Sanidad.
- Corrección de errores 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.
- Acuerdo de 13 de septiembre de 2019, del Consell, de ratificación del acuerdo de distribución del incremento adicional del 0,25 % de la masa salarial previsto en los presupuestos de la Generalitat de 2019 relativo al personal gestionado por la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

Normativa autonómica en materia de vinculaciones temporales

- Orden 4/2019, de 14 de noviembre, de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se regula el procedimiento de selección de personal temporal para la cobertura de plazas estatutarias gestionadas por la Conselleria con competencias en materia de sanidad.

### 3. ORGANIZACIÓN

Según el artículo 7 de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana, el Sistema Valenciano de Salud es el conjunto de todos los centros, servicios y establecimientos de la Comunitat Valenciana, gestionados bajo la responsabilidad de la Generalitat y dirigidos a hacer efectivo el derecho constitucional a la salud, que incluye tanto la asistencia sanitaria como las actuaciones de salud pública.

#### Medios personales

Es personal de instituciones sanitarias del Sistema Valenciano de Salud todo 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 rige 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 corresponde a la conselleria competente en materia de sanidad.

El colectivo de empleados públicos del Sistema Valenciano de Salud está integrado por:



1. El personal estatutario de la Generalitat que presta servicios en las instituciones, órganos, unidades o estructuras del Sistema Valenciano de Salud.
2. 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.
3. 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.
4. El personal que preste servicios en las entidades de titularidad pública con personalidad jurídica propia que estén adscritas a la conselleria competente en materia de sanidad.
5. El personal que se incorpore al Sistema Valenciano de Salud de acuerdo con la legislación vigente.

Los profesionales sanitarios y demás colectivos de personal que prestan sus servicios en los centros e instituciones sanitarias de la Seguridad Social han tenido históricamente en España una regulación específica. Esa regulación propia se ha identificado con la expresión "personal estatutario" que deriva directamente de la denominación de los tres estatutos de personal –el estatuto de personal médico, el estatuto de personal sanitario no facultativo y el estatuto de personal no sanitario– de tales centros e instituciones.

La Ley General de Sanidad, en su artículo 84, estableció que un estatuto marco regularía la normativa básica aplicable al personal estatutario en todos los servicios de salud, normas básicas específicas y diferenciadas de las generales de los funcionarios 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.

La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, deroga el régimen estatutario configurado por los tres estatutos de personal, todos ellos preconstitucionales.

## **Organización administrativa**

La Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública es el departamento del Consell encargado de la dirección y ejecución de la política de este en materia de sanidad, ejerciendo las competencias en materia de sanidad, salud pública, farmacia, evaluación, investigación, calidad y atención al paciente que legalmente tiene atribuidas a estos efectos.

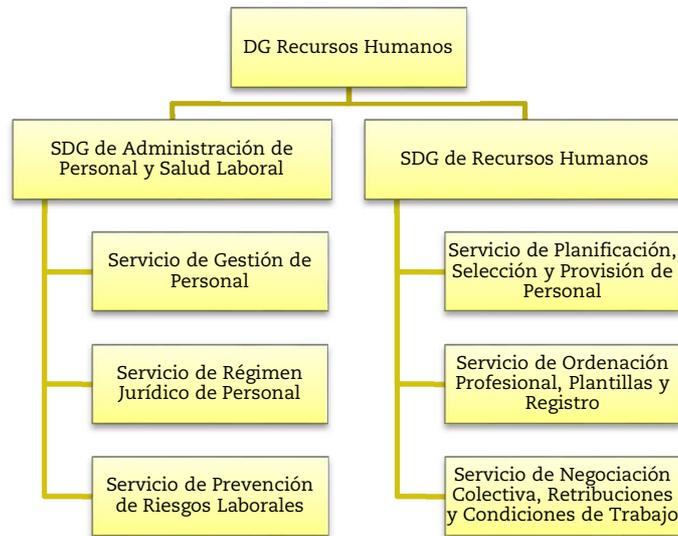
Gráfico 1. Organigrama de la CSUSP



Fuente: Decreto 185/2020, de 16 de noviembre, del Consell, de aprobación del Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

En relación con los objetivos de nuestra fiscalización, la Dirección General de Recursos Humanos ejerce las funciones establecidas en el artículo 70 de la Ley 5/1983, de 30 de diciembre, del Consell, y las demás previstas en el ordenamiento jurídico, en materia de planificación de los recursos humanos, gestión y tramitación de los asuntos relativos al personal al servicio del sistema público valenciano de salud, prevención de riesgos laborales, registro, procesos de selección y provisión, asesoramiento jurídico y administrativo, relaciones sindicales y condiciones de trabajo, así como la ordenación profesional y el régimen disciplinario del personal estatutario. Así mismo, le corresponde ejercer la dirección del personal estatutario en virtud de lo que dispone el artículo 69.3 de la Ley 5/1983.

Gráfico 2. Organigrama de la Dirección General de Recursos Humanos



Fuente: Decreto 93/2018, de 13 de julio, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento orgánico y funcional de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

## Organización territorial

En nuestro ámbito autonómico, es el artículo 13 de la Ley 10/2014 el que determina que el Sistema Valenciano de Salud se ordena en departamentos de salud, que equivalen a las áreas de salud previstas en la legislación básica estatal.

Dichos departamentos de salud son definidos como las estructuras fundamentales del Sistema Valenciano de Salud, siendo las demarcaciones geográficas en las que queda dividido el territorio de la Comunitat Valenciana a los efectos sanitarios.

El territorio valenciano está estructurado en 24 departamentos de salud<sup>6</sup> y 241 zonas básicas de salud.

<sup>6</sup> Decreto 205/2018, de 16 de noviembre, del Consell, por el que aprueba el mapa sanitario de la Comunitat Valenciana.

Ilustración 1. Mapa sanitario de la Comunitat Valenciana. Por departamentos de salud



Fuente: <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/organizacion-territorial>



## 4. DEMOGRAFÍA MÉDICA

En el actual entorno, la planificación de los recursos humanos en el ámbito de la sanidad pública se enfrenta a serias amenazas que dificultan adoptar medidas efectivas para conseguir los propósitos que debe perseguir cualquier sistema de salud pública, entre los que figura el de garantizar la calidad de la atención sanitaria de todos los ciudadanos, para lo cual debe adecuarse<sup>7</sup> su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad.

Algunos de los factores que afectan a la demanda de asistencia sanitaria o a la oferta de servicios sanitarios, y que condicionan las medidas en materia de planificación y ordenación de los recursos humanos en la sanidad pública son el envejecimiento de la población, la infrafinanciación autonómica, la edad media de los facultativos y la oferta en el mercado de trabajo (para más información, véase anexo I).

## 5. CRISIS DEL CORONAVIRUS

Desde que el pasado 31 de enero de 2020 fuera identificado el primer caso de COVID-19 en España, el virus ha sido detectado en más de 3.000.000 de personas y más de 63.000 han fallecido según las cifras del Ministerio de Sanidad<sup>8</sup>.

La pandemia de la COVID-19 tiene algunas características únicas, como son la velocidad de su transmisión y su alta letalidad especialmente en los grupos de riesgo, que están conllevando un impacto significativo en el sistema público de salud.

Por una parte, los equipos de atención primaria representan la primera barrera para frenar la propagación del virus, ya que es en los centros de salud donde recae el diagnóstico precoz. Sin embargo, y a pesar de que las comunidades autónomas han reforzado la atención primaria, la carga adicional derivada de los trabajos relacionados con la COVID-19 conlleva el riesgo de retrasos en el diagnóstico y el tratamiento de otras patologías.

Y por otra parte, en atención especializada, la alta mortalidad del virus en personas mayores o con patologías previas está teniendo una gran incidencia en los hospitales, al requerir estos su ingreso en las unidades de cuidados intensivos, cuyas infraestructuras no han sido diseñadas para esta eventualidad, lo que ha obligado a adoptar medidas extraordinarias a las administraciones.

Una evaluación futura de la gestión de la crisis sanitaria no deberá sustentarse únicamente en análisis económicos sobre la eficiencia. Este criterio de gestión financiera está reñido con mantener una dotación holgada de recursos disponibles (materiales y humanos), salvo que se planifiquen planes de contingencia que garanticen una asistencia sanitaria suficiente. En definitiva, un adecuado análisis de los servicios públicos en general, y de los

---

<sup>7</sup> Artículo 7 de Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

<sup>8</sup> Situación en España según datos publicados en la web del Ministerio de Sanidad (actualización nº 308, a 9 de febrero de 2021).



sanitarios en particular, debe abordarse de forma que sea compatible la eficiencia con la resiliencia comunitaria.



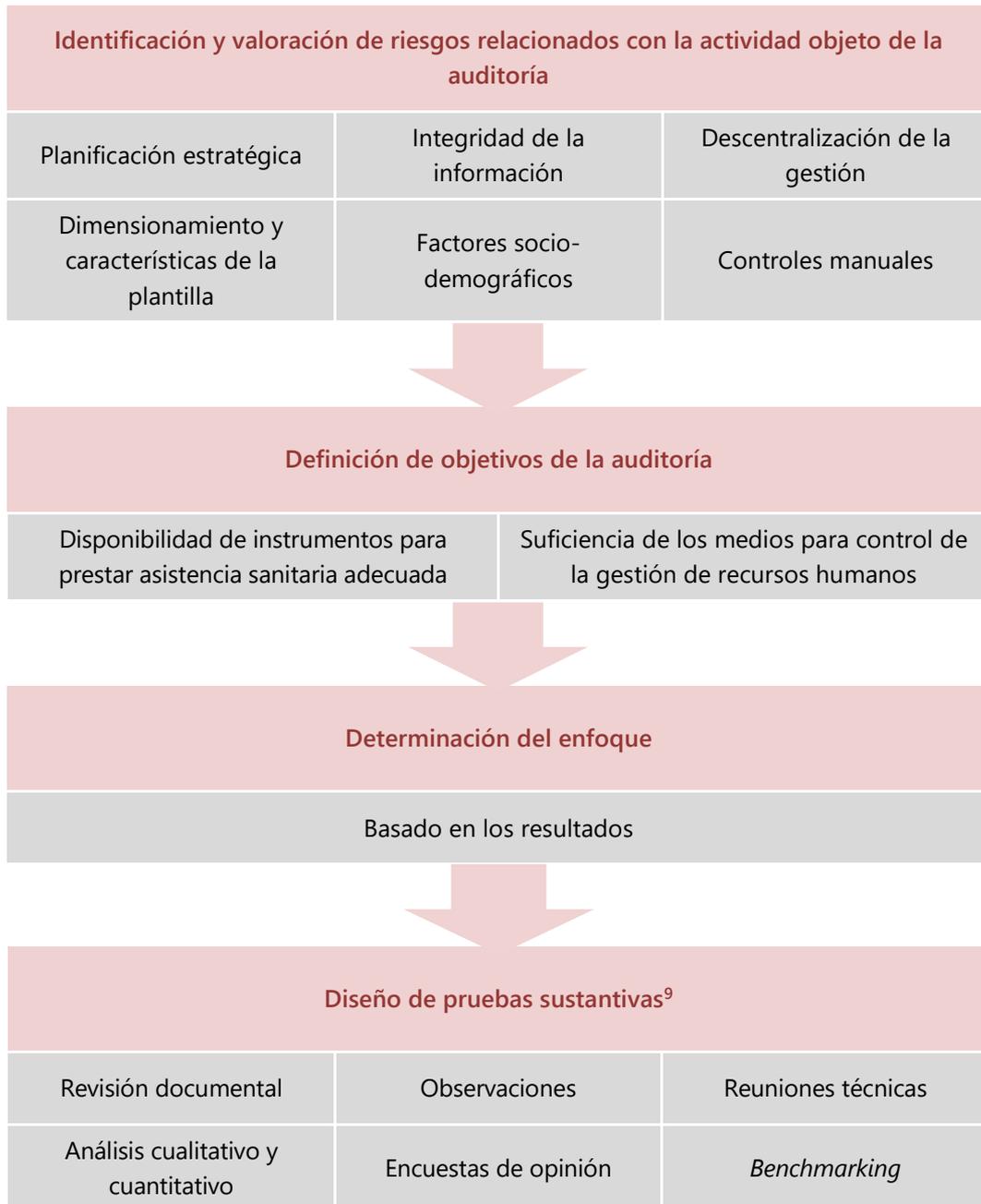
## APÉNDICE 2

### Enfoque metodológico



## APÉNDICE 2. ENFOQUE METODOLÓGICO

Se indica a continuación esquemáticamente el enfoque metodológico aplicado de acuerdo con las directrices técnicas de fiscalización de la Sindicatura de Comptes:



<sup>9</sup> Las restricciones de movilidad y la saturación de los servicios relacionados con la gestión de personal como consecuencia de la COVID-19 han supuesto limitaciones en la ejecución del trabajo de campo.



**APÉNDICE 3**  
**Observaciones sobre la gestión**  
**del personal sanitario por la CSUSP**



## **OBJETIVO 1: ¿LOS INSTRUMENTOS ACTUALMENTE DISPONIBLES POR LA CONSELLERIA PERMITEN DIMENSIONAR Y DISTRIBUIR LOS RECURSOS HUMANOS SANITARIOS SEGÚN LAS NECESIDADES ASISTENCIALES DE LA POBLACIÓN?**

### **Subobjetivo 1.1: ¿La Conselleria dispone de un plan de ordenación de recursos humanos que tenga como finalidad contribuir a la prestación de los servicios sanitarios con eficacia, eficiencia y equidad?**

El artículo 12 de la Ley 55/2003 establece que la planificación de los recursos humanos en los servicios de salud estará orientada a su adecuado dimensionamiento, distribución, estabilidad, desarrollo, formación y capacitación, en orden a mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de los servicios públicos.

Como instrumento de concreción de esa planificación de recursos humanos, el artículo 13 de la Ley 55/2003 define los planes de ordenación de recursos humanos y determina que su función principal es establecer los objetivos a conseguir en materia de personal y los efectivos y la estructura de recursos humanos que se consideren adecuados para cumplir tales objetivos. En estos planes se pueden 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.

**La función principal de los planes de ordenación de recursos humanos es establecer los objetivos a conseguir en materia de personal**

El Plan de Ordenación de Recursos Humanos (PORH) vigente fue publicado en el *DOGV* el 1 de febrero de 2019, mediante Decreto 7/2019, de 25 de enero, del Consell, por el que se aprueba el Plan de Ordenación de Recursos Humanos 2019-2021 del personal de gestión directa de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública y se regula la prolongación de la permanencia en el servicio activo del personal estatutario a su servicio. Está prevista su vigencia hasta el 31 de diciembre de 2021, si bien podrá prorrogarse por sucesivos periodos anuales, por resolución de la persona titular de la conselleria con competencias en materia de sanidad.

Con anterioridad a este PORH, se encontraba vigente el aprobado por el Consell según Acuerdo de 7 de junio de 2013<sup>10</sup>, el cual se consideró oportuno no cerrar con un plazo concreto de vigencia, sino que se mantendría abierto "hasta completar su ejecución o hasta que sea sustituido o modificado por otro, sin perjuicio de su posible modificación o actualización cuando las circunstancias así lo aconsejen".

El PORH de la Conselleria de Sanidad se constituye como el instrumento básico que regula las funciones de planificación y gestión de sus recursos humanos. En él se recoge la

---

<sup>10</sup> Corrección de errores publicada en el *DOGV* número 7046, de 14 de junio de 2013.



estrategia a corto, medio y largo plazo, concretada en los siguientes ejes, que después se desarrollan en objetivos y actividades estratégicas:

1. Planificación y gestión estratégica de recursos humanos.
2. Ordenación y dimensionamiento de los recursos humanos.
3. Cualificación profesional del personal.
4. Información.

El PORH actual aborda de manera principal la planificación cuantitativa de la plantilla, y prevé acometer, entre otras, las siguientes líneas de actuación:

- Determinar la dimensión y estructura objetivo de la plantilla de la Conselleria, y reflejar los *gaps* entre plantilla real y plantilla objetivo. A partir de ahí, cuantificar las necesidades reales de personal.
- Elaborar ratios de referencia para las principales categorías profesionales de la Conselleria, mediante equipos de expertos tanto en los ámbitos de atención primaria como de atención secundaria y terciaria.
- Crear plazas en las especialidades de enfermería de manera progresiva y en función de su papel en la estrategia asistencial de la Conselleria, en aplicación del Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería y sus órdenes de desarrollo.
- Establecer los criterios para la integración en el PORH de algunas nuevas categorías de personal no sanitario (mantenimiento integral...) cuando se elabore el oportuno decreto de creación de esas categorías.
- Ajustar las modalidades de contratación temporal al tipo de necesidad de contratación, mejorando las condiciones de trabajo temporal y evitando nombramientos de sustitución por ausencias programadas de personal.
- Publicar anualmente las ofertas públicas de empleo con el propósito de no aumentar más la tasa de temporalidad de la plantilla, y defensa activa de la derogación de las tasas de reposición.

En febrero de 2020, y tal y como estaba previsto en el apartado V.1 del anexo del PORH 2019-2021, se aprobó el Plan Anual de Gestión 2020, cuya finalidad es actualizar el diagnóstico de la situación de los recursos humanos y en el que se detallan las actuaciones llevadas a cabo en el ámbito de los objetivos marcados por el propio PORH.

En esa misma fecha, se acordó la creación de la comisión de seguimiento y evaluación del plan compuesta por representantes de la Administración y de las organizaciones sindicales presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad. En el acuerdo de creación se establece que la comisión se reunirá en sesión ordinaria al menos dos veces al año.



No obstante lo anterior, en opinión de esta Sindicatura, la existencia formal de un Plan de Ordenación de Recursos Humanos no es suficiente para garantizar una planificación eficaz si no viene acompañada de los instrumentos adecuados que faciliten su seguimiento. A este respecto, debe resaltarse que no se ha llevado a cabo el diseño y la implementación de un cuadro de mando de recursos humanos, que contenga indicadores asociados a cada uno de los objetivos y que permitan efectuar el seguimiento de las acciones planificadas.

Para garantizar la utilidad del cuadro de mando, para cada indicador, se debe definir cuál es el objetivo perseguido, las fuentes de información necesarias, el responsable de su cálculo, la frecuencia de medición, y sobre todo, cuál es la meta numérica propuesta.

En cuanto al grado de avance de las líneas de actuación previstas, en la fecha de nuestro trabajo (diciembre de 2020), no hay constancia de que la CSUSP haya finalizado la elaboración de ratios de referencia para el personal facultativo y el personal de enfermería y, en consecuencia, se desconoce cuál es la estructura objetivo de la plantilla de la Conselleria y, en su caso, las necesidades reales de personal (véase subobjetivos 1.2 y 1.3).

El PORH tenía previsto que para el 1 de enero de 2021 estuvieran elaboradas las ratios de referencia de profesionales por población teniendo en cuenta datos sobre morbilidad y cronicidad de la población, dispersión geográfica, mapa sanitario, estrategia asistencial y estructura asistencial disponible. La Dirección General de Recursos Humanos tenía previsto elaborar estas ratios de referencia conjuntamente con la Dirección General de Asistencia Sanitaria, pero el impacto de la pandemia de la COVID-19 ha supuesto un cambio total en las prioridades de la CSUSP y se han suspendido estas actividades.

Sin embargo, las extraordinarias circunstancias generadas por la COVID-19 no justifican el retraso acumulado en implementar algunas de las actividades estratégicas que ya estaban contempladas en el PORH aprobado por acuerdo del Consell el 7 de junio de 2013 y que constituyen el prelude de las actuales líneas de actuación. Estas actividades estratégicas previstas en el PORH aprobado en junio de 2013 eran:

- Promover el desarrollo de herramientas TIC que faciliten indicadores de gestión y de calidad para la toma de decisiones, la transparencia y la rendición de cuentas (actividad estratégica 1.2.4).
- Evaluar las necesidades reales de personal en atención a la cartera de servicios vigente y las propuestas de innovación en materia asistencial (actividad estratégica 1.2.5).
- Desarrollo de una herramienta informática que facilite información objetiva sobre el dimensionamiento óptimo de las plantillas en las distintas categorías y centros de la Conselleria que permita conocer las necesidades de personal y adaptar la selección, fija y temporal de esta, a las necesidades existentes (actividad estratégica 2.1.2).



## Subobjetivo 1.2: ¿La plantilla actual es suficiente en todo el territorio para garantizar una adecuada continuidad asistencial y desarrollar la atención primaria?

Uno de los principios generales que debe regir el sistema de salud público es la garantía de prestar un servicio que garantice la igualdad efectiva entre la población. Así se prevé tanto en la legislación básica estatal<sup>11</sup> como en la autonómica<sup>12</sup>.

Actualmente, la Conselleria no dispone de ratios de referencia de profesionales por población atendida. El PORH vigente ha establecido como línea de actuación fundamental elaborar dichas ratios objetivo para las principales categorías profesionales de la Conselleria, mediante la participación de equipos de expertos tanto en los ámbitos de atención primaria como de atención secundaria. Se había establecido el 1 de enero de 2021 como fecha límite para disponer de estas ratios, pero a fecha de este informe no se han finalizado los trabajos para su obtención.

La opinión generalizada entre las gerencias de los departamentos de salud es que existe un déficit significativo de médicos de familia y pediatras en atención primaria. Según la encuesta realizada, la medicina familiar y comunitaria es la especialidad facultativa más deficitaria, y la pediatría en atención primaria es la quinta más deficitaria (si bien las ratios de pediatría en la Comunitat Valenciana son sensiblemente inferiores a la media de toda España tal y como se observa en los gráficos 5 y 6), y en opinión de estos expertos, ambas requieren de un plan urgente de actuación para equilibrar los recursos disponibles con la demanda asistencial actual.

### Cuadro 6. Especialidades médicas más deficitarias en la Comunitat Valenciana

Especialidad
1ª Medicina familiar y comunitaria (atención primaria)
2ª Anestesiología y reanimación
3ª Cardiología
4ª Radiodiagnóstico
5ª Pediatría (atención primaria) <sup>13</sup>
6ª Medicina interna
7ª Cirugía ortopédica y traumatología
8ª Oncología médica
9ª Reumatología
10ª Nefrología

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta de opinión a las gerencias de los departamentos de salud.

<sup>11</sup> Artículo 3 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

<sup>12</sup> Artículo 3 de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana.

<sup>13</sup> La situación en pediatría de atención especializada está indicada en el cuadro 10 de este informe.



La asignación de los recursos necesarios en atención primaria debe realizarse teniendo en cuenta distintos factores sociodemográficos, como la dispersión geográfica y la densidad poblacional, el envejecimiento y el estado de salud de la población (véase anexo III).

### Medicina familiar y comunitaria

Con independencia de que la Conselleria llegue a establecer unas ratios óptimas, la normativa estatal<sup>14</sup> indica que los facultativos de medicina general tendrán un número óptimo de personas asignadas, que estará comprendido entre 1.250 y 2.000, teniendo en cuenta el número de habitantes de la zona de salud, los núcleos poblacionales que comprenda, la distancia media al núcleo de cabecera, así como cualquier otra característica geográfica, demográfica o de otra naturaleza que condicione la accesibilidad de las personas a los servicios sanitarios. Esta norma estatal también señala que el número máximo de personas asignadas a los médicos generales y pediatras podrá rebasar hasta un 20% el número óptimo, siempre que se mantenga la calidad en los servicios de atención primaria.

Por otra parte, según el "Proyecto de mejora de la atención primaria de salud. Diciembre de 2006", de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen), la composición de los equipos de atención primaria debería fijarse según las necesidades asistenciales de la población en función del estado de salud de esta y establecía un ideal de un médico por cada 1.300 usuarios mayores de 14 años y un máximo no superable de 1.500 usuarios/médico.

En esta línea, en el documento<sup>15</sup> "Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria" diseñado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se ha determinado como acción estratégica que en el horizonte temporal de 2022 se establezca el cupo máximo en 1.500 personas asignadas de edad adulta y de 1.000 personas en edad pediátrica, con un margen máximo del 10%.

Los datos disponibles actualmente en el Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad) proporcionan información sobre la dotación de profesionales en atención primaria en la fecha de corte a 31 de diciembre de cada año. Según estos datos, la Comunitat Valenciana tenía en 2019 una ratio de población asignada por facultativo de 1.408 frente a la media estatal de 1.342. Únicamente Illes Balears, Comunidad de Madrid, Canarias, Región de Murcia y Ceuta y Melilla tenían una ratio superior a la Comunitat Valenciana.

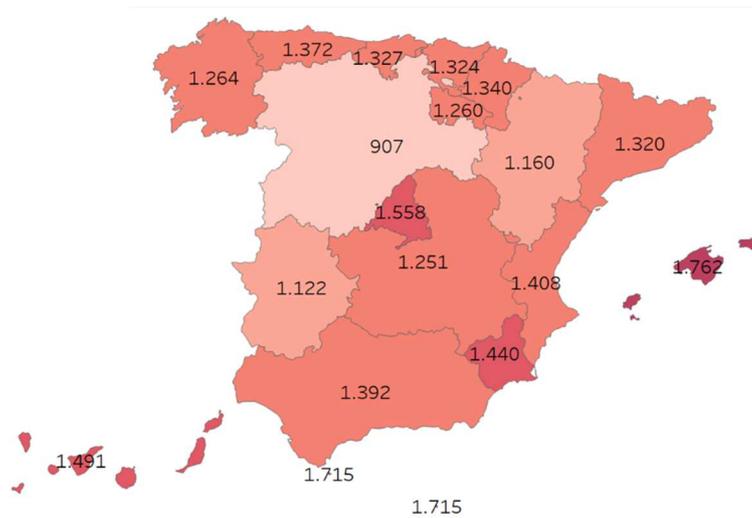
---

<sup>14</sup> Artículos 6 y 9 del Real Decreto 1575/1993, de 10 de septiembre, por el que se regula la libre elección de médico en los servicios de atención primaria del Instituto Nacional de la Salud.

<sup>15</sup> El documento, que contó con la participación de las comunidades autónomas, profesionales, pacientes y usuarios, consta de un marco teórico de 100 propuestas de acción incorporadas en seis líneas estratégicas y 23 objetivos, dirigidos a mejorar la atención de salud y avanzar hacia el fortalecimiento y el liderazgo de la atención primaria de salud. El documento ha sido publicado en el BOE nº 109, de fecha 7 de mayo de 2019, mediante Resolución de la Secretaría General de Sanidad y Consumo de fecha 26 de abril de 2019.



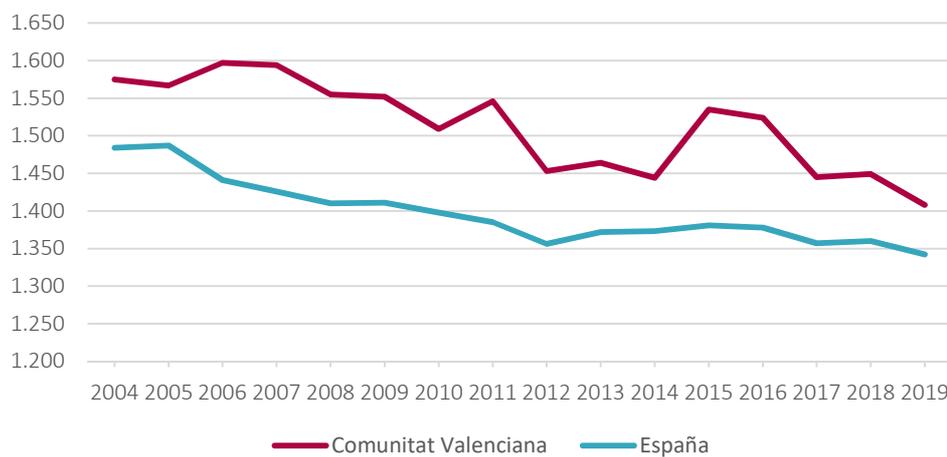
**Gráfico 3. Ratio de población asignada por facultativo de medicina familiar y comunitaria. Por comunidad autónoma. Año 2019**



Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad).

En términos de evolución, se aprecia una tendencia bajista en esta ratio desde el año 2004, tanto a nivel autonómico como estatal, aproximándose a las ratios óptimas descritas anteriormente.

**Gráfico 4. Ratio de población asignada por facultativo de medicina familiar y comunitaria. Comunitat Valenciana y España. 2004-2019**



Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad).



Dentro de la Comunitat Valenciana, y respecto a la situación en 2019<sup>16</sup>, la ratio oscila entre los 1.007 en el departamento de salud de Requena y los 1.703 en el de Elche-Crevillent.

Si se toma esta ratio como medida de carga asistencial, en la Comunitat Valenciana, el 53,8% de los médicos de atención primaria y comunitaria tienen asignados más de 1.500 usuarios y solo el 18,7% atienden a menos de 1.300 pacientes potenciales.

Los departamentos de salud de Elda, Torrevieja y Elche-Crevillent son los que tienen la mayor sobrecarga asistencial, hasta el punto de que más del 70% de los facultativos asignados a los centros de atención primaria tienen más de 1.500 tarjetas en su cupo. En el lado opuesto, en los departamentos de salud de Requena y Xàtiva-Ontinyent, más del 40% de facultativos tienen menos de 1.300 usuarios.

### Pediatría (atención primaria)

Las referencias según la normativa estatal establecen que los facultativos de pediatría tendrán un número óptimo de personas asignadas que estará comprendido entre 1.250 y 1.500 (sujeto a un posible exceso del 20%)<sup>17</sup>.

Según la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen), la ratio óptima sería de 800 usuarios, no siendo recomendable que supere los 900.

La ratio media de la Comunitat Valenciana en 2019 alcanzó el cupo recomendado, con 786 usuarios menores de 14 años por pediatra, un 19,8% inferior a la media estatal (980) y es la comunidad autónoma con menor ratio.

---

<sup>16</sup> Datos calculados a partir de extracciones del Sistema de Información Poblacional facilitadas por el Servicio de Aseguramiento (CSUSP).

<sup>17</sup> Artículos 7 y 9 del Real Decreto 1575/1993, de 10 de septiembre, por el que se regula la libre elección de médico en los servicios de atención primaria del Instituto Nacional de la Salud.



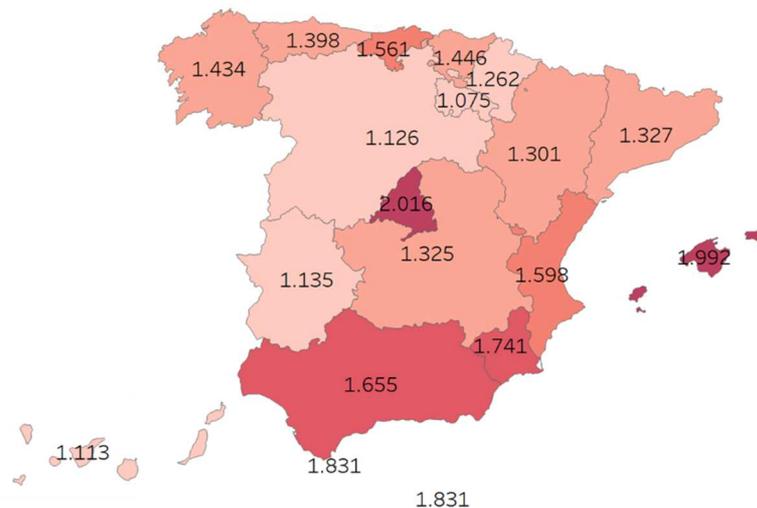
En la Comunitat Valenciana, el 36,1% de los pediatras de atención primaria tienen asignados más de 900 usuarios y el 34,5% atienden a menos de 800 niños menores de 14 años.

Los departamentos de salud de Dénia y Elche-Crevillent (ambos concesiones administrativas) son los que tienen la mayor sobrecarga asistencial, hasta el punto de que más del 80% de los pediatras asignados a los centros de atención primaria tienen más de 900 tarjetas en su cupo. En los departamentos de salud de Sagunto, Requena, Xàtiva-Ontinyent, Alcoy y Marina Baixa, más del 50% de facultativos en pediatría tienen menos de 800 usuarios.

### Enfermería (atención primaria)

En atención primaria, la ratio de personal de enfermería no está determinada en una norma legislativa. Las referencias de las sociedades científicas y de los sindicatos de enfermería se cifran en torno a la ratio de 1.500 tarjetas por enfermero. En el año 2019, se constató una media de 1.485 tarjetas asignadas por cada enfermero de atención primaria en el conjunto de España, ligeramente inferior a la ratio en la Comunitat Valenciana (1.598).

**Gráfico 7. Ratio de población asignada por enfermero de atención primaria. Por comunidad autónoma. Año 2019**

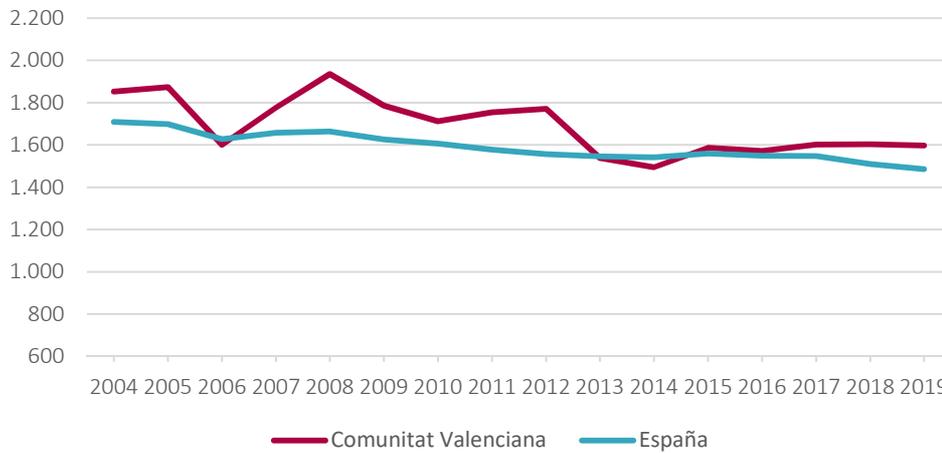


Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad).

Según los datos disponibles en el Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad, apenas se aprecia diferencias significativas en las ratios en el periodo 2004-2019, excepto por los años posteriores a la crisis de 2007, que aumentó la ratio en la Comunitat Valenciana hasta las 1.936 tarjetas asignadas.



**Gráfico 8. Ratio de población asignada por enfermero de atención primaria. Comunitat Valenciana y España. 2004-2019**



Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad).

Según datos actualizados facilitados por el Servicio de Aseguramiento a 2019, en la Comunitat Valenciana, la ratio oscila entre las 2.465 tarjetas asignadas en el departamento de Elche-Crevillent y las 995 en el de Requena.

### Calidad percibida

Según datos del Barómetro Sanitario correspondiente al ejercicio 2018 y publicado por el Ministerio de Sanidad, el 86,5% de los encuestados<sup>18</sup> a nivel nacional manifiestan que la atención que ha recibido en las consultas en medicina familiar y comunitaria de la sanidad pública ha sido buena o muy buena. En la Comunitat Valenciana, la proporción es prácticamente idéntica (86,4%).

Respecto a sus expectativas, para el 22,8% de los encuestados en toda España la atención ha sido mucho mejor o mejor de la que esperaban, mientras en la Comunitat Valenciana el 25,7% de los encuestados han visto superadas sus expectativas.

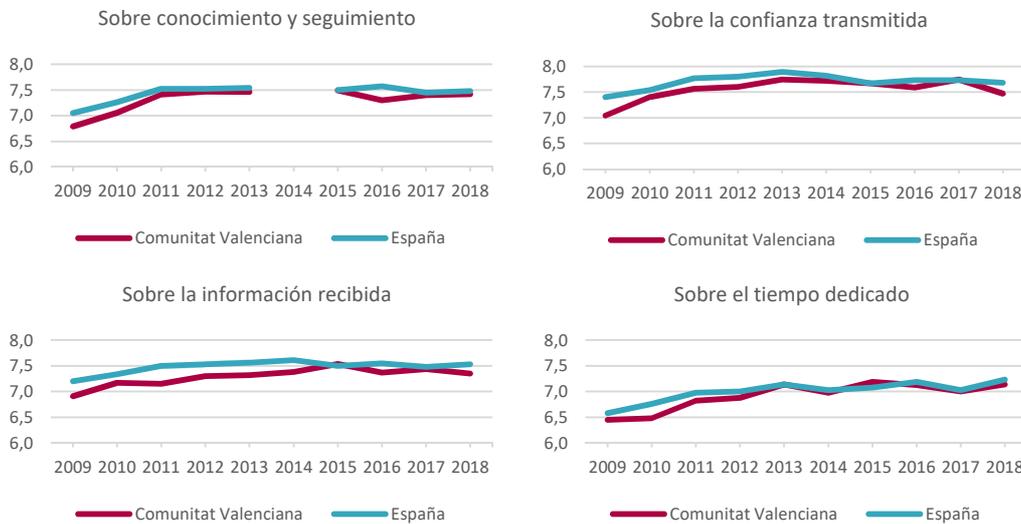
En cuanto a la valoración que los ciudadanos<sup>19</sup> realizan sobre diversos aspectos de la atención prestada en las consultas de medicina familiar y comunitaria y pediatría de la sanidad pública, se observa una menor puntuación en todos ellos en la Comunitat Valenciana respecto al conjunto de España.

<sup>18</sup> Según la nota metodológica del Barómetro Sanitario, esta es la valoración de las personas que utilizaron los servicios sanitarios públicos durante 2018.

<sup>19</sup> El Barómetro Sanitario se refiere aquí a toda la población, independientemente de que haya utilizado los servicios sanitarios en el último año o no lo haya hecho.



**Gráfico 9. Valoración<sup>20</sup> de aspectos en atención primaria. Comunitat Valenciana y España. Evolución 2009-2018**



Fuente: Barómetro Sanitario 2018. Ministerio de Sanidad.

## Accesibilidad

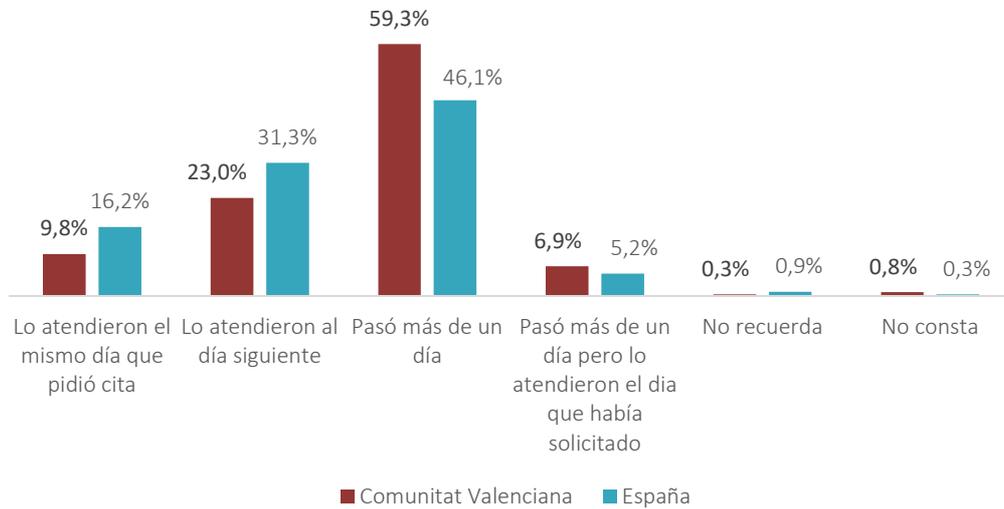
La atención primaria tiene como característica principal su accesibilidad, constituyendo el nivel asistencial más cercano a los ciudadanos con una visión integral del paciente.

La demanda de servicios se produce, fundamentalmente, de manera espontánea por parte de los ciudadanos y habitualmente es necesaria una cita previa para acceder a las consultas ordinarias no urgentes.

En relación con cuánto tiempo transcurre desde que un paciente pide la cita hasta que es atendido, según datos del Barómetro Sanitario 2018, al 16,2% de los encuestados en España le atendieron ese mismo día, porcentaje superior al registrado entre los encuestados de la Comunitat Valenciana (9,8%).

<sup>20</sup> Entre los aspectos incluidos en el Barómetro Sanitario y que son valorados por los ciudadanos se encuentran el conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada enfermo, la confianza y seguridad que les transmite el médico, la información recibida sobre su problema de salud y el tiempo dedicado por el médico a cada paciente, según una escala de 1 a 10, en la que el 1 significa que lo valora como "totalmente insatisfactorio" y el 10 que lo valora como "totalmente satisfactorio".

**Gráfico 10. Citación en atención primaria: proporción de encuestados que han sido atendidos el mismo día, al día siguiente o pasó más de un día. Comunitat Valenciana y España, 2018**



Fuente: Barómetro Sanitario 2018. Ministerio de Sanidad.

Sin embargo, la media de días transcurridos para los que no fueron atendidos el mismo día (que representan el 59,3% de los pacientes) en la Comunitat Valenciana se situó en los 4,48 días, mientras que en España fue de 4,77 días.

**Cuadro 7. Citación en atención primaria: proporción de encuestados que no han sido atendidos el mismo día y media de días transcurridos. Comunitat Valenciana y España. 2018**

Días transcurridos y media	Comunitat Valenciana	España
2 días	22,1%	29,4%
3 días	31,4%	26,5%
4 días	12,5%	9,0%
5 días	6,9%	7,0%
6 días	6,0%	3,1%
7 días	12,9%	13,9%
Entre 8 y 10 días	6,5%	4,1%
11 y más días	1,4%	6,0%
No recuerda	0,5%	0,9%
<b>Media (días)</b>	<b>4,48</b>	<b>4,77</b>

Fuente: Barómetro Sanitario 2018. Ministerio de Sanidad.



## Una aproximación a las necesidades de recursos

Para absorber el exceso de tarjetas asignadas a determinados facultativos en atención primaria sobre los cupos recomendados por la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen), sería preciso incrementar la plantilla de facultativos y de enfermería de los equipos de atención primaria en la Comunitat Valenciana.

Hemos realizado una aproximación del coste salarial que supondría incrementar la plantilla de atención primaria mediante la creación de plazas de personal sanitario para absorber el exceso de tarjetas asignadas (por encima de 1.500 tarjetas por facultativo de medicina familiar y comunitaria y de 900 tarjetas por pediatra). En la Comunitat Valenciana se necesitaría ampliar la plantilla en los departamentos de salud de gestión pública<sup>21</sup> en 81 médicos de familia, 23 pediatras y 83 enfermeros, con un coste salarial aproximado de 12 millones de euros anuales<sup>22</sup>, impacto que dependería en todo caso de si es posible una redistribución de las tarjetas asignadas dentro de una misma zona básica de salud, las condiciones retributivas del personal necesario en función de su antigüedad, ámbito de actuación geográfica y complemento específico directamente vinculado a la dedicación exclusiva o incompatibilidad.

Si de forma más ambiciosa se pretendiera reducir las ratios hasta las 1.300 y 800 tarjetas respectivamente, los costes salariales anuales se incrementarían al menos en 42 millones de euros.

**Cuadro 8. Impacto del incremento del coste salarial de EAP (facultativos y enfermeros) para alcanzar las ratios recomendadas**

Escenario	Incremento personal EAP (facultativos y enfermeros)				Millones de euros
	MFC	PED	ENF <sup>23</sup>	Total	
Alcanzar ratios de 1.500 para MFC y 900 para PED	81	23	83	187	12
Alcanzar ratios de 1.300 para MFC y 800 para PED	312	62	300	674	42

Fuente: Elaboración propia.

Sin embargo, el establecimiento de estándares para estas ratios es un aspecto complejo que requiere de un análisis más pormenorizado y no simplemente de un cálculo lineal. La decisión sobre dotar de un facultativo adicional un centro de salud u otro debe realizarse no solo en función del número de tarjetas sanitarias asignadas, sino de factores como la dispersión geográfica y la densidad poblacional, el envejecimiento y el estado de salud de la población, la implicación de la atención primaria en la resolución de otros procesos, y

<sup>21</sup> La gestión del personal sanitario en los departamentos de salud de Dénia, Manises, Torrevieja y Elche-Crevillent es responsabilidad de los concesionarios. La ratio en estos departamentos es significativamente más elevada que en los departamentos de salud de gestión pública.

<sup>22</sup> Estimación realizada según retribuciones medias en 2019, incluyendo coste de seguridad social.

<sup>23</sup> Manteniendo el ratio actual de 81 enfermeros por 100 facultativos.



cualquier otro que afecte a la frecuentación de los pacientes y, en consecuencia, a la carga asistencial que soportan los facultativos en atención primaria.

La Dirección General de Asistencia Sanitaria implementó una estrategia de refuerzo de la atención primaria en febrero de 2019. La Dirección General de Recursos Humanos tramitó tres expedientes de modificación de plantilla que motivaron la creación de los siguientes puestos de trabajo de plantilla presupuestaria en el mencionado ámbito de la atención primaria: 131 facultativos de medicina familiar y comunitaria, 81 pediatras y 95 de personal de enfermería, con un importe estimado de 15,5 millones de euros. Sin embargo, no todos los nombramientos se realizaron durante dicho ejercicio. A 31 de diciembre de 2019, se encontraban pendientes de ocupar 54 plazas de facultativos de medicina familiar y comunitaria, 55 pediatras y 39 de personal de enfermería, que mayoritariamente han sido cubiertas entre enero y octubre de 2020.

Con esta estrategia de refuerzo (iniciada en 2019 y finalizada en 2020), la CSUSP ha compensado parcialmente el déficit en atención primaria estimado por esta Sindicatura. En cualquier caso, se recomienda a la Conselleria que complete lo antes posible los estudios necesarios para determinar las ratios de referencia óptimas, que es una de las líneas de actuación previstas en el PORH vigente. Una vez finalizados estos estudios, la Conselleria podría cuantificar correctamente los créditos presupuestarios necesarios que deberían consignarse en el presupuesto de la Generalitat en ejercicios futuros para dotarse de los recursos humanos suficientes en atención primaria.

**La Conselleria debe completar los estudios necesarios para determinar las ratios de referencia**

### **Subobjetivo 1.3: ¿La planificación de la oferta de cartera de servicios y de profesionales especialistas garantiza la equidad en la prestación de los servicios sanitarios en todo el territorio?**

Según el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE)<sup>24</sup>, los centros hospitalarios, centros de especialidades dependientes de estos y centros ambulatorios de atención especializada del Sistema Nacional de Salud emplean como personal vinculado<sup>25</sup> a 68.097 médicos<sup>26</sup> en todo el territorio nacional, equivalente a una tasa de 144 médicos por cada 100.000 habitantes.

La Comunitat Valenciana tiene una tasa ligeramente por debajo de la media estatal, situándose en 134 médicos de atención especializada por cada 100.000 habitantes, pero

---

<sup>24</sup> Disponible en el portal estadístico del Ministerio de Sanidad. Los datos disponibles referidos a 2019 tienen carácter provisional (en la fecha de nuestra consulta, el 10 de febrero de 2021).

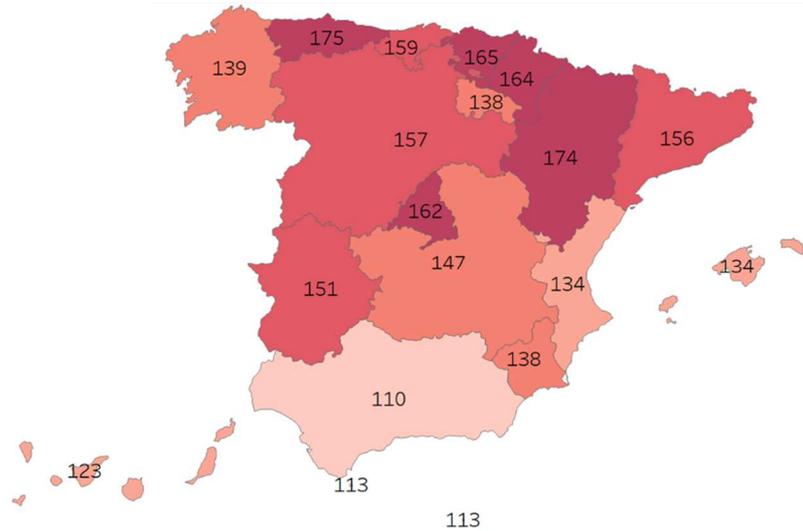
<sup>25</sup> Según las definiciones recogidas en el SIAE, se considera personal vinculado al que mantiene una relación laboral o estatutaria.

<sup>26</sup> En las especialidades desglosadas en el SIAE, no se ha incluido a los médicos que figuran como servicios centrales, urgencias, farmacéuticos y a otros titulados superiores sanitarios.



muy alejada de las ratios de Aragón, Principado de Asturias, País Vasco, Comunidad Foral de Navarra y Comunidad de Madrid.

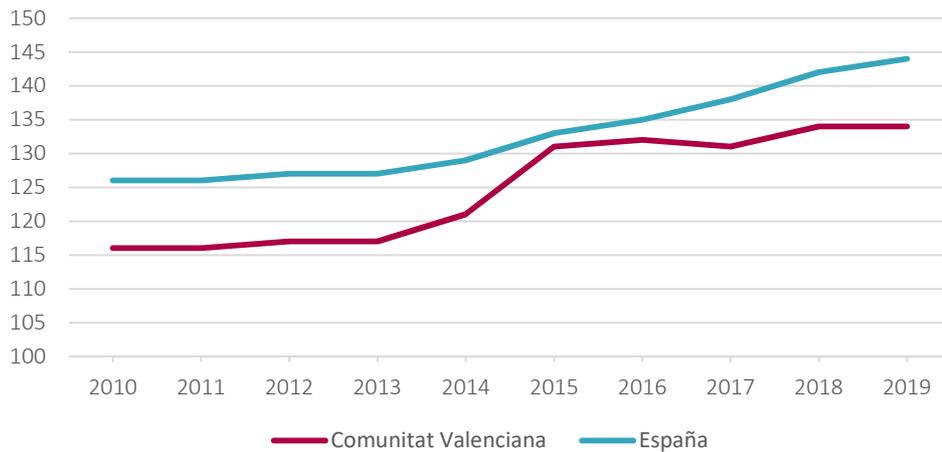
**Gráfico 11. Tasa de personal facultativo en atención especializada por cada 100.000 habitantes. Por comunidad autónoma. Año 2019**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en el Sistema de Información de Atención Especializada (Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad) y en el INE.

En el periodo informado por el Ministerio de Sanidad, se aprecia una tendencia alcista tanto a nivel nacional como autonómico, a excepción del año 2017 para la Comunitat Valenciana.

**Gráfico 12. Tasa de personal facultativo en atención especializada por cada 100.000 habitantes. Comunitat Valenciana y España. 2010-2019**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en el Sistema de Información de Atención Especializada (Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad) y en el INE.



Aunque la ratio per cápita es comúnmente utilizada para comparar dotaciones de recursos sanitarios entre territorios, al igual que ocurre en atención primaria, hay que relativizar la idoneidad de este indicador que pondera solo por la población sin tener en cuenta otros determinantes que pueden justificar la variabilidad de la demanda o necesidad de profesionales entre zonas tales como las características del propio territorio (por ejemplo, la dispersión poblacional) y las características de la población (edad media, morbilidad).

Por otra parte, el ejercicio de comparar el número de facultativos entre comunidades autónomas debe ser completado con un análisis pormenorizado de los resultados asistenciales, puesto que no necesariamente aquellas comunidades autónomas con mayor número de especialistas tienen, por ejemplo, los menores plazos de demora en operaciones quirúrgicas y en consultas externas.

Así, en el caso de la Comunitat Valenciana y en comparación con el conjunto de España, y de acuerdo con los últimos datos comparativos disponibles en la página web del Ministerio de Sanidad, la Comunitat informa de mejores resultados tanto en lista de espera quirúrgica como en lista de espera de consultas externas.

**Cuadro 9. Situación de la lista de espera quirúrgica y de consultas externas en el Sistema Nacional de Salud. Comunitat Valenciana y España**

		Diciembre 2018	Junio 2019	Diciembre 2019
<b>Lista de espera quirúrgica</b>				
Tasa por 1.000 habitantes	España	14,78	14,85	15,53
	Comunitat Valenciana	11,74	12,11	11,51
Tiempo medio de espera (días)	España	129	115	121
	Comunitat Valenciana	92	83	90
<b>Lista de espera consultas externas</b>				
Tasa por 1.000 hab.	España	62,48	61,84	63,72
	Comunitat Valenciana	50,96	44,10	41,86
Tiempo medio de espera (días)	España	96	81	88
	Comunitat Valenciana	54	51	57

Fuente: Sistema de información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.

Hay que tener en cuenta que los mejores resultados asistenciales también son consecuencia de la adopción de medidas que redunden en una mayor optimización de los recursos. Un aumento aislado de los recursos humanos destinados a reducir las listas de espera no es necesariamente la solución, sino que debe venir acompañado de una



adecuada gestión por parte de los profesionales con criterios de inclusión basados en la evidencia científica y con criterios de eficiencia en la utilización de recursos.

Así por ejemplo, si comparamos la demora estructural en las listas de espera quirúrgica con el rendimiento quirúrgico<sup>27</sup> (las referencias de la literatura<sup>28</sup> proponen que el nivel óptimo de utilización de los quirófanos se sitúa en una banda entre el 75% y 90%), se observa que los mayores picos en la demora coinciden con los menores rendimientos de los bloques quirúrgicos.

**Gráfico 13. Evolución del tiempo medio de espera estructural y el rendimiento quirúrgico en la Comunitat Valenciana. Periodo 2016-2019**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en ALUMBRA.

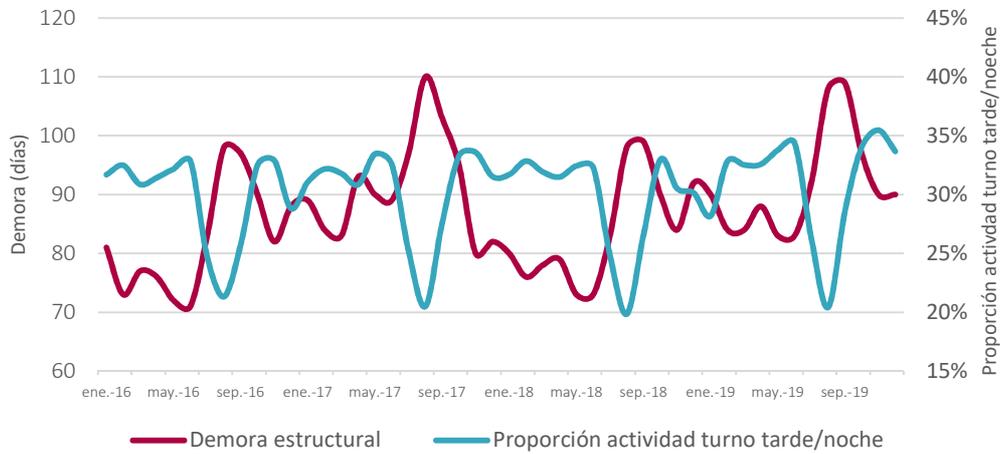
La misma conclusión se alcanza si se compara la evolución de la demora con la proporción de la actividad realizada fuera del turno de mañanas. A este respecto, se aprecia una diferencia significativa en la actividad quirúrgica en los hospitales gestionados mediante concesión, que en el periodo 2016-2019 realizaron el 39,4% de las operaciones en turno de tarde o de noche, frente al 28,6% en los hospitales de gestión pública, siendo también significativa la demora estructural entre unos y otros (95 días de media en el periodo 2016-2019 en los hospitales de gestión pública y 57 días en los hospitales de concesión administrativa<sup>29</sup>).

<sup>27</sup> Rendimiento quirúrgico: es el porcentaje de tiempo empleado respecto al tiempo estimado de disponibilidad del quirófano. Según las especificaciones técnicas de este indicador definidas en ALUMBRA, incluye las intervenciones realizadas en el turno de mañana (de 8:00 a 14:59 horas) en días laborables (lunes a viernes, excepto festivos nacionales y autonómicos).

<sup>28</sup> Según consta en el documento "Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad en los centros y servicios sanitarios: bloque quirúrgico" del Ministerio de Sanidad (2009).

<sup>29</sup> Para simplificar la comparación y dado que la reversión se produjo el 1 de abril de 2018, a efectos del cálculo de estos indicadores se ha incluido en el conjunto de concesiones al Hospital de La Ribera.

**Gráfico 14. Evolución del tiempo medio de espera estructural y la proporción de operaciones quirúrgicas realizadas en turnos de tarde y de noche en la Comunitat Valenciana. Periodo 2016-2019**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en ALUMBRA.

En cualquier caso y al igual que se ha observado en atención primaria (subobjetivo 1.2), la tasa de personal sanitario en atención especializada en la Comunitat Valenciana es inferior a la media estatal. Este dato estadístico ha sido refrendado por los equipos directivos de los departamentos de salud. Según la encuesta de opinión realizada entre las gerencias de los departamentos de salud, la situación actual en cuanto a la disponibilidad de facultativos especialistas con relación a las necesidades asistenciales actuales es deficitaria en casi todas las especialidades (véase anexo IV).

Existe un consenso generalizado en las direcciones de los departamentos de salud al señalar la especialidad de medicina familiar y comunitaria como aquel colectivo de facultativos con mayor déficit de recursos para atender a las necesidades asistenciales actuales. La segunda especialidad que congrega más consenso entre las gerencias es la anestesiología y reanimación, seguidas de cardiología y radiodiagnóstico (véase cuadro 6 en subobjetivo 1.2).

Por tanto, además de la medicina familiar y comunitaria, entre las especialidades que requerirán un mayor crecimiento en el número de facultativos especialistas en un plazo aproximado de 10-15 años como consecuencia de la evolución de factores como el desarrollo tecnológico, la evolución de la morbilidad, la demografía, etc. se encuentran algunas que ya son deficitarias actualmente, por lo que resultará también preciso reforzar la atención especializada en especialidades como anestesiología y reanimación, cardiología, radiodiagnóstico, etc. (véase anexo IV).

Según los expertos consultados, las razones más relevantes que subyacen a la situación deficitaria general de facultativos especialistas en la Comunitat Valenciana son la ausencia de incentivos para que los especialistas trabajen en plazas de difícil cobertura y la falta de suficientes plazas acreditadas para la formación especializada en las últimas convocatorias realizadas. En segundo término, las restricciones presupuestarias existentes que impiden



incrementar la oferta de empleo público es una razón que aglutina también consenso entre los expertos consultados.

### En relación con las plazas de difícil cobertura

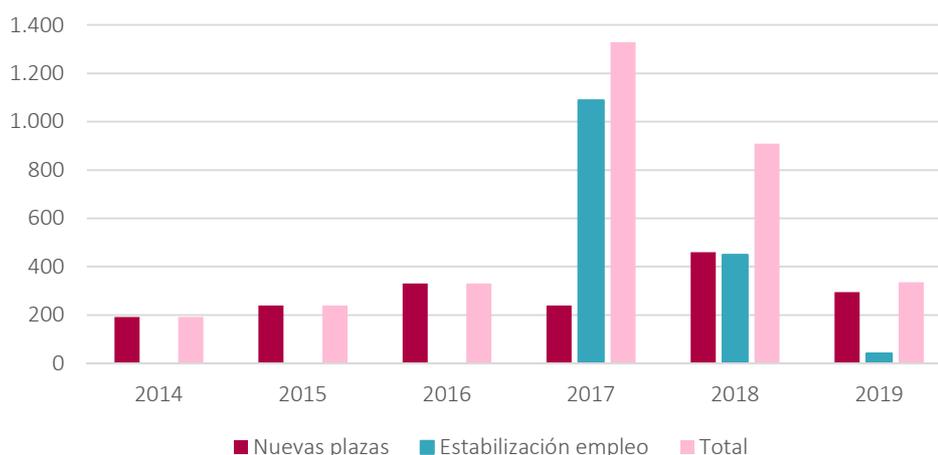
La CSUSP ha introducido recientemente medidas específicas incentivadoras en los baremos de méritos de los procedimientos de selección, entre las cuales está la de otorgar más peso relativo al tiempo de los servicios prestados en nombramientos continuados en puestos declarados de difícil cobertura (en comparación con los puntos otorgados por servicios prestados en otras plazas), para así incrementar el interés del personal sanitario en ocupar dichas plazas.

Por otra parte, la Dirección General de Recursos Humanos nos ha indicado que a finales de 2019 y principio de 2020 se inició la elaboración de un proyecto de decreto regulador de las plazas de difícil cobertura que incluía otras medidas para su incentivación. Sin embargo, la irrupción de la pandemia de COVID-19 ha paralizado su tramitación, que está previsto continuar en cuanto la situación lo permita.

### En relación con la oferta de empleo público para personal facultativo en la Comunitat Valenciana

En el periodo 2014-2019, los decretos del Consell que regulan las ofertas de empleo público para personal gestionado por la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública incluyen un total de 3.336 plazas para facultativos, de las cuales casi la mitad (1.579) son el resultado de aplicar la tasa adicional para la estabilización de empleo temporal, esto es, plazas que ya estaban dotadas presupuestariamente y que estaban ocupadas de forma temporal e ininterrumpidamente al menos en los tres años anteriores.

**Gráfico 15. Plazas ofertadas para personal facultativo por la CSUSP. Ofertas de empleo público 2014-2019**



*Fuente: Elaboración propia a partir de los decretos del Consell que aprueban las ofertas de empleo público para personal gestionado por la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.*

En el subobjetivo 1.5, hemos analizado el impacto de las OPE en el grado de temporalidad.

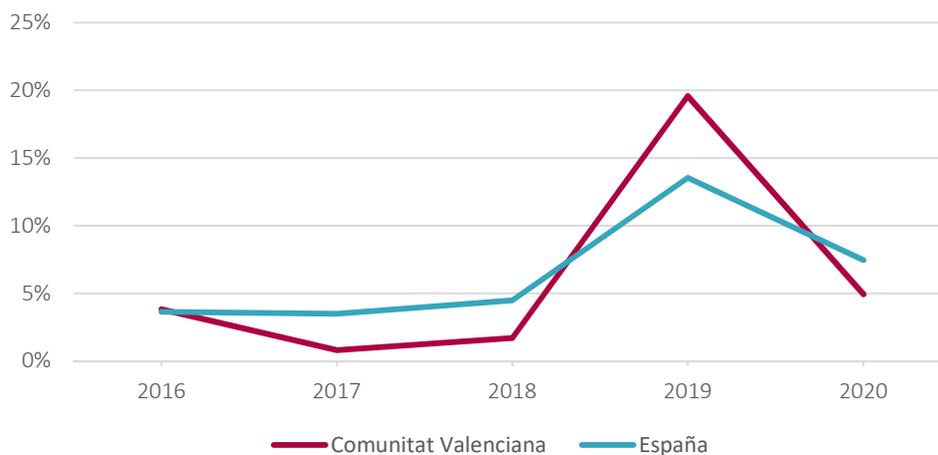


### En relación con las plazas acreditadas para la formación especializada en la Comunitat Valenciana

Según la convocatoria de las pruebas selectivas para el acceso en el año 2020<sup>30</sup>, las plazas ofertadas de formación sanitaria especializada para las titulaciones universitarias de grado/licenciatura/diplomatura de medicina, farmacia, psicología, químicas, biología y físicas en centros y unidades docentes de la Comunitat Valenciana ascendieron a 935, un 9,8% del conjunto de España.

Las administraciones realizaron un esfuerzo significativo en 2019 por promover la acreditación de plazas de formación sanitaria. El número máximo de plazas en formación por el sistema de residencia que se ofertaron en la convocatoria 2019/2020<sup>31</sup> en centros y unidades docentes de la Comunitat Valenciana aumentó el 19,6% respecto al número máximo de plazas en la convocatoria 2018/2019. Desde 2015 a 2020, la variación acumulada en la Comunitat Valenciana ha sido del 33,5%, ligeramente inferior al porcentaje estatal (36,6%).

**Gráfico 16. Variación interanual del número máximo de plazas en formación por el sistema de residencia que se ofertan a adjudicación (por año de convocatoria). Comunitat Valenciana y España**



Fuente: Elaboración propia a partir de las órdenes ministeriales por las que se aprueban las ofertas de plazas y las convocatorias de pruebas selectivas para el acceso a plazas de formación sanitaria especializada.

La normativa reguladora del procedimiento de acreditación es la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, la cual establece que las solicitudes de acreditación de unidades docentes se presentan a instancia de la entidad titular del centro, previos informes de la comisión de docencia de este y de la consejería competente

<sup>30</sup> Orden SCB/925/2019, de 30 de agosto, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2019 para el acceso en el año 2020 a plazas de formación sanitaria especializada para las titulaciones universitarias de grado/licenciatura/diplomatura de Medicina, Farmacia, Enfermería y ámbito de la psicología, la química, la biología y la física.

<sup>31</sup> 2019 se refiere al año de publicación de la convocatoria y 2020 al año de realización de las pruebas y acceso a las plazas.



en materia sanitaria de su comunidad autónoma. Y corresponde al órgano directivo competente en materia de formación sanitaria especializada del Ministerio de Sanidad resolver dichas solicitudes. El último plazo de presentación de solicitudes abarcó el periodo desde el 1 de noviembre de 2019 hasta el 1 de junio de 2020.

Las gerencias de 16 departamentos de salud nos han indicado que tenían presentada alguna solicitud de acreditación inicial de una nueva unidad docente o solicitud de ampliación de la capacidad docente de alguna unidad previamente acreditada. El total de plazas ya solicitadas y pendientes de autorizar asciende a 55.

Adicionalmente, la práctica totalidad de los departamentos de salud (todos los consultados menos dos) consideran que cuentan en la actualidad o podrían contar a corto plazo (menos de dos años) con los recursos suficientes para cumplir con los requisitos legales para poder solicitar al Ministerio de Sanidad la acreditación de nuevas unidades docentes, o incrementar las plazas acreditadas para la formación especializada. El total de plazas que podrían solicitarse asciende a 142.

En el anexo I hemos completado un análisis de la demografía médica y es conveniente destacar que la oferta de formación especializada constituye una barrera para ejercer la medicina en el SNS y a su vez constituye una herramienta de planificación. Si bien algunas comunidades autónomas han realizado esfuerzos de planificación y ejercicios numéricos para su ámbito territorial, comparando proyecciones de entradas a la profesión con las de salidas por jubilación, hay que tener en cuenta que en España hay distrito único para el grado de medicina, que el mercado MIR es de ámbito estatal y además que las homologaciones y reconocimientos de títulos también lo son, por lo que la planificación regional se enfrenta a importantes restricciones que obligan al Estado a realizar una más que necesaria labor de coordinación a nivel nacional.

La mejor distribución de médicos especialistas en España y la correcta adecuación de las plazas de formación MIR a las necesidades del país son retos que debe afrontar el conjunto de la Administración sanitaria, no solo la Comunitat Valenciana de forma aislada.

### Una aproximación a las necesidades de recursos

Las dificultades para cuantificar las necesidades actuales y para proyectar hacia el futuro la

#### La demanda de médicos especialistas responde a un conjunto de factores

demanda de médicos especialistas son significativas y superarlas supone un reto para cualquier administración sanitaria. La demanda de médicos especialistas responde a un conjunto de factores que podemos englobar en cinco categorías: factores demográficos, económicos, epidemiológicos, tecnológicos, y de organización y gestión. Esos factores inciden en la demanda o necesidad de atención sanitaria y, por tanto, también determinan los recursos humanos necesarios para su provisión.

En este entorno multifactorial, la mera comparación de tasas de especialistas por población representa un ejercicio sencillo, pero este método de cuantificación carece de rigor suficiente al no tener en cuenta todos los factores que afectan a la demanda.



El Ministerio de Sanidad ha llevado a cabo varios estudios relacionados con la oferta y la necesidad de médicos especialistas, y en el último de ellos<sup>32</sup> realiza un modelo de simulación mediante la técnica de dinámica de sistemas. Este estudio, a partir de la información base (año 2018) facilitada por los distintos servicios regionales de salud, tiene como finalidad proyectar los especialistas disponibles según hipótesis de entrada y salida en la profesión y proyectar las necesidades según las hipótesis asumidas sobre la demografía general (predicciones INE), sobre el uso relativo de servicios médicos por tramos de edad y sobre incrementos anuales de necesidad de cada especialista por 100.000 habitantes. Esas hipótesis se han formulado para el escenario base a partir de las opiniones de expertos expresadas de forma estandarizada, de los informes de las comunidades autónomas y de las comisiones nacionales de las especialidades médicas.

El estudio del Ministerio de Sanidad estima que existe un déficit global actual (en 2018) de un 2,9% de personal facultativo y las previsiones para 2020 son de un déficit superior al 5%. Dada la previsible salida del mercado profesional según las pirámides de edad en los próximos 5-10 años, los desequilibrios entre oferta y demanda de especialistas se agravan en los próximos años para posteriormente, a partir de 2025, estabilizarse y mantenerse en torno a un déficit del 12%.

En el transcurso de nuestro trabajo, hemos solicitado la opinión de los gerentes de los departamentos de salud en cuanto a su consideración de la existencia o no de un déficit de facultativos para cada una de las especialidades médicas. En base a estas opiniones, y teniendo en consideración la situación actual de las demoras en consultas externas y la evolución de la frecuentación en consultas externas, hemos realizado una aproximación a las posibles necesidades adicionales de especialistas en los departamentos de salud de gestión pública. Hemos estimado que a finales de 2019 el déficit de personal facultativo en atención especializada podría situarse en torno al 5,5%, equivalente a 318 facultativos que serían necesarios para cubrir la demanda actual.

---

<sup>32</sup> Barber Pérez, Patricia; González López-Valcárcel, Beatriz (2018). *La estimación de la oferta y demanda de médicos especialistas. España 2018-2030*. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.



**Cuadro 10. Estimación del déficit en personal facultativo de atención especializada**

<b>Especialidad<sup>33</sup></b>	<b>Facultativos en 2019</b>	<b>Déficit estimado por Sindicatura</b>
Anestesiología y reanimación	485	66
Obstetricia y ginecología	355	2
Pediatría	318	-1
Cirugía general y del aparato digestivo	308	7
Cirugía ortopédica y traumatología	302	14
Radiodiagnóstico	295	19
Psiquiatría	294	13
Psicología clínica	270	27
Medicina interna	267	18
Oftalmología	213	8
Medicina intensiva	204	3
Cardiología	177	12
Resto de especialidades	2.283	130
<b>Total AE</b>	<b>5.771</b>	<b>318</b>

Fuente: *Elaboración propia.*

El efecto económico de redimensionar la plantilla en atención especializada (personal facultativo y personal de enfermería<sup>34</sup>) podría suponer un incremento del gasto anual de personal de unos 46 millones de euros aproximadamente<sup>35</sup>.

De cualquier forma, y al igual que hemos señalado para atención primaria, esta cuantificación es una aproximación básica al problema de fondo, que es la percepción que el sistema sanitario actual tiene un déficit de profesionales para atender a la demanda actual. Por ello, consideramos que la CSUSP debe impulsar también el análisis de las ratios de referencia de profesionales en atención especializada tal y como está previsto en el PORH. Sin embargo, para este cometido, la Administración sanitaria debe tener en cuenta no solo el déficit actual de facultativos y las posibles necesidades asistenciales futuras, sino que el análisis debe entroncarse también con la estrategia global sobre el sistema de salud. Para asegurar la consecución de los mejores resultados asistenciales al menor coste, la planificación de recursos humanos debe tener en cuenta que son precisas también

<sup>33</sup> Se detallan las especialidades con mayor número de contratos en 2019.

<sup>34</sup> Para nuestro análisis cuantitativo hemos aplicado una ratio de 1,4 enfermeros/enfermeras por facultativo, lo que equivale a un incremento de 445 enfermeros y enfermeras.

<sup>35</sup> Estimación realizada según retribuciones medias en 2019, incluyendo coste de seguridad social.



actuaciones que impliquen mejoras tecnológicas y mejoras organizativas, y no únicamente incrementos lineales de la plantilla.

#### Subobjetivo 1.4: ¿Existen necesidades permanentes de personal sanitario que se cubren mediante sucesivas contrataciones temporales?

Las asociaciones sindicales médicas vienen denunciando que en muchos casos se utilizan los contratos o nombramientos fuera de la plantilla presupuestaria, no para situaciones de extrema necesidad o de acumulación puntual de trabajo, sino para cubrir necesidades estructurales y permanentes.

En las instituciones sanitarias, las relaciones de puestos de trabajo distinguen entre puestos de plantilla presupuestaria, que teóricamente es la plantilla necesaria para prestar con carácter estructural el servicio asistencial ordinario, y otros puestos que tienen naturaleza coyuntural que están destinados a cubrir la acumulación de tareas (principalmente para cubrir vacaciones o durante el ejercicio 2020 para reforzar los servicios como consecuencia de la pandemia de la COVID-19) o la atención continuada (guardias).

Según el análisis que hemos realizado sobre la plantilla de puestos de trabajo en 2019, ocho de cada diez<sup>36</sup> puestos de trabajo de facultativos de atención especializada y médicos y pediatras de atención primaria son puestos de plantilla presupuestaria. Dentro del conjunto de estos colectivos, el 3,6% de puestos están destinados para acúmulos de tareas y el 15,2% para atención continuada.

En enfermería, la mayoría de plazas son de plantilla (87,5%), mientras que las destinadas a acumulación de tareas representan el 9,4% y las de atención continuada un 3,2%.

**Cuadro 11. Número de puestos de trabajo vigentes en 2019 por tipo de plantilla**

Ejercicio 2019	Plantilla presupuestaria	Acumulación tareas	Atención continuada	Total
Médicos de familia (AP)	2.699	118	751	3.568
Pediatras (AP)	781	23	0	804
Facultativos (AE)	5.134	241	857	6.232
Enfermería	12.982	1.389	470	14.841

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en CIRO.

El número de puestos de trabajo de atención continuada es especialmente relevante en medicina de familia y comunitaria, con un 21% del total de puestos. Esta proporción baja hasta el 13,7% entre los facultativos de atención especializada. No hay contratos de

<sup>36</sup> Las proporciones aquí observadas no incluyen el personal en formación (MIR) ni los puestos reservados para las jefaturas de servicio y de sección.



atención continuada en pediatría de atención primaria y en enfermería el número de estos contratos en 2019 llegaron a 470.

Los contratos (nombramientos) de atención continuada son contratos para guardias formalizados con facultativos y profesionales de enfermería. Según los sindicatos, estos nombramientos tienen la calificación de eventuales indefinidos y se renuevan anualmente mientras exista la necesidad y pueden prolongarse en el tiempo. Así mismo, las organizaciones sindicales denuncian que cubren, en la gran mayoría de los casos, necesidades estructurales de la atención sanitaria a la población los 365 días del año las 24 horas de día.

Tal y como se desprende del cuadro siguiente, el índice estructural<sup>37</sup> de los puestos de atención continuada es muy elevado en cuanto al personal facultativo de medicina familiar y comunitaria, puesto que una media de 389 puestos han sido ocupados durante los 365 días del año, que en términos relativos es un 56,8% de todos los puestos de trabajo de atención continuada para médicos de familia en atención primaria. A mayor abundamiento, 296 de los 389 puestos han sido ocupados por una misma persona durante al menos 12 meses en el periodo 2016-2019.

**Cuadro 12. Índice estructural de los puestos de atención continuada en medicina familiar y comunitaria**

Indicador	2016	2017	2018	2019	Media
Número de puestos de trabajo de atención continuada	643	662	684	751	685
Vigentes durante todo el periodo 2016-2019	636	636	636	636	636
Proporción de puestos inalterados	98,9%	96,1%	93,0%	84,7%	92,8%
Ocupados durante todo el año	378	383	406	387	389
Proporción de puestos ocupados todo el año	58,8%	57,9%	59,4%	51,5%	56,8%
Ocupados todo el año por la misma persona	295	299	304	284	296
Proporción de puestos ocupados todo el año por misma persona	45,9%	45,2%	44,4%	37,8%	43,2%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en CIRO.

En el colectivo de facultativos especialistas, este indicador –que implica que necesidades estructurales están siendo cubiertas mediante contratos eventuales– alcanza el 21% y una media de 82 personas han ocupado puestos de atención continuada de forma ininterrumpida durante al menos 12 meses en el periodo 2016-2019.

<sup>37</sup> Proporción de puestos de atención continuada que están ocupados de forma permanente durante todo el año.



### Cuadro 13. Índice estructural de los puestos de atención continuada entre facultativos de atención especializada

Indicador	2016	2017	2018	2019	Media
Número de puestos de trabajo de atención continuada	709	745	824	857	784
Vigentes durante todo el periodo 2016-2019	643	643	643	643	643
Proporción de puestos inalterados	90,7%	86,3%	78,0%	75,0%	82,0%
Ocupados durante todo el año	128	147	178	208	165
Proporción de puestos ocupados todo el año	18,1%	19,7%	21,6%	24,3%	21,0%
Ocupados todo el año por la misma persona	71	79	83	95	82
Proporción de puestos ocupados todo el año por misma persona	10,0%	10,6%	10,1%	11,1%	10,5%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en CIRO.

En cuanto a enfermería, la mayoría de los puestos están siendo ocupados durante los 365 días del año. Una media de 154 enfermeros y enfermeras han ocupado puestos de atención continuada de forma ininterrumpida al menos durante 12 meses.

### Cuadro 14. Índice estructural de los puestos de enfermería

Indicador	2016	2017	2018	2019	Media
Puestos de trabajo de atención continuada	354	375	417	470	404
Vigentes durante todo el periodo 2016-2019	338	338	338	338	338
Proporción de puestos inalterados	95,5%	90,1%	81,1%	71,9%	83,7%
Ocupados durante todo el año	187	196	215	221	205
Proporción de puestos ocupados todo el año	52,8%	52,3%	51,6%	47,0%	50,7%
Ocupados todo el año por la misma persona	141	153	162	158	154
Proporción de puestos ocupados todo el año por misma persona	39,8%	40,8%	38,8%	33,6%	38,1%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en CIRO.

Este análisis realizado debería ser completado por la Conselleria, en el contexto del PORH, pues la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, señala en su artículo 9 que "si se realizaran más de dos nombramientos para la prestación de los mismos servicios por un período acumulado de 12 o más meses en un período de dos años, procederá el estudio de las causas que lo motivaron, para valorar, en su caso, si procede la creación de una plaza estructural en la plantilla del centro".

A este respecto debemos mencionar la sentencia del 19 de marzo de 2020 del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE), que resuelve dos peticiones de decisión prejudicial planteadas por dos juzgados de lo contencioso-administrativo, en el marco de dos litigios interpuestos por empleados públicos contra el Servicio Madrileño de Salud de la Comunidad de Madrid.



Según esta sentencia, “debe declararse que, en una administración que dispone de numeroso personal, como el sector de la sanidad pública, es inevitable que con frecuencia sean necesarias sustituciones temporales a causa, en particular, de la indisponibilidad de miembros del personal en situación de baja por enfermedad, de permiso de maternidad o de permiso parental u otras. La sustitución temporal de trabajadores en esas circunstancias puede constituir una razón objetiva en el sentido de la cláusula 5, apartado 1, letra a), del Acuerdo Marco<sup>38</sup>, que justifica tanto la duración determinada de los contratos concluidos con el personal sustituto como la renovación de esos contratos en función de las necesidades que surjan, en función de nuevas necesidades, a reserva del cumplimiento de las exigencias fijadas para ello por el Acuerdo Marco”.

Añade la sentencia que “es preciso recordar que la obligación de organizar los servicios de

**No puede admitirse que nombramientos de duración determinada puedan renovarse para desempeñar de modo permanente y estable funciones de personal fijo**

salud de forma que se garantice la adecuación constante entre el personal sanitario y el número de pacientes incumbe a la Administración pública y depende de un gran número de factores que pueden reflejar una necesidad particular de flexibilidad que, con arreglo a la jurisprudencia del Tribunal de Justicia recordada en el apartado 68 de la presente sentencia, puede justificar objetivamente en este sector específico, a la luz de la cláusula 5, apartado 1, letra a), del Acuerdo Marco, el recurso a

sucesivos nombramientos de duración determinada. En cambio, no puede admitirse que nombramientos de duración determinada puedan renovarse para desempeñar de modo permanente y estable funciones de los servicios de salud incluidas en la actividad normal del personal estatutario fijo”.

Y concluye que “la renovación de contratos o relaciones laborales de duración determinada para cubrir necesidades que, de hecho, no tienen carácter provisional, sino permanente y estable, no está justificada conforme a la cláusula 5, apartado 1, letra a), del Acuerdo Marco, en la medida en la que tal utilización de contratos o relaciones laborales de duración determinada se opone directamente a la premisa en la que se basa dicho Acuerdo Marco, a saber, que los contratos de trabajo de duración indefinida constituyen la forma más común de relación laboral, aunque los contratos de duración determinada sean característicos del empleo en algunos sectores o para determinadas ocupaciones y actividades”.

---

<sup>38</sup> Directiva 1999/70/CE del Consejo, de 28 de junio de 1999, relativa al Acuerdo Marco de la Confederación Europea de Sindicatos (CES), la Unión de Confederaciones de la Industria de la Comunidad Europea (UNICE) y el Centro Europeo de la Empresa Pública (CEEP) sobre el trabajo de duración determinada.



## Subobjetivo 1.5: ¿Se ha mejorado la calidad del empleo mediante la reducción de la temporalidad del personal gestionado por la Conselleria?

El Gobierno de España y las organizaciones sindicales acordaron<sup>39</sup> en 2018 incorporar al conjunto del sector público al proceso de reducción de la temporalidad hasta un máximo del 8%, objetivo muy ambicioso puesto que la tasa de temporalidad en el año 2016 se situó en el 23% para el conjunto de las administraciones y en el 33% en la sanidad pública<sup>40</sup>.

Dicho acuerdo señala que “en el proyecto de Ley de Presupuestos para 2018 se incluirá la previsión de que las distintas administraciones públicas podrán disponer de una tasa adicional para estabilización de empleo temporal que incluirá las plazas de sus servicios de administración y servicios generales, de investigación, de salud pública e inspección médica, personal de administración y servicios en las universidades públicas, así como de otros servicios públicos que, respondiendo a necesidades estructurales, hayan estado dotadas presupuestariamente y ocupadas de forma temporal e ininterrumpida en los tres años anteriores al 31 de diciembre de 2017, de modo que la tasa de cobertura temporal de estas plazas en cada ámbito se sitúe al final del período por debajo del 8 por ciento<sup>41</sup>”.

En el ámbito autonómico, la CSUSP tiene definido en el PORH como objetivo específico la mejora de la calidad del empleo, potenciando la reducción de la temporalidad del personal gestionado por la Conselleria, según lo acordado en el Pacto de legislatura<sup>42</sup> firmado con todos los sindicatos integrantes de la Mesa Sectorial de Sanidad. Sin embargo, este objetivo no está cuantificado, pues no se propone un índice concreto a alcanzar sino que se indica que se prevé “la elaboración de un plan para reducir la eventualidad del empleo a los niveles técnicos adecuados”.

La CSUSP considera que los contratos eventuales para la realización de acumulación de tareas (principalmente formalizados para cubrir los planes de vacaciones) o para sustituciones no son estrictamente contratos temporales, sino que el concepto de temporalidad se restringe únicamente a los contratos por interinidad.

La temporalidad entre el personal sanitario no es consecuencia únicamente de la existencia de puestos de trabajo coyunturales (acumulación de tareas), sino que también está motivada por la ocupación de puestos de atención continuada (subobjetivo 1.4), y además también existe temporalidad entre la plantilla presupuestaria, dado que estas plazas pueden estar ocupadas de forma fija (bien como destino definitivo, nombramiento

---

<sup>39</sup> II Acuerdo para la mejora del empleo público y las condiciones de trabajo (BOE nº 74, 26/03/2018).

<sup>40</sup> Según datos de la encuesta de población activa recogidos en un documento publicado por el Banco de España (*Boletín Económico* 4/2017: “La evolución del empleo de las Administraciones Públicas en la última década”, Marta Martínez Matute y Javier J. Pérez, noviembre de 2017).

<sup>41</sup> Esta tasa de temporalidad debe interpretarse en relación a la plantilla presupuestaria.

<sup>42</sup> Resolución de 23 de noviembre de 2016, de la consellera de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se ordena la publicación del Pacto de legislatura para la reducción de la temporalidad del personal gestionado por la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.



provisional o reingreso) o temporal (interinidad en plazas vacantes pendientes de salir a oposición, sustituciones o promoción interna temporal).

En efecto, la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, contempla en el artículo 9 la posibilidad de que, por razones de necesidad, de urgencia o para el desarrollo de programas de carácter temporal, coyuntural o extraordinario, los servicios de salud nombren personal estatutario temporal, mediante contratos de interinidad, de carácter eventual o de sustitución:

- El nombramiento de carácter interino se expide para el desempeño de una plaza vacante de los centros o servicios de salud, cuando sea necesario atender las correspondientes funciones.
- El nombramiento de carácter eventual se expide en los siguientes supuestos:
  - Cuando se trate de la prestación de servicios determinados de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria.
  - Cuando sea necesario para garantizar el funcionamiento permanente y continuado de los centros sanitarios.
  - Para la prestación de servicios complementarios de una reducción de jornada ordinaria.
- El nombramiento de sustitución se expide cuando resulte necesario atender las funciones de personal fijo o temporal, durante los períodos de vacaciones, permisos y demás ausencias de carácter temporal que comporten la reserva de la plaza.

### Atención primaria

El índice de temporalidad<sup>43</sup> definido por esta Sindicatura del personal sanitario estatutario de grupo A1 de atención primaria en el periodo 2016-2019 se sitúa en torno al 50% tanto para los médicos de familia como para los pediatras.

La temporalidad de los médicos de familia es debida principalmente a la elevada proporción de nombramientos de funcionarios interinos para cubrir vacantes (17,9% del total de personas contratadas), pero muy seguida de las contrataciones para cubrir las guardias (atención continuada) que representan el 14,3% y de los contratos para sustituir a personal por motivos de vacaciones, permisos o bajas (12,1%).

---

<sup>43</sup> Es el cociente entre el número de contratos que tienen una relación temporal dividido por el total de número de contratos, ponderados por el tiempo de duración de los mismos. Ejemplo: en el caso de un centro sanitario con cuatro facultativos, uno de ellos con un contrato temporal de sustitución durante un trimestre, otro con un contrato de interinidad durante todo el año y dos con plaza fija, el índice de temporalidad sería el resultado de la siguiente operación matemática:  $[(1 \times 3/12) + (1 \times 12/12)] / [(1 \times 3/12) + (1 \times 12/12) + 2] = 38,5\%$ .



**Cuadro 15. Personas contratadas<sup>44</sup> en puestos de médicos de familia (atención primaria). Promedio 2016-2019**

	Hombre	Mujer	Total	%
Fijo	871	853	1.724	51,7
Temporales				
Atención continuada	228	250	478	14,3
Acumulación tareas	38	61	99	3,0
Interinidad	234	363	597	17,9
Sustitución	146	259	405	12,2
Promoción interna temporal	21	10	31	0,9
<b>Total</b>	<b>1.538</b>	<b>1.796</b>	<b>3.333</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en CIRO.

Entre los pediatras, los contratos de interinidad alcanzan el 33,3% del total de personas que ocupan estos puestos en atención primaria.

**Cuadro 16. Personas contratadas en puestos de pediatras (atención primaria). Promedio 2016-2019**

	Hombre	Mujer	Total	%
Fijo	95	278	373	47,7
Temporales				
Atención continuada	0	0	0	0,0
Acumulación tareas	2	9	11	1,4
Interinidad	72	189	261	33,3
Sustitución	29	109	138	17,6
Promoción interna temporal	0	0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>198</b>	<b>585</b>	<b>783</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en CIRO.

La temporalidad ha aumentado paulatinamente en el periodo analizado, con índices más elevados entre el colectivo de mujeres que ocupan puestos de medicina de familia y comunitaria (52,5%) frente al de hombres (43,4%). En los puestos de pediatras no hay diferencias de temporalidad entre hombres y mujeres.

<sup>44</sup> Como continuación a la referencia anterior, únicamente se computa como persona contratada la proporción del tiempo que ha estado de alta. Ejemplo: un contrato de un mes computa como 1/12. Por tanto, esta información no se refiere a la situación laboral a 31 de diciembre, sino al cómputo anual.



**Cuadro 17. Evolución del índice de temporalidad de médicos de familia (atención primaria)**

	2016	2017	2018	2019	Promedio
Hombre	39,6%	41,8%	44,2%	47,9%	43,4%
Mujer	48,7%	51,0%	53,0%	56,7%	52,5%
<b>Total</b>	<b>44,3%</b>	<b>46,7%</b>	<b>49,0%</b>	<b>52,8%</b>	<b>48,3%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en CIRO.

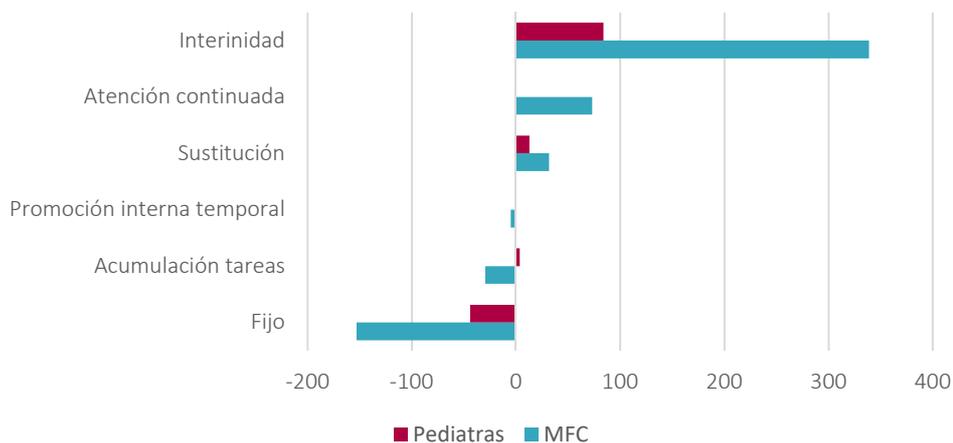
**Cuadro 18. Evolución del índice de temporalidad de pediatras (atención primaria)**

	2016	2017	2018	2019	Promedio
Hombre	47,5%	50,9%	54,0%	56,8%	52,2%
Mujer	47,4%	51,5%	53,6%	56,4%	52,4%
<b>Total</b>	<b>47,5%</b>	<b>51,3%</b>	<b>53,7%</b>	<b>56,5%</b>	<b>52,3%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en CIRO.

El incremento de la temporalidad en este período se debe primordialmente al aumento muy significativo de los nombramientos de carácter interino, 339 médicos de familia y 84 pediatras más en 2019 que en 2016.

**Gráfico 17. Variación del número de médicos de familia y pediatras contratados entre 2016 y 2019 por tipo de contrato**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en CIRO.

A nivel departamental, destaca la elevada temporalidad de los médicos de familia en Requena, Marina Baixa y Vinaròs, con porcentajes superiores al 60% en el promedio del período 2016-2019, y la temporalidad de pediatras en Marina Baixa y Xàtiva-Ontinyent, con índices cercanos al 90%.



## Atención especializada

El índice de temporalidad entre el personal sanitario estatutario de grupo A1 de atención especializada en el periodo 2016-2019 se sitúa en el 51,1%. Sin embargo, esta proporción sube significativamente hasta el 60,2% al excluir las jefaturas de servicio y de sección.

La temporalidad del colectivo de facultativos especialistas es debida principalmente a la elevada proporción de nombramientos de funcionarios interinos para cubrir vacantes (27,8%) y las contrataciones para sustituir a personal por motivos de vacaciones, permisos o bajas (23,3%).

**Cuadro 19. Personas contratadas en puestos de facultativos especialistas (atención especializada). Promedio 2016-2019**

	Hombre	Mujer	Total	%
Fijo	1.112	1.052	2.164	39,8
Temporales:				
Atención continuada	106	192	298	5,5
Acumulación tareas	37	81	118	2,2
Interinidad	589	924	1.513	27,8
Sustitución	476	790	1.266	23,3
Promoción interna temporal	32	47	79	1,4
<b>Total</b>	<b>2.352</b>	<b>3.086</b>	<b>5.439</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en CIRO.

La temporalidad ha aumentado en el periodo analizado, siendo más elevada entre las mujeres que entre los hombres (más de trece puntos porcentuales superior).

**Cuadro 20. Evolución del índice de temporalidad de facultativos especialistas**

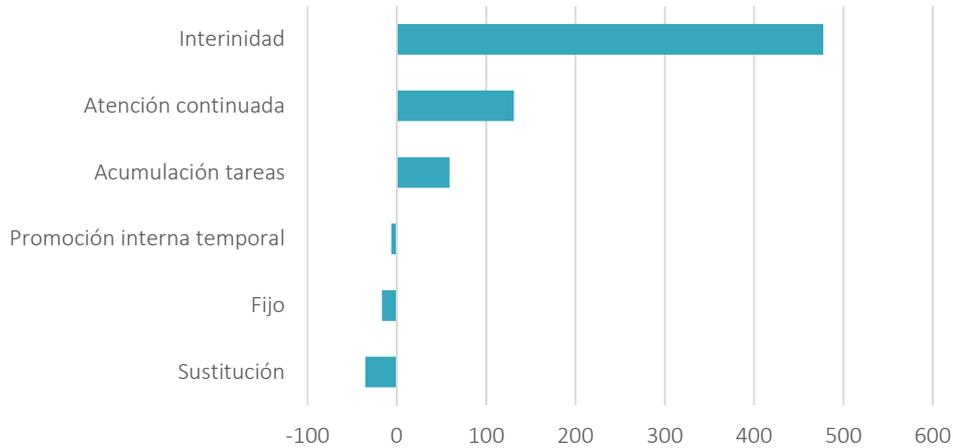
	2016	2017	2018	2019	Promedio
Hombre	50,0%	52,7%	54,1%	54,0%	52,7%
Mujer	63,0%	65,9%	66,9%	67,5%	65,9%
<b>Total</b>	<b>57,1%</b>	<b>60,1%</b>	<b>61,4%</b>	<b>61,9%</b>	<b>60,2%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en CIRO.

El incremento de la temporalidad en este período se debe primordialmente al aumento muy significativo de los nombramientos de carácter interino (477 personas más en 2019 que en 2016).



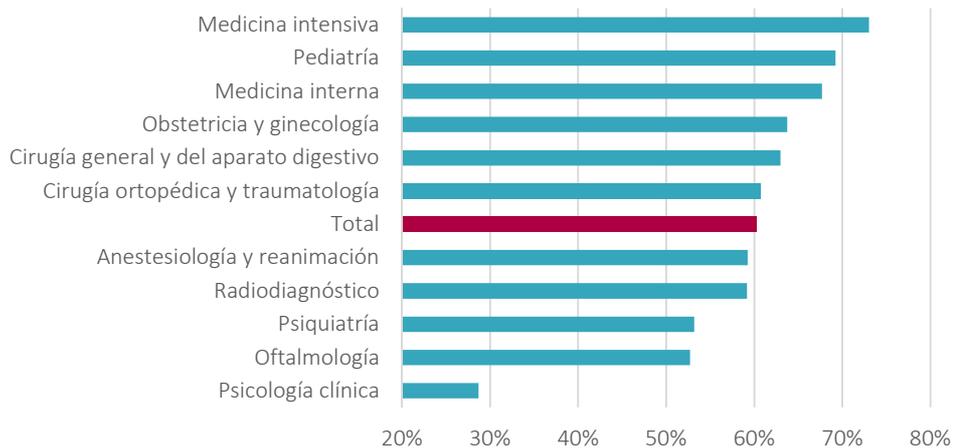
**Gráfico 18. Variación del número de facultativos especialistas contratados entre 2016 y 2019 por tipo de contrato**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en CIRO.

Entre las principales especialidades (entendidas como aquellas que ocupan a más de 175 profesionales), los índices de temporalidad son especialmente elevados en medicina intensiva con un 73% de temporalidad de promedio en el periodo analizado, seguido de pediatría (69,2%) y medicina interna (67,7%).

**Gráfico 19. Índice de temporalidad de facultativos especialistas de las especialidades con mayor número de contratos. Promedio 2016-2019**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en CIRO.

A nivel departamental, superan proporciones superiores al 70% en el promedio del período 2016-2019 los departamentos de La Plana, Elda, Orihuela, Vinaròs, Marina Baixa, Castelló y Gandía.



## Enfermería

El índice de temporalidad entre el personal sanitario estatutario de enfermería en el periodo 2016-2019 se sitúa en el 57,8%.

Al igual que en el colectivo de facultativos, la temporalidad en enfermería es debida también a la elevada proporción de nombramientos de funcionarios interinos para cubrir vacantes (30,7%) y las contrataciones para sustituir a personal por motivos de vacaciones, permisos o bajas (16,8%).

**Cuadro 21. Personas contratadas en puestos de enfermería. Promedio 2016-2019**

	Hombre	Mujer	Total	%
Fijo	1.269	5.169	6.438	42,2
Temporales				
Atención continuada	47	211	258	1,7
Acumulación tareas	172	864	1.036	6,8
Interinidad	546	4.129	4.675	30,7
Sustitución	375	2.192	2.567	16,8
Promoción interna temporal	45	224	269	1,8
<b>Total</b>	<b>2.454</b>	<b>12.789</b>	<b>15.243</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en CIRO.

La temporalidad ha aumentado casi once puntos porcentuales en el periodo analizado y es también más acusada entre las mujeres, con una tasa media del 59,6% frente al 48,3% de los hombres.

**Cuadro 22. Evolución del índice de temporalidad en enfermería**

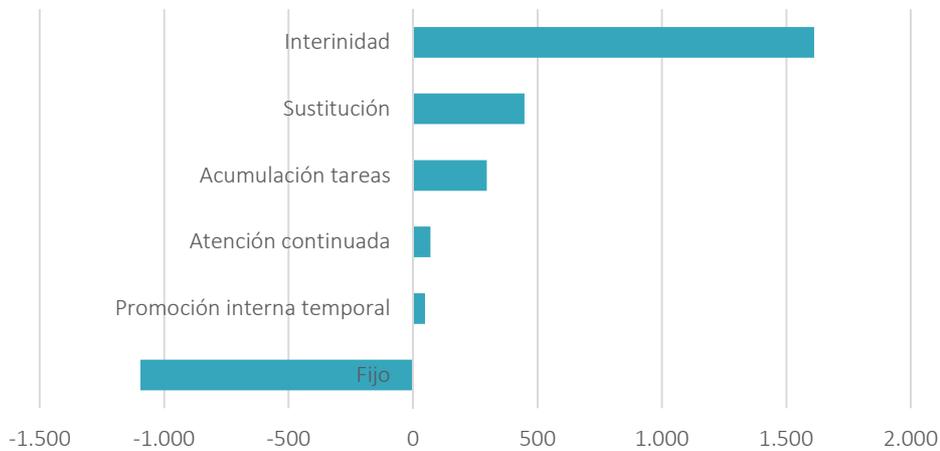
	2016	2017	2018	2019	Promedio
Hombre	41,6%	45,0%	50,1%	56,0%	48,3%
Mujer	55,0%	57,1%	60,6%	65,1%	59,6%
<b>Total</b>	<b>52,8%</b>	<b>55,1%</b>	<b>58,9%</b>	<b>63,7%</b>	<b>57,8%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en CIRO.

De nuevo, los contratos de interinidad en enfermería son la causa principal del aumento de la temporalidad en este período, con un incremento medio de 1.612 personas más en 2019 que en 2016.



**Gráfico 20. Variación del número de enfermeros y enfermeras contratados entre 2016 y 2019 por tipo de contrato**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en CIRO.

Entre los departamentos de salud, dos de ellos superan el 70% de temporalidad en enfermería: Vinaròs y Marina Baixa.

#### Respuesta de la CSUSP a la temporalidad

La CSUSP ha ido incorporando en las ofertas de empleo público de los años 2016 a 2019 el número de plazas máximo que ha permitido la normativa vigente.

**Cuadro 23. Plazas previstas en las ofertas de empleo público del periodo 2014-2019**

Año OPE	Médicos de familia (AP)	Pediatras (AP)	Facultativos (AE)	Enfermería	Total
2014	96	96	0	0	192
2015	75	50	114	289	528
2016	60	60	211	637	968
2017	343	50	936	2.209	3.538
2018	182	72	655	1.750	2.659
2019	150	24	162	873	1.209
<b>Total</b>	<b>906</b>	<b>352</b>	<b>2.078</b>	<b>5.758</b>	<b>9.094</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los decretos de aprobación de las ofertas de empleo público de 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019 para personal gestionado por la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

En las ofertas de empleo público de 2017, 2018 y 2019 la Conselleria ha aprobado nuevas plazas de plantilla, resultantes de la aplicación de una tasa para la estabilización del empleo



temporal<sup>45</sup> en adición a la tasa de reposición. En conjunción con las ofertas ya iniciadas, pero no concluidas de los años 2014, 2015 y 2016, el número total de plazas previstas alcanzarán para cubrir las plazas que estaban cubiertas en 2019 con personal interino y al mismo tiempo cubrir otras plazas cubiertas de forma temporal e ininterrumpidamente.

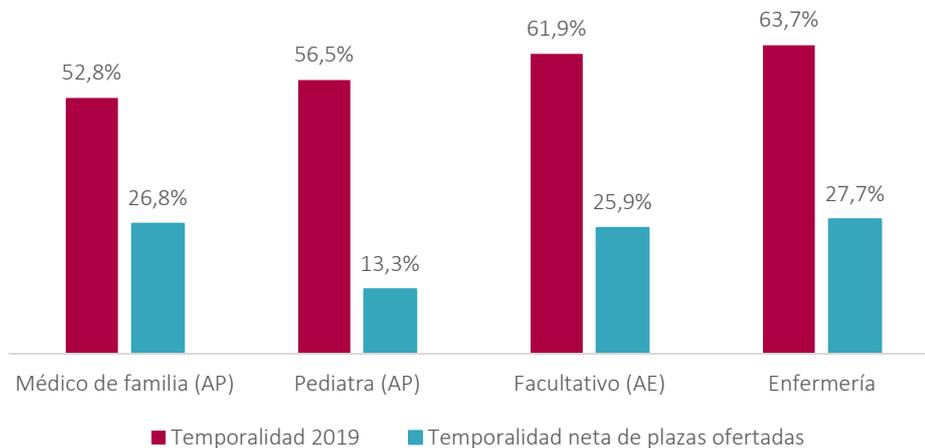
**Cuadro 24. Comparativa de contratos de interinidad y el número de plazas incluidas en OPE en curso**

	Contratos en interinidad (2019)	Plazas convocadas en OPE 2014-2019	Índice de cobertura de interinidad
Médico de familia (AP)	789	906	114,8%
Pediatra (AP)	308	352	114,3%
Facultativo (AE)	1.778	2.078	116,9%
Enfermería	5.628	5.758	102,3%

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en CIRO y de decretos de aprobación de las ofertas de empleo público de 2017, 2018 y 2019 para personal gestionado por la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.*

Si la ejecución de estas OPE no se dilatara en el tiempo, el impacto en el índice de temporalidad calculado por la Sindicatura sería significativo, puesto que se reduciría de forma notoria la proporción de contratos temporales.

**Gráfico 21. Impacto en el porcentaje de temporalidad al considerar las plazas previstas en las OPE 2014-2019**



*Fuente: Elaboración propia.*

Sin embargo, las demoras en la ejecución de estos procesos impedirán reducir a esos niveles la temporalidad, puesto que habrá que cubrir de forma interina las vacantes que se hayan producido por jubilaciones u otros motivos en el año 2020, así como las que ocurran

<sup>45</sup> Previstas en las leyes de los presupuestos generales del Estado.



en ejercicios posteriores. En definitiva, debido a la propia naturaleza de la forma de acceso al empleo público, siempre existirá una proporción de contratos interinos, que debe ser la CSUSP quien mediante una gestión eficiente minimice en los próximos años.

Además del problema cuantitativo derivado de unas ofertas de empleo público restringidas a los límites legales establecidos en las leyes de presupuestos, la gestión propia de las convocatorias tiene como consecuencia la dilación de los plazos y, por tanto, que la cobertura efectiva de las plazas sea ineficiente, puesto que el ritmo de jubilaciones entre una plantilla de elevada edad media (véase subobjetivo 1.6) es superior al de los nombramientos definitivos de funcionarios.

**El ritmo de jubilaciones entre una plantilla de elevada edad media es superior al de los nombramientos definitivos de funcionarios**

La CSUSP agrupó las plazas de la OPE de los años 2014, 2015 y 2016 de forma que se pudieran ir publicando en el *Diario Oficial de la Generalitat Valenciana (DOGV)* las convocatorias correspondientes a las plazas de las mismas especialidades, categorías o cuerpos de las tres OPE de forma conjunta y escalonadamente a partir de finales del año 2016.

En relación con estas OPE (2014-2016), se convocaron el 100% de las plazas previstas y el plazo medio transcurrido desde la publicación de las OPE hasta la convocatoria de las plazas fue de 20 meses para las plazas de facultativos y de 17 meses para las plazas de enfermería.

Hasta la fecha de realización de nuestro trabajo, se habían adjudicado y nombrado funcionarios de carrera al 71,3% de las plazas de facultativos convocadas en dichas OPE y el plazo medio transcurrido desde las convocatorias hasta los nombramientos fue de 33 meses.



**Cuadro 25. Información sobre las ofertas de empleo público de los años 2014 a 2016: facultativos (a 31 de octubre de 2020)**

	2014	2015	2016
Fecha publicación OPE	01/12/2014	18/05/2015	27/09/2016
Plazas según OPE	192	239	331
Plazas convocadas hasta 31/10/2020	192	239	331
Nombramiento hasta 31/10/2020	96	189	258
% de plazas convocadas	100%	100%	100%
% de nombramientos	50%	79,1%	77,9%
Tiempo medio transcurrido desde OPE hasta convocatoria (meses)	35	24	8
Tiempo medio transcurrido desde convocatoria hasta nombramiento (meses) <sup>46</sup>	35	33	31

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos disponibles en la página web de la CSUSP.

En enfermería, únicamente se habían nombrado, a fecha de nuestro trabajo, como personal estatutario fijo a siete aspirantes aprobadas en el concurso-oposición para la provisión de vacantes de enfermero o enfermera SAMU, es decir, tan solo el 0,8% del total de plazas ofertadas para personal de enfermería en el periodo 2014-2016.

**Cuadro 26. Información sobre las ofertas de empleo público de los años 2014 a 2016: enfermería**

	2014	2015	2016
Fecha publicación OPE	01/12/2014	18/05/2015	27/09/2016
Plazas según OPE	0	289	637
Plazas convocadas hasta 31/10/2020	0	289	637
Nombramiento hasta 31/10/2020	0	0	7
% de plazas convocadas	–	100%	100%
% de nombramientos	–	0%	1,1%
Tiempo medio transcurrido desde OPE hasta convocatoria (meses)	–	29	12
Tiempo medio transcurrido desde convocatoria hasta nombramiento (meses)	–	–	29

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos disponibles en la página web de la CSUSP.

<sup>46</sup> El tiempo medio se ha calculado únicamente para las plazas que ya han sido ocupadas a 31 de octubre de 2020. Por ejemplo, respecto a las plazas de la OPE 2014, se convocaron 192 plazas el 16 de octubre de 2017 y 96 de ellas fueron ocupadas por nombramiento definitivo el 31 de agosto de 2020.



Los bajos porcentajes de nombramiento y los extensos plazos transcurridos desde las convocatorias hasta los nombramientos son consecuencia de la complejidad de gestionar la planificación y ejecución de procesos selectivos multitudinarios, que requieren de recursos materiales, físicos y humanos muy significativos y que obligan además a resolver numerosas reclamaciones y recursos en distintos niveles judiciales, con los consiguientes retrasos en la tramitación de los procesos. Esta problemática es extensible a otras comunidades autónomas.

La dilación en la celebración de los procesos selectivos se ha visto agravada en 2020 por la situación de crisis sanitaria provocada por la pandemia de la COVID-19, que ha supuesto la paralización de los procesos selectivos en vigor y el aplazamiento de las nuevas convocatorias. Así, respecto a las OPE de 2016, 2017 y 2019, que también han sido agrupadas, las primeras convocatorias fueron publicadas en octubre de 2020 y apenas alcanzan el 9% de las plazas previstas para facultativos en el conjunto de estas OPE y ninguna en el caso de enfermería. Por tanto, la cobertura definitiva de estas plazas, que debería mitigar parcialmente la alta temporalidad, no será efectiva a medio plazo.

En conclusión, las limitaciones presupuestarias y las consecuentes restricciones en la tasa de reposición durante los últimos ejercicios y la dilación de los plazos en la gestión de los procesos selectivos han impedido a la CSUSP alcanzar el objetivo de reducir la temporalidad entre el personal facultativo y el de enfermería, situándose por encima de la tasa de temporalidad en la sanidad pública a nivel agregado, que alcanzó el 33%.

La CSUSP debe dotar de los recursos necesarios para, en el contexto temporal actual y teniendo en cuenta las características propias de procesos selectivos multitudinarios, garantizar la celeridad de la cobertura de las plazas creadas y previstas en las actuales ofertas de empleo público y reducir así la elevada temporalidad persistente, que puede condicionar negativamente la prestación del servicio sanitario.



## Subobjetivo 1.6: ¿Se ha constatado un envejecimiento continuado de la plantilla?

La distribución por edad de los profesionales aporta información fundamental para tratar de anticipar la posible evolución futura de las necesidades de incorporar nuevos sanitarios.

Del análisis de los datos de plantilla reflejados en los datos contenidos en CIRO, se observa que la edad media<sup>47</sup> de los facultativos es de 49,2 años y que el porcentaje de profesionales que superan los 60 años se situó en 2019 en el 23,0% del total de la plantilla, incluyendo personal con relación laboral fija y temporal.

El envejecimiento es más acusado entre las personas que ocupan plazas de forma fija, pues la media de edad sube hasta los 56,4 años y el 40,0% tiene más de 60 años.

En comparación con el conjunto de España, y a falta de un registro oficial del número de facultativos a nivel estatal, según un estudio<sup>48</sup> de investigadores que ha realizado una estimación de las necesidades de facultativos, había en 2018 un total de 138.797 médicos especialistas en España trabajando en el Sistema Nacional de Salud y el porcentaje de profesionales médicos con 60 y más años se situó en el 20,5%, por lo que en un plazo aproximado de cinco años, uno de cada cinco facultativos del SNS alcanzará la edad de jubilación.

### Medicina familiar y comunitaria

Entre los profesionales de medicina familiar y comunitaria, la edad media de aquellos que tienen una plaza fija ha alcanzado los 58,9 años en 2019, con un 55,9% de los médicos mayores de 60 años.

<sup>47</sup> Nota metodológica para cálculo de la edad media. Se ha tomado como fecha de cálculo la edad a 31 de diciembre de 2019, ponderando en función del tiempo efectivamente trabajado durante el ejercicio 2019. Ejemplo:

Edad a 31 de diciembre (i)	Meses trabajados en 2019 (ii)	Tiempo efectivamente trabajado (iii = ii / 12 )	Edad ponderada (iv = i x iii)
50	12	1,00	50
55	12	1,00	55
61	12	1,00	61
66	2	0,17	11
36	10	0,83	30
	<b>48</b>	<b>4,00</b>	<b>51,8</b>

La edad media de este colectivo de cinco facultativos, uno de los cuales únicamente trabajó 2 meses, es 51,8 años y es el resultado de la suma de la edad ponderada (50+55+61+11+30) dividido por el tiempo efectivamente trabajado (4).

<sup>48</sup> Barber Pérez, Patricia; González López-Valcárcel, Beatriz (2018). *La estimación de la oferta y demanda de médicos especialistas. España 2018-2030*. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.



En el conjunto de médicos de familia, con independencia de la relación laboral, la situación es igualmente preocupante y es previsible que existan tensiones de reposición a corto plazo, pues 1.332 facultativos tienen más de 60 años<sup>49</sup> (el 38,2% del total), una proporción más elevada que en el conjunto del país, que tiene una proporción media del 27,5% según el estudio estimativo de las necesidades de facultativos mencionado anteriormente.

**Cuadro 27. Evolución de la edad media y proporción de mayores de 60 años de médicos de familia según relación laboral**

	2016	2017	2018	2019	Mayor de 60
Fijo	57,6	58,3	58,5	58,9	55,9%
Atención continuada	49,9	49,6	49,4	49,3	24,6%
Acumulación tareas	43,7	41,9	41,2	40,8	7,2%
Interinidad	51,1	51,5	51,8	50,5	26,0%
Sustitución	46,4	46,0	45,2	44,0	13,3%
Promoción interna temporal	59,1	59,2	59,9	60,5	69,9%
<b>Total</b>	<b>53,8</b>	<b>54,0</b>	<b>53,8</b>	<b>53,3</b>	<b>38,2%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en CIRO.

La edad media más elevada entre el colectivo de facultativos de medicina familiar y comunitaria corresponde al departamento de salud de València-La Fe (56,9 años) y la más reducida al de Vinaròs (49,2 años).

**Pediatría (atención primaria)**

En pediatría, el índice de envejecimiento de la plantilla con relación fija es inferior al observado entre el colectivo de médicos de familia, pues los mayores de 60 años representan el 39,6% del colectivo, con una edad media de 56,3 años en 2019.

En el agregado de pediatras de atención primaria, con independencia de la relación laboral, la edad media es de 49,7 años y un 25,2% del colectivo tiene más de 60 años (205 facultativos).

<sup>49</sup> Este número de facultativos está ponderado en función del tiempo efectivo trabajado por cada uno de ellos durante el ejercicio 2019. Siguiendo con el ejemplo de la nota metodológica explicada anteriormente, el número de facultativos mayores de 60 años a efectos de nuestros análisis sería de 1,17 (un facultativo de 61 años que trabajó 12 meses y un facultativo de 66 años que trabajó 2 meses).



**Cuadro 28. Evolución de la edad media y proporción de mayores de 60 años de pediatras de atención primaria según relación laboral**

	2016	2017	2018	2019	Mayor de 60
Fijo	55,7	56,1	56,0	56,3	39,6%
Atención continuada	–	–	–	–	–
Acumulación tareas	48,2	46,1	42,5	45,7	16,5%
Interinidad	44,7	44,7	44,8	44,6	14,4%
Sustitución	44,5	44,5	44,4	44,5	13,2%
Promoción interna temporal	56,6	–	–	–	–
<b>Total</b>	<b>50,5</b>	<b>50,2</b>	<b>49,9</b>	<b>49,7</b>	<b>25,2%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en CIRO.

Los pediatras en el departamento de La Plana tienen la edad media más baja (41,8 años) y los de València-Doctor Peset alcanzan la edad media más elevada (55,2 años).

### Especialistas

Sin considerar a los jefes de servicio ni de sección, la edad media de los facultativos en atención especializada alcanzó los 46,6 años y la proporción de mayores de 60 años es del 13,4%. Sin embargo, la situación del colectivo de facultativos que tienen plaza fija resulta más preocupante porque la edad media sube hasta los 54,6 años y un 28,3% tiene más de 60 años.

**Cuadro 29. Evolución de la edad media y proporción de mayores de 60 años facultativos de atención especializada según relación laboral**

	2016	2017	2018	2019	Mayor de 60
Fijo	54,1	54,7	54,6	54,6	28,3%
Atención continuada	36,2	35,8	36,3	36,4	0,9%
Acumulación tareas	36,7	36,3	35,9	35,9	1,6%
Interinidad	42,6	43,1	43,3	43,5	5,3%
Sustitución	40,3	40,7	40,9	40,8	2,9%
Promoción interna temporal	51,8	52,5	53,1	53,7	24,7%
<b>Total</b>	<b>46,7</b>	<b>46,8</b>	<b>46,7</b>	<b>46,6</b>	<b>13,4%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en CIRO.

Las especialidades que tienen mayor número de facultativos mayores de 60 años en 2019 son psicología clínica, anestesiología y reanimación, y cirugía general y del aparato digestivo.



**Cuadro 30. Edad media y número de facultativos mayores de 60 años. Facultativos de atención especializada. Año 2019**

Especialidad	Edad media	Mayores de 60 (facultativos)	Mayores de 60 (proporción)
Psicología clínica	53,2	66	24,6%
Anestesiología y reanimación	45,7	51	10,5%
Cirugía general y del aparato digestivo	47,0	50	16,3%
Psiquiatría	47,4	49	16,6%
Radiodiagnóstico	46,8	44	15,1%
Oftalmología	48,4	42	19,8%
Obstetricia y ginecología	44,7	38	10,6%
Medicina interna	46,1	37	13,7%
Otorrinolaringología	49,8	33	22,4%
Cirugía ortopédica y traumatología	46,4	31	10,2%
Análisis clínicos	51,9	31	26,4%
Resto	45,8	304	11,1%
<b>Total</b>	<b>46,6</b>	<b>775</b>	<b>13,4%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en CIRO.

Los departamentos de salud de Castellón y La Plana son los que tienen menor proporción de facultativos mayores de 60 años con un 9,7% y un 9,5% respectivamente, mientras que València-Hospital General y València-Arnau-Lliria presentan la tasa más elevada (22,3% y 16,2%).

### Enfermería

También el grado de envejecimiento en el colectivo de enfermería es relevante. El 44,3% del personal de enfermería que ocupa una plaza fija tiene más de 60 años y la edad media es de 56,5 años. El personal que ocupa plaza de forma temporal es sensiblemente más joven, por lo que la proporción global de mayores de 60 baja hasta el 18,0% (2.882 personas), situándose la edad media en los 45,9 años.



**Cuadro 31. Evolución de la edad media y proporción de mayores de 60 años. Personal de enfermería según relación laboral**

	2016	2017	2018	2019	Mayor de 60
Fijo	57,0	56,9	56,5	56,5	44,3%
Atención continuada	39,8	39,7	39,3	38,5	3,9%
Acumulación tareas	32,1	32,1	31,6	31,1	0,5%
Interinidad	42,6	43,3	43,4	43,2	3,9%
Sustitución	36,2	36,2	35,9	35,4	1,2%
Promoción interna temporal	50,6	51,0	50,8	51,2	11,6%
<b>Total</b>	<b>47,9</b>	<b>47,6</b>	<b>46,7</b>	<b>45,9</b>	<b>18,0%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en CIRO.

Por tanto, el envejecimiento de la plantilla de personal facultativo y personal de enfermería de la CSUSP es un hecho constatable que está identificado por la propia Conselleria y documentado en los anexos estadísticos que acompañan al PORH y al Plan Anual de Gestión 2020. Para abordar esta problemática, la propia CSUSP en su PORH "plantea que debe hacerlo centrándose en dos dimensiones de un mismo problema: por un lado, el impacto del envejecimiento en ciertas categorías profesionales cuyas tareas son más intensivas en esfuerzo físico requerirá contar con mecanismos que ayuden a aliviar la incidencia de la edad avanzada en el correcto desempeño profesional; y por otro, el impacto de una salida masiva en ciertas categorías y puestos intensivos en conocimiento y en conocimiento experto, marcada por el elevado número de profesionales afectados en categorías donde existe una oferta en el mercado de trabajo escasa".

## **OBJETIVO 2: ¿LA CONSELLERIA CUENTA CON LOS MEDIOS SUFICIENTES PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL PERSONAL AL SERVICIO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA GENERALITAT?**

### **Subobjetivo 2.1: ¿Los sistemas de control de asistencia son homogéneos y se han establecido los medios necesarios para su seguimiento en todos los centros sanitarios?**

El personal facultativo y de enfermería está sujeto a la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, y al Decreto 137/2003, de 18 de julio, del Consell de la Generalitat, por el que regula la jornada y horario de trabajo, permisos, licencias y vacaciones del personal al servicio de las instituciones sanitarias de la Generalitat dependientes de la CSUSP.

Este marco normativo establece las disposiciones mínimas para la protección de la seguridad y salud del personal estatutario en materia de ordenación del tiempo de trabajo. Señala la normativa que se considera tiempo de trabajo únicamente todo periodo durante el cual el personal permanezca en el trabajo, a disposición del centro y en ejercicio de su



actividad y que no debe superar las 48 horas semanales de media en cómputo anual, salvo situaciones de extrema necesidad asistencial. También indica cuáles son los periodos mínimos de descanso diario y de descanso semanal.

Como procedimiento de auditoría que sirva de evidencia para contestar a la pregunta formulada en este subobjetivo, se ha solicitado a todos los departamentos de salud de gestión pública una descripción de los sistemas de control de asistencia implantados en los centros de trabajo que permitan el registro de las entradas y salidas del personal.

La prestación asistencial en los departamentos de salud se estructura en servicios, secciones y unidades, cada una de estas divisiones tiene asignada una persona responsable y cada una de las personas que trabajan en ellas tiene a su vez asignado un turno de trabajo. Dicho turno se gestiona mediante la aplicación GESTUR y se notifica a cada trabajador antes del inicio del año natural.

El control de asistencia se efectúa por parte de los jefes de servicio o de sección o por los coordinadores y supervisores respecto del personal que depende de su unidad, a partir de la programación horaria realizada y apoyada en las planillas con los turnos de trabajo y en la programación de agendas con las citaciones de pacientes. En los centros asistenciales, y

**Son los mandos intermedios quienes tienen la responsabilidad de velar por el cumplimiento de la jornada del personal a su cargo**

a diferencia de lo establecido en los servicios centrales de la Conselleria, no existe un sistema informatizado de control horario (por ejemplo, un sistema de fichaje por huella digital), siendo por tanto los mandos intermedios quienes tienen la responsabilidad de velar por el cumplimiento de la jornada del personal a su cargo. Esta situación no es una cuestión específica en la Comunitat Valenciana, sino que está generalizada en los diferentes servicios de salud autonómicos, siendo el argumento general

que la propia naturaleza de la actividad desarrollada en los centros sanitarios garantiza dicho cumplimiento.

Todas las incidencias en cuanto a ausencias al puesto de trabajo o incumplimientos de jornada son tramitadas mediante procedimientos fundamentalmente manuales que finalizan con la grabación de las incidencias en distintas aplicaciones (CIRO, NOMINA, GESTUR). A este respecto, reproducimos a continuación lo ya manifestado por esta Sindicatura en el Informe de fiscalización de los gastos de personal de la Administración de la Generalitat del ejercicio 2019:

“CIRO permite la gestión de los puestos una vez creados y la gestión de los expedientes del personal sanitario (datos personales, titulación académica, historial administrativo...). La gestión de los puestos se transfiere a la aplicación NÓMINA a través de una interfaz automática, pero para la gestión de personas no existe una interfaz similar, por lo que la información debe introducirse por duplicado en ambas aplicaciones. Se efectúa en un primer momento en CIRO y posteriormente en NÓMINA, para poder generar la nómina mensual. La falta de esta conexión automática impide garantizar la integridad y la disponibilidad de la información gestionada, además de ser ineficiente”.



Por tanto, resulta preciso que la CSUSP considere prioritario mejorar las aplicaciones relacionadas con la gestión del personal, integrando en un único sistema informático toda la información relacionada con esta o, al menos, diseñar procesos automatizados de transferencia de información entre distintas herramientas. La supresión de procesos manuales permitiría reducir las cargas administrativas que soportan no solo los servicios de personal sino también los mandos intermedios asistenciales. La integración de las aplicaciones y la implantación de herramientas tecnológicas avanzadas en los sistemas de control de asistencia posibilitarían un mayor control interno, una reducción de costes de gestión y una mejora cualitativa de la información de gestión, al mismo tiempo que permitiría garantizar el cumplimiento de los requerimientos normativos en relación con la jornada laboral.

La Dirección General de Recursos Humanos nos ha informado de que la integración de las dos aplicaciones (CIRO y NOMINA) se desarrolla en dos fases. La primera fase consiste en integrar los puestos de trabajo en cuanto a su creación, reconversión y amortización, que ya se encuentra desarrollada y operativa. Y la segunda tiene como finalidad integrar la toma de posesión y cese de los nombramientos del personal en los mencionados puestos, etapa que se halla en fase de estudio y viabilidad. También señala la DGRH que el proceso debe ser atendido de forma compartida con el órgano administrativo competente en materia de nóminas, actualmente la Subsecretaría, en coordinación con la Subdirección General de Sistemas de Información para la Salud.

En conclusión, si bien los sistemas de control de asistencia son homogéneos entre los distintos departamentos de salud, se trata de procedimientos excesivamente anticuados, que incorporan elementos de control manuales y carentes de herramientas tecnológicas que sí están implantadas de forma generalizada en otros ámbitos de la Administración, que revelan la existencia de indicios de ineficiencias para la consecución de los objetivos previstos. Dado que no existe un sistema de control horario informatizado entre todos los departamentos de salud, no hemos podido aplicar procedimientos de auditoría eficientes que nos permitan obtener evidencia adecuada y suficiente para concluir si se garantiza íntegramente el cumplimiento de la efectiva realización de la jornada ordinaria y de la complementaria. Esta limitación al alcance no nos permite formular conclusiones sobre el cumplimiento de los horarios de descanso, así como de las compensaciones horarias por posibles incumplimientos de los mismos y, en su caso, de los posibles efectos retributivos en el personal facultativo y de enfermería.

### **Subobjetivo 2.2: ¿Resulta efectiva la regulación del régimen de prestación de la atención continuada y las guardias médicas en el servicio de atención especializada?**

El régimen de prestación de las guardias médicas en el servicio de atención especializada se regula en la Orden de 21 de enero de 1999, siendo los siguientes los aspectos más relevantes:

1. La guardia de presencia física del personal facultativo de atención especializada es de 17 horas (desde las 15:00 hasta las 8:00 horas del día siguiente) en los días laborables



(de lunes a sábado) y de 24 horas (de 8:00 horas a las 8:00 horas del día siguiente) los domingos y días festivos, según calendario laboral.

2. El día siguiente al de guardia de presencia física es día de descanso obligatorio y remunerado.
3. En el caso en que la guardia de presencia física se efectúe el domingo, el día de descanso correspondiente es el lunes y, además da derecho a un día de compensación que se adiciona a los periodos vacacionales.
4. En el caso de las guardias realizadas en sábado, el día de descanso obligatorio es únicamente el domingo.
5. El número máximo de guardias de presencia física que puede realizar un facultativo obligatoriamente es de tres guardias mensuales. Sin embargo, de forma voluntaria puede realizar todas aquellas que desee el facultativo y le permita el director del hospital, siempre que se cumpla toda la normativa vigente en materia de guardias médicas.
6. Cuando por necesidades asistenciales justificadas, durante los periodos vacacionales de verano, Navidades y Semana Santa, resulte imprescindible un incremento de guardias que supere el máximo de tres guardias mensuales por facultativo, la dirección del centro podrá recurrir, por orden, a la oferta de los propios facultativos que deseen realizarlas de forma voluntaria; en segundo lugar, a la contratación de facultativos para la prestación de servicios de atención continuada fuera de la jornada, y, en tercer lugar, a la designación obligatoria de facultativos del propio servicio donde se haya producido la necesidad asistencial, en este caso distribuidas de forma igualitaria entre todos los facultativos.
7. Cada tres días o fracción de tres superior a las 36 guardias obligatorias al año dan derecho a un día de compensación que se adicionará a los periodos vacacionales, independientemente de los concedidos por las guardias realizadas en domingo.
8. Los facultativos de 54 años cumplidos o más pueden cursar al director del hospital una solicitud de exención de la realización de guardias de presencia física.

De forma análoga, el Decreto 72/2001, de 2 de abril, del Gobierno Valenciano, regula la atención continuada en el ámbito de la atención primaria. Se entiende por atención continuada la atención permanente que se presta a la población fuera del horario ordinario del funcionamiento del centro, llevándose a término en los puntos de atención continuada (PAC), mediante el establecimiento de turnos rotativos entre los profesionales de los equipos de atención primaria. El régimen de la atención continuada se resume en los siguientes puntos:

1. El horario de funcionamiento de los PAC comienza cuando finaliza el horario de funcionamiento del centro, es decir, a las 15:00 horas en los centros que funcionen solo en horarios de mañana y a las 21:00 horas en los centros que funcionen en horario de



mañana y tarde, según las características del centro, y finalizará a las 8:00 horas del día siguiente. Los domingos y festivos los PAC funcionan las 24 horas.

2. El número máximo de horas de atención continuada a realizar en atención primaria será de 425 horas/año, pudiendo ampliarse de forma voluntaria hasta 850 horas/año.
3. En ningún caso la jornada de trabajo excederá de 48 horas, incluido el tiempo de trabajo dedicado a atención continuada, por cada periodo de siete días, en cómputo de 12 meses.
4. En el supuesto de que fueran necesarios refuerzos externos a los equipos de atención primaria, para su cobertura se atenderá al siguiente orden jerárquico: personal voluntario de la misma área de salud (siempre y cuando no exceda el número de horas señalado en el punto 1), personal contratado de la bolsa de empleo (según lo previsto en la normativa vigente) y, por último, personal voluntario de otras áreas (siempre y cuando no exceda el número de horas).
5. El día siguiente de haber realizado atención continuada, de forma obligatoria, será día de descanso remunerado. En el supuesto de que la atención continuada se efectúe en domingo, el día de descanso correspondiente será el lunes y, además, dará lugar a un día de compensación que se adicionará a los periodos vacacionales.
6. El personal de los equipos de atención primaria mayor de 54 años puede solicitar quedar exento de la obligación de realizar atención continuada.

El cumplimiento de los anteriores requerimientos, tanto en primaria como en especializada, se sustenta en un sistema de control interno basado en elementos manuales, y que de forma genérica se resumen en:

1. Inicialmente el mando intermedio (jefe de servicio facultativo o coordinador en atención primaria) prepara la planilla mensual de guardias del personal de su servicio, respetando la normativa de aplicación en relación con qué facultativos deben hacer guardias, el número máximo y el descanso obligatorio.
2. Estas planillas son remitidas a la gerencia del departamento, que da su conformidad verificando el cumplimiento de los requerimientos del número máximo de guardias y los descansos obligatorios.
3. Una vez autorizadas dichas planillas, se remiten al servicio de personal para su grabación en el proceso de elaboración de la nómina.

**Se recomienda rediseñar el sistema de control interno, que debería basarse en las tecnologías de la información**

Los elementos manuales en el control interno pueden resultar menos fiables que los elementos automatizados debido a que pueden ser más fácilmente evitados, ignorados o eludidos y también a que están más expuestos a simples errores y equivocaciones. Es por ello que se recomienda a la Conselleria que rediseñe el sistema de control interno,



que debería basarse en las tecnologías de la información y resultar así más adecuado dado el elevado número de acciones involucradas en el proceso de gestión de guardias médicas. En nuestra opinión, un sistema de control interno basado en las tecnologías de la información permitiría:

- Aplicar de manera homogénea las normas de actuación predefinidas en relación con la autorización de las guardias a realizar.
- Mejorar la oportunidad, disponibilidad y exactitud de la información.
- Facilitar un análisis adicional de la información.
- Mejorar la capacidad para hacer un seguimiento del resultado de las actividades realizadas.
- Reducir el riesgo de que los controles manuales no sean realizados.
- Mejorar la capacidad de lograr una segregación de funciones efectiva mediante la implementación de controles de seguridad en las aplicaciones, bases de datos y sistemas operativos.

Como consecuencia de la inexistencia de un sistema de control interno basado en elementos automatizados, de las limitaciones derivadas de la ausencia de un sistema informatizado de control horario y la indisponibilidad de un sistema de información completo sobre las guardias realizadas, junto con las restricciones en nuestro trabajo derivadas de las medidas extraordinarias como consecuencia de la pandemia de la COVID-19 (básicamente en lo que se refiere a visitas a los hospitales de los departamentos de salud), no se han podido llevar a cabo procedimientos de auditoría alternativos que nos permitan concluir sobre el cumplimiento general del régimen jurídico de las guardias médicas.

### **Subobjetivo 2.3: ¿Se registran elevadas tasas de absentismo entre el personal sanitario?**

El absentismo laboral se refiere a toda ausencia de una persona de su puesto de trabajo, en horas que correspondan a un día laborable, dentro de la jornada legal de trabajo.

En atención a su causalidad y justificación se diferencia entre absentismo injustificado, que es la ausencia o abandono del puesto de trabajo sin autorización, incumpliendo las condiciones establecidas en el contrato de trabajo y cuya corrección exige la adopción de medidas de carácter disciplinario, y el absentismo justificado, que es toda falta de asistencia al puesto de trabajo como consecuencia de una causa o motivo justificado y que tiene el correspondiente respaldo o amparo legal.

El absentismo justificado puede ser derivado de la incapacidad laboral temporal (ILT), consecuencia de enfermedad o accidente, por las ausencias aisladas del puesto de trabajo derivadas de una enfermedad o accidente y en las que no se requiere parte de baja médica por ILT, o por otras causas, que incluyen todos aquellos permisos legales retribuidos



contemplados en la normativa vigente, así como por vacaciones, reducciones de jornada, licencias, etc.

En este informe hemos considerado que el índice de absentismo es el cociente entre el sumatorio de todos los días de baja por cualquier motivo (excepto las ausencias justificadas por vacaciones, días de libre disposición o días de compensación horaria) y el número de trabajadores equivalente en el periodo.

La tendencia del absentismo es alcista en todos los colectivos y en 2019 ha alcanzado un índice del 12,6% en el agregado de facultativos y enfermería.

### Cuadro 32. Evolución del índice de absentismo

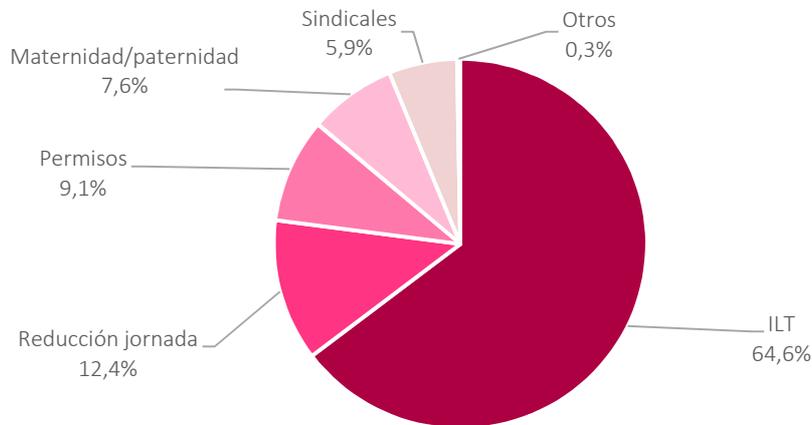
	2016	2017	2018	2019
Médico de familia (AP)	7,7%	8,3%	9,6%	10,0%
Pediatra (AP)	8,1%	10,3%	11,6%	12,1%
Facultativo (AE)	7,9%	8,1%	8,7%	9,7%
Enfermería	11,3%	12,0%	13,0%	14,2%
<b>Media de facultativos y enfermería</b>	<b>9,9%</b>	<b>10,6%</b>	<b>11,6%</b>	<b>12,6%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en NOMINA y en CIRO.

El principal motivo de absentismo es el derivado de procesos de incapacidad laboral temporal, que explican el 64,6% de los días de ausencia en el trabajo.



**Gráfico 22. Motivos de absentismo<sup>50</sup>**



*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en NOMINA y en CIRO.*

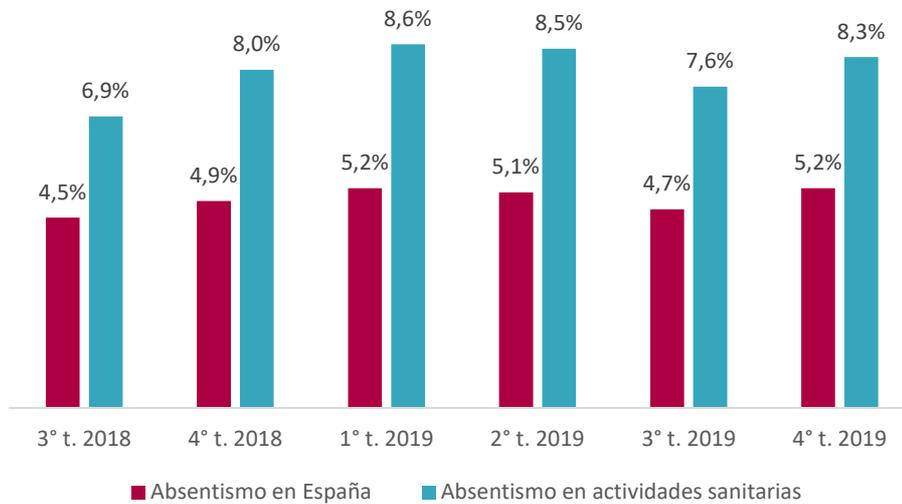
Dentro del concepto "Otros", hemos incluido principalmente las ausencias de menos de 48 horas, las ausencias sin justificar de más de 48 horas y las suspensiones provisionales de funciones en aplicación del régimen disciplinario. Tal y como hemos descrito en el subobjetivo 2.1, la falta de un sistema de control de asistencia informatizado no nos permite formular conclusiones sobre la integridad del índice de absentismo, y en particular, sobre si todas las ausencias no justificadas están debidamente registradas en CIRO.

El nivel de absentismo observado entre el personal facultativo y de enfermería es superior a la media del sector de las actividades sanitarias en España, siendo este uno de los sectores económicos que cuenta con mayor tasa de absentismo, con un índice unos tres puntos porcentuales superior al conjunto de la economía española.

<sup>50</sup> Las ausencias por permisos legales, las horas sindicales e incluso la reducción de jornada suponen la realización de menos horas trabajadas respecto de la jornada ordinaria. Por analogía con la metodología del INE, hemos incluido estas horas como absentismo, si bien no son comparables desde el punto de la justificación con las ausencias clasificadas en "Otros".



Gráfico 23. Absentismo laboral<sup>51</sup> en España



Fuente: Informes trimestrales de absentismo laboral (Randstad Research).

Si bien las ausencias no justificadas que han sido registradas en CIRO son irrelevantes, en nuestra opinión, sería recomendable que la Conselleria llevara a cabo un plan de control<sup>52</sup>

**Se recomienda implantar un plan de control con el objetivo de reducir los índices globales de ausencia**

del absentismo del personal, con el objetivo de reducir los índices globales de ausencia. Este plan de control debería completar las actuaciones que lleva a cabo la Inspección de Servicios Sanitarios<sup>53</sup> de la CSUSP y diseñar una estrategia con actuaciones concretas que permitan optimizar la gestión de permisos y licencias, mejorar las condiciones de seguridad y salud laboral del personal sanitario, e

identificar las prácticas abusivas e injustificadas causantes de absentismo.

<sup>51</sup> Las estimaciones de Randstad se basan en un análisis de la encuesta trimestral de coste laboral del Instituto Nacional de Estadística. La población ausente se estima a partir del número de horas no trabajadas y la encuesta de población activa (EPA). Los informes de Randstad consideran absentismo en un sentido amplio, que incluye tanto las ausencias al puesto de trabajo debidas a la existencia de una baja médica (situaciones de incapacidad temporal, IT) como el resto de ausencias.

<sup>52</sup> En junio de 2012, el Consell aprobó el Plan de Control del Absentismo del Personal de la Generalitat.

<sup>53</sup> En los planes anuales de inspección de servicios sanitarios, y en relación con la inspección y gestión de la prestación por incapacidad temporal del personal de la CSUSP y del personal de la Administración del Consell, la Inspección de Servicios Sanitarios de la CSUSP se ha fijado los siguientes objetivos:

- Ajustar los índices de ausencia del personal de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública y de la Administración del Consell.
- Elaboración, estudio y difusión de los indicadores relativos a la incapacidad temporal correspondientes a este personal, para facilitar la gestión de los recursos por parte de los correspondientes departamentos contemplando la perspectiva de género.



## Subobjetivo 2.4: ¿Se constata la existencia de diferencias retributivas de los profesionales sanitarios en función del cumplimiento de objetivos de calidad y eficiencia?

La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, establece en su artículo 43.2.c) que entre las retribuciones complementarias del personal estatutario se incluye el "complemento de productividad, destinado a retribuir el especial rendimiento, el interés o la iniciativa del titular del puesto, así como su participación en programas o actuaciones concretas y la contribución del personal a la consecución de los objetivos programados, previa evaluación de los resultados conseguidos".

Desde el año 2004, en las leyes de presupuestos de la Generalitat se introduce el concepto del complemento de productividad variable, destinado a hacer efectiva la diferenciación retributiva de los profesionales sanitarios, en función del cumplimiento de objetivos de calidad y eficacia.

Para el periodo 2016-2019, las correspondientes leyes de presupuestos indican que, de acuerdo con las dotaciones presupuestarias que se prevean anualmente, el personal sanitario incluido en el ámbito de aplicación de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, y que preste servicios en los centros e instituciones sanitarias dependientes de la conselleria que tenga asignadas las competencias en materia de sanidad podrá percibir una productividad variable, que responderá a la ponderación de los siguientes parámetros: uso eficiente de los recursos, calidad asistencial, accesibilidad y grado de implicación en actividades propias de la organización.

Esta forma de retribuir puede considerarse como un sistema de pago por desempeño (en inglés, *Pay-for-Performance*), bastante extendido en el mundo anglosajón, si bien la escasa importancia relativa en el conjunto de la remuneración anual del personal sanitario en el ámbito de la Comunitat Valenciana implica que no sean exactamente comparables con dichos sistemas de retribución.

El procedimiento para hacer efectiva esta diferenciación retributiva entre los profesionales sanitarios se establece en el Decreto 38/2007, de 13 de abril, del Consell, por el que se regula el complemento de productividad variable del personal al servicio de las instituciones sanitarias de la CSUSP.

En 2016, el crédito total asignado a este concepto retributivo<sup>54</sup> experimentó un incremento máximo, en términos anuales, del 1% respecto del establecido a 31 de diciembre de 2015<sup>55</sup>. Para los ejercicios siguientes (2017 a 2019), la cuantía destinada al complemento de productividad no ha experimentado incremento respecto a la vigente a 31 de diciembre de

---

<sup>54</sup> Código retributivo 74, "Productividad variable".

<sup>55</sup> Artículo 28.5 de la Ley 11/2015, de 29 de diciembre, de Presupuestos de la Generalitat para el Ejercicio 2016.



2016. Los importes abonados en nómina durante el periodo 2016-2019 ascienden a una media de 18 millones de euros.

El marco de referencia para la aplicación del modelo de retribución variable es el acuerdo de gestión, que es suscrito por todos los departamentos de salud, con carácter anual y en el que se establecen sus objetivos globales para el año. El grado de cumplimiento de los objetivos globales contenidos en el acuerdo de gestión repercute en la evaluación final de los trabajadores adscritos, siendo la Comisión Central de Seguimiento de la Productividad Variable quien evalúa el grado de cumplimiento de los objetivos de cada departamento de salud.

Tal y como detalla el Decreto 38/2007, todos los profesionales tienen derecho a disponer también de objetivos individuales en el marco de la unidad funcional o centro al que estén adscritos. Para ello, pueden exigir al responsable de la unidad funcional o centro que les comunique por escrito sus objetivos individuales. En estos casos, la cantidad a percibir por cada trabajador, en concepto de complemento de productividad variable, dependerá del grado de consecución de sus propios objetivos individuales, así como de los objetivos globales de la unidad funcional o centro al que se adscribe, de forma que en su evaluación, estos tienen un peso del 40%, mientras que los objetivos individuales representan el otro 60%.

Según los informes de seguimiento de la productividad del año 2019<sup>56</sup>, aproximadamente dos tercios de los trabajadores pertenecientes a los grupos A1 y A2 de los departamentos de salud no tuvieron puntos propios individuales. Su puntuación estuvo determinada por la puntuación de la unidad funcional o centro al que estuvieron adscritos durante ese año.

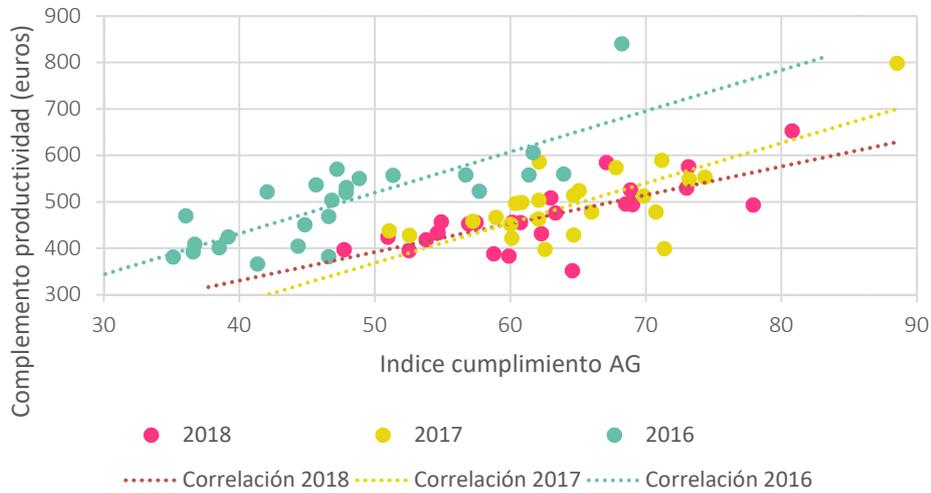
Esta metodología de cálculo, junto con otros factores (congelación de la partida presupuestaria, aumento de la plantilla, diversidad en la composición de la plantilla según categorías profesionales, proporción de días efectivamente trabajados, etc.) hacen que la relación entre el importe abonado por término medio entre facultativos y personal de enfermería y el índice de consecución de los objetivos contenidos en los acuerdos de gestión de cada departamento no represente una regresión lineal perfecta.

---

<sup>56</sup> Información disponible en ALUMBRA.



**Gráfico 24. Correlación<sup>57</sup> entre el índice de consecución de los objetivos previstos en los acuerdos de gestión y el importe medio anual abonado en nómina en concepto de complemento de productividad (euros por perceptor)**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en ALUMBRA y en NOMINA.

Como consecuencia de la congelación del crédito presupuestario destinado al pago del complemento de productividad y el incremento del número de perceptores en el periodo, se aprecia una disminución en el importe medio abonado.

**Cuadro 33. Evolución del importe abonado en nómina en concepto de complemento de productividad. Media anual en euros por perceptor**

	2016	2017	2018	2019
Médico de familia (AP)	596	580	597	564
Pediatra (AP)	622	600	629	586
Facultativo (AE)	644	627	642	611
Enfermería	400	388	391	373
<b>Media de facultativos y enfermería</b>	<b>486</b>	<b>470</b>	<b>478</b>	<b>457</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en NOMINA.

<sup>57</sup> Cada punto en el gráfico corresponde a un departamento de salud, según el grado de consecución de los objetivos previstos en el acuerdo de gestión y el importe medio abonado por perceptor (solo facultativos y enfermería).



En nuestra opinión, y si bien compartimos que resulta positivo establecer sistemas de incentiación que puedan favorecer la consecución de los objetivos de la organización en su conjunto, las restricciones presupuestarias actuales limitan la efectividad 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, pues el importe medio abonado en el periodo 2016-2019 apenas representa el 1% de la remuneración anual del colectivo de facultativos y enfermería.

### Las restricciones presupuestarias limitan la efectividad del complemento de productividad variable como mecanismo para la diferenciación retributiva

Se recomienda a la CSUSP que evalúe la posibilidad de rediseñar el modelo actual, estableciendo mayor relevancia para la consecución de objetivos individuales y dotando de un mayor crédito presupuestario al complemento de productividad variable para mitigar el riesgo que este concepto retributivo acabe siendo anecdótico y que el sistema diseñado actualmente resulte poco eficaz en la consecución del objetivo del mismo, sin que se perciba por parte del personal sanitario una relación directa entre su desempeño y su remuneración global.

### Subobjetivo 2.5: ¿Se resuelven las reclamaciones en materia de personal interpuestas contra actos y resoluciones dictados por órganos de la Conselleria?

La defensa jurídica de los derechos individuales de los trabajadores de la CSUSP frente a la actuación de la propia Administración se encuentra protegida a través de instrumentos de carácter reactivo, como son las reclamaciones y los recursos administrativos.

En el transcurso de nuestro trabajo, hemos requerido a la Dirección General de Recursos Humanos la relación de las reclamaciones y recursos en materia de personal interpuestos contra actos y resoluciones dictados por órganos de la Conselleria, distintos a las gerencias de los departamentos de salud en el periodo 2016-2019.

En función de las competencias que el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria les atribuye, la Dirección General de Recursos Humanos nos ha facilitado información sobre:

- Recursos interpuestos en materia disciplinaria, que nos informa el Servicio de Régimen Jurídico de Personal.
- Reclamaciones en materia de personal temporal-bolsa de trabajo y recursos en materia de selección definitiva y provisión, que nos informa el Servicio de Planificación, Selección y Provisión de Personal.
- Reclamaciones presentadas en materia retributiva, que nos informa el Servicio de Negociación Colectiva, Retribuciones y Condiciones de Trabajo.



- Recursos en materia de régimen jurídico general cuya competencia corresponde al Servicio de Régimen Jurídico de Personal, relacionados con cese de personal temporal, permisos, jornada, jubilación, compatibilidades, así como tramitación de los recursos contencioso-administrativos en esta materia.

A pesar de las limitaciones ocasionadas por la inexistencia de un sistema de información robusto en materia de reclamaciones, hemos observado que si bien, en términos absolutos, el número de reclamaciones y recursos gestionados por los distintos servicios de la Dirección General de Recursos Humanos es elevado (en torno a una media anual de 900), en relación con el dimensionamiento de la plantilla gestionada por la CSUSP, la importancia cuantitativa es poco significativa, pues en términos medios esta dirección general ha tramitado anualmente unos 17 expedientes por cada 1.000 plazas gestionadas por la Conselleria.

**Gráfico 25. Evolución del número de reclamaciones y recursos gestionados en la Dirección General de Recursos Humanos de la CSUSP**

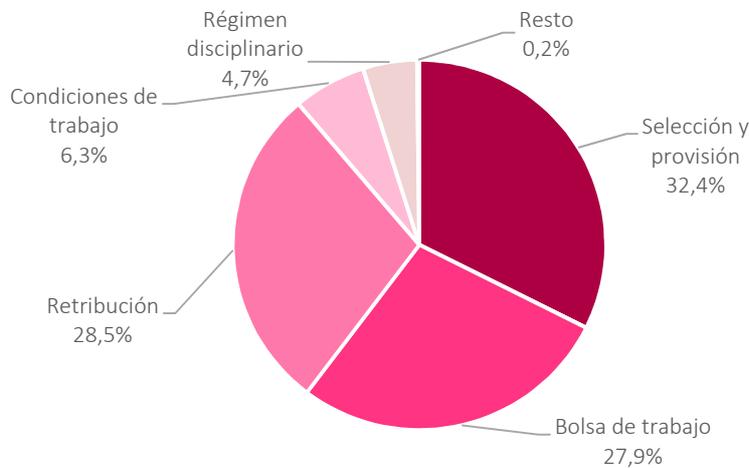


*Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por la Dirección General de Recursos Humanos.*

En 2019<sup>58</sup>, el mayor número de reclamaciones y recursos están relacionados con la selección y provisión y con las bolsas de trabajo. En relación con las materias retributivas, en ejercicios anteriores el número de reclamaciones era anecdótico. Sin embargo, en 2019 se recibieron 405 reclamaciones sobre el complemento de productividad variable, si bien más de la mitad de ellas fueron desestimadas.

<sup>58</sup> La falta de homogeneidad en la información facilitada nos impide realizar un análisis más exhaustivo sobre los motivos de las reclamaciones en ejercicios anteriores.

**Gráfico 26. Motivos de las reclamaciones y recursos gestionados en la Dirección General de Recursos Humanos de la CSUSP en 2019**



*Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por la Dirección General de Recursos Humanos.*

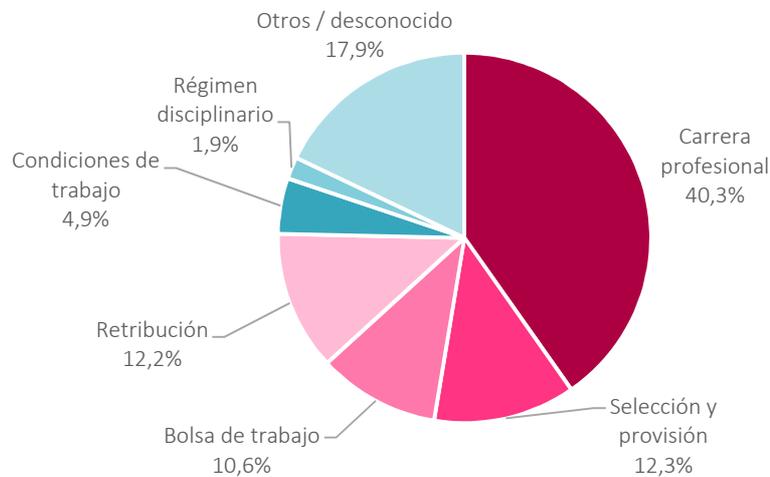
En cuanto al grado de resolución a favor de los trabajadores, 241 de las 1.451 reclamaciones y recursos del ejercicio 2019 tramitados por la Dirección General de Recursos Humanos fueron estimados total o parcialmente. Sin embargo, la CSUSP no nos ha indicado el desenlace en una proporción significativa de recursos (casi el 20%), desconociendo por tanto el grado real de resoluciones estimadas por la Administración.

También se ha requerido información sobre reclamaciones y recursos presentados ante las gerencias de los distintos departamentos de salud. Los datos facilitados adolecen igualmente de importantes sesgos como consecuencia de los sistemas heterogéneos de información que existen, la mayoría de los cuales están basados en bases de datos u hojas de cálculo diseñados de forma particular por cada departamento de salud, que impide manifestarnos sobre la fiabilidad e integridad de esta información estadística. En cualquier caso, y en base a la documentación remitida, y aun siendo esta incompleta en algunos casos, estimamos que el número de expedientes tramitados por las gerencias en materia de personal se sitúa en una media anual de 67 por cada 1.000 plazas de plantilla.

El motivo principal de reclamación está relacionado con la solicitud del cobro del complemento de carrera y desarrollo profesional por el personal interino, que, si bien es desestimada en vía administrativa por el gerente, suele acabar en un recurso contencioso-administrativo y en última instancia fallando los tribunales en contra de la Administración.

La CSUSP ha asumido la jurisprudencia, que determina no excluir al personal con vinculación temporal, por el mero hecho de serlo, de las retribuciones inherentes a los distintos grados de la carrera profesional. Así, en julio de 2020, se publicó el Decreto 81/2020, de 24 de julio, del Consell, de regulación del sistema de carrera profesional del personal estatutario gestionado por la conselleria competente en sanidad, en el que se reconoce el derecho del personal temporal a solicitar la evaluación de sus servicios para determinar si corresponde la retribución de un determinado grado de carrera.

**Gráfico 27. Motivos de las reclamaciones y recursos presentados ante las gerencias de los departamentos de salud en 2019**



Fuente: Elaboración propia a partir de información facilitada por las gerencias de los departamentos de salud.

Hay que señalar igualmente que la información facilitada por las gerencias es difícilmente comparable puesto que para preparar la petición realizada por esta Sindicatura sobre la naturaleza, el momento, el estado y el resultado de los recursos tramitados, los servicios administrativos de los departamentos de salud se han visto obligados a obtener de forma manual la información solicitada o, en el mejor de los casos, extraerla de sencillas bases de datos, lo que dificulta la explotación estadística sobre los asuntos requeridos, e incluso un departamento de salud no ha podido suministrarlos ningún tipo de información.

En base a la información recopilada, el 11,4% de las reclamaciones y recursos del ejercicio 2019 tramitados por las gerencias fueron estimados total o parcialmente. La integridad de este dato es cuestionable puesto que desconocemos el resultado de 1.213 expedientes, un 31,6% de los que nos han informado. Por tanto, esta circunstancia no nos ha permitido conocer el grado real de resoluciones que han sido estimadas por la Administración.

En aplicación del principio de eficiencia, la CSUSP debería diseñar e implementar un sistema de gestión documental de los expedientes relacionados con reclamaciones del personal. Los gestores públicos deben buscar fórmulas que permitan optimizar los procesos y un sistema de gestión documental aportaría un considerable ahorro de tiempo, facilitando la búsqueda, el archivo y la recuperación de cualquier expediente. Además, permitiría explotar y obtener información de gestión sobre la situación de los expedientes, en función de la naturaleza, origen, situación y resultado de los mismos de forma homogénea.

**Debería diseñarse e implementarse un sistema de gestión documental que aportaría un considerable ahorro de tiempo**



## **Subobjetivo 2.6: ¿La feminización del sector sanitario tiene su reflejo en una igualdad efectiva de mujeres y hombres en los equipos directivos de los departamentos de salud?**

El artículo 27 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, prevé que las administraciones públicas, a través de sus servicios de salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán actuaciones para garantizar “la presencia equilibrada de mujeres y hombres en los puestos directivos y de responsabilidad profesional del conjunto del Sistema Nacional de Salud”.

A este respecto y también como resultado de aplicar la mencionada Ley Orgánica 3/2007, la Conselleria determinó como actividad estratégica en el Plan de Ordenación de Recursos Humanos de las Instituciones Sanitarias, aprobado por el Acuerdo del Consell de 7 de junio de 2013, elaborar un plan de igualdad entre hombres y mujeres en el ámbito de la CSUSP.

En junio de 2016 entró en vigor<sup>59</sup> el I Plan de Igualdad de la CSUSP, con una vigencia de cuatro años (2016-2019) y que está dirigido a todo el personal gestionado por la Conselleria. Queda fuera de su ámbito las trabajadoras y los trabajadores que presten sus servicios en centros gestionados mediante concesión administrativa en régimen distinto del estatutario, así como el personal adscrito a los consorcios hospitalarios.

En el ámbito de la sanidad pública valenciana, los datos globales de personal permiten un conocimiento más detallado desde una perspectiva de género y permiten comprobar que existe una elevada tasa de feminización (entendida como el porcentaje de mujeres sobre el total de la plantilla), pues tres de cada cuatro plazas gestionadas por la Conselleria están ocupadas por mujeres<sup>60</sup>.

En la distribución por categorías profesionales más numerosas, la más feminizada es la de auxiliares de enfermería (más del 95%), seguida del personal diplomado, especialmente enfermería (en torno al 82%), mientras que en el personal facultativo, las mujeres representan el 53% aproximadamente, si bien existen importantes diferencias dentro de las distintas especialidades, pues se constata mayor presencia femenina en algunas especialidades (pediatría, las relacionadas con laboratorio, psicólogas clínicas, etc.) y menor en las especialidades quirúrgicas (cirugía, trauma-orto protésica, cardiovascular, etc.).

Según ya se menciona en el I Plan de Igualdad, “es innegable la feminización del sector, sin embargo cuando analizamos la presencia de la mujer en cargos directivos, tanto superiores como intermedios, su presencia disminuye drásticamente constatándose la persistencia del llamado techo de cristal” (barrera invisible que impide veladamente a las mujeres el acceso a puestos de responsabilidad).

---

<sup>59</sup> Resolución de 9 de junio de 2016, de la consellera de Sanitat Universal i Salut Pública (DOCV 7807, 16/06/2016).

<sup>60</sup> Según la Memoria de gestión 2019 de la CSUSP, las plazas gestionadas ascienden a 57.089, de las cuales 42.742 son ocupadas por mujeres (74,8%).



El objetivo número 3 contemplado en el mencionado Plan de Igualdad es “garantizar el acceso y participación desde la equidad, de hombres y mujeres, en los procesos de selección y promoción de empleo, mejorando la presencia femenina cuando exista infrarrepresentación”. Y se estableció una medida<sup>61</sup> específica consistente en “aumentar la presencia de mujeres en puestos directivos, aplicando medidas objetivas, para romper la inercia social de designar a hombres en estos puestos”.

**Cuadro 34. Tasa de feminización del personal directivo en los departamentos de salud de la Comunitat Valenciana<sup>62</sup>**

	Hombres		Mujeres		% feminización	
	2014	2020	2014	2020	2014	2020
Gerencia	14	13	3	7	17,6	35,0
Comisionado	4	3	1	1	20,0	25,0
Dirección y subdirección económica	22	20	17	15	43,6	42,9
Dirección y subdirección médica	26	24	20	27	43,5	52,9
Dirección y subdirección enfermería	15	21	44	40	74,6	65,6
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>81</b>	<b>85</b>	<b>90</b>	<b>51,2</b>	<b>52,6</b>

*Fuente: Elaboración propia a partir de datos contenidos en el I Plan de Igualdad (datos del 2014) y recopilados de los distintos departamentos de salud (datos del 2020).*

En el cuadro superior se observa que, de forma agregada, los puestos directivos de los departamentos de salud están ocupados de forma equilibrada entre hombres y mujeres, casi en la misma proporción. Sin embargo, no se puede considerar que se trata de una igualdad efectiva dada la elevada tasa de feminización en el conjunto de la sanidad pública valenciana.

Por un lado, sí se aprecia una mayor presencia de mujeres en los puestos de gerencia y en las direcciones y subdirecciones médicas respecto a la situación antes de la puesta en marcha del I Plan de Igualdad, aunque en el caso de las gerencias todavía hay un predominio de hombres que ocupan dichos cargos.

Sin embargo, la tasa de feminización en puestos de dirección y subdirección de enfermería ha disminuido, aspecto especialmente significativo dado que se trata de una categoría muy feminizada (83,4%) y en cambio son los hombres quienes siguen ocupando mayor proporción de puestos directivos respecto a su representación global. Se aprecia, pues, que en enfermería, la amplia presencia laboral femenina no se ve reflejada en los puestos de responsabilidad. Estas diferencias son menos

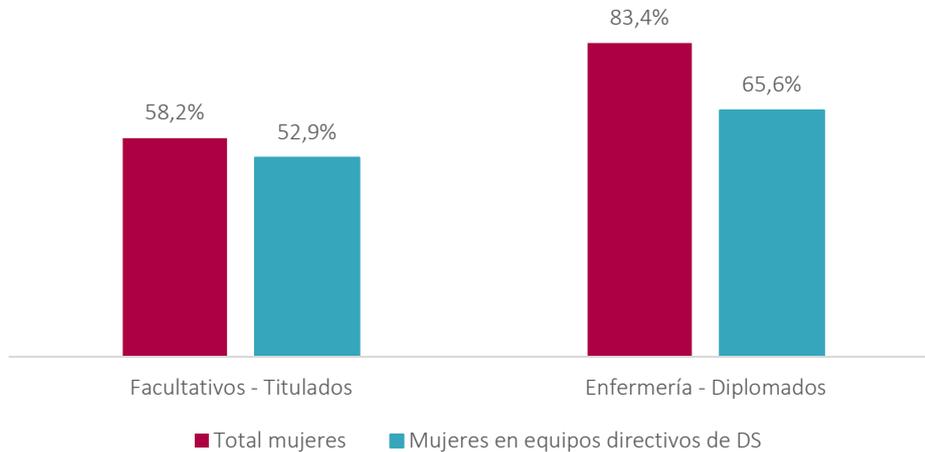
<sup>61</sup> Medida 3.4.

<sup>62</sup> No se incluyen los puestos de dirección en centros de salud pública.



acusadas en el colectivo de facultativos, pues la proporción de mujeres que ocupan puestos de dirección y subdirección médica (52,9%) se aproxima a la tasa de feminización (58,2%).

**Gráfico 28. Proporción de mujeres en colectivos sanitarios. Tasa de feminización del personal directivo: facultativos y enfermería. Año 2020**



*Fuente: Elaboración propia a partir de datos contenidos en el Plan Anual de Gestión de 2020 y recopilados de los distintos departamentos de salud.*

Entre los departamentos de salud, las menores tasas de feminización en equipos directivos se registran en Requena (seis hombres y una mujer) y Elche-General (ocho hombres y dos mujeres). Por el contrario, la tasa más elevada es la de Sagunto (1 hombre y 5 mujeres).

En otros entornos geográficos y referidos a sectores ajenos al sanitario, existe una tendencia a que los legisladores traten, con diferentes contenidos y profundidad, aspectos relacionados con la igualdad de género que influyen en el acceso de la mujer a la alta dirección. Entre otras medidas, las legislaciones incluyen medidas como el llamado sistema de cuotas. Sin embargo, este sistema de cuotas no está exento de críticas pues puede generar un rechazo si se interpreta que puede promocionarse a mujeres con independencia de su preparación.

En consecuencia, es recomendable que la Conselleria concentre el esfuerzo en impulsar el desarrollo profesional y estimular entre todo el personal facultativo y de enfermería el deseo de progresar profesionalmente en el ámbito de la administración sanitaria. Para conseguir una efectiva igualdad de género en los puestos directivos, los planes de igualdad deben contemplar medidas concretas relacionadas con identificar y apoyar a los profesionales con talento, como puede ser realizar programas de desarrollo y formación profesional específicos, que facilite al personal con sólidos conocimientos técnicos en el área de la salud adquirir habilidades directivas y de gestión.



## **ANEXO I**

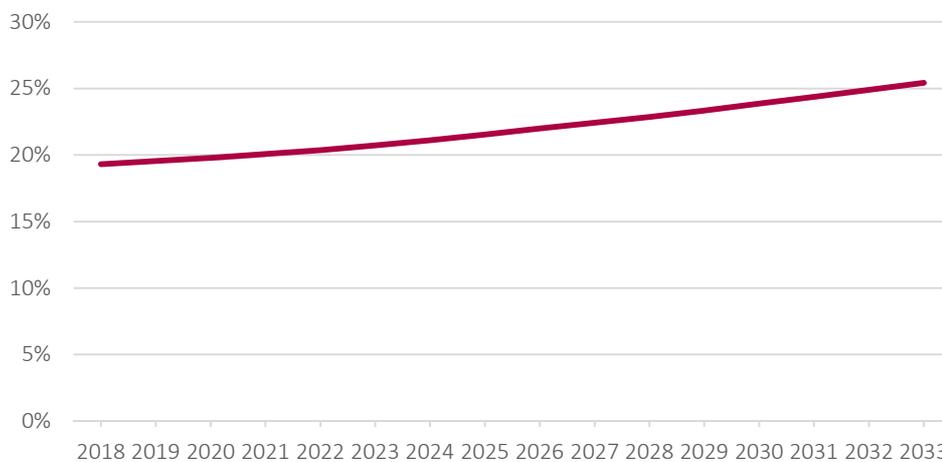
### **Demografía médica**



## Envejecimiento de la población

Según la proyección de población del Instituto Nacional de Estadística (INE), de mantenerse las tendencias actuales de fecundidad, mortalidad y migraciones, habría un crecimiento de la población del 5,4% en la Comunitat Valenciana en el periodo comprendido desde 2018 a 2033, alcanzando una población de 5.215.012 habitantes. El porcentaje de población de 65 años y más, que actualmente se sitúa en el 19,3% del total de la población, pasaría a ser del 25,4% en 2033.

**Gráfico 1. Proyección de la proporción de población mayor de 65 años en la Comunitat Valenciana. 2018-2033**



*Fuente: INE. Proyecciones de población: resultados por comunidades autónomas. Indicadores de estructura de población.*

Este previsible envejecimiento de la población traerá consigo un incremento de morbilidad con elevada carga de cronicidad y que conllevará una mayor demanda de atención sanitaria en algunas especialidades y al mismo tiempo que requerirá fortalecer la atención en medicina de familia y geriatría.

En las últimas proyecciones elaboradas por el INE<sup>63</sup>, este organismo ha contemplado el efecto de la COVID-19 y ha establecido estas hipótesis:

- Se proyecta una disminución de los movimientos migratorios con el exterior, de forma que se rompe la tendencia de los últimos años. El saldo migratorio en 2020 sería positivo, pero muy bajo. Desde 2021 se proyecta un paulatino aumento, pero sin alcanzar los niveles observados en los años anteriores. Esto hace que la población crezca durante los primeros años de la proyección más lentamente de lo previsto en proyecciones anteriores.

<sup>63</sup> Proyecciones de Población 2020-2070, publicadas el 22 de septiembre de 2020.

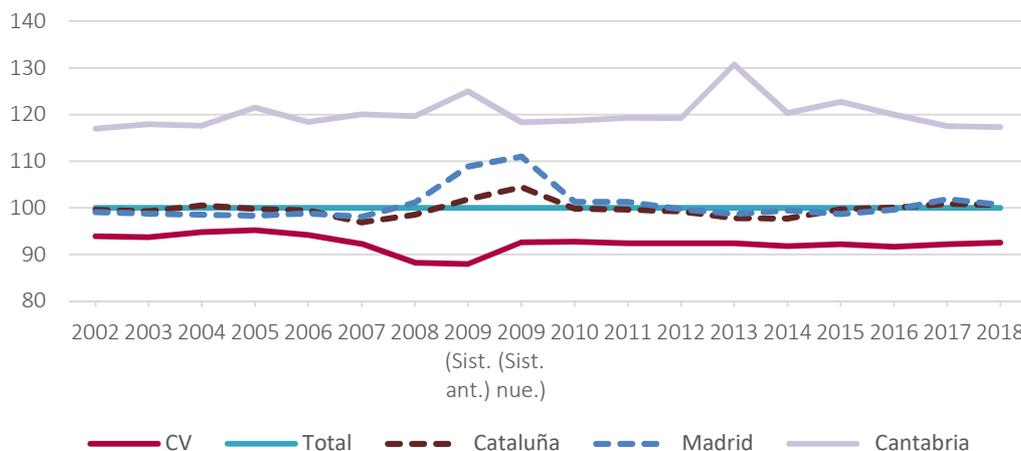


- Se proyecta que la mortalidad se va a ver afectada solo durante 2020. El año 2021 se proyecta con una mortalidad normal.
- No se proyecta ningún impacto en los nacimientos, dado que no hay aún evidencias de ningún tipo. Tampoco se introduce ninguna hipótesis adicional sobre las migraciones interiores. Las evidencias son insuficientes para establecer nuevas hipótesis sobre los cambios de residencia entre provincias más allá de la ralentización observada en 2020.

## Infrafinanciación autonómica

Las habituales dificultades de las comunidades autónomas para proveer servicios públicos de calidad y en la cantidad deseada se agravan en el caso de la Comunitat Valenciana por el resultado discriminatorio en el sistema de financiación autonómica. La universalidad e igualdad de acceso a los servicios públicos previstas en la Constitución para el conjunto de la ciudadanía se ven comprometidas cuando la falta de equidad en la financiación dificulta su implantación efectiva.

**Gráfico 2. Evolución del índice de financiación definitiva a competencias homogéneas por habitante ajustado de las comunidades autónomas de régimen común. 2002-2018**



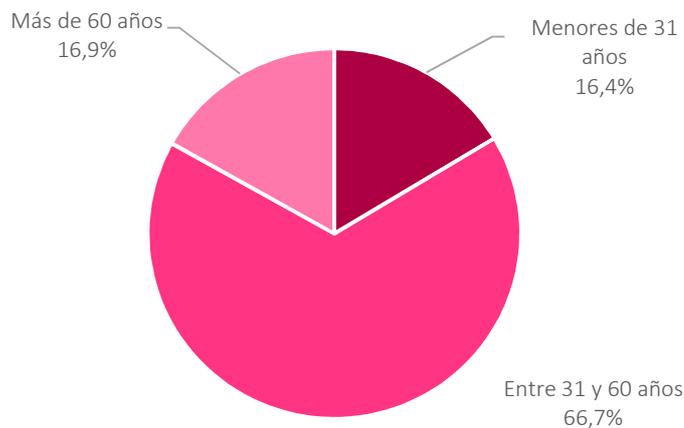
Fuente: Estudios sobre la Economía Española - 2020/39 "La evolución de la financiación de las comunidades autónomas de régimen común, 2002-2018", Ángel de la Fuente (FEDEA e Instituto de Análisis Económico).

Aproximadamente tres cuartas partes del gasto autonómico valenciano recae en los denominados servicios públicos fundamentales: sanidad, educación y servicios sociales (incluyendo la dependencia). Son servicios de una alta demanda y sensibilidad social, que no dependen del ciclo económico y que de forma generalizada tienden a agravarse durante los períodos recesivos, lo que provoca la necesidad de priorizar dichos servicios y el aumento de su importancia relativa en el presupuesto.

## Edad media plantilla de facultativos

El envejecimiento de la plantilla de la CSUSP es un hecho constatable. Del análisis de los datos de plantilla se observa una elevada edad media del personal perteneciente a determinados colectivos, superando los 50 años de edad, e incluso en algunas especialidades hay un elevado número de profesionales con edades comprendidas entre los 60 y los 70 años, circunstancia que conllevará una acumulación de jubilaciones en los próximos años.

**Gráfico 3. Distribución del personal sanitario licenciado<sup>64</sup> por tramos de edad. 2019**



*Fuente: Plan Anual de Gestión de 2020 relativo al Plan de Ordenación de Recursos Humanos 2019-2021 (Resolución de 14 de febrero de 2020, de la consellera).*

## Formación

La salida masiva en ciertas categorías y puestos intensivos en conocimiento y en conocimiento experto ocurre además en un mercado de trabajo que tiene una importante restricción: el proceso formativo de un facultativo antes de llegar a disponer de una plaza fija en el sistema público de salud tiene una duración mínima de 10-12 años.

La licenciatura/grado de medicina es una de las más densas en contenido de todas las carreras superiores, con una duración de seis cursos para poder ser un egresado. Es una de las carreras con mayor nota de corte y por tanto de más difícil acceso. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el joven que ha logrado el grado en medicina ha obtenido el título de médico, pero en realidad solo nominalmente porque no está habilitado para trabajar en el Sistema Nacional de Salud. Para ello, debe superar una prueba selectiva, y a la vez distributiva, para acceder a la etapa de formación especializada y ser médico interno

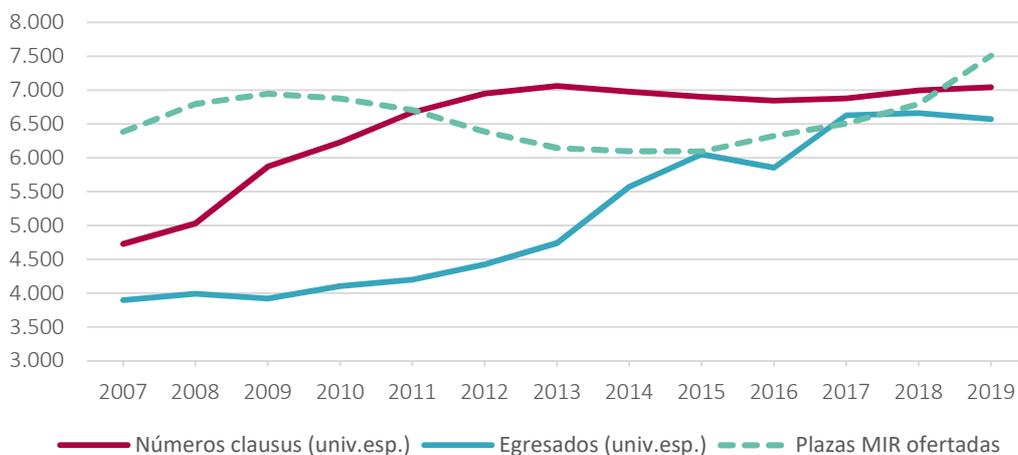
<sup>64</sup> Todo personal A1 que preste servicios sanitarios. Incluye, por ejemplo, todos los facultativos de cualquier especialidad, incluida salud pública, además del personal que ocupa puestos de dirección y jefaturas de servicio y sección, los de documentación y admisión, el personal en formación (MIR)...



residente (MIR). Esta etapa tiene una duración de cuatro-cinco años en la que desarrollan sus funciones en un centro hospitalario de España.

Según se desprende de estudios e informes publicados por agentes sociales relacionados con el sector sanitario (colegios oficiales de médicos, sindicatos, sociedades científicas, decanos y estudiantes universitarios), existe una falta de adecuación entre el número de egresados de las facultades de medicina y el número de plazas MIR teniendo en cuenta las necesidades futuras del sistema sanitario.

**Gráfico 4. Evolución de los *numerus clausus* de acceso al grado de medicina, los egresados de las universidades españolas y las plazas de MIR ofertadas. Por año de convocatoria MIR (2007-2019)**



Fuente: José María Romeo Ladrero (editor del blog "MIRentrelazados") y Ministerio de Educación y Formación Profesional.

Durante las últimas décadas, la oferta MIR anual excedía con creces el número de egresados en las facultades españolas y los graduados extranjeros suplían y completaban la falta de candidatos nacionales, cubriendo el remanente de plazas de formación especializada.

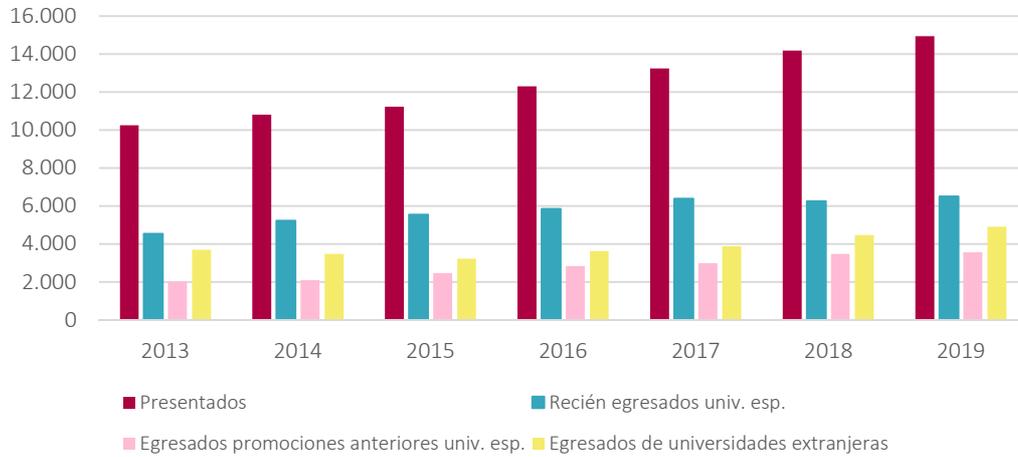
Como consecuencia del aumento de los *numerus clausus* entre los cursos escolares 2006-2007 a 2011-2012, se observa un paulatino crecimiento de los egresados en universidades españolas, de tal forma que el número absoluto de egresados se ha aproximado al número de plazas MIR en los ejercicios 2015 a 2018. La convocatoria de MIR del ejercicio 2019 vuelve a superar el número de egresados en medicina del curso universitario 2018-2019.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que a las plazas ofertadas de MIR no solo pueden acceder los recién egresados de universidades españolas, sino también egresados de promociones anteriores así como procedentes de universidades extranjeras<sup>65</sup>.

<sup>65</sup> Tanto para ciudadanos comunitarios, que no tienen limitado su acceso, como extracomunitarios (en la última convocatoria se reservaron un máximo de 300 plazas).



**Gráfico 5. Comparativa del número de presentados a las pruebas selectivas MIR: egresados de las universidades españolas (última promoción y promociones anteriores) y de las universidades extranjeras. Por año de convocatoria**

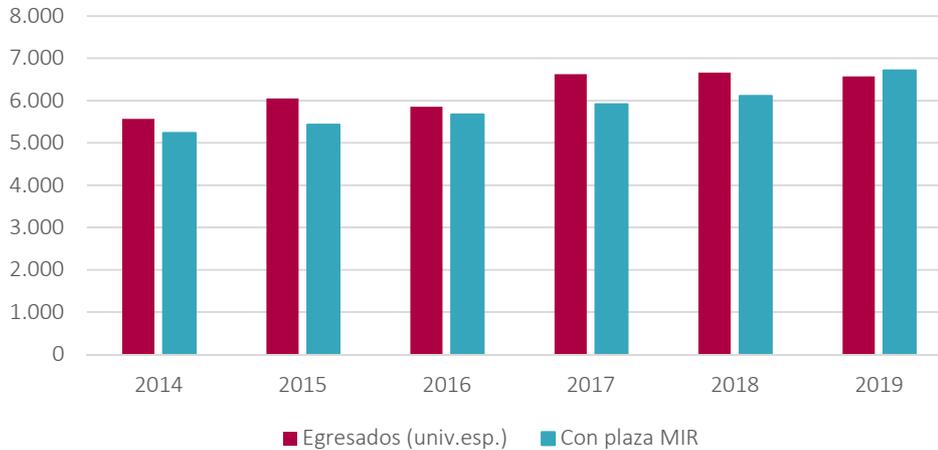


Fuente: José María Romeo Ladrero (editor del blog "MIRentrelazados").

Al comparar las series, se observa que las universidades españolas están formando al menos 500 médicos anualmente que no consiguen plaza en la formación especializada sanitaria (que representa en torno a un 9% de los egresados en los últimos años) y en consecuencia no podrán ejercer la profesión en el Sistema Nacional de Salud.



**Gráfico 6. Comparativa del número de egresados de las universidades españolas y el número de plazas MIR adjudicadas a egresados de universidades españolas. Por año de convocatoria<sup>66</sup>**



Fuente: Elaboración propia a partir de información disponible en el Ministerio de Educación y Formación profesional (egresados en Medicina) y en el Ministerio de Sanidad (resultados convocatorias MIR).

Son estos motivos los que llevan a los anteriormente mencionados agentes del sector sanitario a propugnar que no es preciso dotar de un mayor número de facultades de medicina, porque aumentará la brecha entre egresados y MIR, sino de ampliar la capacidad formativa del sistema hospitalario que permita incrementar la oferta de plazas MIR. Esta justificación también va ligada a un futuro próximo en el que se estima un elevado número de jubilaciones en el colectivo de facultativos del Sistema Nacional de Salud.

Esta lectura que realizan colegios oficiales de médicos, sindicatos, sociedades científicas, decanos y estudiantes universitarios debe ser matizada por dos cuestiones. El primer matiz es cuantitativo, y se refiere a la tendencia alcista del número de solicitantes extracomunitarios que conlleva competir con un mayor número de candidatos procedentes de universidades extranjeras (en la convocatoria 2019, se han presentado a las pruebas 4.895 egresados de universidades extranjeras, un 9,7% más que el año anterior). Y el segundo matiz, de carácter cualitativo, que la reducción de *numerus clausus* tiene que venir acompañada de medidas adicionales que mejoren la calidad formativa y en última instancia la preparación académica de los egresados de las facultades españolas para aumentar sus posibilidades de conseguir mejores resultados en las pruebas del MIR que los egresados de universidades extranjeras.

<sup>66</sup> En relación con la convocatoria de 2019, la orden ministerial que aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas se publicó en septiembre de 2019, las pruebas se realizaron en febrero de 2020 y la toma de posesión en la plaza se reinició en mayo de 2020. Para esta convocatoria (2019) se ha comparado el número de egresados al finalizar el curso escolar 2018-2019 con el número estimado (a falta de resultados definitivos que debe publicar el Ministerio) de egresados procedentes de universidades españolas.

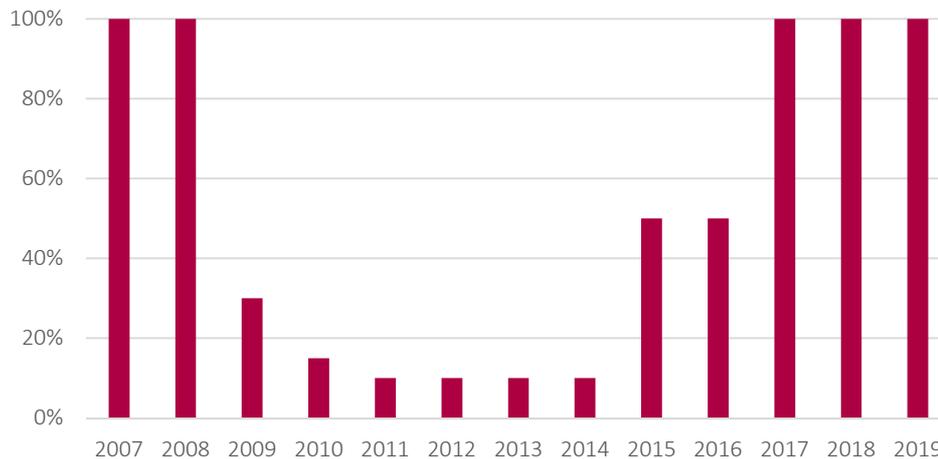


## Ofertas de empleo público

Al finalizar la formación MIR, los nuevos especialistas se deben enfrentar a la búsqueda activa de empleo dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS), optando a las oposiciones que las distintas comunidades autónomas convocan dentro de sus ofertas de empleo público.

Después de muchos años durante los cuales la tasa de reposición de efectivos ha sido el principal instrumento para contener el gasto público en personal, la legislación presupuestaria del Estado ha vuelto a establecer en los últimos años la posibilidad de cubrir la totalidad de las vacantes como consecuencia de finalizar la prestación de servicio a la Administración. Es más, desde 2017 se ha autorizado una tasa adicional para determinados ámbitos que consideren que requieren un refuerzo adicional de efectivos cuando concurra alguna circunstancia, como por ejemplo un elevado número de jubilaciones esperadas.

Gráfico 7. Evolución de la tasa de reposición



Fuente: Elaboración propia a partir de las leyes anuales de presupuestos del Estado.

En los últimos cuatro años, la oferta acumulada de plazas de empleo público para facultativos en las distintas comunidades autónomas ha alcanzado las 30.262 plazas<sup>67</sup>, incluyendo las de las ofertas de empleo público de carácter extraordinario para la consolidación y estabilización de empleo temporal.

<sup>67</sup> En relación con la oferta de empleo público del Servicio Vasco de Salud de los ejercicios 2018 y 2019, no se ha publicado la distribución entre las distintas categorías de las 3.405 plazas que se han aprobado en dichas ofertas. Para nuestro informe, se ha incluido una estimación en base a la distribución realizada de las ofertas de empleo público de los ejercicios 2016 y 2017.



**Cuadro 1. Plazas para facultativos en las ofertas de empleo público. Por comunidad autónoma**

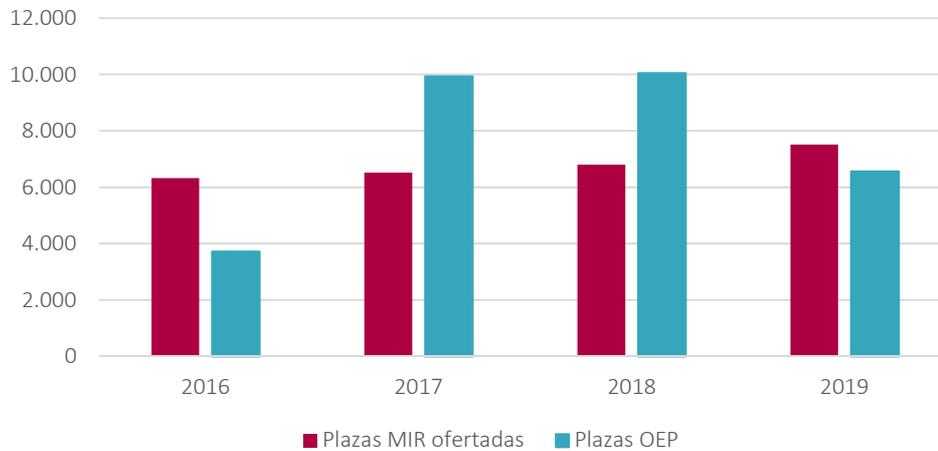
	2016	2017	2018	2019	Total
Andalucía	993	867	684	688	3.232
Aragón	166	1.032	158	229	1.585
Asturias, Principado de	357	391	47	174	969
Balears, Illes	68	1.068	0	91	1.227
Canarias	60	290	1.459	261	2.070
Cantabria	176	305	0	31	512
Castilla y León	245	40	1.329	1.025	2.639
Castilla-La Mancha	211	644	381	331	1.567
Cataluña	0	1.542	357	297	2.196
Comunitat Valenciana	331	1.329	909	336	2.905
Extremadura	111	138	343	497	1.089
Galicia	348	158	512	353	1.371
Madrid, Comunidad de	400	0	3.613	1.000	5.013
Murcia, Región de	139	1.132	94	109	1.474
Navarra, Comunidad Foral de	80	34	96	129	339
País Vasco	0	915	0	934	1.849
Rioja, La	38	49	64	74	225
Ceuta	0	0	0	0	0
Melilla	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>3.723</b>	<b>9.934</b>	<b>10.046</b>	<b>6.559</b>	<b>30.262</b>

*Fuente: Elaboración propia a partir de información disponible en las webs de las diferentes administraciones sanitarias autonómicas.*

Esto representa que se demandan más de 3.000 puestos de trabajo en el sistema público de salud por encima de las plazas de formación MIR convocadas en este periodo (2016-2019), que ascendieron a 27.150.



**Gráfico 8. Comparativa del número de plazas MIR y el número de plazas convocadas según ofertas de empleo público. Por año de convocatoria**



*Fuente: Elaboración propia a partir de información disponible en las webs de las diferentes administraciones sanitarias autonómicas y en el Ministerio de Sanidad (resultados convocatorias MIR).*

En conclusión, la oferta de formación especializada constituye una barrera para ejercer la medicina en el SNS y a su vez constituye una herramienta de planificación. Si bien algunas comunidades autónomas han realizado esfuerzos de planificación y ejercicios numéricos para su ámbito territorial, comparando proyecciones de entradas a la profesión con las de salidas por jubilación, hay que tener en cuenta que en España hay distrito único para el grado de medicina, que el mercado MIR es de ámbito estatal y además que las homologaciones y reconocimientos de títulos también lo son, por lo que la planificación regional se enfrenta a importantes restricciones que obligan al Estado a realizar una más que necesaria labor de coordinación a nivel nacional.

En definitiva, la mejor distribución de médicos especialistas en España y la correcta adecuación de las plazas de formación MIR a las necesidades del país, es un enorme reto que debe afrontar el conjunto de la administración sanitaria, no solo la Comunitat Valenciana de forma aislada.



## **ANEXO II**

### **Definición de especialidades médicas**



**Alergología:** Se ocupa del diagnóstico, prevención y tratamiento de las alergias, que son reacciones del sistema inmunológico ante la presencia de determinadas sustancias, ya sea en el aire, el hogar, los alimentos, los medicamentos o los tejidos, picaduras de insectos y objetos de uso diario.

**Análisis clínicos:** Actuaciones a través de pruebas de laboratorio (preferentemente en las áreas de hematología y microbiología) para ayudar a confirmar o descartar un diagnóstico médico.

**Anatomía patológica:** Se ocupa, por medio de técnicas morfológicas del estudio de las enfermedades (causa, evolución y sus consecuencias), analizando las células de tejidos y tumores del organismo. Importante por su valor de diagnóstico.

**Anestesiología y reanimación:** Se encarga de la atención y cuidados especiales de los pacientes durante las intervenciones quirúrgicas y la emergencia, así como el cuidado del paciente crítico en las unidades de cuidados intensivos o de reanimación postoperatoria.

**Angiología y cirugía vascular:** Especialidad médico-quirúrgica dedicada al estudio, prevención, diagnóstico clínico e instrumental y tratamiento de la patología vascular (aparato circulatorio: venas y arterias) y sistema linfático.

**Aparato digestivo:** Se ocupa de las enfermedades del tracto digestivo y órganos glandulares asociados así como de la repercusión de las enfermedades digestivas sobre el resto del organismo humano e inversamente, las repercusiones de las enfermedades del resto del organismo sobre el sistema digestivo.

**Bioquímica clínica:** Actuaciones a través de pruebas de laboratorio (preferentemente en el área de la biología molecular) para ayudar a confirmar o descartar un diagnóstico médico.

**Cardiología:** Se encarga del estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del corazón y del aparato circulatorio.

**Centro de investigación:** Tiene como misión la realización de investigaciones científicas (de ámbito multidisciplinar) orientadas a afrontar problemas clínicos actuales y plantear tratamientos más eficaces para los pacientes y la sociedad en general.

**Cirugía cardiovascular:** Se ocupa de los trastornos y enfermedades del sistema cardiocirculatorio cuyo tratamiento requiere de la realización de una intervención quirúrgica.

**Cirugía general y del aparato digestivo:** Se ocupa del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cuyo tratamiento requiere generalmente de la realización de una intervención quirúrgica y cuyo origen sea benigno, traumático o relacionadas con un cáncer. Su campo de intervención es el aparato digestivo, pared abdominal, mama, piel, sistema endocrino, afecciones externas de cabeza y cuello, etc.



**Cirugía maxilofacial:** Se ocupa del estudio, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las patologías del cráneo (cara, cabeza y cuello, cavidad oral, maxilares y dientes) incluidos los traumáticos.

**Cirugía ortopédica y traumatología:** Especialidad médico-quirúrgica encargada del estudio de las lesiones del aparato locomotor y que busca la conservación y el restablecimiento de la forma y sus funciones.

**Cirugía pediátrica:** Su actividad se refiere al diagnóstico y tratamiento quirúrgico de las patologías del feto, el lactante y en general los niños hasta la edad de 14 años.

**Cirugía plástica y reparadora:** Se ocupa de corregir defectos físicos de origen congénito (malformaciones), sobrevenidos o de origen involutivo que requieran reparación o reposición, o que afecten a la forma y/o función corporal.

**Cirugía torácica:** Especializada en los procesos patológicos que afectan a toda la cavidad torácica, en concreto a los bronquios, costillas, diafragma, esófago, mediastino, pleura, pulmones y tráquea.

**Dermatología médico-quirúrgica y venereología:** Encargada del estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a la piel, mucosas, cabello y uñas, así como las enfermedades venéreas y de transmisión sexual.

**Endocrinología y nutrición:** Se ocupa del estudio de la fisiología y las patologías del sistema endocrino y, por tanto, de las enfermedades metabólicas en general y los trastornos de nutrición.

**Farmacia hospitalaria:** Se encarga de atender la necesidad farmacéutica y su uso racional en el hospital (adquisición, conservación, dispensación y elaboración), así como el seguimiento sobre los medicamentos a utilizar en el centro y aquellos que requieren una especial vigilancia, supervisión y control.

**Farmacología clínica:** Se ocupa de la evaluación de los efectos de los medicamentos en las personas y de promover su correcta utilización, tanto a nivel colectivo como en pacientes concretos. Tiene entre sus objetivos la personalización de los tratamientos farmacológicos.

**Geriatría:** Se ocupa del estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades propias del envejecimiento, de una forma integral y completa, tanto en los aspectos médicos como psicológicos y sociales.

**Ginecología:** Se centra en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del aparato reproductor femenino (útero, vagina y ovarios) y la menopausia.

**Hematología y hemoterapia:** Se ocupa de las enfermedades producidas por la alteración de los diferentes componentes de la sangre o los trastornos de los órganos que la producen, así como de su utilización o alguno de sus componentes para el tratamiento de diversos problemas de la salud.



**Inmunología:** El estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades relacionadas con el sistema de defensa de la integridad biológica del organismo ante la presencia de agentes patógenos externos (bacterias, virus, parásitos, toxinas, etc.).

**Medicina familiar y comunitaria:** Encargada de proporcionar una atención continuada en relación con todos los campos de la salud, sin distinción de sexo y edad en el ámbito de la atención primaria de la salud.

**Medicina física y rehabilitación:** Su ámbito de actuación concierne a las enfermedades o lesiones (físicas o neurológicas) que afectan al aparato locomotor y tratar de restaurar su funcionalidad a través de medios físicos terapéuticos de uso externo.

**Medicina intensiva:** Dedicada al suministro de soporte vital o de soporte a los sistemas orgánicos (hipotensión o hipertensión, compromiso respiratorio o el fracaso renal) en los pacientes que están críticamente enfermos, quienes generalmente también requieren supervisión y monitorización intensiva.

**Medicina interna:** Se ocupa de los problemas de salud de los pacientes adultos, cuando no necesiten ser tratados quirúrgicamente y en coordinación con otros especialistas para conseguir un tratamiento adecuado. Es una especialidad médica que aporta una atención global al enfermo, asumiendo la completa responsabilidad de esta, de una forma continua desde la consulta externa a las unidades de hospitalización.

**Medicina nuclear:** Emplea los isótopos radioactivos, radiaciones nucleares y las variaciones electromagnéticas de los componentes del núcleo junto a técnicas biofísicas afines para la prevención, diagnóstico, terapéutica e investigación médica.

**Medicina preventiva y salud pública:** Se encarga de preservar y promover la salud y el bienestar, prevenir la enfermedad e incapacidad, y facilitar el diagnóstico precoz y tratamiento de la enfermedad de todas las personas, a través de acciones colectivas y sociales.

**Microbiología y parasitología:** Encargadas del estudio de los microorganismos que provocan enfermedades infecciosas que afectan a la salud humana.

**Nefrología:** Se ocupa del estudio, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de todas las enfermedades que pueden afectar a los riñones y su funcionalidad.

**Neumología:** Se centra en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del aparato respiratorio y, de forma más específica, a los pulmones, el mediastino y la pleura.

**Neurocirugía:** Trata las enfermedades del sistema nervioso, si necesitan un tratamiento quirúrgico o lo pueden necesitar más adelante. Tanto las del sistema nervioso central como las del periférico y el sistema de nervios autónomo.

**Neurofisiología clínica:** Se encarga de la exploración funcional del sistema nervioso central y periférico, utilizando tecnología altamente especializada, como la



electroencefalografía, la cartografía cerebral, la electromiografía, etc. con fines diagnósticos y de orientación terapéutica.

**Neurología:** Se ocupa del estudio, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y rehabilitación de todas las enfermedades que puedan afectar al conjunto del sistema nervioso, incluyendo el sistema nervioso central y el periférico.

**Obstetricia y ginecología:** Se centra en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del aparato reproductor femenino en la preparación para el embarazo, su seguimiento y el parto y postparto.

**Oftalmología:** Especialidad médico-quirúrgica que se relaciona con el diagnóstico y tratamiento de los defectos y de las enfermedades del aparato de la visión.

**Oncología médica:** Dedicada al diagnóstico y tratamiento del cáncer a nivel hospitalario con un planteamiento multidisciplinar e integral. Asiste al enfermo en el diagnóstico, el tratamiento, la evolución de su proceso y el seguimiento posterior.

**Oncología radioterápica:** Encargada del tratamiento para destruir las células cancerosas y reducir o demorar el crecimiento del tumor sin dañar el tejido sano cercano a través de radiaciones ionizantes.

**Otorrinolaringología:** Se ocupa de la anatomía, la fisiología y las enfermedades del oído, la nariz y la garganta, así como su tratamiento médico-quirúrgico de cualquier patología que les afecte, incluidos los oncológicos y traumáticos.

**Pediatría:** Se ocupa, de manera integral, del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del niño, desde que nace hasta la adolescencia, y del control de los niños sanos a través de la prevención de enfermedades.

**Psicología clínica:** Trata, de forma genérica, la salud mental en personas con algún tipo de afectación mental o de conducta desadaptativa, con el fin de restaurar el equilibrio psicológico.

**Psiquiatría:** Se encarga del estudio de los trastornos mentales, los efectos bioquímicos y ambientales sobre la dinámica del comportamiento y su tratamiento.

**Radiodiagnóstico:** Se ocupa de obtener exploraciones e imágenes internas del cuerpo a través de radiaciones nucleares (rayos X, resonancia magnética, PET, TAC, etc.), para el diagnóstico y el tratamiento más adecuado de enfermedades.

**Radio farmacia:** Estudia los aspectos farmacéuticos, químicos, bioquímicos, biológicos y físicos de los medicamentos radiofármacos (que contienen isótopos radioactivos), para su diseño, producción, preparación, control de calidad y dispensación.

**Radio física hospitalaria:** Encargado de la dosimetría (medir y valorar las dosis de radiaciones) administradas a pacientes sometidos a radiaciones ionizantes en las terapias y diagnósticos por imagen.



**Reumatología:** Se encarga de las enfermedades del tejido conectivo (tendones, ligamentos, cartílagos, etc.) y del aparato locomotor (huesos, músculos y articulaciones) que, generalmente, se expresan por dolor persistente e inflamación.

**Unidad hospitalización a domicilio:** Servicio propio del hospital, formado por personal médico y de enfermería, enfocada a proporcionar atención especializada de carácter hospitalario a pacientes en su propia casa, de manera puntual, y hasta la estabilización o solución del motivo que generó el ingreso.

**Urgencia hospitalaria:** Es la aparición fortuita (imprevista o inesperada), dentro del recinto hospitalario, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que la sufre.

**Urología:** Especialidad médico quirúrgica encargada de la patología del tracto urinario de hombres y mujeres y del tracto genital masculino.



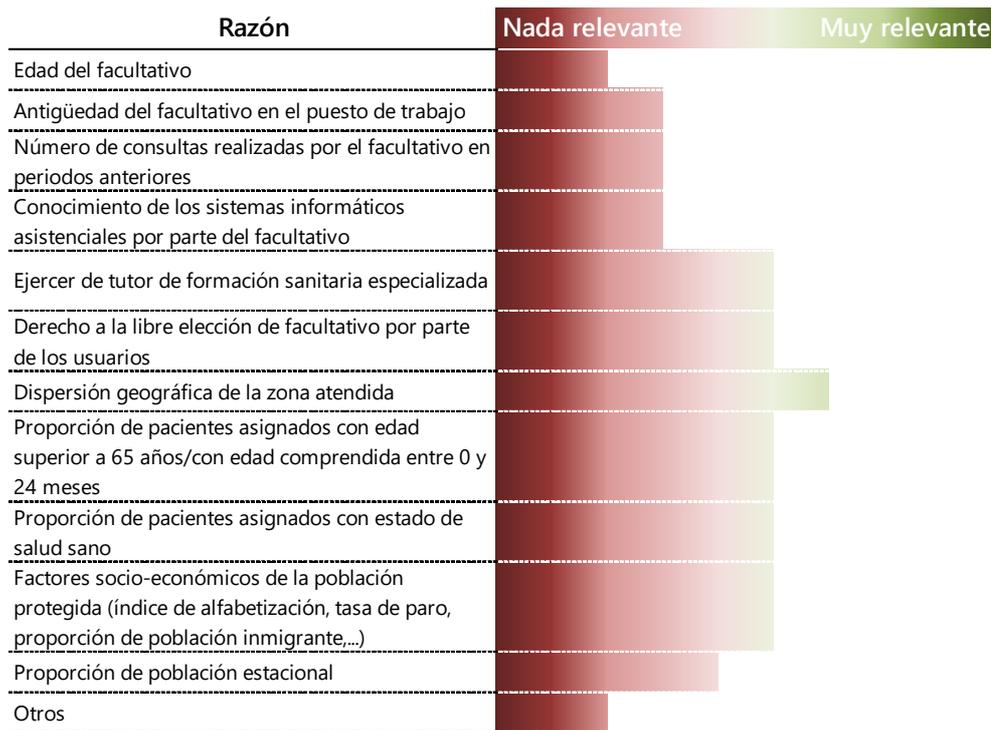
## **ANEXO III**

### **Correlación entre el dimensionamiento de los equipos de atención primaria y factores sociodemográficos**



Según la encuesta realizada entre las gerencias de los departamentos de salud, los factores más relevantes que determinan el número de tarjetas sanitarias asignadas a cada uno de los médicos de familia y pediatras son el ejercicio de funciones de coordinación de los equipos de atención primaria y la dispersión geográfica de la zona atendida, en especial, en las zonas rurales y montañosas del interior.

**Gráfico 1. Factores que determinan el número de tarjetas asignadas a médicos de familia y pediatras**



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta de opinión a las gerencias de los departamentos de salud.

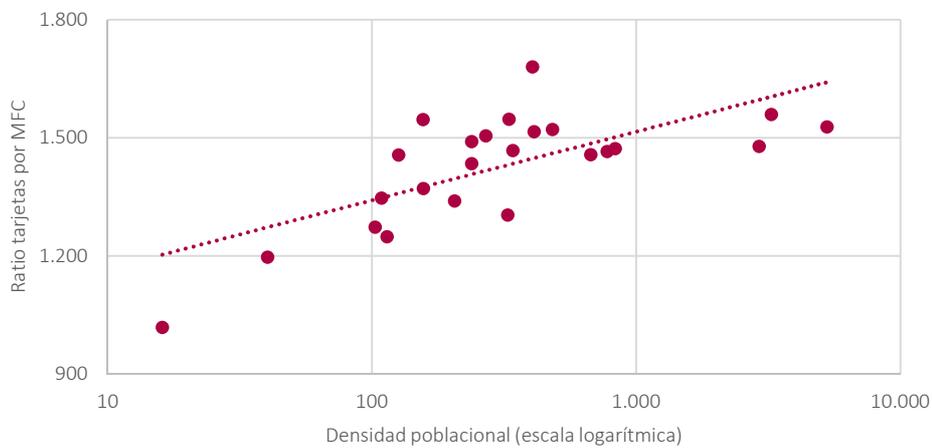
Si bien la dispersión con relación a la recta de regresión es relevante en algunos de los departamentos de salud, los gráficos confirman que factores como la dispersión geográfica de la zona atendida, el envejecimiento de la población asignada, el estado de salud de esta y la frecuentación pueden determinar de una forma significativa el dimensionamiento de los equipos de atención primaria.



## Dispersión geográfica de la zona atendida

En cada departamento de salud, los equipos de atención primaria prestan principalmente sus servicios en centros de salud, pero también se trasladan a consultorios auxiliares para acercar la asistencia sanitaria a la población y evitar desplazamientos al centro de salud de referencia. En departamentos de salud que cubren una extensión geográfica significativa y con baja densidad poblacional<sup>68</sup> (Vinaròs, Castelló, Requena, Xàtiva-Ontinyent), las ratios de facultativos de medicina familiar y comunitaria son menores que en aquellos departamentos con mayor concentración, como pueden ser los departamentos de salud que incluyen a la población de las ciudades de València y Alicante.

**Gráfico 2. Correlación entre la densidad poblacional y la ratio de población asignada por facultativo de medicina familiar y comunitaria. 2016-2019. Por departamento de salud**



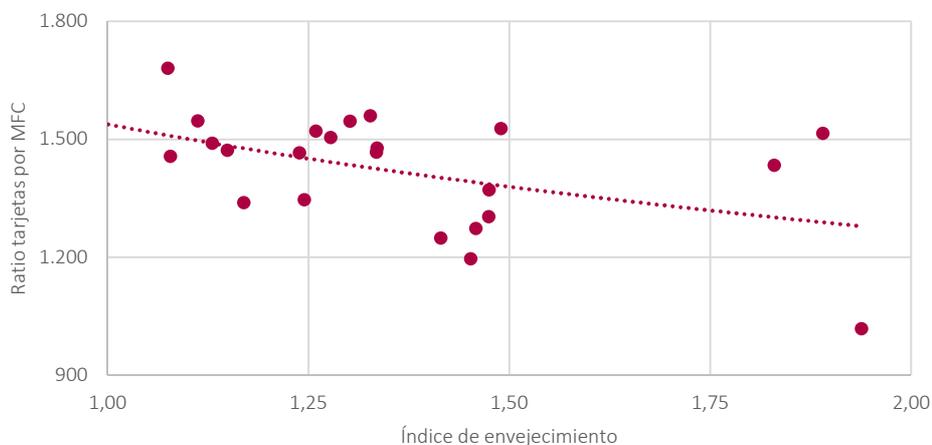
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Sistema de Información Poblacional y del Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana.

<sup>68</sup> Densidad poblacional: número de habitantes / km<sup>2</sup> de superficie del territorio.

### Envejecimiento de la población asignada

Una elevada proporción de población de edad avanzada también afecta significativamente a la carga asistencial, pues es previsible que como consecuencia de la morbilidad de estos pacientes la tasa de frecuentación sea superior a otros grupos de edad. La población asignada al departamento de salud de Requena tiene el índice de envejecimiento<sup>69</sup> más elevado en la Comunitat Valenciana, siendo el departamento con menor ratio de tarjetas asignadas a cada uno de los facultativos de medicina familiar y comunitaria.

**Gráfico 3. Correlación entre el índice de envejecimiento y la ratio de población asignada por facultativo de medicina familiar y comunitaria. 2016-2019. Por departamento de salud**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Sistema de Información Poblacional y del Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana.

<sup>69</sup> Índice de envejecimiento: población de 65 años o más / población de menos de 15 años.

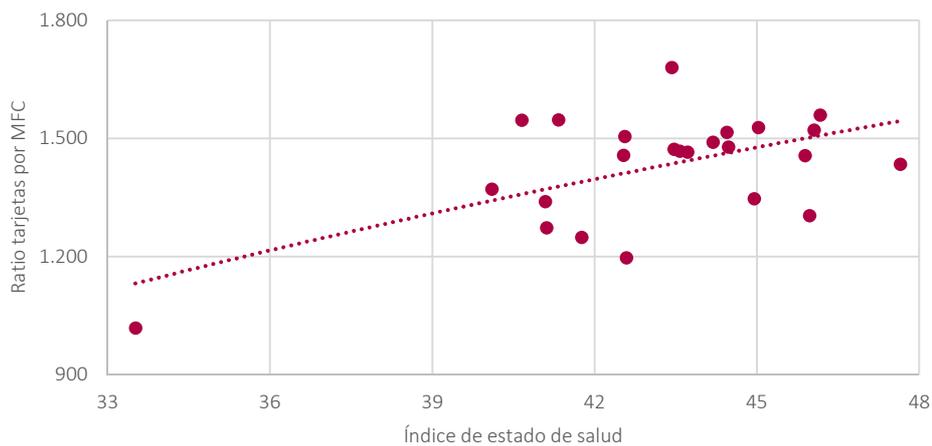


## Estado de salud de la población asignada

La Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública clasifica la población protegida en función de su estado de salud según las patologías identificadas. Se distingue, pues, entre la población que tiene un estado de salud sano de la que presenta alguna historia de enfermedad aguda significativa, enfermedad crónica menor única, enfermedad crónica menor en múltiples sistemas orgánicos, enfermedad dominante o crónica moderada única, enfermedad significativa crónica en múltiples sistemas orgánicos, enfermedad dominante crónica en tres o más sistemas orgánicos, neoplasias dominantes, metastásicas y complicadas, o con necesidades sanitarias elevadas.

La población asignada al departamento de salud de Requena presenta el menor índice de población con estado de salud sano, factor que incide en el menor número de tarjetas asignadas por facultativo de medicinas familiar y comunitaria.

**Gráfico 4. Correlación entre el índice de estado de salud<sup>70</sup> de la población y la ratio de población asignada por facultativo de medicina familiar y comunitaria. 2016-2019. Por departamento de salud**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Sistema de Información Poblacional y de ALUMBRA.

<sup>70</sup> Índice de estado de salud: población protegida clasificada como población con estado de salud sano / total población protegida.

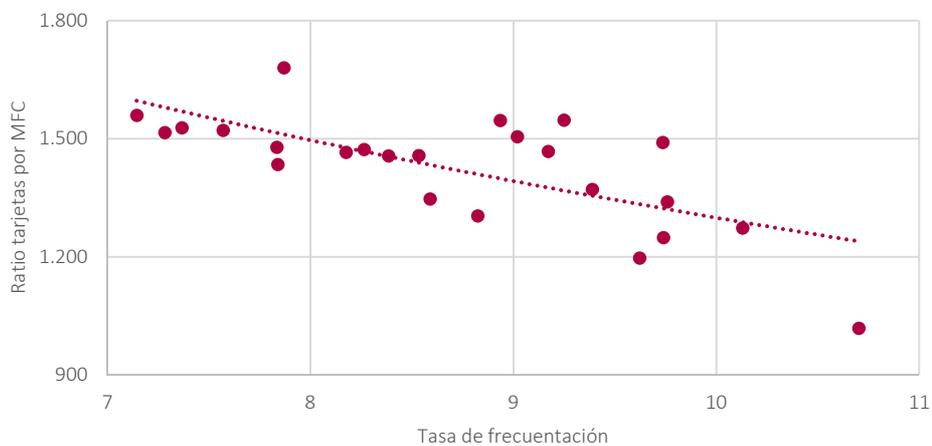


## Frecuentación de consultas de la población asignada

La frecuentación es un indicador de las consultas ordinarias por habitante (población asignada) y año. Este indicador resulta fundamental para gestionar eficientemente las consultas programadas de medicina de familia, organizando la atención a pacientes crónicos e “hiperfrecuentadores” de forma que se limite la utilización inadecuada del servicio.

Se observa que existe una relación inversamente proporcional entre la tasa de frecuentación<sup>71</sup> de pacientes mayores de 15 años a los centros de salud y la ratio de facultativos en atención primaria por departamento de salud.

**Gráfico 5. Correlación entre la tasa de frecuentación y la ratio de población asignada por facultativo de medicina familiar y comunitaria. 2016-2019. Por departamento de salud**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Sistema de Información Poblacional y de Alumbra.

<sup>71</sup> Tasa de frecuentación: número total de consultas / media de la población asignada.

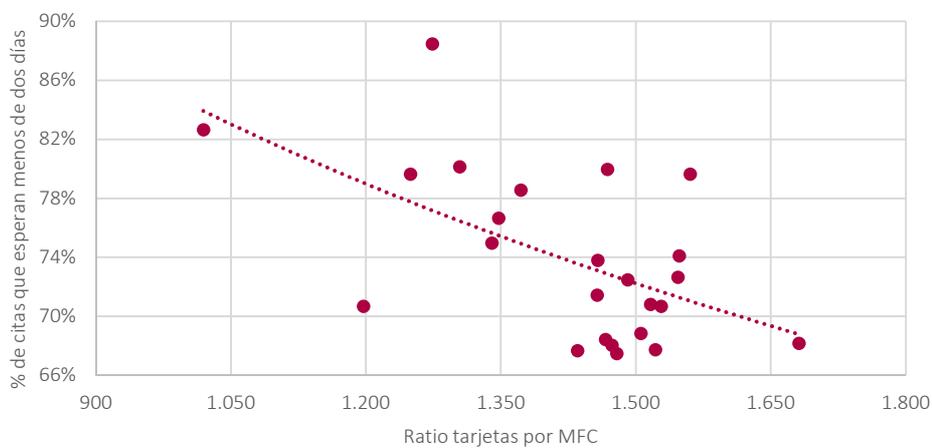


## Espera estructural

Otro indicador relevante de la presión asistencial es el relativo a la espera estructural<sup>72</sup>, esto es el número de días de espera dividido entre el número de consultas realizadas en el ámbito y período de estudio (por departamento y año).

En este caso, el *output* resultante (la espera estructural) es mayor con carácter general en aquellos departamentos de salud que presentan una mayor ratio de tarjetas asignadas por médico de familia.

**Gráfico 6. Correlación entre la ratio de población asignada por facultativo de medicina familiar y comunitaria y la espera estructural. 2016-2019. Por departamento de salud**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Sistema de Información Poblacional y de ALUMBRA.

<sup>72</sup> Espera estructural: espera atribuible a la organización y recursos disponibles y no debida a la libre elección de médico.



## **ANEXO IV**

### **Situación actual y prospección futura de las especialidades médicas en la Comunitat Valenciana**



En el transcurso de nuestro trabajo, hemos remitido un cuestionario de opinión a todos los departamentos de salud de la Comunitat Valenciana (excepto las concesiones). La totalidad de encuestados remitieron el cuestionario debidamente cumplimentado entre el 28 de abril y el 1 de julio de 2020.

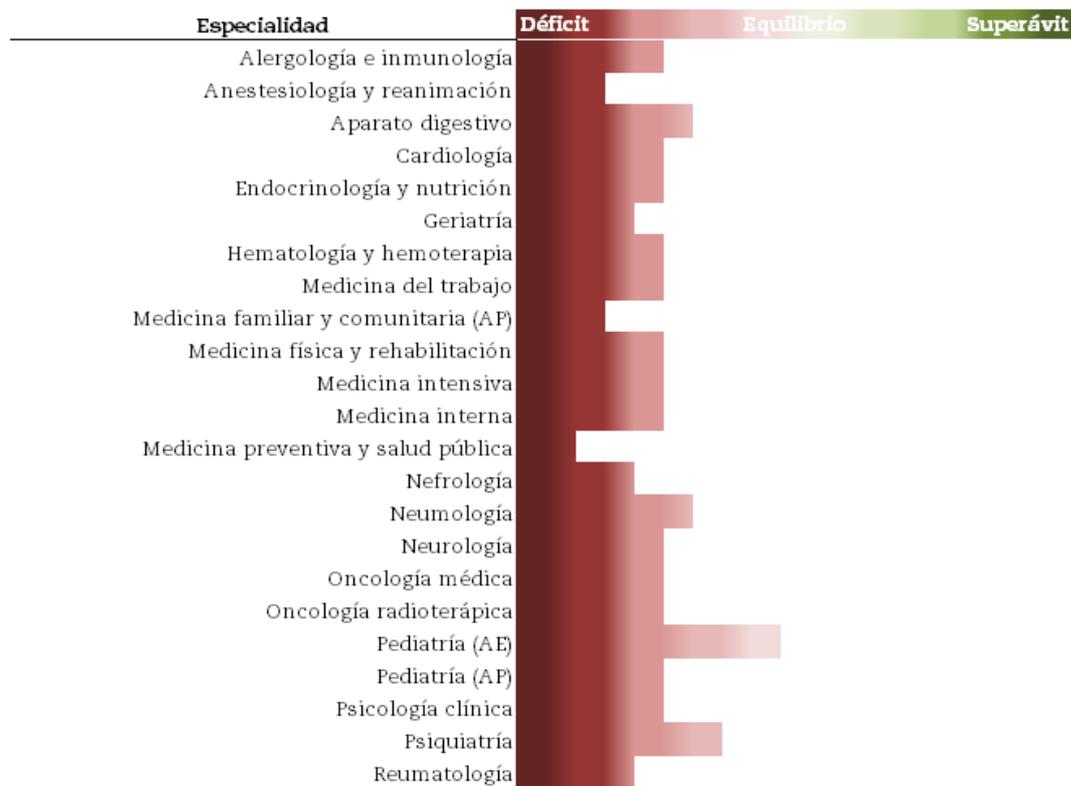
Esta Sindicatura solicitó la opinión de las gerencias de los departamentos en relación con el dimensionamiento actual de la plantilla y en relación con las necesidades futuras en atención primaria y especializada.

La pregunta respecto a la dimensión actual de la plantilla se formuló en los siguientes términos:

“En relación con este departamento de salud, señalar para cada una de las especialidades cuál considera que es la situación actual en cuanto a la disponibilidad de facultativos especialistas en relación con las necesidades asistenciales actuales. (Seleccionar entre “Superávit”, “Equilibrio” o “Déficit”, donde “Superávit” implica que existe un exceso significativo de facultativos que actualmente prestan sus servicios en relación con la demanda de los servicios; “Equilibrio” implica que no hay tensiones relevantes entre la demanda y la oferta, y “Déficit” implica que se trata de especialidades muy deficitarias que requieren de un aumento relevante de recursos disponibles para atender la demanda asistencial actual.)”

Los gráficos siguientes resumen la opinión reflejada en los 21 cuestionarios recopilados.

**Gráfico 1. Situación actual de las especialidades clínicas**

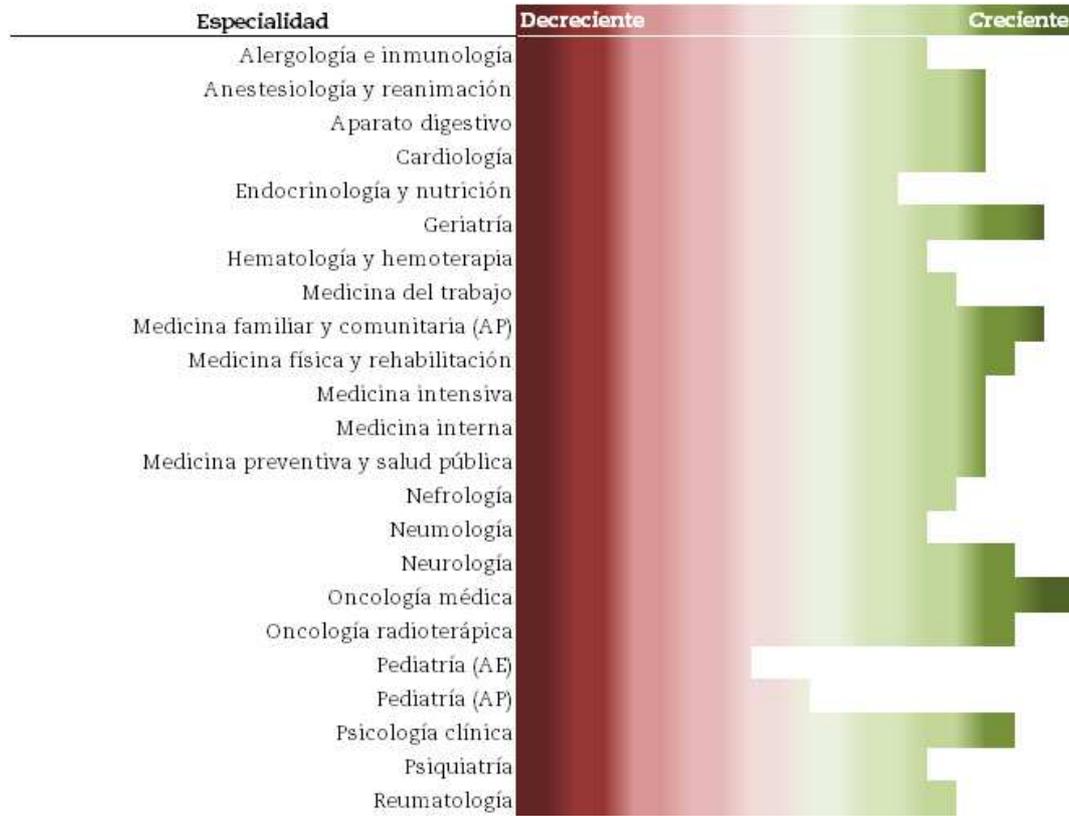






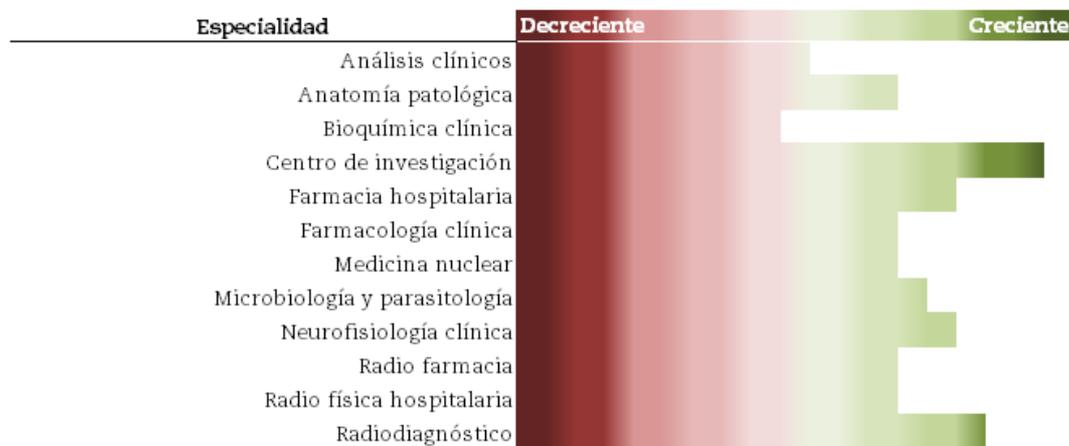
Los gráficos siguientes resumen la opinión reflejada en los 21 cuestionarios recopilados.

**Gráfico 4. Prospección futura de la demanda. Especialidades clínicas**



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta de opinión a las gerencias de los departamentos de salud.

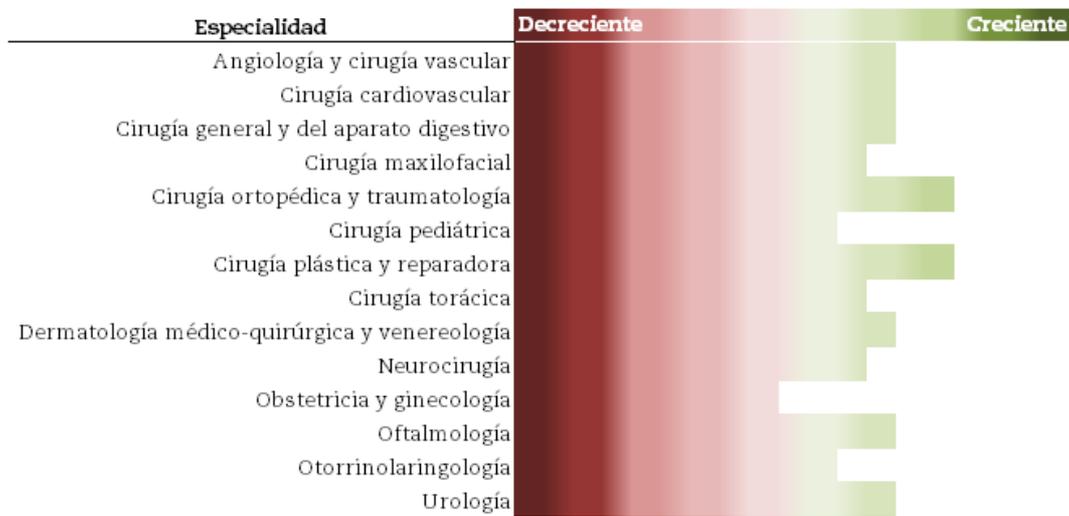
**Gráfico 5. Prospección futura de la demanda. Especialidades de laboratorio**



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta de opinión a las gerencias de los departamentos de salud.



**Gráfico 6. Prospección futura de la demanda. Especialidades quirúrgicas y médico-quirúrgicas**



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta de opinión a las gerencias de los departamentos de salud.



## TRÁMITE DE ALEGACIONES

Previamente al trámite de alegaciones y conforme a lo previsto en las secciones 1220 y 3200 del *Manual de fiscalización* de esta Sindicatura, se remitió a los gestores de la entidad el documento de trabajo que recogía los principales aspectos de la fiscalización realizada (objetivo y alcance de la auditoría, conclusiones, recomendaciones, observaciones y evidencias obtenidas) una vez finalizada la fase del trabajo de campo para su análisis y para que nos enviaran sus comentarios y observaciones.

En el borrador del informe elaborado a partir del citado documento de trabajo se recogieron, en su caso, las observaciones y se efectuaron las modificaciones que se consideraron oportunas por la Sindicatura, derivadas de la fase a que antes se ha hecho referencia.

Posteriormente, en cumplimiento del artículo 16 de la Ley de la Generalitat Valenciana 6/1985, de 11 de mayo, de Sindicatura de Comptes, de acuerdo con la redacción dada por la Ley de la Generalitat Valenciana 16/2017, de 10 de noviembre, y del artículo 55.1.c) del Reglamento de Régimen Interior de la Sindicatura de Comptes, así como del acuerdo del Consell de esta institución por el que tuvo conocimiento del borrador de Informe, este fue remitido el 19 de febrero de 2021 a la consellera de Sanidad Universal y Salud Pública, para que formulara las alegaciones que estimase convenientes, finalizando el plazo para ello el 5 de marzo de 2021.

Dentro del plazo concedido, se presentaron alegaciones que se incluyen en el anexo V de este informe.

En relación con el contenido de las alegaciones y su tratamiento, es preciso señalar lo siguiente:

1. Todas ellas han sido analizadas detenidamente
2. Las alegaciones admitidas se han incorporado al contenido del Informe.

En los anexos V y VI se incorporan el texto de las alegaciones formuladas y el informe motivado que se ha emitido sobre estas, que ha servido para su estimación o desestimación por esta Sindicatura.



## **APROBACIÓN DEL INFORME**

En cumplimiento del artículo 19.j) de la Ley de la Generalitat Valenciana 6/1985, de 11 de mayo, de Sindicatura de Comptes de acuerdo con la redacción dada por la Ley de la Generalitat Valenciana 16/2017, de 10 de noviembre y del artículo 55.1.h) de su Reglamento de Régimen Interior y, de los programas anuales de actuación de 2019, 2020 y 2021 de esta institución, el Consell de la Sindicatura de Comptes, en reunión del día 15 de marzo de 2021, aprobó este informe de fiscalización.



## **ANEXO V**

### **Alegaciones presentadas**

Ref.: DGRH/SGRH/FJI/nob

## SINDICATURA DE COMPTES DE LA COMUNITAT VALENCIANA

**Al·legacions que es formulen a l'esborrany de l'informe de fiscalització d'auditoria operativa del personal sanitari per la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Exercicis 2016-2019**

- **PRIMERA AL. LEGACIÓ**

**Apartado "Subobjetivo 1.5" en el apéndice 3, páginas 59 y 60 (nota de pie de página).**

A lo largo del texto del borrador se han tenido en cuenta para la determinación de la temporalidad todos los nombramientos temporales que suscribe esta Conselleria en relación con el personal estatutario objeto de la auditoría.

Además, esta forma de determinación de la temporalidad sirve de base para las afirmaciones contenidas en el subobjetivo 1.5 (página 59) al hacer referencia al Acuerdo incorporado en la ley de Presupuestos para la reducción de la temporalidad al 8%, y así mismo se utiliza para definir el índice de temporalidad (llamada 43 de la página 60).

Por ello, nos vemos en la necesidad de precisar lo siguiente:

La ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, con el fin de asegurar la asistencia sanitaria a la población los 365 días del año durante las 24 horas del día, prevé, a diferencia de lo que ocurre en otras Administraciones Públicas, la existencia de plantillas estructurales por un lado y, por otro, de nombramientos de naturaleza temporal.

Para estos últimos, la mencionada norma establece una tipología de nombramientos temporales. En concreto, su artículo 9 los reconduce a 3, a saber, de interinidad, de carácter eventual o de sustitución, definidos de la siguiente forma:

- El nombramiento de carácter interino se expedirá para el desempeño de una plaza vacante de los centros o servicios de salud.
- El nombramiento de carácter eventual se expedirá en los siguientes supuestos:
  - a) Cuando se trate de la prestación de servicios determinados de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria.
  - b) Cuando sea necesario para garantizar el funcionamiento permanente y continuado de los centros sanitarios.
  - c) Para la prestación de servicios complementarios de una reducción de jornada ordinaria.
- El nombramiento de sustitución se expedirá cuando resulte necesario atender las funciones de personal fijo o temporal, durante los períodos de vacaciones, permisos y demás ausencias de carácter temporal que comporten la reserva de la plaza.

Por lo tanto, de conformidad con esta regulación, los nombramientos de interinidad serán los únicos que constituirán la plantilla estructural, y que, a nuestro juicio, deberían ser objeto de consideración a la hora de determinar el índice de temporalidad del sistema; el resto de los nombramientos no fijos, o bien tienen carácter coyuntural (los eventuales) o bien son sustituciones de personal que ocupa plantilla estructural.

El objeto de las Ofertas de Empleo Público viene definido en la normativa como las necesidades en recursos humanos, con asignación presupuestaria, que deban proveerse mediante la incorporación de personal de nuevo ingreso (artículo 69.2 del texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público). En consecuencia, a los efectos de poder determinar las plazas que serán ofertadas mediante los sistemas de selección de personal de carácter definitivo, debemos acudir a las plazas que integran las plantillas estructurales. Así viene establecido en la normativa estatal básica que configura las ofertas de empleo público. Concretamente, la vigente Ley de Presupuestos Generales del Estado (Ley 6/2018, de 3 de julio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2018, prorrogada en los ejercicios 2019 y 2020), en su artículo 19, regula con carácter básico la Oferta de Empleo Público, señalando, en relación con el cálculo de las tasas de reposición de efectivos, que:

*“Para calcular la tasa de reposición de efectivos, el porcentaje de tasa máximo fijado se aplicará sobre la diferencia resultante entre el número de empleados fijos que, durante el ejercicio presupuestario anterior, dejaron de prestar servicios en cada uno de los respectivos sectores, ámbitos, cuerpos o categorías, y el número de empleados fijos que se hubieran incorporado en los mismos, en el referido ejercicio, por cualquier causa, excepto los procedentes de ofertas de empleo público, o reingresado desde situaciones que no conlleven la reserva de puestos de trabajo. A estos efectos, se computarán los ceses en la prestación de servicios por jubilación, retiro, fallecimiento, renuncia, declaración en situación de excedencia sin reserva de puesto de trabajo, pérdida de la condición de funcionario de carrera o la extinción del contrato de trabajo o en cualquier otra situación administrativa que no suponga la reserva de puesto de trabajo o la percepción de retribuciones con cargo a la Administración en la que se cesa. Igualmente, se tendrán en cuenta las altas y bajas producidas por los concursos de traslados a otras Administraciones Públicas.”*

Así mismo, cuando este artículo regula las tasas adicionales para la estabilización de empleo temporal en su apartado noveno, señala que en ellas se incluirán “las plazas de naturaleza estructural que, estando dotadas presupuestariamente, hayan estado ocupadas de forma temporal e ininterrumpidamente al menos en los tres años anteriores a...”.

Por lo tanto, para calcular el número de plazas a incluir en una OPE o para determinar las que deben comprender las tasas adicionales de estabilización, únicamente podemos acudir a las plantillas estructurales de una Administración Pública.

En conclusión, si para poder ofertar plazas en una OPE o en el proceso de estabilización únicamente se pueden tener en cuenta los datos de las plazas de plantilla presupuestaria existentes en el año inmediato anterior (tasa de reposición) o en los tres últimos años (estabilización), y dichos datos son en los que se basa el Acuerdo para determinar el porcentaje (8%) de temporalidad que se pretende conseguir, no parece lógico calificar de fallido el incumplimiento de ese porcentaje cuando no se tienen en cuenta en la medición los mismos parámetros.

Debemos asimismo matizar la afirmación de la página 59 que declara *“la CSUSP considera que los contratos eventuales para la realización de acúmulos de tareas (principalmente formalizados para cubrir los planes de vacaciones) o para sustituciones no son estrictamente contratos temporales, sino que el concepto de temporalidad se restringe únicamente a los contratos de interinidad...”*, en el sentido hasta ahora expresado de que, para la determinación de las plazas a ofertar en una OPE o en un proceso de estabilización, por imperativo de la normativa básica vigente (EBEP, EM, leyes de Presupuestos), defendemos que únicamente deberían tenerse en cuenta las plazas existentes de plantilla estructural, y nunca las coberturas de sustituciones, contratos eventuales o acúmulos de tareas. Y esta es la información que requieren tanto la Conselleria de Hacienda y Modelo Económico como el Ministerio de Hacienda cuando solicitan los datos necesarios para aprobar la OPE y, una vez aprobada, para el control del gasto del Capítulo I.

Teniendo en cuenta lo señalado anteriormente informamos de que esta conselleria, desde el año 2015, ha ido incorporando en las Ofertas de Empleo Público de los años 2016 al 2020 el número de plazas máximo que le ha permitido la normativa vigente.

- **SEGONA AL. LEGACIÓ**

**Apartado “3. Conclusiones” página 12, epígrafe 3.1 punto 5**

Hay que entenderla en lógica concatenación con la primera alegación, en relación con lo expuesto para el subobjetivo 1.5, pues se habla de tasas de temporalidad que se elevan por encima del 50% para la atención primaria y del 60% para la especializada. En coherencia con nuestras tesis, defendemos que la temporalidad que debe considerarse a estos efectos es exclusivamente (a diferencia de lo que detalla la nota de pie de página nº 5) la interinidad, sin recoger sustituciones, promociones internas, acumulo de tareas, atención continuada..., en cuyo caso la temporalidad quedaría por debajo del 30% y, por tanto, perfectamente comparable a la que se da a nivel estatal.

- **TERCERA AL. LEGACIÓ**

**Apartado “Subobjetivo 2.5” página 88, primer párrafo**

La afirmación expuesta debe matizarse. Los recursos en materia de régimen jurídico general relacionados con ceses de personal temporal, permisos, jornada, jubilación y compatibilidades, así como la tramitación de los recursos contencioso-administrativos en esta materia, no corresponden en sentido estricto *“... al resto de unidades que integran la Dirección General de Recursos Humanos,...”*, tal y como se expone literalmente en el citado párrafo, sino al Servicio de Régimen Jurídico de Personal, de conformidad con el art. 19.2.2 del Decreto 93/2018, de 13 de julio, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

- **QUARTA AL. LEGACIÓ**  
**Apartado “Subobjetivo 2.5” página 89, párrafo tercero**

En el párrafo tercero aparece una afirmación que se presta a confusión cuando declara que “El motivo principal de reclamación (...) si bien son desestimadas en vía administrativa por el gerente, suelen acabar en un recurso contencioso-administrativo...”

Al respecto procede puntualizar que, si por reclamación se entiende una mera solicitud administrativa en demanda de una determinada pretensión, sí debe ser resuelta por la Gerencia o la Dirección del centro de que se trate, en el caso de que así proceda por atribución competencial, de cuyo resultado podrá seguirse, a instancia del interesado, bien un recurso en vía administrativa bien directamente un recurso contencioso-administrativo. Ahora bien, si por reclamación se está refiriendo a un recurso administrativo en sentido estricto, la competencia para su resolución no corresponde a aquéllos, sino a la dirección general de Recursos Humanos, con la particularidad de que, si la cuestión debatida tiene relación con el régimen retributivo, su tramitación corresponde a la Dirección Territorial correspondiente.

La anterior alegación se expone a los solos efectos de contribuir a perfeccionar la redacción y exposición de las conclusiones contenidas en el Subobjetivo 2.5 del borrador de informe, pues nótese que en el cuerpo del apartado y en los epígrafes de los gráficos que se acompañan se hace mención indistinta tanto al término “reclamaciones” como “recursos,” dando a entender, salvo interpretación en contrario, que la referencia es al mismo concepto, es decir, a los recursos administrativos, con la naturaleza y alcance que se determinan en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

En este sentido, resulta sintomático que ya el propio título del Subobjetivo 2.5 haga referencia expresa al término “reclamaciones”.

Por lo expuesto, abogamos por que en la redacción definitiva del informe de auditoría que nos ocupa, se utilice únicamente el término “recurso” para referirse a las vías de impugnación en sede administrativa.

- **QUINTA AL. LEGACIÓ**  
**Apartado “Subobjetivo 2.5.” página 87, primer punto del párrafo 3º.**

*“[...] Recursos interpuestos en materia de disciplinaria, informados por el Servicio de Régimen Jurídico de Personal”*

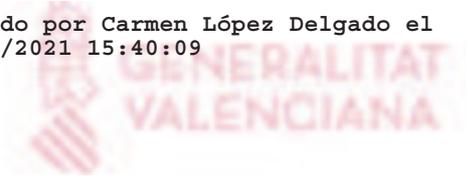
Al respecto procede señalar que, a tenor de lo establecido en el artículo 19.1c) del Decreto 93/2018, de 13 julio, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria

de Sanidad Universal y Salud Pública, no compete al Servicio de Régimen Jurídico de Personal emitir informes en relación con los recursos interpuestos en materia de disciplinaria.

No obstante, lo anterior, cabe reseñar que la normativa reguladora de la tramitación del procedimiento administrativo para la resolución de los recursos en materia disciplinaria no contempla, como uno de sus trámites, la emisión de informes por parte del referido Servicio.

La directora general de Recursos Humanos

Firmado por Carmen López Delgado el  
04/03/2021 15:40:09





## **ANEXO VI**

### **Informe sobre las alegaciones presentadas**



## **ANÁLISIS DE LAS ALEGACIONES EFECTUADAS AL BORRADOR DEL INFORME DE FISCALIZACIÓN DE LA AUDITORÍA OPERATIVA DE LA GESTIÓN DEL PERSONAL SANITARIO POR LA CONSELLERIA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA. EJERCICIOS 2016-2019**

Mediante escrito de 4 de marzo 2021 de la directora general de Recursos Humanos se remitieron las alegaciones al borrador del Informe citado y respecto a estas se señala lo siguiente:

### **Primera alegación**

#### **Apartados del borrador del Informe**

Apartado "Subobjetivo 1.5" en el apéndice 3, páginas 59 y 60 (nota de pie de página).

#### **Comentarios**

La entidad fiscalizada discrepa de nuestro criterio sobre la consideración de qué tipo de contrataciones deben ser incluidas en el índice de temporalidad. A su juicio, y dado que las ofertas de empleo público tan solo pueden incluir las plazas existentes de plantilla estructural, los nombramientos de carácter coyuntural (los eventuales), las sustituciones de personal que ocupa plantilla estructural y los acúmulos de tarea no deben ser considerados "temporales", y únicamente debe computarse como temporalidad los nombramientos de interinidad.

La Sindicatura de Comptes considera que en contraposición a los nombramientos definitivos de personal estatutario, cuya relación laboral tiene naturaleza fija e indefinida entre el trabajador y el empleador, el resto de contrataciones previstas en Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (los nombramientos de carácter interino, los de carácter eventual y los de sustitución) implican indudablemente la existencia de una relación laboral de carácter temporal. En consecuencia, esta institución no puede obviar la existencia de un número significativo de trabajadores que mantienen un vínculo definido en el tiempo con la Administración, no ya solo por ocupar de forma interina una plaza estructural, sino también como consecuencia de la de sustitución de personal estructural o por acumulación de tareas.

Es cierto que la Conselleria ha incorporado en las ofertas de empleo público de los años 2016 a 2019 el número de plazas máximo que le ha permitido la normativa vigente. Sin embargo, también es cierto que la prestación de un mismo servicio de forma continuada en el tiempo por un mismo trabajador es un indicio sobre la insuficiencia de la plantilla estructural. Si así fuera, y esa es la opinión que hemos recogido en nuestro informe, la Conselleria debería crear más plazas en la plantilla estructural e incorporarlas en ofertas de empleo público futuras.



### Consecuencias en el Informe

No modificar el Informe.

## Segunda alegación

### Apartados del borrador del Informe

Apartado "3. Conclusiones" página 12, epígrafe 3.1 punto 5.

### Comentarios

La alegación de la Conselleria insiste nuevamente en que la temporalidad solo debería hacer referencia a la interinidad y no al resto de motivos por los cuales un trabajador presta sus servicios a la Administración de forma temporal en el tiempo, sin que exista una relación duradera e indefinida.

Sin embargo, discrepamos de la opinión de la Conselleria, tal y como se ha comentado en la primera alegación. La tasa de temporalidad en la sanidad pública a nivel estatal (33%) se desprende de los datos de la Encuesta de Población Activa, es decir, a salvo de criterios interpretativos y subjetivos, y en nuestra opinión, perfectamente comparable con el índice de temporalidad calculado por la Sindicatura y reflejado en el Informe.

### Consecuencias en el Informe

No modificar el Informe.

## Tercera alegación

### Apartados del borrador del Informe

Apartado "Subobjetivo 2.5" página 88, primer párrafo.

### Comentarios

Los recursos en materia de régimen jurídico general relacionados con ceses de personal temporal, permisos, jornada, jubilación y compatibilidades, así como la tramitación de los recursos contencioso-administrativos en esta materia, corresponden al Servicio de Régimen Jurídico de Personal.

### Consecuencias en el Informe

Cambiar la redacción del séptimo párrafo del subobjetivo 2.5 que quedará redactado de la siguiente forma:

- "Recursos en materia de régimen jurídico general cuya competencia corresponde al Servicio de Régimen Jurídico de Personal relacionados con cese de personal temporal, permisos, jornada, jubilación y compatibilidades, así como la tramitación de los recursos contencioso-administrativos en esta materia."



## Cuarta alegación

### Apartados del borrador del Informe

Apartado "Subobjetivo 2.5" página 89, párrafo tercero.

### Comentarios

En el contexto del subobjetivo 2.5, el término "recurso" no cabe únicamente restringirlo a la figura del recurso contencioso-administrativo, sino que engloba la tipología de recursos administrativos existentes y previstos en Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Adicionalmente, el término "reclamación" utilizado en nuestro informe viene referido a cualquier solicitud administrativa iniciada por un trabajador que sustenta una demanda de sus propios intereses (que sería por ejemplo cualquier escrito presentado ante la gerencia de un departamento de salud).

### Consecuencias en el Informe

No modificar el Informe.

## Quinta alegación

### Apartados del borrador del Informe

Apartado "Subobjetivo 2.5" página 87, primer punto del párrafo tercero.

### Comentarios

La Conselleria matiza que el Servicio de Régimen Jurídico de Personal no está obligado por norma legal a informar sobre los recursos interpuestos en materia disciplinaria.

La palabra "informados" empleada en el subobjetivo 2.5 tiene el sentido de que el Servicio de Régimen Jurídico ha informado a la Sindicatura, sin pretender por nuestra parte indicar que dicho servicio tenga o no la obligación de emitir un informe en el transcurso de la tramitación de los recursos.

### Consecuencias en el Informe

Sustituir en los tres puntos tras el tercer párrafo del subobjetivo 2.5 las palabras "informados por" por la expresión "que nos informa".