

III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

1266 *Resolución de 17 de enero de 2018, del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, por la que se publica el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del INGESA.*

La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, en el artículo 80, referido a Pactos acuerdos, establece en el apartado 1, que en el seno de las mesas de negociación, los representantes de la Administración o servicio de salud y los representantes de las organizaciones sindicales podrán concertar pactos y acuerdos. Asimismo en el apartado 2, g) recoge, que deberán ser objeto de negociación, en los términos previstos en el capítulo III de la Ley 9/1987, de 12 de junio, «los Planes de ordenación de recursos humanos».

En cumplimiento de este artículo, la Administración y las Organizaciones sindicales presentes en la Mesa Sectorial de fecha 14 de abril de 2016, acordaron la creación de un grupo de trabajo para la negociación del Plan de Ordenación de Recursos Humanos del personal estatutario que presta servicios en los Centros Sanitarios dependientes del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla y en el Centro Nacional de Dosimetría. La primera reunión del grupo de trabajo se celebró el 21 de abril de 2016 y se han mantenido sucesivas reuniones, hasta su elevación a la Mesa Sectorial del 15 de enero de 2018, para su aprobación.

El objetivo fundamental del presente Plan de Ordenación, cuya vigencia temporal está prevista para el quinquenio 2017-2021, es la planificación de los recursos humanos necesarios para llevar a cabo los fines que el INGESA tiene encomendados, dotándolo de los elementos necesarios para su desarrollo en los distintos aspectos que configuran su gestión.

Finalizada la negociación, se hace preciso proceder a su aprobación y publicación. Por ello, esta Dirección del INGESA, en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 15 del Real Decreto 1087/2003, de 29 de agosto («BOE» del 30 de agosto), resuelve:

Artículo primero.

Aprobar el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del INGESA junto sus anexos, que entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Artículo segundo.

Ordenar la publicación de esta Resolución en el «Boletín Oficial del Estado» y disponer que, a los efectos de lo previsto en el artículo 13.2 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los servicios de Salud, se publique el Plan de Ordenación de Recursos Humanos en la página web del INGESA, cuyo texto se incorpora como anexo.

Contra la presente Resolución podrá interponerse recurso potestativo de reposición en el plazo de un mes de acuerdo con el artículo 123 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, así como recurso contencioso-administrativo, en el plazo de dos meses contados desde el día siguiente a su publicación, de conformidad con el artículo 46 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.

Madrid 17 de enero de 2018.–El Director del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, José Julián Díaz Melguizo.

ANEXO

PLAN DE ORDENACIÓN
DE RECURSOS
HUMANOS PERSONAL
ESTATUTARIO 2017-
2021

INSTITUTO NACIONAL
DE GESTIÓN SANITARIA

I. INTRODUCCIÓN Y AMBITO DE APLICACIÓN

Introducción

El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) comienza su andadura en el año 2002, por imperativo legal del artículo 15.1 del Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, derogado posteriormente por el vigente Real Decreto 1087/2003, de 29 de agosto, que en su artículo 15 regula sus competencias, estableciendo que: “El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, conserva el régimen jurídico, económico, presupuestario y patrimonial y la misma personalidad jurídica y naturaleza de Entidad Gestora de la Seguridad Social que el extinguido Instituto Nacional de la Salud. Le corresponderá la gestión de las prestaciones sanitarias en el ámbito de las Ciudades de Ceuta y Melilla y realizar cuantas otras actividades sean necesarias para el normal funcionamiento de sus servicios, en el marco de lo dispuesto por la disposición transitoria tercera de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad”. Asimismo en su apartado 7, le adscribe el Centro Nacional de Dosimetría, con el nivel orgánico que se determine en las correspondientes relaciones de puestos de trabajo.

El objetivo fundamental de este Organismo es, por una parte, dar una asistencia sanitaria de la mayor calidad posible, tanto en atención primaria como especializada a los ciudadanos que atiende, así como la prestación de servicios en protección radiológica que tiene encomendado a través del Centro Nacional de Dosimetría.

Para ello es indispensable disponer de unos profesionales cualificados y motivados, en el marco de una organización comprometida y bien planificada que posibilite el desarrollo de la actividad asistencial de calidad que tiene encomendada.

El INGESA, ha venido realizando distintas modificaciones en sus plantillas orgánicas para dar respuesta al incremento de su actividad y las nuevas tecnologías, así como ha ido mejorando las condiciones retributivas de sus profesionales, carrera profesional, prórroga en el servicio activo y estabilidad en el empleo a través de las distintas negociaciones con las Organizaciones Sindicales presentes en la Mesa Sectorial.

No obstante, en el momento actual no se dispone de un Plan de Ordenación de Recursos Humanos que integre la planificación de la Organización en esta materia, ya que la propuesta presentada en 2004 a la Mesa Sectorial, no llegó a ser negociada.

Los planes de ordenación de recursos humanos constituyen el instrumento básico de planificación global de dichos recursos dentro de un Servicio de Salud, según se establece en el artículo 13 de la ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco de Personal Estatutario de los Servicios de Salud. En los planes deben quedar especificados los objetivos a conseguir y a la vez el volumen y estructura de los recursos humanos que se consideran adecuados para poder cumplir dichos objetivos. Los planes de ordenación identifican las necesidades existentes en la organización y definen los recursos humanos necesarios para cubrirlas, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo.

La planificación de los recursos humanos es un elemento esencial para conseguir la eficacia y eficiencia en la gestión, objetivo que debe estar presente en toda actividad de la Administración Pública. Esa planificación está orientada al adecuado dimensionamiento, distribución, estabilidad, desarrollo, formación y capacitación de los recursos humanos o lo que es lo mismo, a través de ella se pretende detectar carencias y excesos, reducir desequilibrios, optimizar la plantilla y establecer una base sólida para planificar el desarrollo profesional de los empleados públicos. Una correcta planificación de necesidades y recursos ha sido siempre un objetivo pretendido por todas las organizaciones, pero en los momentos actuales esto se ha convertido en una necesidad ineludible.

Los planes de ordenación de recursos humanos deben ser una herramienta de trabajo ágil, dinámico y flexible con el fin de que la organización pueda adaptarse a las circunstancias cambiantes de la sociedad, y a las necesidades de los usuarios. El Estatuto Marco condiciona algunas decisiones importantes de la política de personal a las previsiones que el mencionado Plan de Ordenación contiene sobre las necesidades del correspondiente Servicio de Salud en relación con sus profesionales, desde el momento de su acceso al sistema, durante el periodo de actividad y hasta el momento de su salida del mismo.

El objetivo fundamental del presente Plan de Ordenación, cuya vigencia temporal está prevista para el próximo quinquenio, con la flexibilidad y adecuación a las necesidades que vayan surgiendo en este período, es la planificación de los recursos humanos necesarios para llevar a cabo los fines que el INGESA tiene encomendados, dotándolo de los elementos necesarios para su desarrollo en los distintos aspectos que configuran una gestión adecuada de éstos. Por ello está estructurado en cuatro grandes bloques:

- Datos descriptivos demográficos, de actividad y de recursos humanos
- Análisis etario y su proyección en el próximo quinquenio.

- Objetivos de planificación, mejora de la gestión e incentivación de los profesionales.
- Líneas de acción

De acuerdo con las previsiones del citado Estatuto Marco (art. 80.2 g), los planes de ordenación deben ser objeto de negociación con los representantes de los trabajadores en el foro que corresponda, y deben tener la suficiente publicidad en todos los Centros Sanitarios.

En base a cuanto antecede, la Administración y las Organizaciones Sindicales presentes en la Mesa Sectorial de fecha 14 de abril de 2016, acordaron la creación de un grupo de trabajo, cuya primera reunión se celebró el 21 de abril de 2016 con el fin de elaborar el presente Plan de Ordenación de Recursos Humanos de todos los Centros Sanitarios dependientes del mencionado Instituto y que se desarrolla seguidamente.

Ámbito de aplicación.

El presente Plan de Ordenación de Recursos Humanos incluye a todo el personal estatutario que presta servicios en los Centros Sanitarios dependientes del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, tanto en Atención Primaria como en Especializada, así como en el del Centro Nacional de Dosimetría.

(No sería de aplicación ni a los MIR ni al personal laboral de Melilla)

Fuente de Datos

Los datos referidos a RR.HH. han sido extraídos de la aplicación de Ingesa Saint7 de forma centralizada.

II. DATOS DEMOGRÁFICOS, DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL, PROTECCIÓN RADIOLÓGICA Y DE RECURSOS HUMANOS

II.1. Datos Demográficos

II.1.1. Población General

POBLACIÓN CEUTA Y MELILLA 2012-2016 (INE)																
CEUTA																
	2012			2013			2014			2015			2016			
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	%	Hombres	Mujeres
Nº de Personas																
Total	83.845	42.964	40.881	84.539	43.325	41.214	84.676	43.258	41.418	84.692	43.124	41.569	84.652	100%	43.028	41.624
0-14 años	17.543	8.912	8.631	17.665	8.993	8.672	17.850	9.081	8.769	17.916	9.122	8.793	17.885	21,13	9.182	8.705
de 15 a 64	57.202	30.097	27.105	57.675	30.316	27.359	57.555	30.138	27.417	57.386	29.905	27.486	57.183	67,55	29.626	27.562
de 65 o más	9.100	3.955	5.145	9.199	4.016	5.183	9.271	4.039	5.232	9.393	4.099	5.295	9.580	11,32	4.224	5.359

Tabla 1. Población General Ceuta

MELILLA																
	2012			2013			2014			2015			2016			
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	%	Hombres	Mujeres
Nº de Personas																
Total	81.792	43.312	39.480	83.619	43.111	40.508	83.871	42.864	41.007	84.570	43.142	41.428	84.764	100%	43.108	41.656
0-14 años	18.749	9.707	9.042	19.454	10.072	9.382	19.794	10.224	9.550	20.249	10.551	9.698	20.371	24,03	10.582	9.789
de 15 a 64	55.007	29.203	25.804	56.038	29.586	26.452	55.847	29.110	26.737	55.966	28.995	26.971	55.928	65,98	28.851	27.075
de 65 o más	8.036	3.402	4.634	8.127	3.453	4.674	8.230	3.510	4.720	8.359	3.595	4.763	8.469	9,99	3.675	4.794

Tabla 2. Población General Melilla

CEUTA		TOTAL POR EDADES					
	2012	2013	2014	2015	2016	%	2021 (proy INE)
Total	83.845	84.539	84.676	84.692	84.652	100%	88.648
0-14 años	17.543	17.665	17.850	17.916	17.885	21,13	
de 15 a 64	57.202	57.675	57.555	57.386	57.183	67,55	
de 65 o más	9.100	9.199	9.271	9.393	9.580	11,32	
MELILLA		TOTAL POR EDADES					
	2012	2013	2014	2015	2016	%	2021 (proy INE)
Total	81.792	83.619	83.871	84.570	84.764	100%	89.755
0-14 años	18.749	19.454	19.794	20.249	20.371	24,03	
de 15 a 64	55.007	56.038	55.847	55.966	55.928	65,98	
de 65 o más	8.036	8.127	8.230	8.359	8.469	9,99	

Tabla 3. Población por edades Ceuta y Melilla

II.1.2. Datos de población en base a tarjeta sanitaria

Atención Primaria de Ceuta

POBLACIÓN															▲▼ Variación del periodo												
CEUTA	2013			2014			2015			2016			2017			Pediatria			M. Familia			Enfermería					
	Pediatria	M. Familia	Enfermería	Pediatria	M. Familia	Enfermería	Pediatria	M. Familia	Enfermería	Pediatria	M. Familia	Enfermería	Pediatria	M. Familia	Enfermería	Absoluto	% 2016 -2017	% Anual	% Periodo	Absoluto	% 2016 -2017	% Anual	% Periodo	Absoluto	% 2016 -2017	% Anual	% Periodo
I CENTRO	3.688	18.054	21.742	3.763	18.672	22.435	3.865	18.729	22.594	3.814	18.984	22.798	3.801	19.236	23.037	113	-0,34%	0,77%	3,06%	-1.182	1,33%	1,64%	6,55%	1.295	1,05%	1,49%	5,96%
II BENÍTEZ	6.070	26.112	32.182	5.986	26.096	32.082	6.125	26.025	32.150	5.980	25.720	31.700	6.014	26.066	32.080	-56	0,57%	-0,23%	-0,92%	-46	1,35%	-0,04%	-0,18%	-102	1,20%	-0,08%	-0,32%
III TARAJAL	4.969	15.057	20.026	5.271	15.797	21.068	5.374	16.042	21.416	5.355	16.288	21.623	5.334	16.641	21.975	365	-0,38%	1,84%	7,35%	-1.584	2,29%	2,63%	10,52%	1.949	1,63%	2,43%	9,73%
Total	14.727	59.223	73.950	15.020	60.565	75.585	15.354	60.796	76.160	15.149	60.972	76.121	15.149	61.943	77.092	422	0,00%	0,72%	2,87%	-2.720	1,58%	1,15%	4,59%	3.142	1,28%	1,06%	4,25%

Tabla 4. TIS Ceuta

Población C.G. a 1 de enero de cada año

PREVISIÓN 2018 - 2022

CEUTA	2018			2019			2020			2021			2022		
	Pediatria	M. Familia	Enfermería	Pediatria	M. Familia	Enfermería	Pediatria	M. Familia	Enfermería	Pediatria	M. Familia	Enfermería	Pediatria	M. Familia	Enfermería
I CENTRO	3.830	19.550	23.380	3.859	19.869	23.728	3.888	20.194	24.082	3.917	20.524	24.441	3.947	20.859	24.806
II BENÍTEZ	6.000	26.054	32.054	5.986	26.042	32.028	5.972	26.030	32.002	5.958	26.018	31.976	5.944	26.006	31.950
III TARAJAL	5.431	17.078	22.509	5.530	17.527	23.057	5.631	17.987	23.618	5.734	18.460	24.194	5.839	18.945	24.784
Total	15.261	62.682	77.943	15.375	63.438	78.813	15.491	64.211	79.702	15.609	65.002	80.611	15.730	65.810	81.540

Tabla 5. Previsión Ceuta a 2022

Atención Primaria de Melilla

															▲▼ Variación del periodo									
MELILLA	2013			2014			2015			2016			2017			Pediatria			M. Familia			Enfermería		
	Pediatria	M. Familia	Enfermería	Pediatria	M. Familia	Enfermería	Pediatria	M. Familia	Enfermería	Pediatria	M. Familia	Enfermería	Pediatria	M. Familia	Enfermería	Absoluto	% Anual	% Periodo	Absoluto	% Anual	% Periodo	Absoluto	% Anual	% Periodo
CENTRO	3.922	12.919	16.241	4.130	12.412	16.542	4.325	13.072	17.397	4.326	13.360	17.686	4.264	13.385	17.649	342	2,18%	8,72%	1,066	2,16%	8,65%	1.408	2,17%	6,67%
ESTE	3.574	14.585	18.159	3.823	15.157	18.980	4.011	15.840	19.851	4.146	16.326	20.472	4.174	16.580	20.754	600	4,20%	16,79%	1.995	3,42%	13,68%	2.595	3,57%	14,29%
NORTE	4.805	14.302	19.107	4.963	14.350	19.313	5.162	14.967	20.129	5.197	15.254	20.451	5.257	15.628	20.885	452	2,35%	9,41%	1.326	2,32%	9,27%	1.778	2,33%	9,31%
OESTE	2.238	10.297	12.635	2.310	10.349	12.659	2.312	10.674	12.986	2.334	10.910	13.244	2.376	11.336	13.712	138	1,54%	6,17%	1.039	2,52%	10,09%	1.177	2,95%	9,39%
Total	14.539	51.593	66.042	15.228	52.268	67.494	15.810	54.553	70.363	16.003	55.850	71.853	16.071	56.929	73.000	1.532	2,63%	10,54%	5.426	2,63%	10,54%	6.958	2,63%	10,54%

Tabla 6 TIS Melilla

Población C.G. a 1 de enero de cada año

Previsión población al 2022

PREVISIÓN 2018 - 2022															▲ ▼ Variación ESTIMADA 2015 a 2020									
MELILLA	2018			2019			2020			2021			2022			Pediatría			M. Familia			Enfermería		
	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Absoluto	% Anual	% Período	Absoluto	% Anual	% Período	Absoluto	% Anual	% Período
CENTRO	4.356	13.674	18.030	4.450	13.969	18.419	4.547	14.271	18.818	4.646	14.579	19.225	4.747	14.894	19.641	483	2,27%	11,33%	1.509	2,25%	11,27%	1.992	2,26%	11,29%
ESTE	4.349	17.146	21.495	4.531	17.732	22.263	4.721	18.338	23.059	4.919	18.965	23.884	5.125	19.613	24.738	951	4,56%	22,78%	3.033	3,66%	18,29%	3.984	3,84%	19,20%
NORTE	5.380	15.990	21.370	5.506	16.360	21.866	5.635	16.739	22.374	5.767	17.126	22.893	5.902	17.522	23.424	645	2,45%	12,27%	1.894	2,42%	12,12%	2.539	2,43%	12,16%
OESTE	2.412	11.621	14.033	2.449	11.914	14.363	2.486	12.214	14.700	2.524	12.522	16.046	2.562	12.837	15.399	186	1,57%	7,83%	1.501	2,65%	13,24%	1.687	2,46%	12,30%
	16.497	58.431	74.928	16.936	59.975	76.911	17.389	61.562	78.951	17.856	63.192	81.048	18.336	64.866	83.202	2.265	2,82%	14,09%	7.937	2,79%	13,94%	10.202	2,80%	13,98%

Tabla 7 Previsión Melilla a 2022

Comentarios a los datos poblacionales y de actividad de atención primaria de Ceuta y Melilla

Población

Aunque las poblaciones que se han utilizado como referencia en este Plan son las padronales que publica oficialmente el INE, así como sus proyecciones, en el caso de la Atención Primaria de Salud nos ha parecido más razonable (y más ajustado a la realidad) utilizar los datos de la Tarjeta Sanitaria Individual (TIS) ya que es esta base de datos la que se utiliza para adscribir población a los distintos profesionales de Atención Primaria. Las discrepancias que se observan entre esta base de datos y la padronal se deben fundamentalmente a que, en TIS, no se contempla la población adscrita a las distintas mutualidades (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) y que es atendida por las sociedades privadas que se les ofertan. Por otro lado, el hecho de que los datos lleguen hasta 2017 y las proyecciones hasta 2022 se debe a que la fecha de referencia para la TIS es el 1 de enero de cada año

Con estos datos de TIS y teniendo en cuenta las tendencias observadas en los últimos años (2013-2017. Tablas 4 y 6) se han realizado las correspondientes proyecciones (Tabla 5 y 7) hasta el año 2022 obteniéndose crecimientos totales del 3,83% para pediatría, del 6,24% para medicina de familia y del 5,76% para enfermería en el caso de Ceuta y del 14,09%, 13,94% y 13,97% respectivamente en el caso de Melilla. Es obvio que la tendencia de crecimiento de Melilla es mucho más intensa que la de Ceuta, coincidiendo con las proyecciones de población que publica el INE.

II.2. ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

II.2.1. Atención Especializada

HOSPITAL COMARCAL DE CEUTA								
	2012	2013	2014	2015	2016	Variación	Variación	Variación
						n	n Anual	Periodo
ALTAS (*)	7.066	6.678	7.066	6.955	7.140	74	0,35%	1,41%
ESTANCIAS (*)	43.655	41.263	38.414	37.496	36.657	-6.998	-4,25%	-17,01%
ESTANCIA MEDIA (*)	6,3	6,3	5,4	5,4	5,1	-1,2	-4,96%	-19,84%
URGENCIAS TOTALES	56.200	56.683	62.700	67.891	71.807	15.607	6,38%	25,52%
CONSULTAS EXTERNAS (**)						0		
PRIMERAS	46.355	50.747	47.880	49.257	50.270	3.915	2,19%	8,76%
SUCESIVAS	45.313	47.378	51.784	54.590	52.684	7.371	3,95%	15,78%
Lista de Espera a 31 de Diciembre	3.068	2.974	2.883	3.884	3.963	895	7,66%	30,63%
Tiempo medio de espera para 1ª consulta (días)	30	30	30	31	38	8	6,48%	25,91%
H. de día (nº de sesiones)	3.300	3.538	4.028	5.227	5.255	1.955	12,84%	51,36%
PARTOS	1.524	1.368	1.536	1.484	1.479	-45	-0,42%	-1,68%
ACTIVIDAD QUIRÚRGICA (**)						0		
Intervenciones Quirúrgicas Hospitalización Programadas	666	770	750	709	822	156	5,87%	23,49%
CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria)	1.363	1.558	1.592	1.345	1.353	-10	0,39%	1,57%
Otros Procesos Quirúrgicos ambulatorios (c.m.a.)	447	589	480	731	880	433	21,48%	85,94%
Intervenciones Quirúrgicas Hospitalización Urgentes	1.199	1.107	1.197	1.166	1.184	-15	-0,15%	-0,59%
Intervenciones Quirúrgicas Ambulatorias Urgentes	78	83	106	53	52	-26	-4,44%	-17,77%
LISTA DE ESPERA Estructural a 31 de Diciembre (***)	405	446	381	537	525	120	8,56%	34,26%
(*) Fuente de datos: Hospital (SIAE)								
(**) Fuente de datos: SIAE								
(***) Fuente de datos: Lista de Espera Quirúrgica								

Tabla 8 Actividad asistencial A. Especializada H.U. Ceuta

HOSPITAL COMARCAL DE MELILLA								
	2012	2013	2014	2015	2016	Variación	Variación	Variación
						Absoluta	Anual (%)	Periodo
ALTAS (*)	6.802	7.073	7.439	7.601	7.832	1.030	3,59%	14,38%
ESTANCIAS (*)	41.138	41.155	41.103	41.463	43.766	2.628	1,59%	6,35%
ESTANCIA MEDIA (*)	6,0	5,8	5,5	5,4	5,6	-0,4	-1,66%	-6,62%
URGENCIAS TOTALES	61.450	59.580	62.176	61.773	63.785	2.335	0,98%	3,92%
CONSULTAS EXTERNAS (**)						0		
PRIMERAS	37.458	38.792	40.166	41.145	39.076	1.618	1,13%	4,51%
SUCESIVAS	64.946	68.215	68.969	65.939	65.471	525	0,26%	1,04%
Lista de Espera a 31 de Diciembre	2.020	2.434	2.314	2.128	2.450	430	5,66%	22,66%
Tiempo medio de espera para 1ª consulta (días)	26	22	24	26	21	-5	-4,30%	-17,19%
H. de día (nº de sesiones)	4.015	3.059	2.802	2.947	3.440	-575	-2,58%	-10,31%
PARTOS	2.372	2.443	2.758	3.001	2.946	574	5,72%	22,87%
ACTIVIDAD QUIRÚRGICA (**)						0		
Intervenciones Quirúrgicas Hospitalización Programadas	1.094	1.073	995	918	965	-129	-2,95%	-11,81%
CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria)	830	863	838	815	790	-40	-1,18%	-4,73%
Otros Procesos Quirúrgicos ambulatorios (c.m.a.)	1.672	1.557	1.989	2.717	2.215	543	9,75%	38,99%
Intervenciones Quirúrgicas Hospitalización Urgentes	1.157	1.210	1.384	1.591	1.579	422	8,29%	33,16%
Intervenciones Quirúrgicas Ambulatorias Urgentes	76	108	145	129	247	171	39,20%	156,80%
LISTA DE ESPERA Estructural a 31 de Diciembre (***)	253	323	323	301	323	70	7,04%	28,17%
(*) Fuente de datos: Hospital (SIAE)								
(**) Fuente de datos: SIAE								
(***) Fuente de datos: Lista de Espera Quirúrgica								

Tabla 9 Actividad asistencial A. Especializada H.C. Melilla

Comentarios a los datos y proyecciones sobre actividad asistencial en los hospitales de Ceuta y Melilla

Se han seleccionado una serie de indicadores por considerarlos los que mejor definen y resumen el conjunto de la actividad del hospital. Se han tenido en cuenta los datos de los años 2012 a 2016.

Hospital de Ceuta

En la tabla 8 vienen recogidos los datos asistenciales del Hospital de Ceuta durante los años 2012-2016. Se pueden hacer las siguientes reflexiones:

- En sintonía con el moderado crecimiento poblacional que ha tenido la ciudad de Ceuta, el número de altas hospitalarias ha registrado un muy moderado crecimiento en el período (1,41%). Sin embargo han disminuido las estancias (-17,01%) fruto de una disminución (-19,84 %) de la estancia media que ha pasado de 6,3 días en 2012 a 5,1 días en 2016. Las proyecciones de estos parámetros nos indican una cierta estabilidad al alza en altas y a la baja en estancias, fruto de una estancia media que se situaría por debajo de 4 días en 2021.
- El número de urgencias ha crecido un 25,52% en el período, crecimiento que ha sido sostenido a partir de 2013.
- Las consultas externas han crecido casi un 9% en el período, previéndose la continuidad de este crecimiento.
- El número de sesiones del hospital de día ha crecido notablemente (51,36%) con previsiones de continuidad en el crecimiento.
- El número de partos ha descendido discretamente (un 1,68%).
- La actividad quirúrgica programada con hospitalización se ha incrementado en un 23,49% mientras que la CMA lo ha hecho en un 1,57%.

En resumen podemos decir que se dibuja una situación estable con discretos incrementos del número de hospitalizaciones, descensos de la estancia media y crecimientos de las consultas externas, del hospital de día y de la actividad quirúrgica.

Hospital de Melilla

En la tabla 9 vienen recogidos los datos asistenciales del Hospital de Melilla durante los años 2012-2016. Se pueden hacer las siguientes reflexiones:

- A diferencia de Ceuta, en Melilla se han incrementado las altas hospitalarias en un 14,38%, y las estancias, en un 6,35%, habiéndose reducido la estancia media en un 6,62% hasta situarse en 5,6 días. Este incremento en el número de altas puede estar relacionado en buena parte, con el crecimiento poblacional experimentado en la ciudad.
- También se han incrementado de manera importante (22,87%) los partos y más moderadamente las urgencias y las consultas externas. Por el contrario ha disminuido discretamente la actividad quirúrgica y la del hospital de día.

En resumen se puede decir que la actividad asistencial del Hospital de Melilla ha registrado incrementos moderados en los últimos años, incrementos que, previsiblemente, se mantendrán en los próximos años fruto, entre otras cosas, de las previsiones de crecimiento poblacional.

En todo caso, la evolución de la actividad asistencial especializada va a depender también de otras muchas variables distintas de las demográficas. Por poner solo algún ejemplo, la ampliación de los usos de la hospitalización de día, la CMA y otros procedimientos ambulatorios, el uso y extensión de la telemedicina, las nuevas tecnologías y procedimientos que se vayan implementando, las variaciones en la cartera de servicios, etc. van a producir importantes cambios en la actividad de los hospitales. Por ello es necesario monitorizar los distintos indicadores de tal manera que nos permita adaptar los recursos (entre ellos los humanos) a las nuevas necesidades.

II.2.2. Actividad Atención Primaria

Ceuta

ACTIVIDAD ASISTENCIAL															
CEUTA	2012			2013			2014			2015			2016		
	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería
I CENTRO	16.794	93.104	52.365	17.623	93.284	51.818	18.018	92.257	54.544	16.932	89.322	55.815	16.176	88.502	56.416
II BENÍTEZ	30.827	132.501	84.292	29.341	131.413	87.128	28.399	121.475	83.021	24.297	117.913	79.545	24.140	113.282	78.562
III TARAJAL	24.392	82.193	51.202	23.653	81.785	55.881	26.405	79.273	57.686	25.319	81.334	51.878	24.662	75.920	54.414
Total	72.013	307.798	187.859	70.617	306.482	194.827	72.822	293.005	195.251	66.548	288.569	187.238	64.978	277.704	189.392

Tabla 10. Actividad asistencial A. Primaria Ceuta

PREVISIÓN 2017 - 2021															
CEUTA	Estimación 2017			2018			2019			2020			2021		
	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería
I CENTRO	16.120	89.676	57.007	16.243	91.143	57.855	16.367	92.634	58.716	16.492	94.150	59.590	16.618	95.691	60.477
II BENÍTEZ	24.277	114.805	79.503	24.221	114.754	79.440	24.165	114.703	79.377	24.109	114.652	79.314	24.053	114.601	79.251
III TARAJAL	24.565	77.660	55.299	25.016	79.702	56.644	25.475	81.798	58.022	25.942	83.949	59.433	26.418	86.156	60.879
Total	64.962	282.141	191.809	65.480	285.599	193.939	66.007	289.135	196.115	66.543	292.751	198.337	67.089	296.448	200.607

- La actividad de 2017 se ha calculado incrementando la realizada en 2016 en función de la variación de población 2016-2017
- La actividad de 2018 a 2021 se ha calculado incrementando la estimada en 2017 en función de la variación de población en el periodo 2013-2017

Tabla 11. Previsión actividad asistencial a 2021 A. Primaria Ceuta

	▲ ▼ Variación población en el periodo 2013 - 2017								
	Pediatría			M. Familia			Enfermería		
	% 2016 -2017	% Anual	% Periodo	% 2016 -2017	% Anual	% Periodo	% 2016 -2017	% Anual	% Periodo
I CENTRO	-0,34%	0,77%	3,06%	1,33%	1,64%	6,55%	1,05%	1,49%	5,96%
II BENÍTEZ	0,57%	-0,23%	-0,92%	1,35%	-0,04%	-0,18%	1,20%	-0,08%	-0,32%
III TARAJAL	-0,39%	1,84%	7,35%	2,29%	2,63%	10,52%	1,63%	2,43%	9,73%
Total	0,00%	0,72%	2,87%	1,59%	1,15%	4,59%	1,28%	1,06%	4,25%

Población C.G. a 1 de enero de cada año

Tabla 12. Variación población A. Primaria Ceuta

Frecuentación

CEUTA	F R E C U E N T A C I Ó N														
	2012			2013			2014			2015			2016		
	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería
I CENTRO	4,55	5,16	2,41	4,68	5,00	2,31	4,66	4,93	2,41	4,44	4,71	2,45	4,26	4,60	2,45
II BENÍTEZ	5,08	5,07	2,62	4,90	5,04	2,72	4,64	4,67	2,58	4,06	4,58	2,51	4,01	4,35	2,45
III TARAJAL	4,91	5,46	2,56	4,49	5,18	2,65	4,91	4,94	2,69	4,73	5,00	2,40	4,62	4,56	2,48
Total	4,89	5,20	2,54	4,70	5,06	2,58	4,74	4,82	2,56	4,39	4,73	2,46	4,29	4,48	2,46

- La Frecuentación en 2017 se ha calculado incrementando la actividad en función de la variación de población 2016-2017, de manera que coincide con la de 2016

Tabla 13. Frecuentación A. Primaria Ceuta

PREVISIÓN 2017 - 2021															
CEUTA	2017			2018			2019			2020			2021		
	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería
I CENTRO	4,21	4,59	2,44	4,21	4,59	2,44	4,21	4,59	2,44	4,21	4,59	2,44	4,21	4,59	2,44
II BENÍTEZ	4,05	4,41	2,48	4,05	4,41	2,48	4,05	4,41	2,48	4,05	4,41	2,48	4,05	4,41	2,48
III TARAJAL	4,52	4,55	2,46	4,52	4,55	2,46	4,52	4,55	2,46	4,52	4,55	2,46	4,52	4,55	2,46
Total	4,26	4,50	2,46	4,26	4,50	2,46	4,26	4,50	2,46	4,26	4,50	2,46	4,26	4,50	2,46

- Puesto que la previsión de actividad del periodo se ha hecho en función del incremento estimado de población, ambos factores varían en la misma proporción y se mantiene el resultado, luego la estimación de frecuentación no cambia en el periodo.

Tabla 14. Previsión frecuentación a 2021 A. Primaria Ceuta

Melilla

ACTIVIDAD ASISTENCIAL															
MELILLA	2012			2013			2014			2015			2016		
	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería
CENTRO	25.387	77.694	63.373	25.661	73.857	66.997	25.505	74.293	47.908	25.754	71.853	47.466	25.190	67.740	45.053
ESTE	18.905	74.406	68.123	19.525	76.832	71.320	19.883	73.352	55.331	19.551	89.297	54.035	18.690	84.000	49.222
NORTE	21.113	72.431	74.116	19.088	70.671	71.710	21.044	82.945	64.325	21.429	64.264	60.114	21.148	60.273	60.034
OESTE	12.792	54.358	50.794	11.539	55.283	56.507	12.663	60.043	53.109	13.053	58.075	50.831	12.495	59.006	48.396
Total	78.197	278.889	256.406	75.813	276.643	266.534	79.095	290.633	220.673	79.787	283.489	212.446	77.523	271.019	202.705

Tabla 15. Actividad asistencial A. Primaria Melilla

PREVISIÓN 2017 - 2021															
MELILLA	Estimación 2017			2018			2019			2020			2021		
	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería
CENTRO	24.828	67.866	44.958	25.369	69.334	45.932	25.922	70.833	46.927	26.487	72.365	47.944	27.064	73.930	48.983
ESTE	18.816	85.306	49.900	19.605	88.223	51.682	20.427	91.239	53.528	21.284	94.359	55.440	22.177	97.585	57.420
NORTE	21.392	61.750	61.308	21.895	63.181	62.734	22.409	64.645	64.193	22.935	66.143	65.686	23.474	67.676	67.214
OESTE	12.719	61.309	50.106	12.915	62.855	51.282	13.114	64.440	52.485	13.316	66.065	53.717	13.521	67.731	54.977
Total	77.755	276.231	206.272	79.784	283.593	211.630	81.872	291.157	217.133	84.022	298.932	222.787	86.236	306.922	228.594

- La actividad de 2017 se ha calculado incrementando la realizada en 2016 en función de la variación de población 2016-2017

- La actividad de 2018 a 2021 se ha calculado incrementando la estimada en 2017 en función de la variación de población en el periodo 2013-2017

Tabla 16. Previsión actividad a 2021 A. Primaria Melilla

▲ ▼ Variación población en el periodo										
	Pediatría			M. Familia			Enfermería			
	% 2016 -2017	% Anual	% Periodo	% 2016 -2017	% Anual	% Periodo	% 2016 -2017	% Anual	% Periodo	
CENTRO	-1,43%	2,18%	8,72%	0,19%	2,16%	8,65%	-0,21%	2,17%	8,67%	
ESTE	0,68%	4,20%	16,79%	1,56%	3,42%	13,68%	1,38%	3,57%	14,29%	
NORTE	1,15%	2,35%	9,41%	2,45%	2,32%	9,27%	2,12%	2,33%	9,31%	
OESTE	1,80%	1,54%	6,17%	3,90%	2,52%	10,09%	3,53%	2,35%	9,39%	
Total	0,42%	2,63%	10,54%	1,93%	2,63%	10,54%	1,60%	2,63%	10,54%	

Población C.G. a 1 de enero de cada año

Tabla 17. Variación población A. Primaria Melilla

Frecuentación Atención Primaria de Melilla

FRECIENTACIÓN															
MELILLA	2012			2013			2014			2015			2016		
	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería
CENTRO	6,47	6,31	3,90	6,21	5,95	4,05	5,90	5,68	2,75	5,95	5,38	2,68	5,91	5,06	2,55
ESTE	5,29	5,10	3,75	5,11	5,07	3,76	4,96	4,63	2,79	4,72	5,47	2,64	4,48	5,07	2,37
NORTE	4,39	5,06	3,88	3,85	4,92	3,71	4,08	5,54	3,20	4,12	4,21	2,94	4,02	3,86	2,87
OESTE	5,72	5,28	4,05	5,00	5,34	4,46	5,48	5,63	4,09	5,59	5,32	3,84	5,26	5,21	3,53
Total	5,38	5,42	3,88	4,98	5,29	3,95	5,00	5,33	3,14	4,99	5,08	2,96	4,82	4,76	2,78

Tabla 18. Frecuentación A. Primaria Melilla

PREVISIÓN 2017 - 2021															
MELILLA	2017			2018			2019			2020			2021		
	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería	Pediatría	M. Familia	Enfermería
CENTRO	5,82	5,07	2,55	5,82	5,07	2,55	5,82	5,07	2,55	5,82	5,07	2,55	5,82	5,07	2,55
ESTE	4,51	5,15	2,40	4,51	5,15	2,40	4,51	5,15	2,40	4,51	5,15	2,40	4,51	5,15	2,40
NORTE	4,07	3,95	2,94	4,07	3,95	2,94	4,07	3,95	2,94	4,07	3,95	2,94	4,07	3,95	2,94
OESTE	5,35	5,41	3,65	5,35	5,41	3,65	5,35	5,41	3,65	5,35	5,41	3,65	5,35	5,41	3,65
Total	4,84	4,85	2,83	4,84	4,85	2,83	4,84	4,85	2,83	4,84	4,85	2,83	4,84	4,85	2,83

- Puesto que la previsión de actividad del período se ha hecho en función del incremento estimado de población, ambos factores varían en la misma proporción y se mantiene el resultado, luego la estimación de frecuentación no cambia en el período.

Tabla 19. Previsión frecuentación a 2021 A. Primaria Melilla

Actividad

La actividad de la Atención Primaria de Ceuta y Melilla en los últimos años (consultas de Pediatría, de MF y de Enfermería) está recogida en las tablas 10 y 15. Realizando proyecciones hasta el año 2021 en función del crecimiento poblacional (de TIS) se obtienen unos crecimientos de actividad notables recogidos en las tablas 11 y 16 que, al igual que ocurre con la población, son mucho más intensos en Melilla que en Ceuta.

Sin embargo, al observar las tendencias de la actividad de estos últimos años, se puede apreciar que, las variaciones observadas, son mucho menores que las registradas en la población. Incluso se observan datos aparentemente paradójicos como el hecho de que, en Melilla, habiéndose producido un incremento de la población pediátrica del 10,54% (en el período 2012-2016), se haya producido, a la vez, una discreta disminución de la actividad de consultas o, en el caso de Ceuta que, con un incremento poblacional de MF próximo al 5%, se haya producido una disminución de las consultas próximo al 10%. Estas aparentes contradicciones pueden ser debidas a múltiples factores. Por ejemplo, la introducción de la receta electrónica puede reducir considerablemente la frecuentación en las consultas de MF al no tener necesidad, los enfermos crónicos, de acudir a su médico cada vez que necesitan medicación.

Todo ello nos debe llevar a ser extremadamente prudentes en las previsiones de actividad que se hagan, obligándonos a realizar una monitorización pormenorizada de las distintas variables que, a su vez, nos permita realizar los ajustes necesarios en los RRHH para hacer frente, con las suficientes garantías, a las necesidades y demandas en materia de Atención Primaria de Salud.

II.2.3. Datos de Protección Radiológica

La actividad del Centro Nacional de Dosimetría se desarrolla fundamentalmente en tres grandes áreas que constituyen las principales líneas de actuación: dosimetría personal, protección radiológica y el laboratorio de calibración. En la siguiente tabla se presentan los datos de actividad de los últimos cinco años:

ACTIVIDAD	2011	2012	2013	2014	2015
Nº Dosímetros leídos	475.853	472.482	463.651	466.801	474.800
Revisión de Instalaciones	300	305	173	352	363
Control de calidad Instalaciones	300	293	173	352	363
Nº servicios de consulta y asesoramiento	2.550	2.420	3.602	3.102	3.110
Laboratorio de Calibración	1.117	1.110	1.096	1.099	1.539

Tabla 20. Actividad del Centro Nacional de Dosimetría

Dosimetría personal:

El principal indicador de actividad de esta área lo constituye el número de historiales dosimétricos de alta. El contenido de un historial dosimétrico viene establecido en los artículos 34 y siguientes del Real Decreto 783/2001, de 6 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes.

Para los trabajadores expuestos de categoría A, (aquellos que puedan recibir una dosis efectiva superior a 6 miliSievert (mSv) por año oficial), el historial debe registrar las dosis mensuales, las acumuladas en cada año oficial y las acumuladas durante cada período de cinco años oficiales consecutivos. En el caso de trabajadores de categoría B, (aquellos que es muy improbable que reciban dosis superiores a 6 mSv por año oficial), tan sólo se registran las dosis anuales. El cálculo de las dosis lo realizan los Servicios de Dosimetría Personal autorizados por el Consejo de Seguridad Nuclear, como lo es el Centro Nacional de Dosimetría (CND)

A cada uno de los historiales dosimétricos de alta, el CND le asigna mensualmente un dosímetro de solapa o de muñeca para el registro de las dosis de radiación recibidas a las que hace referencia el mencionado artículo 34 del Reglamento. Por tanto, el número de dosímetros enviados cada mes se corresponde con los historiales de alta que tiene el CND en sus bases de datos.

Protección Radiológica:

En 1993 el Centro Nacional de Dosimetría obtuvo la autorización del Consejo de Seguridad Nuclear para constituirse en Unidad Técnica de

protección Radiológica (UTPR) y poder prestar servicios especializados en esta materia en instalaciones de radiodiagnóstico con fines médicos.

Desde entonces, el CND, ha venido actuando como UTPR en las Comunidades Autónomas con competencias ya transferidas en materia sanitaria pero que siguen sin contar con un Servicio de Protección Radiológica propio.

En la actualidad, el ámbito de actuación del CND comprende la Comunidad de Castilla-La Mancha y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Las tareas que realiza son:

- Revisión in situ de las instalaciones de radiodiagnóstico, en la que se lleva a cabo la realización sistemática de:
 - Controles de calidad de los parámetros de funcionamiento más relevantes de los equipos de la instalación, para detectar desviaciones respecto de los valores de referencia (tolerancia).
 - Los tipos de equipos revisados por el CND son, principalmente, los dedicados a grafía y escopia, tomografía computarizada (TC), mamografía, ortopantomografía, equipos dentales, equipos portátiles, equipos de arco y densitómetros.
 - Vigilancia del control dosimétrico de los trabajadores. Para ello se correlacionan las dosis recibidas por cada trabajador con el tipo de trabajo que realiza; además se investigan los casos en que las dosis recibidas por el personal han sido anómalas.
 - Medidas de dosis impartidas a pacientes para aquellas exploraciones más representativas de las habitualmente realizadas en cada sala.
- Asesoramiento en materia de protección radiológica:
- Impartición, previa solicitud de las Instituciones, de cursos y sesiones específicas sobre protección radiológica.

Laboratorio de Metrología de Radiaciones Ionizantes:

El Laboratorio de Calibración inició su actividad en abril de 1989 para apoyar a la principal actividad del Centro: el Servicio de Dosimetría Personal, no obstante, posteriormente se amplió su dotación y el 3 de junio de 1996 la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC) concedió la acreditación que avala las calibraciones emitidas por el Laboratorio y puede ofrecer a terceras partes el servicio de calibraciones certificadas, lo que supuso además la implantación

de un Sistema de gestión de la Calidad en el Laboratorio conforme a la norma UNE-EN ISO/IEC 17025.

Tras 10 años de funcionamiento, se inició el proyecto de ampliación para abarcar otras energías de uso común en el ámbito sanitario distintas de la radiografía convencional, modificándose también los procedimientos del Sistema de Gestión de la Calidad del Laboratorio, obteniendo la Acreditación de ENAC nº 58/LC/10.036, el 7 de mayo de 2013, que permite al CND realizar a terceros interesados, calibraciones de aparatos detectores de radiación o irradiaciones de dosímetros certificadas en el rango de energías de radiografía convencional y mamografía.

II.3. DATOS DE RECURSOS HUMANOS

II.3.1. Evolución de las plantillas.

En el año 2002, cuando se crea el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria el total de profesionales de Atención Especializada en Ceuta era de 571 y en Atención Primaria de 167, y en Melilla de 534 en Atención Especializada y 174 en Atención Primaria y de 55 en el Centro Nacional de Dosimetría.

A partir de ese momento las plantillas orgánicas de los Centros Sanitarios de las dos ciudades han ido experimentando un incremento, primero con la regularización de las plantillas, posteriormente con la inauguración del Hospital Universitario de Ceuta, y finalmente con la integración del personal de los Hospitales de Defensa a la estructura de ambos hospitales. La evolución en los últimos cinco años ha sido la siguiente:

FECHAS	CEUTA		MELILLA	
	ATENCIÓN ESPECIALIZADA	ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN ESPECIALIZADA	ATENCIÓN PRIMARIA
AÑO 2012	794	197	693	202
AÑO 2013	797	194	694	202
AÑO 2014	797	194	695	201
AÑO 2015	800	194	701	204
AÑO 2016	800	194	701	204

Tabla 21. Evolución plantillas orgánicas

Desde la aprobación de las plantillas de los centros dependientes del INGESA, se solicita anualmente la autorización de “Nuevas Acciones” con las que ir solventando las distintas necesidades asistenciales que vayan surgiendo en los mismos.

La plantilla del Centro Nacional de Dosimetría se ha mantenido en 53 efectivos desde el año 2009.

En el transcurso de la vigencia de este Plan, se irán valorando las posibles necesidades de recursos humanos en las distintas categorías en función de la actividad sanitaria que cada centro desarrolle.

II.3.2. Plantillas orgánicas actuales.

Las plantillas orgánicas, en el año 2016, recogen para la ciudad de Ceuta un total de 800 plazas en Atención Especializada y 194 en Atención Primaria y en Melilla 701 en Atención Especializada y 204 en Atención Primaria, siendo un total de 53 las plazas en el Centro Nacional de Dosimetría.

Plazas	CEUTA				MELILLA				C.N.D.	
	Atención especializada		Atención Primaria		Atención especializada		Atención Primaria			
	Plazas	%	Plazas	%	Plazas	%	Plazas	%	Plazas	%
Directivos	7	0,88	3	1,55	7	0,999	2	0,98	2	3,77
Sanitario Licenciado	134	16,75	69	35,57	116	16,55	67	32,84	11	20,75
Sanitario no licenciado	423	52,88	67	34,54	396	56,49	70	34,31	18	33,96
Gestión y Servicios	236	29,5	55	28,35	182	25,96	65	31,86	22	41,51
TOTAL	800	100	194	100	701	100	204	100	53	100

Tabla 22. Plantillas orgánicas 2016

* AP. Ceuta sin Encomienda de Gestión

La distribución de las plantillas se corresponde con un 77% del personal en Atención Especializada, un 20% en Atención Primaria y un 3% en el Centro Nacional de Dosimetría.

Respecto a la distribución por Ciudades, la Atención Especializada de Ceuta supone el 80% de la plantilla como consecuencia de la puesta en marcha del Hospital Universitario de Ceuta en 2010 y en Melilla el 77%.

Esta distribución, junto con otros parámetros que se analizan a lo largo del Plan, como son fundamentalmente la actividad que se ha expuesto anteriormente, la estabilidad en el empleo, la edad del personal, el índice de absentismo y los ceses por cumplimiento de la edad reglamentaria e incapacidad permanente, conforman el elenco y las características de los profesionales del SNS del INGESA, para dar respuesta a la prestación de servicios asistenciales con la máxima calidad posible, eficacia, eficiencia y satisfacción de pacientes, usuarios y profesionales, en un entorno en el que en los últimos años aumenta la población y por tanto la demanda asistencial, junto

a la implantación de nuevas tecnologías y una mayor presión derivada del lugar geográfico en el que se encuentran.

II.3.3. Efectivos

El término “efectivos” responde al total de profesionales que a una fecha concreta se encuentran trabajando en alguno de los Centros Sanitarios dependientes de Ingesa, ya sea de forma fija en plantilla orgánica o de forma temporal (eventuales).

Los efectivos que prestan servicios a 31 de diciembre de 2016 para las dos ciudades y en las modalidades de Atención Primaria y Atención Especializada y tipo de relación jurídica se especifican en el cuadro siguiente.

La cobertura de la plantilla teniendo en cuenta el total de efectivos que prestan servicio en cada uno de los Centros es del 100% en todos ellos.

MODALIDAD	Propietarios	Interinos	Eventuales	TOTAL EFECTIVOS	Diferencia efectivos/ plantilla orgánica	%Interinos/ Efectivos sin eventuales	%Eventuales/ Efectivos totales
CEUTA							
A. ESPECIALIZADA	532	234	35	801	1	30,5%	4,4%
A. PRIMARIA	138	49	12	199	5	26,2%	6,1%
TOTAL	670	283	47	1000	6	29,7%	4,7%
MELILLA							
A. ESPECIALIZADA	513	138	51	700	1	21,2%	7,3%
A. PRIMARIA	148	44	13	205	1	22,9%	6,3%
TOTAL	661	182	64	907	2	21,6%	7,1%
CENTRO NACIONAL DE DOSIMETRÍA							
TOTAL	24	28	1	53	0	53,8%	1,9%

Tabla 23. Efectivos a 31 diciembre 2016

La inestabilidad en el empleo del personal interino, que en el año 2005 representaba un 48% en Ceuta y un 43% en Melilla, debido a un nuevo proceso de consolidación de empleo realizado para el personal del INGESA en el año 2007 y el Concurso-Oposición del 2007-2008, ha pasado a ser de un 29,7% en Ceuta y un 21,6% en Melilla. No obstante hay que señalar que con estos procesos no se han alcanzado todos los resultados esperados, ya que algunos profesionales habiendo obtenido por oposición más de una plaza, toman posesión de ambas y se vuelve a producir una vacante temporal al

quedar en excedencia por prestación de servicios en el sector público, hecho que ocurre igualmente con profesionales sanitarios de otras Comunidades.

Actualmente las categorías con mayor índice de temporalidad son, en Atención Especializada, incluido el Centro Nacional de Dosimetría, las correspondientes al personal de gestión y servicios con un 33%, seguidas de las del personal facultativo con un 31% y el personal sanitario no facultativo con un 21%. En Atención Primaria las de personal facultativo con un 27%, gestión y servicios con un 23% y sanitario no facultativo con un 22%.

Otra de las situaciones que inciden en la inestabilidad del personal propietario, son los 20 reingresos provisionales y las 105 comisiones de servicios: 29 procedentes de otros Servicios de Salud, 65 de otros centros del propio INGESA y 11 intracentros de Atención Primaria.

En los cuadros siguientes se especifican las existentes por Centros a 31 de diciembre de 2016, diferenciados los reingresos y las comisiones de servicio.

II.3.4. Reingresos provisionales

	Facultativos	Sanitario No Facultativo	Gestión y Servicios	TOTAL
Hospital de Ceuta	1	5	1	7
Atención Primaria de Ceuta	1	1	1	3
Hospital de Melilla		2	1	3
Atención Primaria de Melilla	1	6		7
Centro Nacional. Dosimetría				

Tabla 24. Reingresos Provisionales a 31 de diciembre de 2016

II.3.5. Comisiones de servicio

	Facultativos		Sanitario No Facultativo		Gestión y Servicios		TOTAL
	S.N.S	INGESA	S.N.S.	INGESA	S.N.S.	INGESA	
Hospital de Ceuta	2	1	6	19	1	6	35
Atención Primaria de Ceuta	1	2	2	4		1	10
Hospital de Melilla	5	2	8	6	1	3	25
Atención Primaria de Melilla	1	3	2	20		9	35
Centro Nacional de Dosimetría							

Tabla 25. Comisiones de servicio a 31 de diciembre de 2016

Las comisiones de servicio del personal propietario del INGESA se distribuyen de la siguiente manera:

	Facultativos		Sanitario No Facultativo		Gestión y Servicios		TOTAL
	De otra Ciudad	De la misma Gerencia	De otra Ciudad	De la misma Gerencia	De otra Ciudad	De la misma Gerencia	
Hospital de Ceuta	1		17	2	6		26
Atención Primaria de Ceuta		2		4	1		7
Hospital de Melilla	2		2	4	1	2	11
Atención Primaria de Melilla		3		20		9	32
Centro Nacional de Dosimetría							

Tabla 26. Comisiones de servicio personal INGESA a 31 de diciembre de 2016

Los datos reflejados en las tablas 23 a 26, ponen de manifiesto que la inestabilidad laboral, tanto de personal propietario como temporal, sigue siendo un problema muy importante tanto para la asistencia como para los propios profesionales, que sin duda repercute en la actividad.

A pesar de haber conseguido bajar la temporalidad existente en 2005, un 22% en Ceuta y un 24% en Melilla, a través de los Concursos Oposición de Consolidación, Oferta de Empleo Público y Promoción Interna realizados en estos años, sin embargo no se ha logrado el objetivo esperado, fundamentalmente en Ceuta y en el personal facultativo tanto de Atención Especializada que actualmente tiene un 33,58% de interinidad y en Atención Primaria un 27,53%, y que además, ha dado lugar a situaciones colaterales no deseables por las consecuencias de inestabilidad que conllevan, como ha sido la obtención de plaza en ciudad distinta en la que venían prestando servicios, motivo por el que se han concedido comisiones de servicio para que la actividad asistencial no se resintiera y al mismo tiempo los profesionales pudieran seguir conciliando la vida laboral y familiar, en tanto puedan optar a un nuevo destino definitivo a través de un concurso de movilidad del SNS.

Hay que indicar que el personal en reingreso provisional o en comisión de servicio que tiene una plaza asignada por concurso-oposición, únicamente puede obtener otra distinta en Atención Primaria o en Atención Especializada, a través del concurso de movilidad voluntario establecido en el Art. 37.2 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, por lo que éste es uno de los objetivos del presente Plan para dar estabilidad a los profesionales que prestan servicio en los Centros del INGESA.

II.3.6. Absentismo.

A efectos de este Plan, se considera Absentismo laboral toda ausencia de una persona de su puesto de trabajo, en horas que corresponden a un día laborable, dentro de la jornada legal de trabajo.

Un dato importante para la planificación y organización de los servicios, es el concerniente al absentismo laboral derivado de incapacidad temporal y/o accidentes de trabajo, así como por vacaciones, permisos y licencias y su cobertura a través de sustituciones.

En el cuadro siguiente se especifica el porcentaje de sustitución de éstos en los últimos tres años, por centros.

Hospital Universitario de Ceuta

IT/AT	2014	2015	2016
% días IT.AT/días trabajados	6,76%	6,77%	7,33%
% sustitución días ausentados	69,62%	69,84%	74,37%
VPL			
% sustitución días ausentados	26,28%	28,42%	28,96%

Tabla 27. Sustituciones IT y VPL Hospital Universitario Ceuta

Atención Primaria de Ceuta

IT/AT	2014	2015	2016
% días IT.AT/días trabajados	7,94%	5,63%	6,47%
% sustitución días ausentados	73,39%	67,04	65,16%
VPL			
% sustitución días ausentados	26,04%	29,74	23,90%

Tabla 28. Sustituciones IT y VPL A. Primaria Ceuta

Hospital Comarcal de Melilla

IT/AT	2014	2015	2016
% días IT.AT/días trabajados	5,61%	6,66%	6,73%
% sustitución días ausentados	64,98%	60,18%	57,04%
VPL			
% sustitución días ausentados	61,41%	63,07%	65,63%

Tabla 29. Sustituciones IT y VPL Hospital Comarcal de Melilla

Atención Primaria de Melilla

IT/AT	2014	2015	2016
% días IT.AT/días trabajados	6,61%	5,65%	6,05%
% sustitución días ausentados	63,91%	70,52%	58,31%
VPL			
% sustitución días ausentados	25,32%	32,73%	28,68%

Tabla 30. Sustituciones IT y VPL A. Primaria Melilla

Centro Nacional de Dosimetría

IT/AT	2014	2015	2016
% días IT.AT/días trabajados	7,76%	4,06%	4,74%
% sustitución días ausentados	42,18%	21,37%	9,14%
VPL			
% sustitución días ausentados	5,39%	2,74%	8,64%

Tabla 31. Sustituciones IT y VPL Centro Nacional de Dosimetría

En el año 2016 se observa un ligero repunte del porcentaje de absentismo en el año 2016, modificándose los dos últimos años la tendencia de

que dicho porcentaje fuera superior en Atención Primaria que en Atención Especializada.

Como veremos más adelante, de forma más detallada y gráfica, el 22,8% del personal estatutario del total del INGESA, se encuentra en el tramo de los 50-54 años y el 57,9% es mayor de 50 años. Por estamentos el porcentaje mayor, con el 29% de los facultativos está entre los 55-59 años; el personal sanitario no facultativo con un 23% entre los 45 y 49 y el personal de gestión y servicios con un 30% igualmente entre los 50-54 años. En cuanto a las modalidades de asistencia, en Atención Especializada el 24% se encuentra entre los 50-54 años y en Atención Primaria el 33% entre los 55-59 años.

En cuanto al porcentaje de sustitución por esta causa, como puede comprobarse por los datos aportados, en todos ellos, salvo en el Centro Nacional de Dosimetría, son superiores al 55% en el año 2016, lo que supone un alto grado de sustituciones con la consiguiente repercusión económica, pero también con la garantía de que existe bolsa de trabajo para cubrir estas ausencias, al igual que las producidas por vacaciones, permisos y licencias.

En el año 2016, los porcentajes totales de absentismo han oscilado ligeramente respecto al 2015 (7,33 en el Hospital de Ceuta; 6,73 en el Hospital de Melilla; 6,47 en Atención Primaria de Ceuta; 6,05 en Atención Primaria de Melilla y 4,74 en el CND). En cuanto al porcentaje de absentismo por accidentes de trabajo o enfermedad profesional, salvo en Atención Primaria de Melilla que ha supuesto el 0,63%, en el Hospital de Ceuta ha sido de 1,28; en el de Melilla 0,89 y en Atención Primaria de Ceuta un 1,74.

El total de días ausentados en atención sanitaria en 2016 ha sido de 141.081, habiéndose sustituido el 48,33% de los mismos.

El número de procesos totales por enfermedad común en el año 2016 se ha incrementado en un 5,05% respecto a 2015, siendo este absentismo de gran importancia en la planificación de los recursos humanos, ya que estas IT pueden derivar en declaraciones de Incapacidad Permanente. De hecho en el año 2016 se produjeron 4 ceses por este motivo (1 Enfermera, 1 T.E.R, 1 Auxiliar de Enfermería y 1 Costurera), cuyas edades oscilaban entre los 57 y 63 años.

Por otro lado, también las situaciones de incapacidad temporal, unida a la edad del personal facultativo, da lugar a que sea necesario el nombramiento de personal eventual para la cobertura de la atención continuada y guardias. De hecho y como ejemplo, en el año 2015 se ha contratado un total de 777 días en el Hospital de Ceuta para la cobertura de las guardias médicas, siendo habitual la contratación de personal de refuerzo en Atención Primaria.

II.3.7. Composición de la plantilla por estamentos

Los efectivos que prestan servicio en las instituciones sanitarias del INGESA a 31 de diciembre de 2016, sin tener en cuenta el personal eventual, se distribuyen en un 54% de personal sanitario no facultativo, un 28% de personal de gestión y servicios y un 18% de personal facultativo.

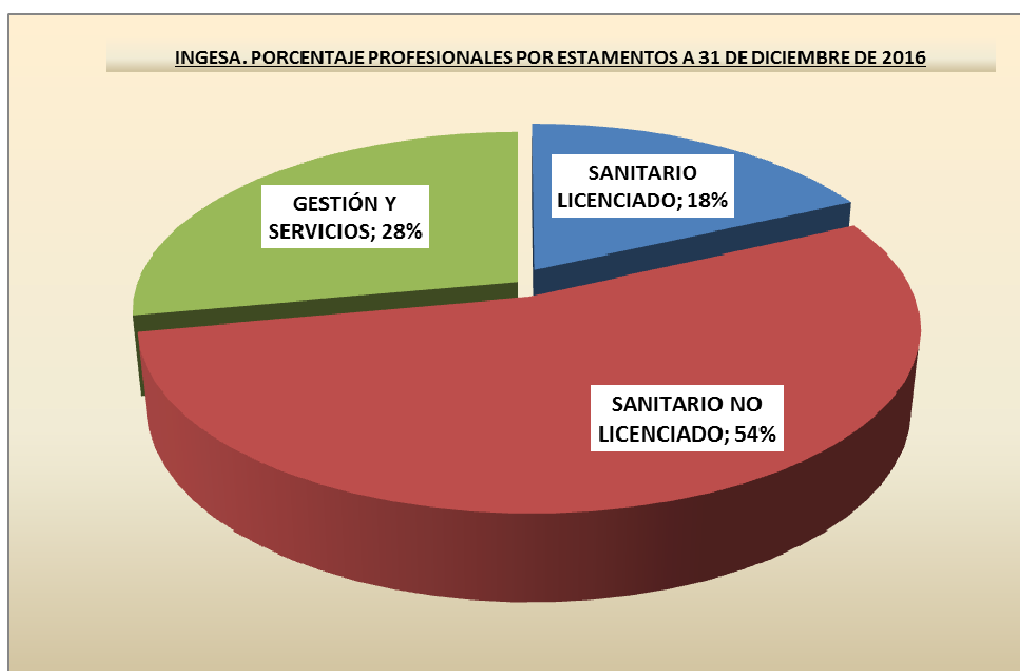


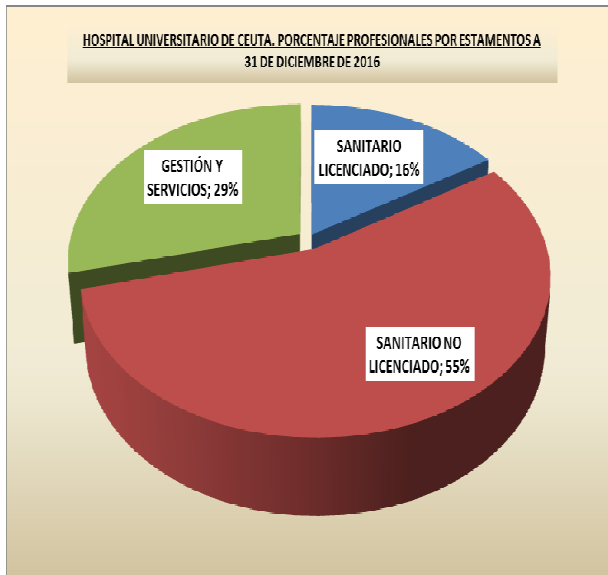
Gráfico 1. Composición de la plantilla del INGESA por estamentos

Este porcentaje por Centros es el siguiente

	Facultativos	Sanitario No facultativo	Gestión y Servicios
Hospital de Ceuta	16%	55%	29%
Hospital de Melilla	13%	62%	25%
Atención Primaria de Ceuta	36%	38%	26%
Atención Primaria de Melilla	31%	38%	31%
Centro Nacional Dosimetría	19%	40%	41%

Tabla 32. Porcentaje de la plantilla del INGESA por estamentos, sin directivos

Hospital Universitario de Ceuta



Hospital Comarcal de Melilla

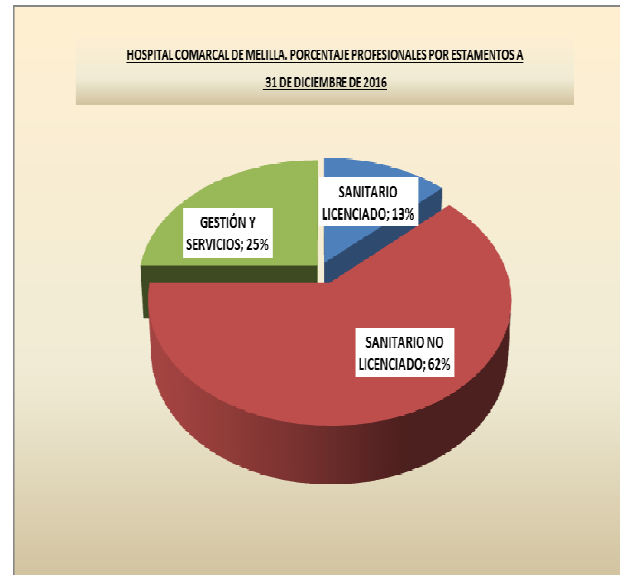


Gráfico 2. Composición de la plantilla H.U. Ceuta Gráfico 3. Composición de la plantilla H.C. Melilla

Atención Primaria de Ceuta

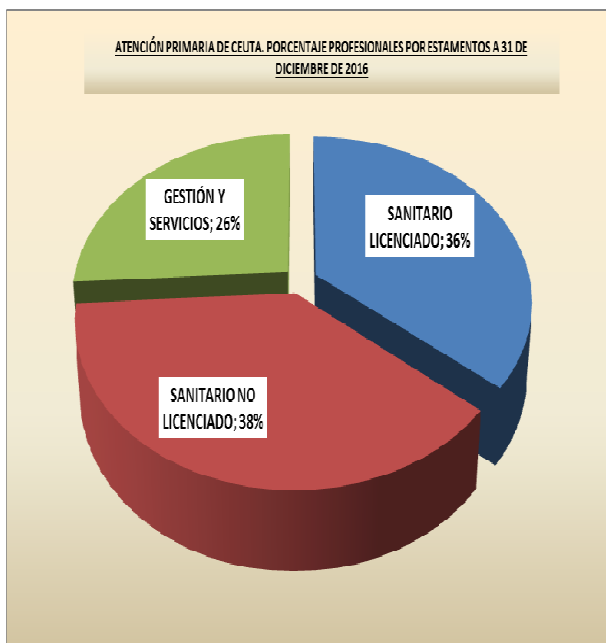


Gráfico 4. Composición plantilla A.P. Ceuta

Atención Primaria de Melilla

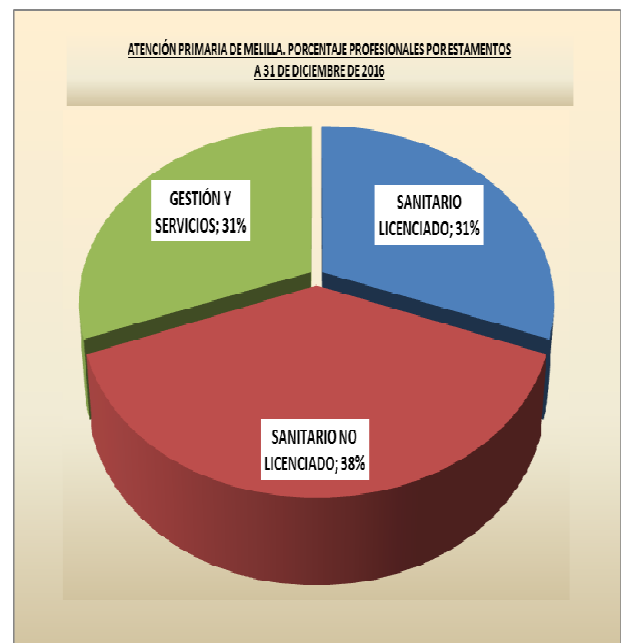


Gráfico 5. Composición plantilla A.P. Melilla

Centro Nacional de Dosimetría

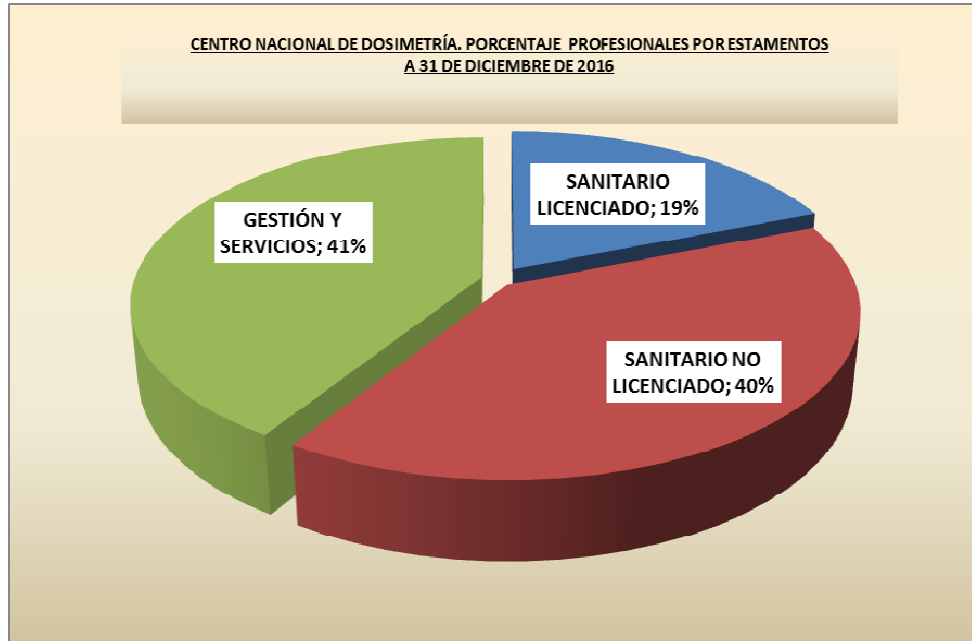


Gráfico 6. Composición plantilla Centro N. Dosimetría

II.3.8. Distribución de la plantilla por sexo y estamento

En cuanto a su distribución por sexo, en el total del INGESA el 70% son mujeres y el 30% hombres,

Este porcentaje se distribuye por estamentos, en un 63% de hombres y un 37% de mujeres en el personal facultativo, un 15% de hombres y un 85% de mujeres en el personal sanitario no facultativo y un 35% de hombres y un 65% de mujeres en el personal de gestión y servicios, si bien en el personal facultativo y en el sanitario no facultativo, se ve una cierta tendencia de modificación en el tramo más joven de 30-34 años.

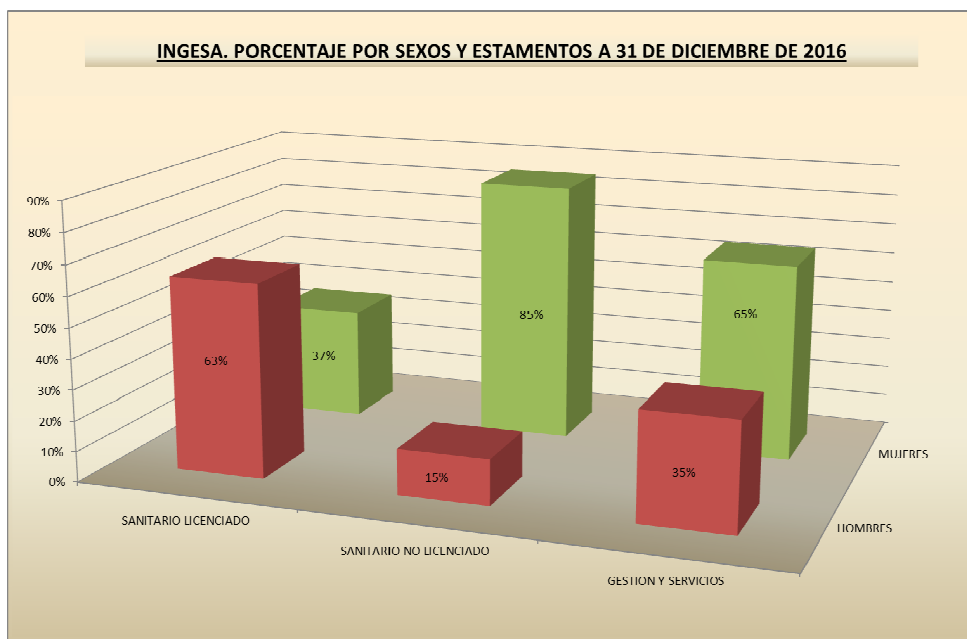


Gráfico 7. Distribución porcentual plantilla por sexo y estamentos

Su distribución por Centros y porcentaje, sin tener en cuenta los directivos, es la siguiente:

	Facultativos		Sanitarios No Facultativos		Gestión y Servicios	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Hospital Ceuta	63%	37%	17%	83%	40%	60%
Hospital Melilla	74%	26%	12%	88%	34%	66%
Atención Primaria Ceuta	60%	40%	21%	79%	28%	72%
Atención Primaria Melilla	53%	47%	13%	87%	35%	65%
Centro Nacional Dosimetría	60%	40%	11%	89%	18%	82%

Tabla 33. Distribución porcentual plantilla por sexo y estamento

Hospital Universitario de Ceuta

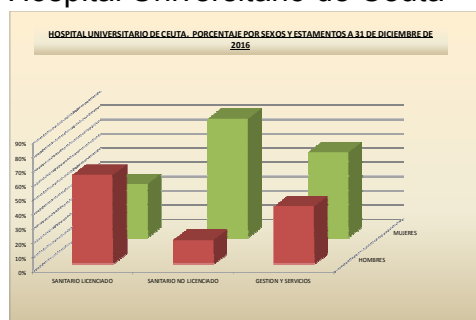


Gráfico 8. Distribución % plantilla H.U. Ceuta

Hospital Comarcal de Melilla

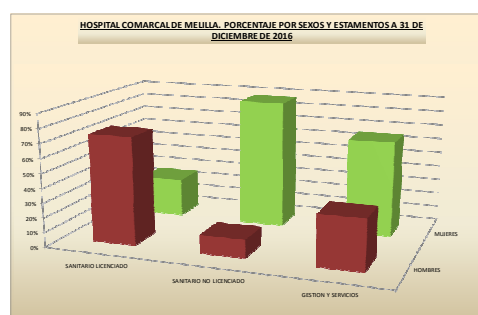


Gráfico 9. Distribución % plantilla H.C. Melilla

Atención Primaria de Ceuta

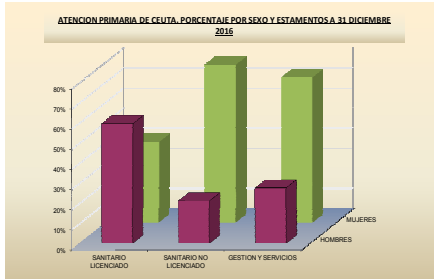


Gráfico 10. Distribución % A.P. Ceuta

Atención Primaria de Melilla

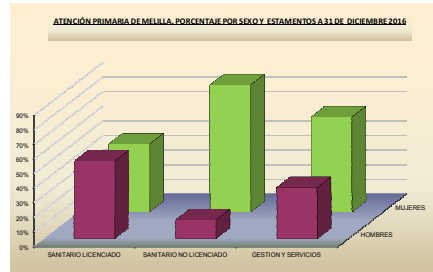


Gráfico 11. Distribución % A.P. Melilla

Centro Nacional de Dosimetría

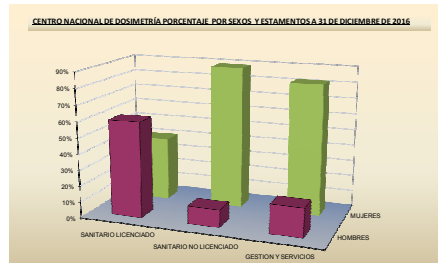


Gráfico 12. Distribución % Centro N. Dosimetría

II.3.9. Distribución de la plantilla por edades

El porcentaje de efectivos con edades entre los 50-54 años es el más numeroso, estando comprendido en este tramo el 22,8% de la plantilla total, seguido del de 55-59 con el 22,6% y del de 45-49 con el 20,9.

No obstante existe una diferencia entre Atención Especializada y Atención Primaria, ya que en ésta última el porcentaje mayor de efectivos se encuentra en el tramo de los 55-59 años con un 33% de la plantilla.

En cuanto a los menores de 40 años, suponen el 9,8%, de ellos el 36% son facultativos, el 53% sanitario no facultativo y el 11% de gestión y servicios, mientras que el tramo mayor de 60 es el 12,5%.

Plantilla por % edades según tramos de edad

	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 Y +
ATENCIÓN ESPECIALIZADA	0,3%	3%	7%	12%	22%	24%	20%	11%	1%
ATENCIÓN PRIMARIA		4%	6%	10%	17%	17%	33%	14%	0,8%
TOTAL INGESA	0,3%	3,0%	6,5%	11,5%	20,9%	22,8%	22,6%	11,5%	1,0%

Tabla 34. Porcentaje plantilla INGESA por tramos de edad

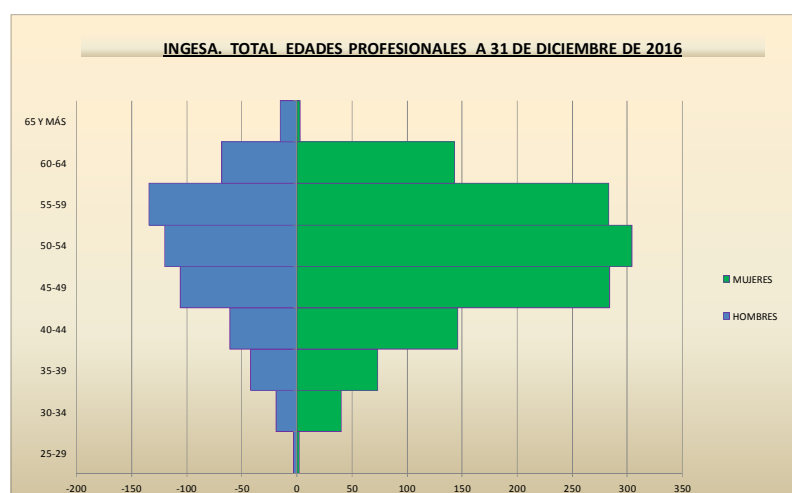


Gráfico 13. Pirámide edades total profesionales INGESA

TOTAL INGESA	TOTAL NOMBRAMIENTOS NO TEMPORAL																	
	25-29		30-34		35-39		40-44		45-49		50-54		55-59		60-64		65 Y +	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
DIRECTIVOS							1		1	1	1	2	1	1	7			
SANITARIO LICENCIADO	1		7	16	21	19	16	17	21	21	38	16	76	31	39	15	15	
SANITARIO NO LICENCIADO		2	6	17	23	48	30	104	32	184	28	187	16	184	8	81		3
GESTION Y SERVICIOS	2		5	4	1	8	15	29	51	75	51	99	41	67	15	47		
TOTAL	3	2	18	37	45	75	62	150	105	281	118	304	134	283	69	143	15	3
TOTAL GENERAL	5		55		120		212		386		422		417		212		18	

Tabla 35. Distribución plantilla por tramos de edad, sexo y estamento

Por Centros la distribución por estamentos y edades es la siguiente
Hospital Universitario de Ceuta

	25-29		30-34		35-39		40-44		45-49		50-54		55-59		60-64		65 Y +	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
DIRECTIVOS									1		1	1			3			
SANITARIO LICENCIADO			4	5	13	12	6	10	9	5	14	4	19	8	11	3	2	
SANITARIO NO LICENCIADO			4	4	7	16	12	48	17	80	19	89	10	71	2	36		1
GESTION Y SERVICIOS	1		4	3	1	2	8	12	32	30	21	42	15	28	6	13		
TOTAL	1		12	12	21	30	26	70	59	115	55	136	44	107	22	52	2	1
TOTAL GENERAL	1		24		51		96		174		191		151		74		3	

Tabla 36. Distribución plantilla por tramos de edad, sexo y estamento Hospital Universitario Ceuta

Hospital Comarcal de Melilla

	25-29		30-34		35-39		40-44		45-49		50-54		55-59		60-64		65 Y +	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
DIRECTIVOS												1		1				
SANITARIO LICENCIADO			2	4	5	4	6	3	6	7	16	3	23	2	10	5	10	
SANITARIO NO LICENCIADO		1	1	6	10	23	11	41	12	81	5	83	4	71	3	28		2
GESTION Y SERVICIOS	1		1			2	4	9	10	25	17	30	17	21	5	20		
TOTAL	1	1	4	10	15	29	21	53	28	113	38	117	44	95	18	53	10	2
TOTAL GENERAL	2		14		44		74		141		155		139		71		12	

Tabla 37. Distribución de la plantilla por tramos de edad, sexo y estamento Hospital Comarcal Melilla

Atención Primaria de Ceuta

	25-29		30-34		35-39		40-44		45-49		50-54		55-59		60-64		65 Y +	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
DIRECTIVOS														1		2		
SANITARIO LICENCIADO				1		2	1	3	3	4	3	3	19	10	12	4	2	
SANITARIO NO LICENCIADO					4	4	4	10	2	14	3	6	1	14	1	5		
GESTION Y SERVICIOS							1	2	3	7	4	10	4	9	1	7		
TOTAL				1	4	6	6	15	8	25	10	19	25	33	16	16		2
TOTAL GENERAL			1		10		21		33		29		58		32		2	

Tabla 38. Distribución de la plantilla por tramos de edad, sexo y estamento A. Primaria Ceuta

Atención Primaria de Melilla

	25-29		30-34		35-39		40-44		45-49		50-54		55-59		60-64		65 Y +	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
DIRECTIVOS											1				1			
SANITARIO LICENCIADO			1	5	1	1	2	1	2	5	5	5	15	11	5	1	1	
SANITARIO NO LICENCIADO			1	5	1	5	2	4	1	6	1	6	1	27	2	7		
GESTION Y SERVICIOS				1		3	2	4	5	10	7	13	5	6	2	2		
TOTAL			2	11	2	9	6	9	8	22	13	24	21	44	10	10		1
TOTAL GENERAL			13		11		15		30		37		65		20		1	

Tabla 39. Distribución de la plantilla por tramos de edad, sexo y estamento A. Primaria Melilla

Centro Nacional de Dosimetría

	25-29		30-34		35-39		40-44		45-49		50-54		55-59		60-64		65 Y +	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
DIRECTIVOS							1								1			
SANITARIO LICENCIADO	1		1	2	1		1		1		1		1	2				
SANITARIO NO LICENCIADO		1	2	1	1	1	1		3		3		1	5				
GESTION Y SERVICIOS					1		2	1	3	2	4		3	1	5			
TOTAL	1	1	3	3	1	3	3	2	6	2	8	4	4	3	12			
TOTAL GENERAL	2		3		4		6		8		10		4		15			

Tabla 40. Distribución de la plantilla por tramos de edad, sexo y estamento Centro Nacional Dosimetría

Hospital Universitario de Ceuta

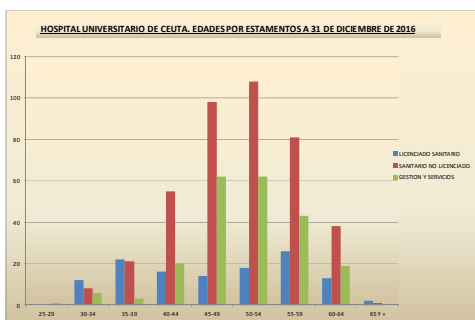


Gráfico 14. Distribución edades H.U. Ceuta

Hospital Comarcal de Melilla

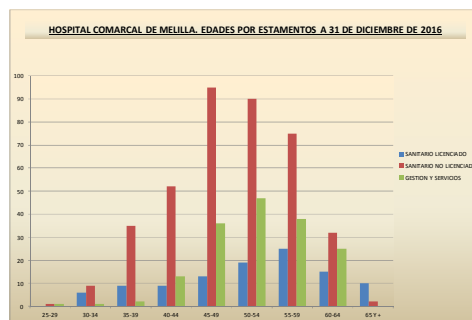


Gráfico 15. Distribución edades H.C. Melilla

Atención Primaria de Ceuta

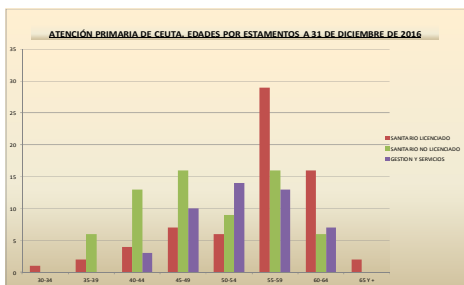


Gráfico 16. Distribución edades A.P. Ceuta

Atención Primaria de Melilla

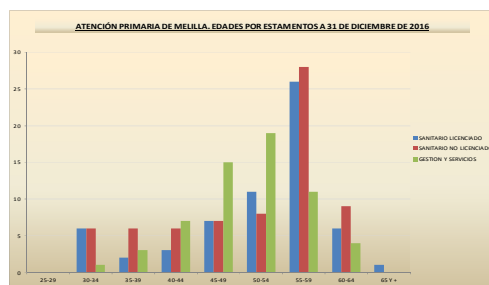


Gráfico 17. Distribución edades A.P. Melilla

Centro Nacional de Dosimetría

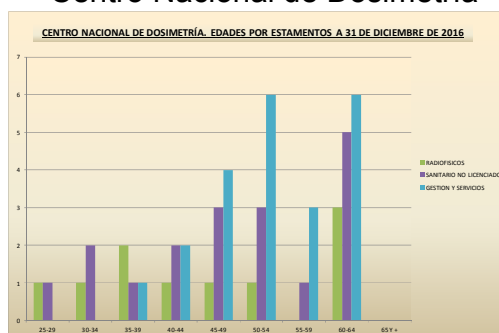


Gráfico 18. Distribución por edades C.N. Dosimetría

Los datos que reflejan las tablas y gráficos de edades se han comentado de forma general en el apartado del absentismo por sus posibles implicaciones en aquél y al inicio del apartado, así como se hará referencia en el correspondiente a las previsiones de jubilación. Si bien, en el siguiente apartado se analiza de forma más pormenorizada la situación del personal facultativo por su repercusión en la continuidad de la asistencia sanitaria, tanto en Atención Especializada como en Atención Primaria y especialidades.

II.3.10. Edades Facultativos por modalidad asistencial y centros

Teniendo en cuenta las dificultades, que a veces tiene el INGESA, para el nombramiento de Facultativos Especialistas y su repercusión asistencial por esta causa, se analizan los datos relativos a las edades de éstos y su posible influencia en la decisión de la prolongación en el servicio activo.

	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 Y +
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CEUTA	0%	10%	18%	13%	11%	15%	21%	11%	2%
HOSPITAL COMARCAL DE MELILLA	0%	6%	8%	8%	12%	18%	24%	14%	9%
ATENCIÓN PRIMARIA DE CEUTA			3%	4%	9%	10%	44%	25%	3%
ATENCIÓN PRIMARIA DE MELILLA			3%	5%	11%	16%	42%	11%	0%
CENTRO NACIONAL DE DOSIMETRÍA	10%	10%	20%	10%	10%	10%	0%	30%	0%

Tabla 41. Porcentaje edades Facultativos por tramos edad y modalidad asistencial

Hospital Universitario de Ceuta Hospital Comarcal de Melilla

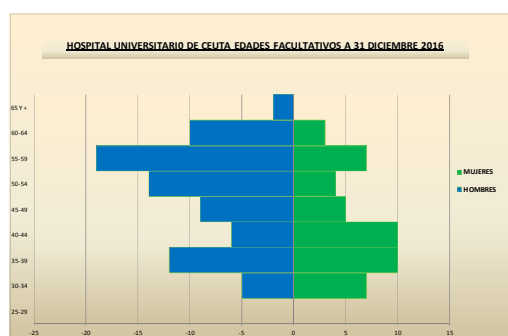


Gráfico 19. Pirámide edades Fac. H.U.CE

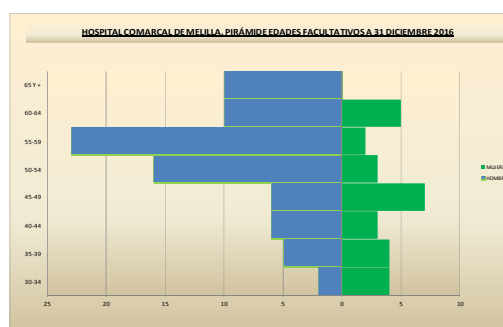


Gráfico 20. Pirámide edades Fac. H.C.M.

Atención Primaria de Ceuta

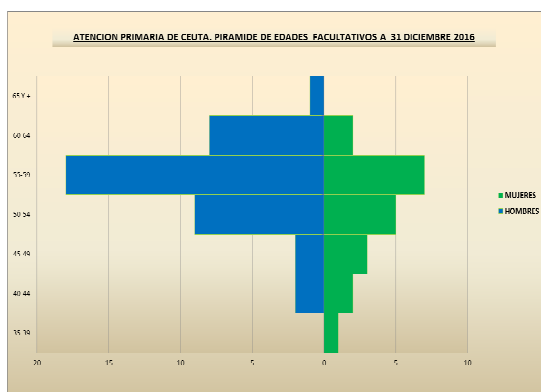


Gráfico 21. Pirámide edades Fac. A.P.C

Atención Primaria de Melilla

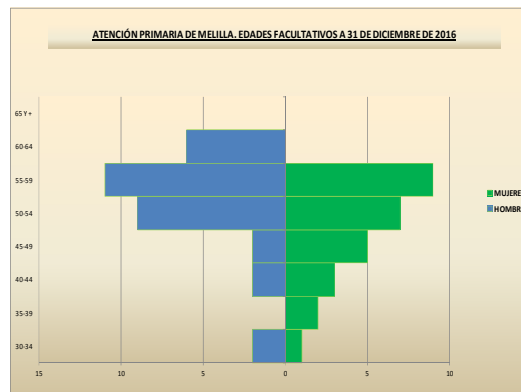


Gráfico 22. Pirámide edades Fac. A.P.M

Centro Nacional de Dosimetría

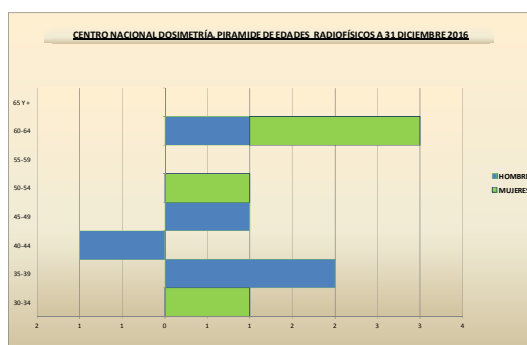


Gráfico 23. Pirámide edades Facultativos C.N.D.

Análisis de edades por especialidades médicas

Según se ha podido ver en los cuadros anteriores, el Hospital de Ceuta tiene un 21,6% de su plantilla de Facultativos Especialistas de Área en el tramo de edad de 55-59 años, el 11,2% en el de 60-64 y el 1,6% de 65 y más, siendo las especialidades más afectadas por la edad y por tanto en jubilaciones en el próximo quinquenio, como se detallará en el apartado de previsiones de jubilaciones, las de Cirugía General, Traumatología y Radiodiagnóstico.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CEUTA. EDADES FACULTATIVOS A 31 DE DICIEMBRE DE 2016

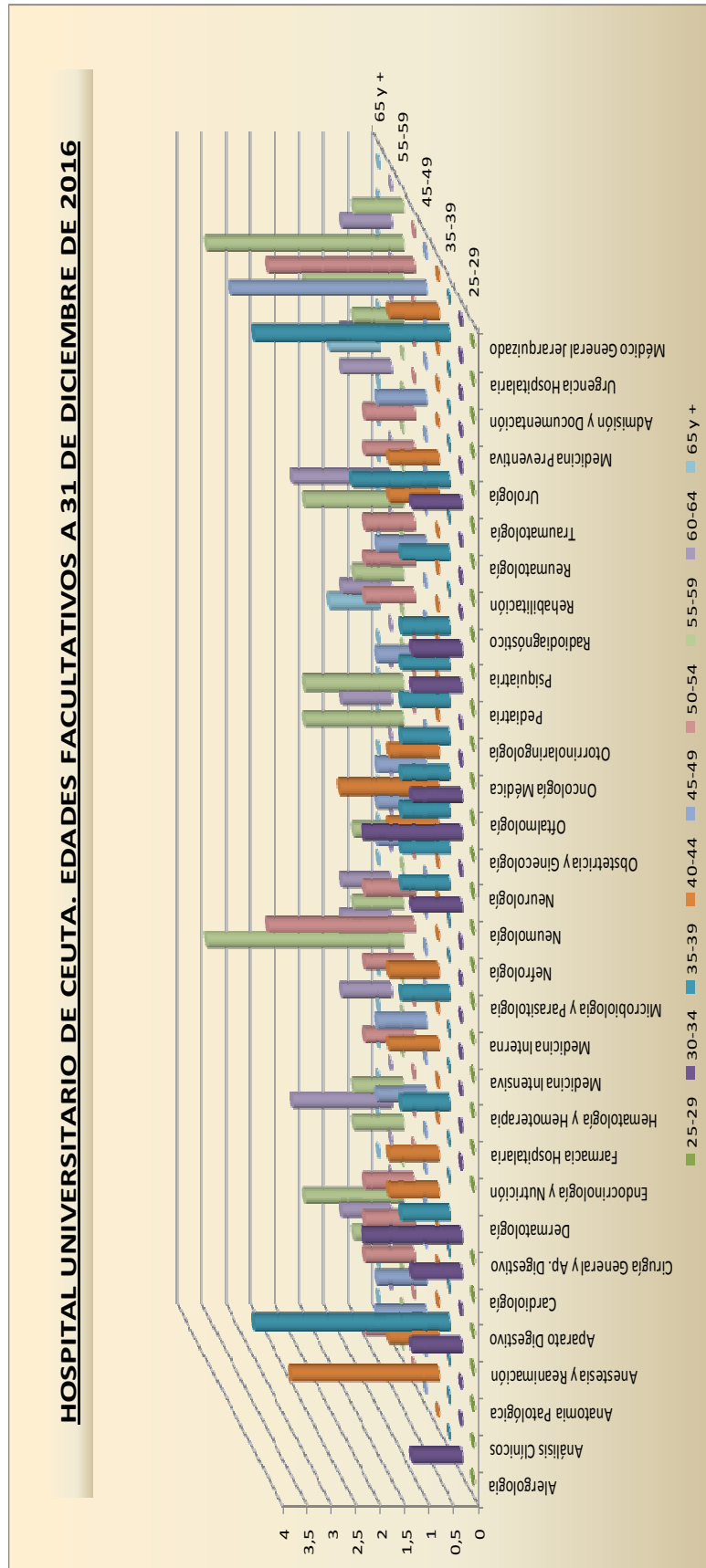


Gráfico 24. Edades Facultativos por tramo y especialidad Hospital Universitario Ceuta

En el Hospital de Melilla, la edad es algo superior a la del Hospital de Ceuta, situándose el 25,58% en el tramo de 55-59, el 14,15% en el de 60-64 y el 9,52 en el de 65 y más, las especialidades más afectadas en el próximo quinquenio son las de Cardiología, Medicina Intensiva y Pediatría.

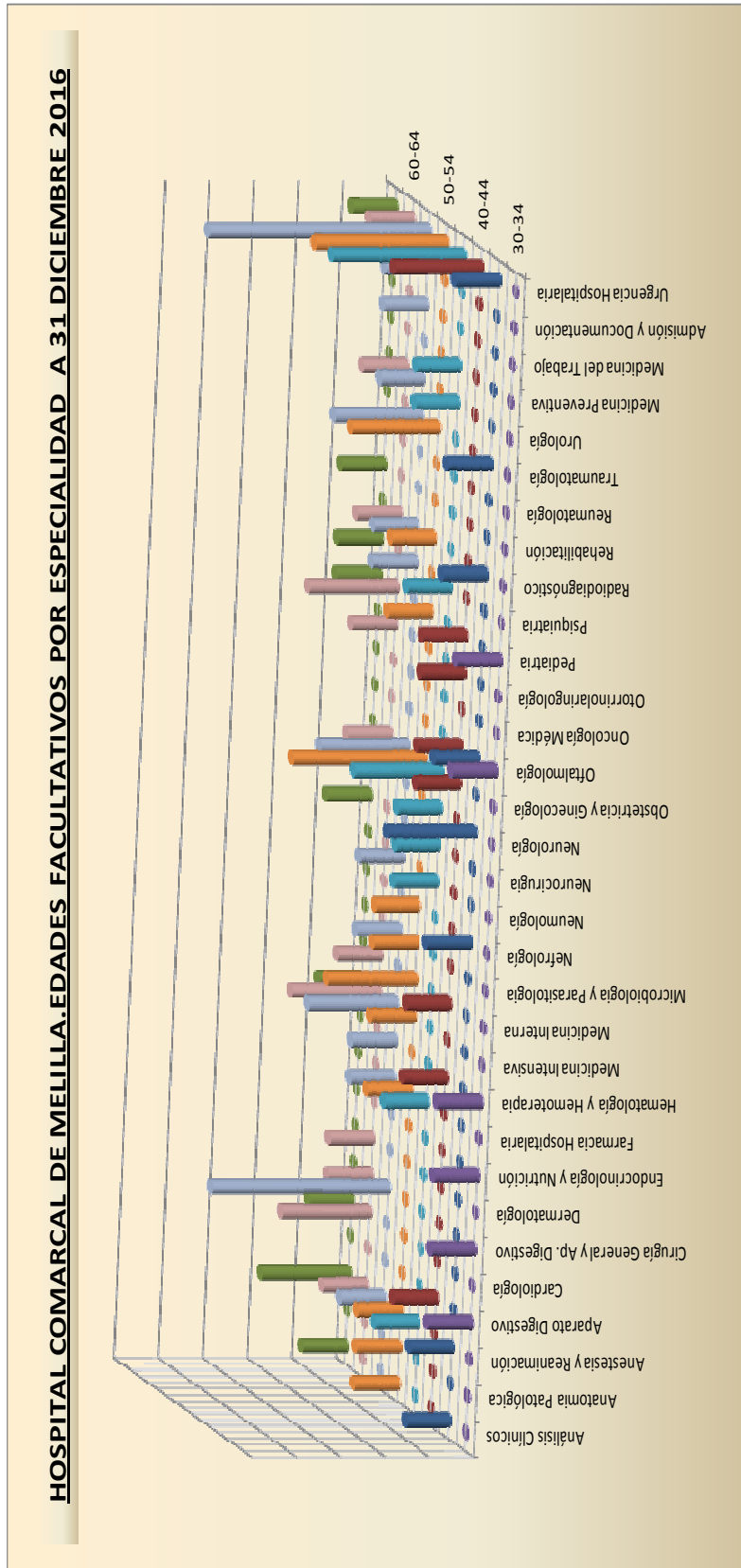


Gráfico 25. Edades Facultativos por tramo y especialidad Hospital Comarcal Melilla

En Atención Primaria de Ceuta, el 43,28% se encuentra en el tramo de los 55-59 años, el 16% en el de 60-64 y el 2,98% en el de 65 y más. Siendo la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria la más afectada en el próximo quinquenio.

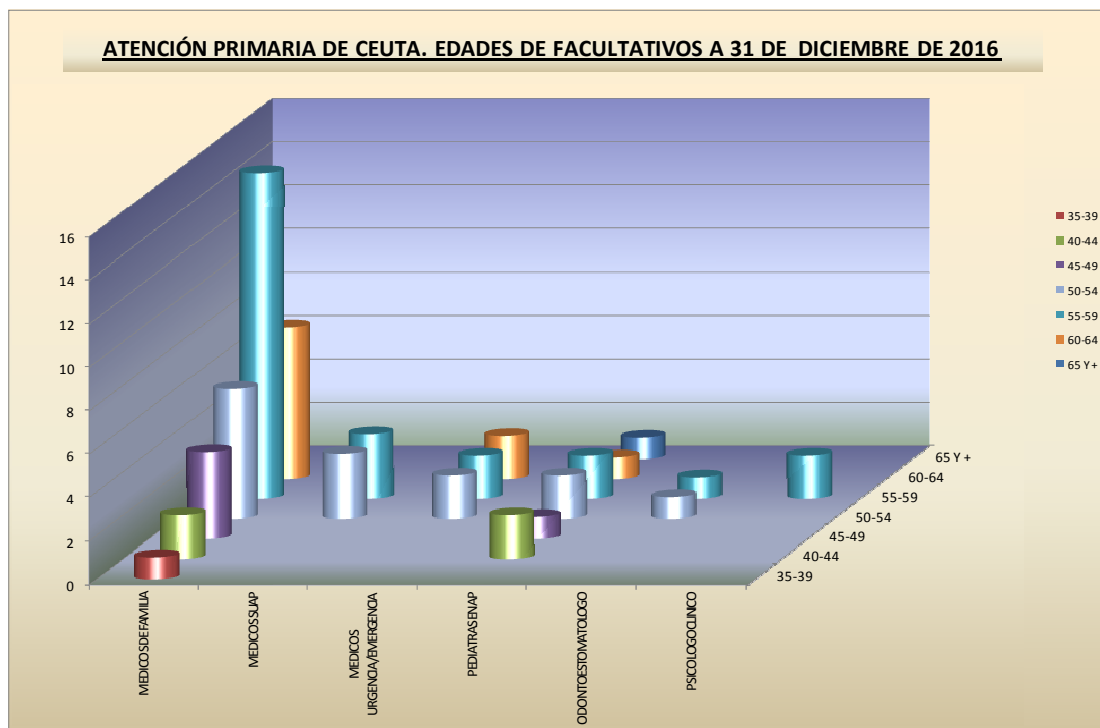


Gráfico 26. Edades Facultativos por tramo y especialidad A .Primaria Ceuta

En Atención Primaria de Melilla, el 42,62% está en el tramo de 55-59 años y el 9,83% en el de 60-64, siendo la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria la más afectada.

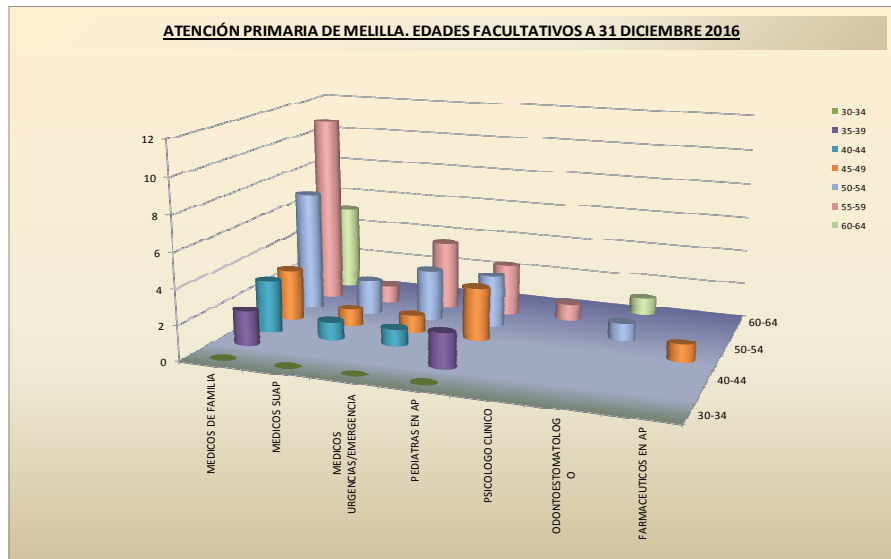


Gráfico 27. Edades Facultativos por tramo y especialidad A. Primaria Melilla

En el Centro Nacional de Dosimetría, el 3% se sitúa en el tramo de 60-64.

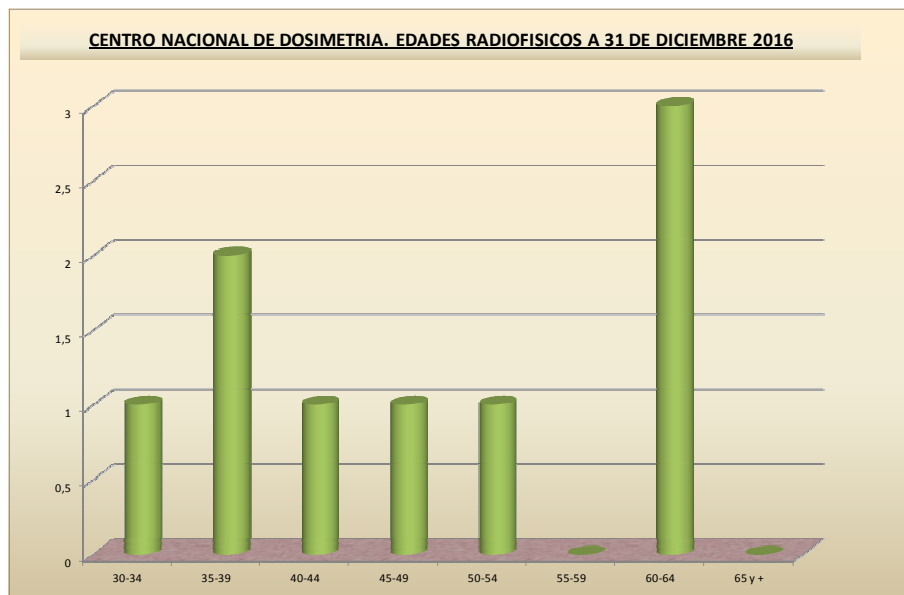


Gráfico 28. Edades Radiofisicos por tramo de edad C.N. Dosimetría

II.4. Personal en formación

Los Hospitales de Ceuta y Melilla tienen acreditadas unidades docentes para la formación de enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología y el

Hospital de Ceuta para la formación de Médicos Especialistas en Medicina del Trabajo y Enfermería especialista de Trabajo.

En los cuadros siguientes figuran los profesionales en formación a 31 de diciembre de 2016, según año de formación y edad.

Hospital de Ceuta

	18-24		25-29		30-34		35-39		40-44	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
EIR Obstetricia 1º año	4									
EIR Obstetricia 2º año		1		2	1					
TOTAL	5		2		1					

Tabla 42. Profesionales en formación EIR Hospital Universitario Ceuta

Hospital de Melilla

	18-24		25-29		30-34		35-39		40-44	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
EIR Obstetricia 1º año	1	1	1	1						
EIR Obstetricia 2º año			1	2		1				
TOTAL	2		5		1					

Tabla 43. Profesionales en formación EIR Hospital Comarcal Melilla

Hospital de Ceuta

	18-24		25-29		30-34		35-39		40-44	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
MIR Medicina Trabajo 3º Año						1				
MIR Medicina Trabajo 4º Año					1					
TOTAL					2					

Tabla 44. Profesionales en formación MIR Hospital Universitario Ceuta

Atención Primaria tiene acreditadas unidades de docentes para la formación de Médicos de Medicina Familiar y Comunitaria.

Atención Primaria de Ceuta

	25-29		30-34		35-39		40-44		55-59	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
MIR FAM Y COM. 1º año	2						1			1
MIR FAM Y COM. 2º año	1			1						
MIR FAM Y COM. 3º año		2		1						
MIR FAM Y COM. 4º año	1			1		1				

TOTAL	6	3	1	1	1
-------	---	---	---	---	---

Tabla 45. Profesionales en formación MIR Familia A. Primaria Ceuta

Atención Primaria de Melilla

	18-24		25-29		30-34		35-39		40-44	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
MIR FAM Y COM. 1º año			1	2						
MIR FAM Y COM. 2º año			2	1						
MIR FAM Y COM. 3º año				1		1		1		
MIR FAM Y COM. 4º año			1			1				
TOTAL			8		2		1			

Tabla 46. Profesionales en formación MIR Familia A. Primaria Melilla

La acreditación formativa de Médicos y Enfermería Especializada, garantizan, en gran medida, en estas categorías el relevo generacional ante las jubilaciones que se produzcan en los próximos años.

II.5. Previsión de jubilaciones en el período 2016-2021

El estudio que se presenta tiene como referencia la edad de jubilación obligatoria a los 65 años, sin tener en cuenta las repercusiones que la aplicación del artículo 205 y siguientes del Real Decreto Legislativo 8/2015 de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de Seguridad Social, pueda tener en la prolongación de la edad de jubilación obligatoria en cada caso y con base en los datos de plantilla fija (sin personal eventual) a fecha 31 de diciembre de 2016.

Las jubilaciones previstas a partir del 31 de diciembre de 2016 y hasta el 2021 inclusive, en el global de las Instituciones Sanitarias del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (Ceuta, Melilla y Centro Nacional de Dosimetría), se estiman en un total de 209 lo que supone algo más de un 10% del total de la plantilla a dicha fecha, según los datos que se reflejan en los siguientes cuadros por ciudades, centros, especialidad, categoría y sexo. Asimismo dada la problemática existente actualmente para cubrir vacantes de facultativos en algunas especialidades, se especifican las previsiones para éstas, indicando que en la fecha del estudio se encuentran prestando servicio, una vez superados los 65 años un total de 15 facultativos y cuatro los cumplirán en el presente año, y de acuerdo con el Pacto suscrito con las Organizaciones Sindicales el 28 de junio de 2005, que si bien finalizó su prórroga el 30 de junio de 2012 al no haberse renovado, por parte del INGESA se mantiene el criterio

y se les prorrogará por un año, en tanto no se apruebe, el presente Plan de Ordenación de Recursos Humanos.

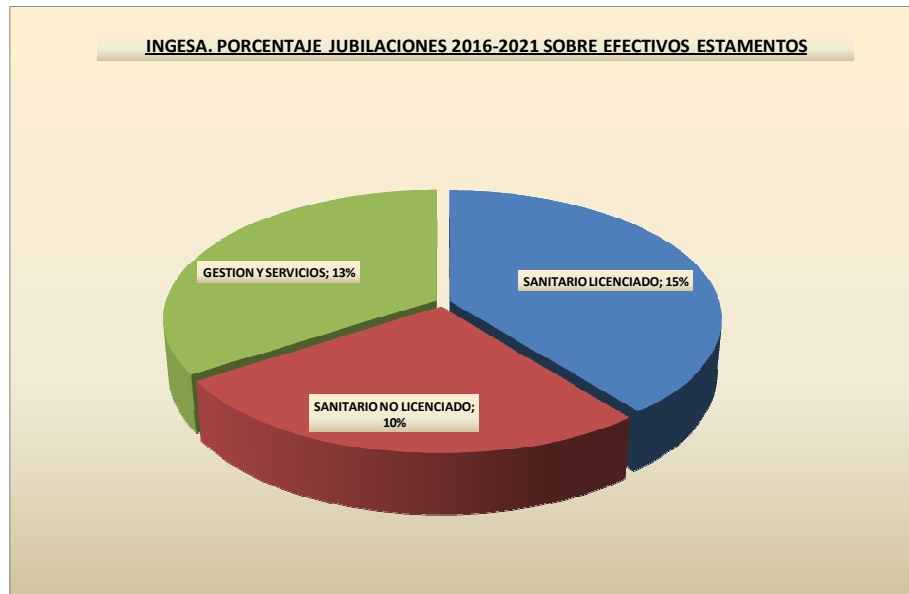


Gráfico 29. Porcentaje jubilaciones 2016-2021 total INGESA sobre efectivos estamentos

A continuación se exponen los datos por Ciudades y modalidades de atención sanitaria.

Ceuta

Atención Especializada

El mayor número de jubilaciones obligatoria en el personal facultativo se irá produciendo a lo largo del quinquenio, a un ritmo prácticamente estable. En el caso del sanitario no facultativo, el mayor número de jubilaciones se producirá en el 2019 y en el caso del personal de gestión y servicios en el año 2018.

El porcentaje de jubilaciones por estamento en el sexenio respecto a los efectivos en activo de cada uno de ellos a la fecha del estudio, se estima en el 15% acumulado para los facultativos, el 10% para el sanitario no facultativo y el 13% para el de gestión y servicios.

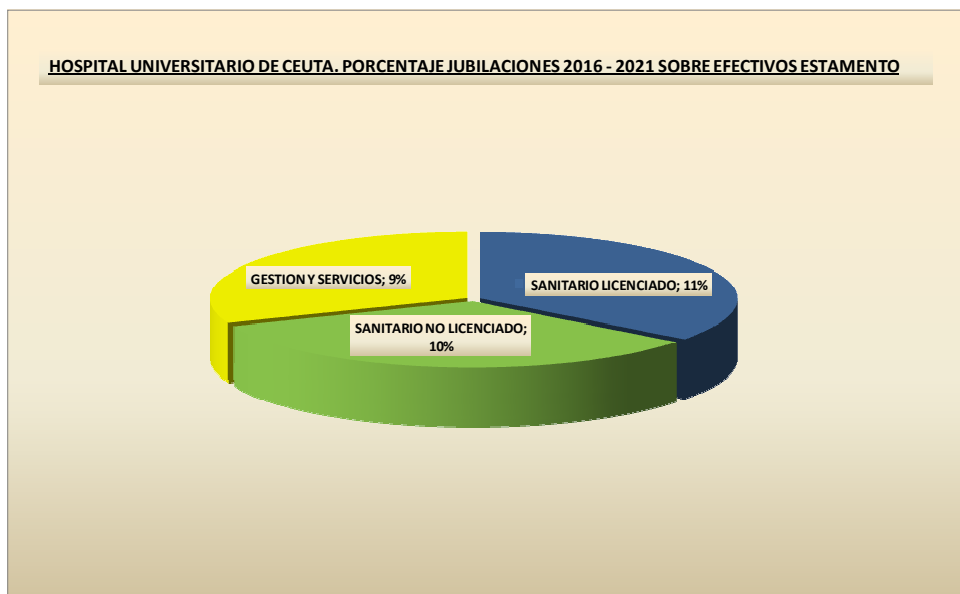


Gráfico 30. Porcentaje jubilaciones 2016-2021 sobre efectivos estamentos H.U. Ceuta

En el siguiente cuadro se especifica por categorías y número de profesionales:

JUBILACIONES PREVISTAS ATENCIÓN ESPECIALIZADA 2016-2021													
CATEGORÍA	2016		2017		2018		2019		2020		2021		
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
Facultativos Especialistas Área	2		2		2		3	1		2	2		
Médicos Urgencia Hospitalaria					1								
Total	2		2		3		3	1		2	2		
A.T.S/D.U.E				1		3	1	5	1	2		4	
Tec.Esp .Anatomía Patológica										1			
Téc.Esp. Laboratorio										1		1	
Auxiliar Enfermería		1		1		2		7		3		5	
Total		1		2		5	1	12	1	7		10	
Grupo Administrativo							1						
Grupo Auxiliar Administrativo						2			1	1			
Calefactor					2								
Pinche						2				1			
Celador				1		2		1	1	1		2	
Total Gestión y Servicios				1	2	6	1	1	2	3		2	
Total Categorías	2	1	2	3	5	11	5	14	3	12	2	12	
TOTAL	3		5		16		19		15		14		

Tabla 47. Jubilaciones previstas por categorías 2016-2021 Hospital Universitario Ceuta

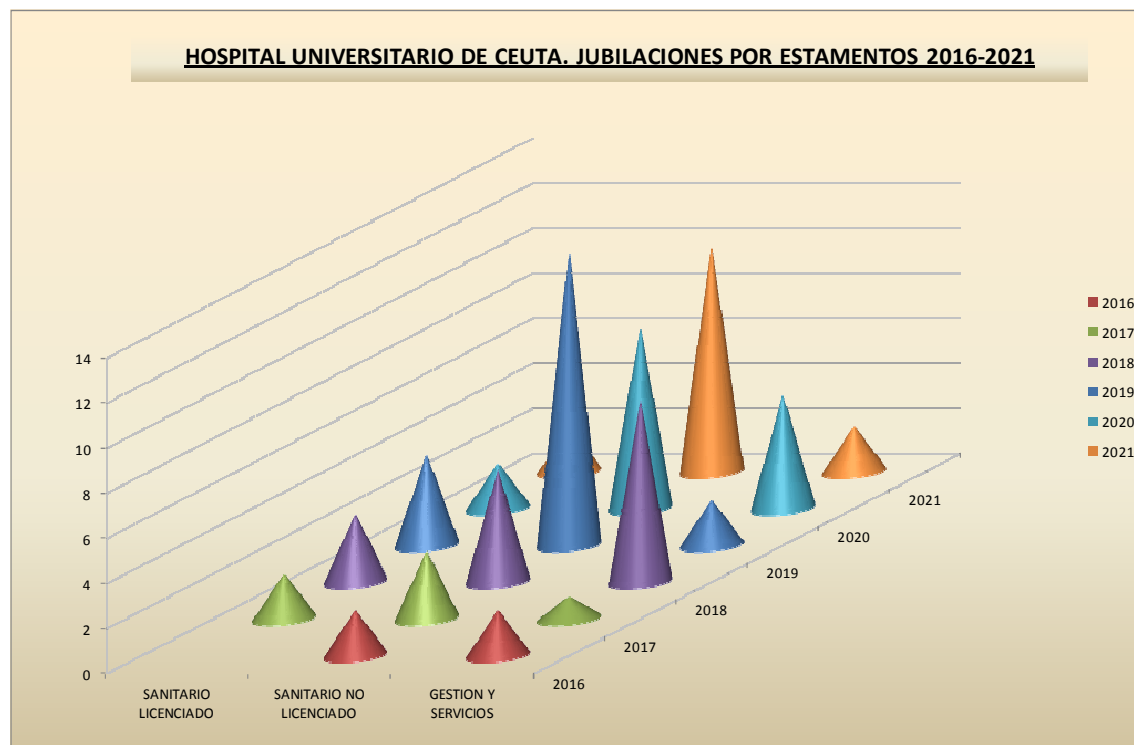


Gráfico 31. Jubilaciones por estamentos 2016-2021 Hospital Universitario Ceuta

Las especialidades más afectadas son Cirugía General y del Aparato Digestivo y Radiodiagnóstico.

	2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
ESPECIALIDAD FACULTATIVOS												
Anestesia y Reanimación										1		
Cirugía General y Ap. Digestivo							2					
Farmacia Hospitalaria										1		
Medicina Intensiva											1	
Medicina Interna			1									
Obstetricia y Ginecología					1							
Oncología Médica	1											
Otorrinolaringología								1				
Radiodiagnóstico								1			1	
Traumatología	1		1									
Urología					1							
Urgencia Hospitalaria					1							
Total Especialidades	2		2		3		3	1	2		2	
TOTAL	2		2		3		4		2		2	

Tabla 48. Jubilaciones Facultativos por especialidad 2016-2021 Hospital Universitario Ceuta

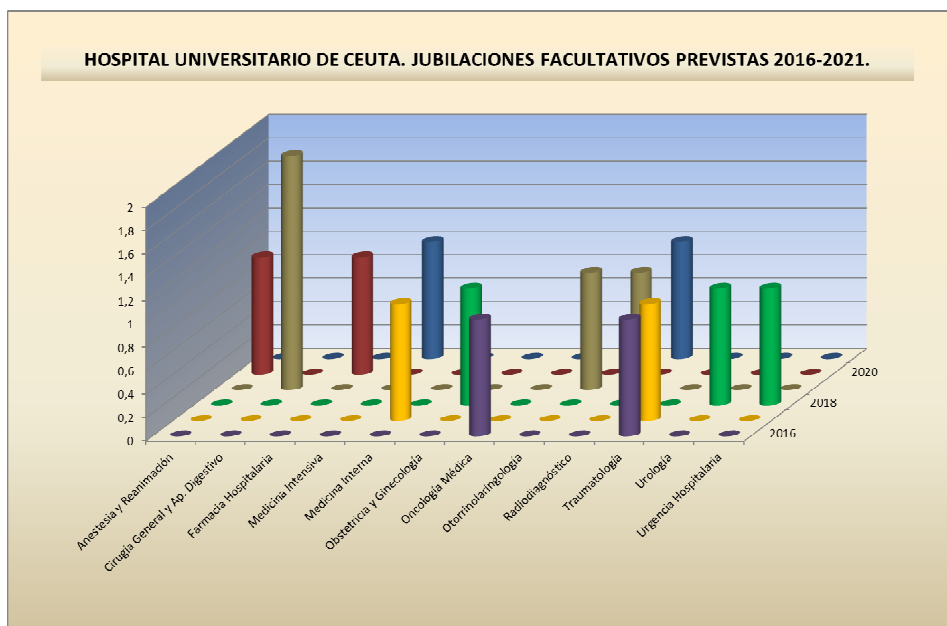


Gráfico 32. Jubilaciones Facultativos por especialidad 2016-2021 Hospital Universitario Ceuta

Atención Primaria

A diferencia de Atención Especializada, en Atención Primaria el mayor número de jubilaciones se producirá en el personal facultativo, fundamentalmente en Médicos de Familia en los años 2018 y 2019.

El porcentaje de jubilaciones respecto a los efectivos por estamento, se estima en el 25% de facultativos, 9% del sanitario no facultativo y el 15% de gestión y servicios.

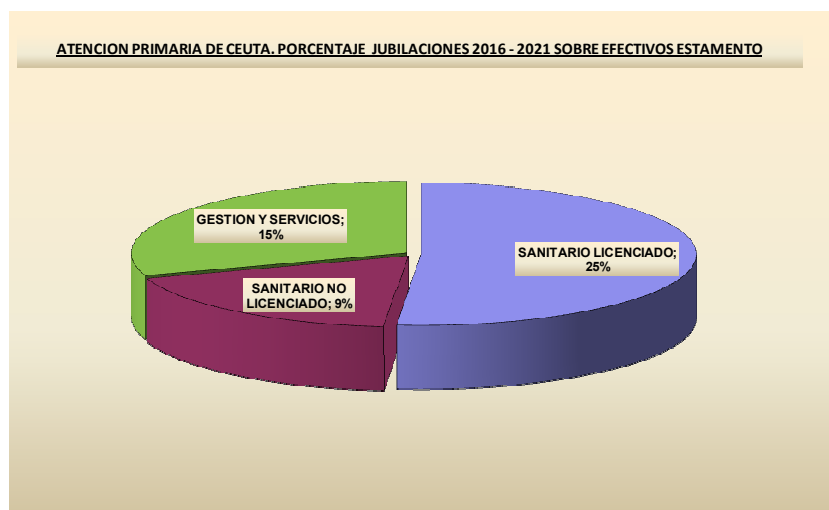


Gráfico 33. Porcentaje jubilaciones 2016-2021 sobre efectivos estamentos A. Primaria Ceuta

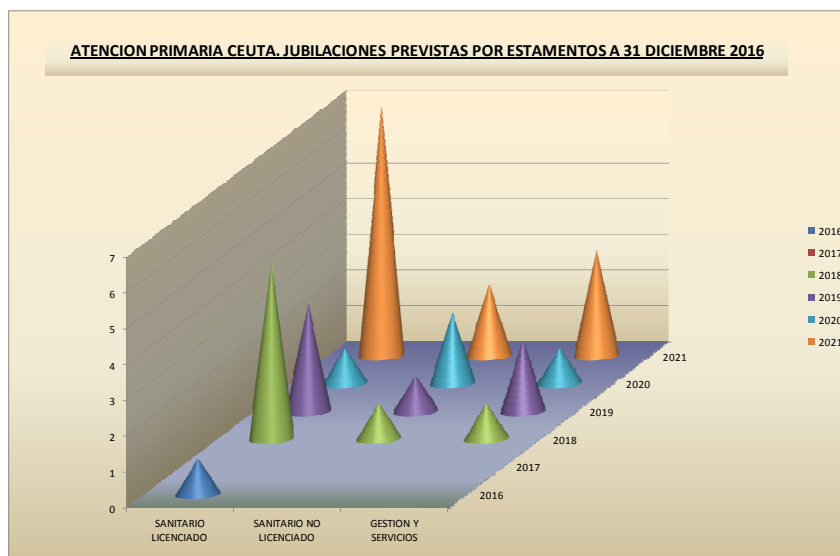


Gráfico 34. Jubilaciones por estamentos 2016-2021 A. Primaria Ceuta

En el siguiente cuadro se especifica por categorías

JUBILACIONES PREVISTAS ATENCIÓN PRIMARIA 2016-2021												
CATEGORÍA	2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Médicos de Familia					2		2	1	1		4	1
Médicos Emergencia	1											
Médicos Suap											1	
Odontostomatologo											1	
Pediatras			1			2						
Total	1		1		2	2	2	1	1		6	1
A.T.S/D.U.E										2	1	
Auxiliar Enfermería						1		1				1
Total						1		1		2	1	1
Grupo Auxiliar Administrativo								2				1
Celador						1				1	1	1
Total Gestión y Servicios						1		2		1	1	2
Total Categorías	1		1		2	4	2	4	1	3	8	4
TOTAL		1		2		7		8		4		12

Tabla 49. Jubilaciones previstas por categorías 2016-2021 A. Primaria Ceuta

Distribución de las jubilaciones de los facultativos por Equipos:

FACULTATIVOS EQUIPOS	2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Equipo Centro												
Médicos de Familia									1	1	2	
Pediatras						1						

Equipo Otero											
Médicos de Familia				1		1		1		1	
Pediatras					1	1					
Equipo Tarajal											
Médico Familia				1						1	1
Pediatras				1							
Médicos de Urgencias										2	
Total Categorías				3	2	2		2	1	6	1
TOTAL				5		2		3		7	

Tabla 50. Jubilaciones Facultativos por especialidad y Centro 2016-2021 A. Primaria Ceuta

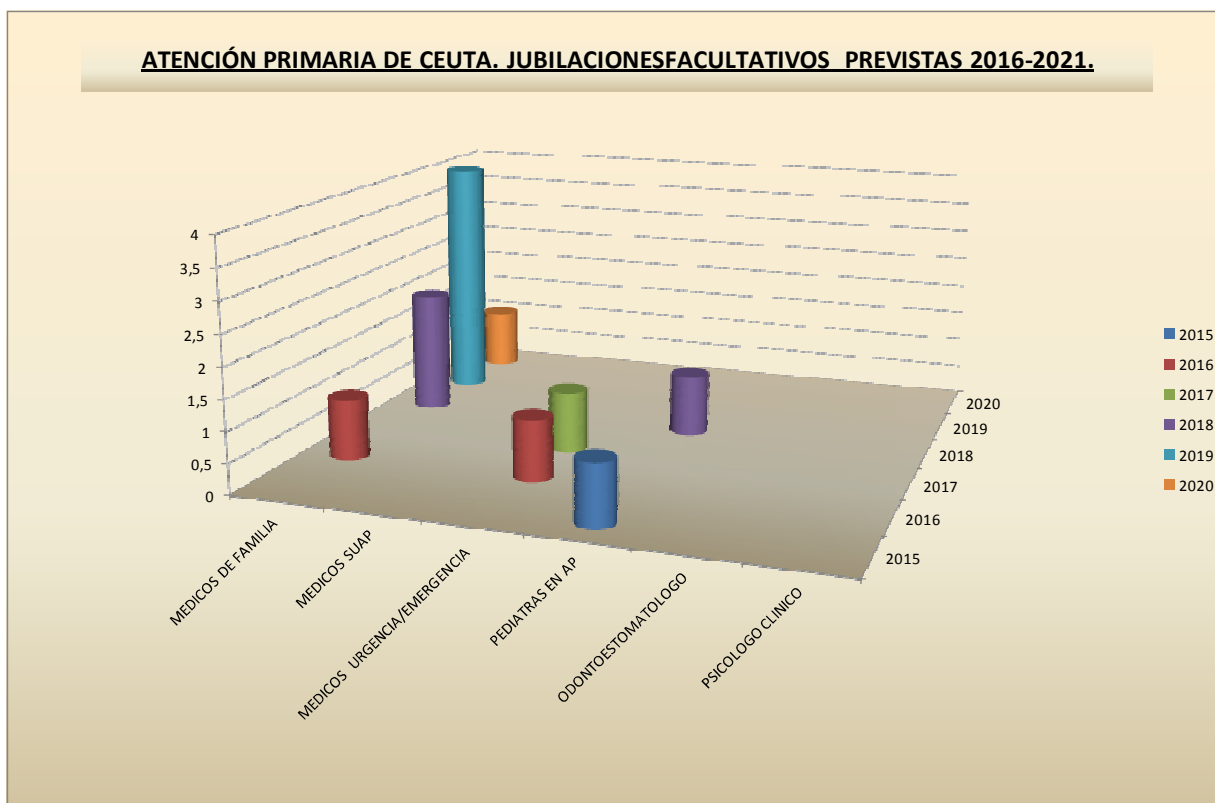


Gráfico 35. Jubilaciones Facultativos por especialidad 2016-2021 A. Primaria Ceuta

Melilla

Atención Especializada

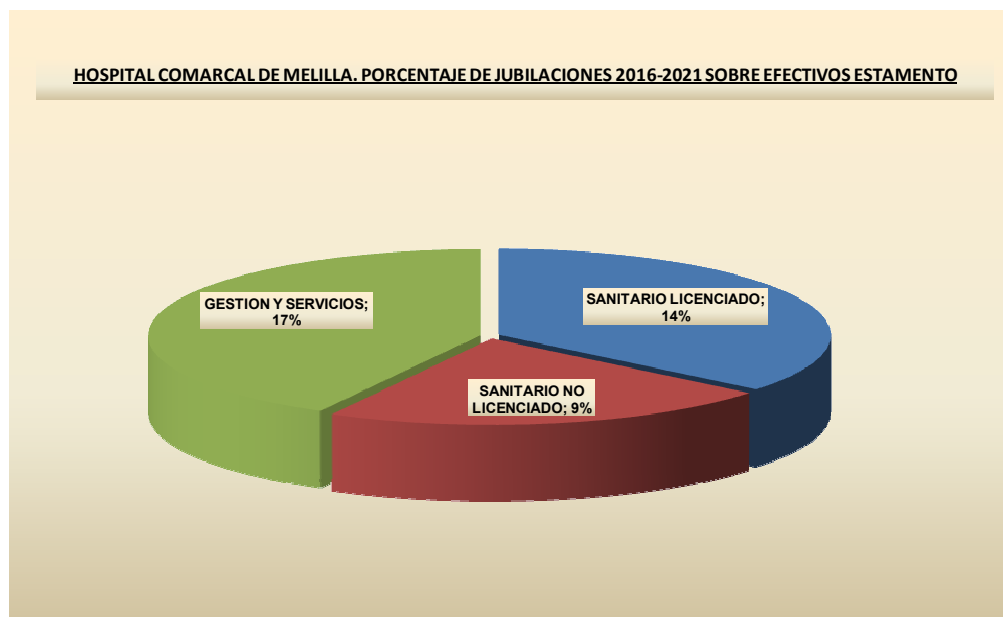


Gráfico 36. Porcentaje jubilaciones 2016-2021 sobre efectivos estamentos Hospital Comarcal Melilla

JUBILACIONES PREVISTAS ATENCIÓN ESPECIALIZADA 2016-2021												
CATEGORÍA	2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Facultativos Especialistas Área	2			1	1		2	2	4		2	2
Médicos Urgencia Hospitalaria									1			
Total	2			1	1		2	2	5		2	2
A.T.S/D.U.E						1				4	1	1
Técnicos Laboratorio		1										1
Auxiliar Enfermería		1		1		2		4	2	5		9
Total		2		1		3		4	2	9	1	11
Grupo Técnico												1
Grupo Administrativo							1	1		1		
Grupo Auxiliar Administrativo								2			1	
Albañil	1											
Electricista					1							
Lavandera						1				1		
Peón			1				1		1			
Pinche				1				1				1
Planchadora						1		1				
Celador				1		2				1		4
Total Gestión y Servicios	1		1	2	1	4	2	5	1	3	1	6
Total Categorías	3	2	1	4	2	7	4	11	8	12	4	19
TOTAL		5		5		9		15		20		23

Tabla 51. Jubilaciones previstas por categorías 2016-2021 Hospital Comarcal Melilla

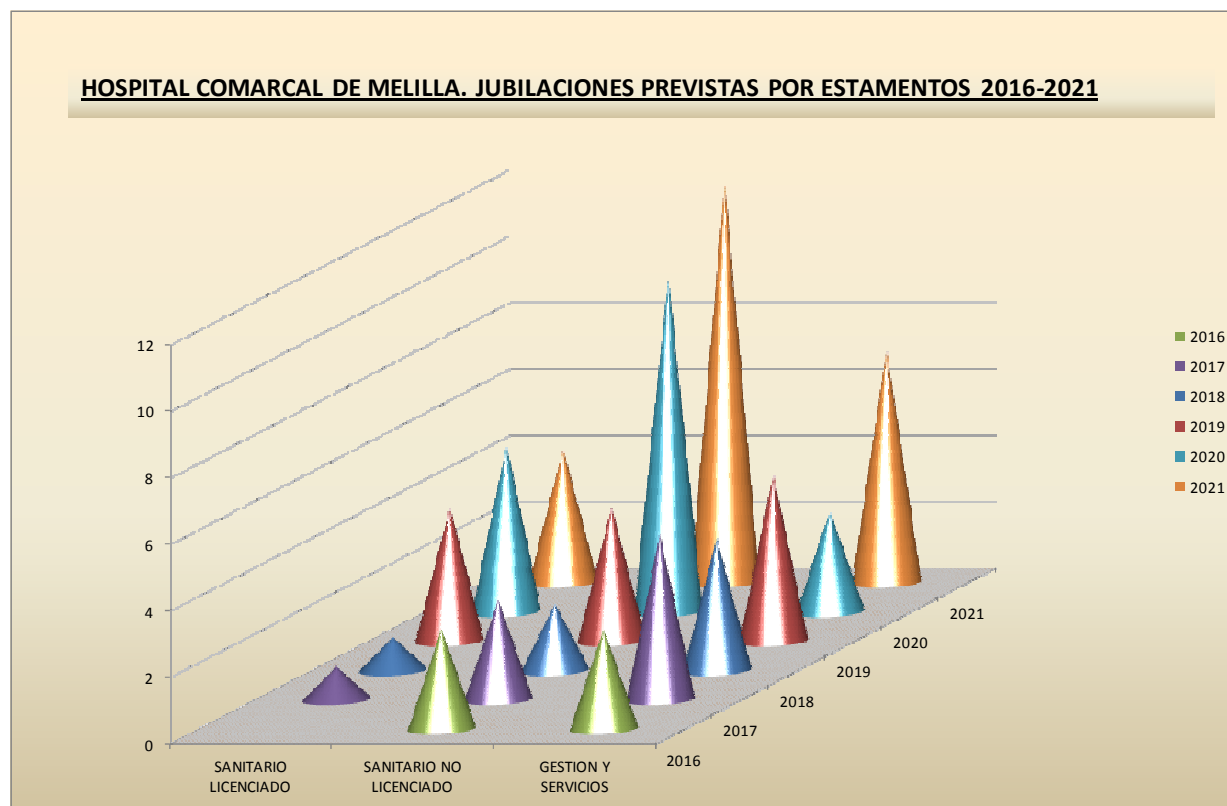


Gráfico 37. Jubilaciones por estamento 2016-2021 Hospital Comarcal Melilla

	2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
ESPECIALIDAD FACULTATIVOS												
Análisis Clínicos	1											
Anestesia y Reanimación	1						1					
Cardiología								1	1			
Cirugía General y Aparato Digestivo									1			
Dermatología												1
Medicina Intensiva									1			1
Medicina Interna					1							
Obstetricia y Ginecología								1				
Otorrinolaringología							1					
Pediatría				1					1			
Radiodiagnóstico												1
Urología												1
Urgencia Hospitalaria									1			
Total Especialidades	2			1	1		2	2	5		2	2
TOTAL		2		1		1		4		5		4

Tabla 52. Jubilaciones Facultativos por especialidad 2016-2021 Hospital Comarcal Melilla

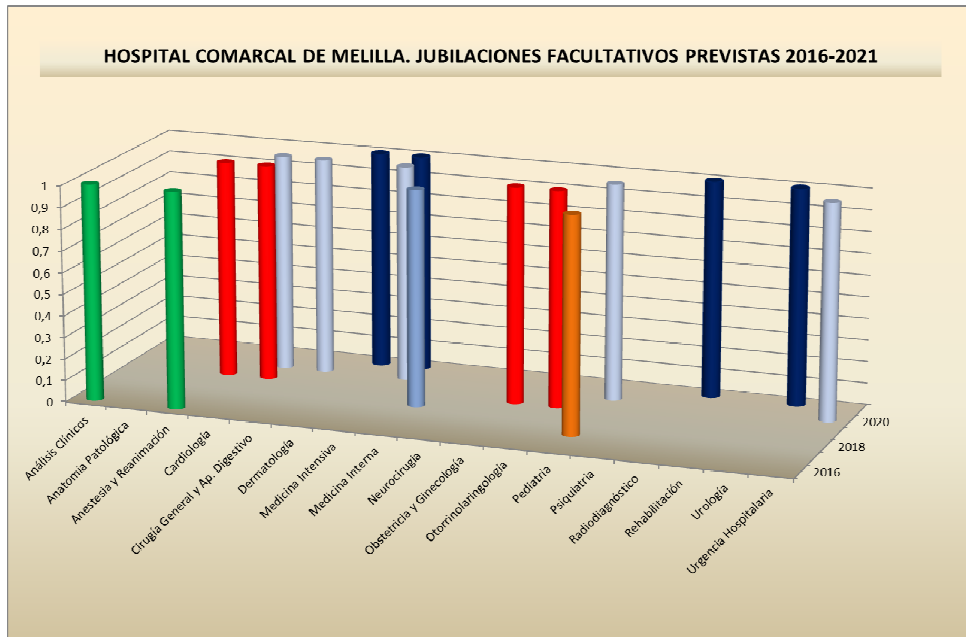


Gráfico 38. Jubilaciones Facultativos por especialidad 2016-2021 Hospital Comarcal Melilla

Atención Primaria

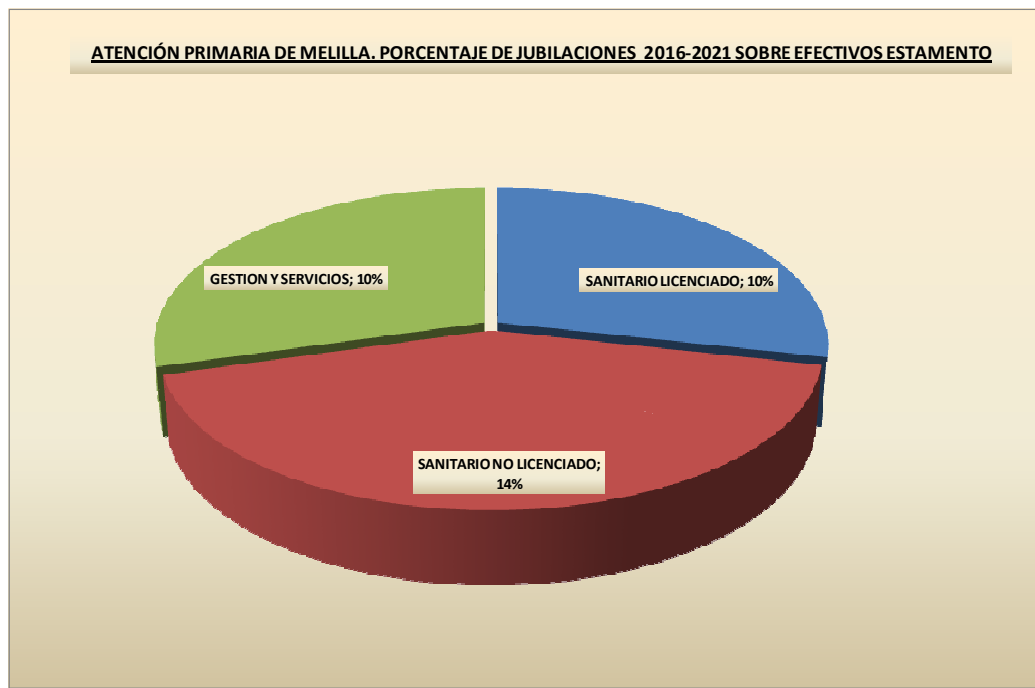


Gráfico 39. Porcentaje jubilaciones 2016-2021 sobre efectivos estamentos A. Primaria Melilla

JUBILACIONES PREVISTAS ATENCIÓN PRIMARIA 2016-2021												
CATEGORÍA	2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Médicos de Familia	1		1		1		2					

Pediatras										1
Psicólogo Clínico									1	
Odontostomatólogo			1		1					
Total	1		2		2		2		1	1
A.T.S/D.U.E					2				1	4
Auxiliar de Enfermería							2			
Total					2		2		1	4
Grupo Auxiliar Administrativo					1		1			
Celador							1			1
Total Gestión y Servicios					1		2			1
Total Categorías	1		2		4	1	4	2	1	6
TOTAL	1		2		5		6		1	7

Tabla 53. Jubilaciones previstas por categorías 2016-2021 A. Primaria Melilla

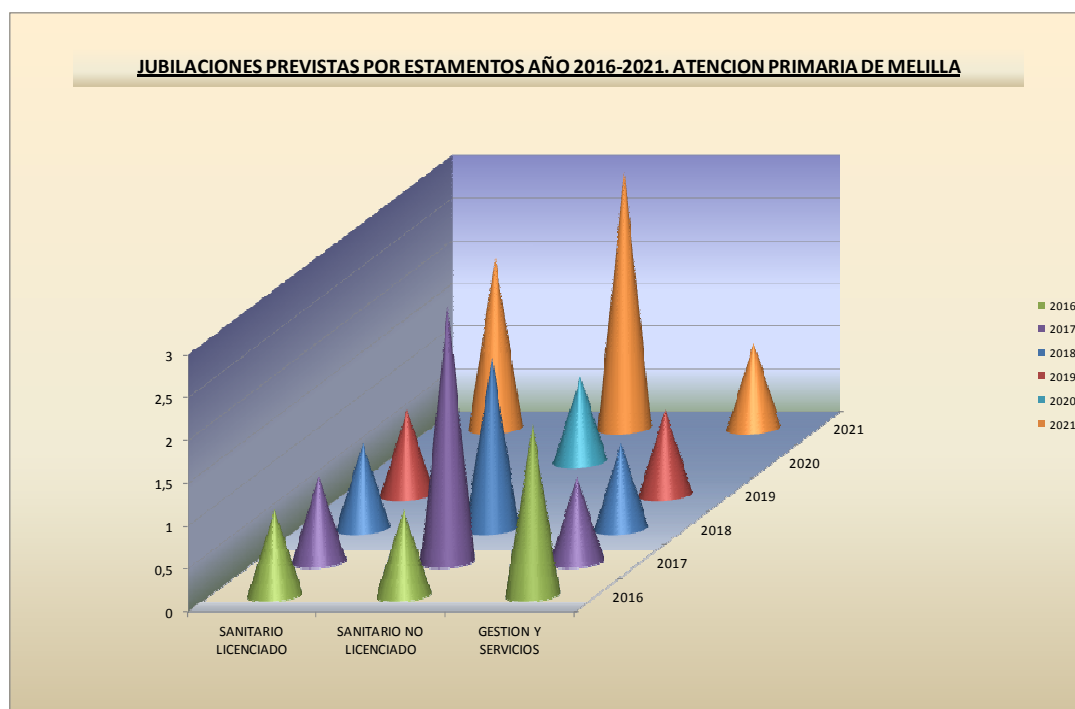


Gráfico 40. Jubilaciones por estamentos 2015-2020 A. Primaria Melilla

	2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
FACULTATIVOS EQUIPOS												
Equipo Este												
Médicos de Familia			1		1							
Equipo Norte												
Médicos de Familia												1
Equipo Centro												

Médicos de Familia	1				1				
Equipo Oeste									
Médico de Familia					1				
Gerencia									
Odontostomatólogo		1							
Psicólogo Clínico								1	
Total Categorías	1	2		1	2			1	1
TOTAL	1	2		1	2			2	

Tabla 54. Jubilaciones Facultativos por especialidad y Centro 2016-2021 A. Primaria Melilla

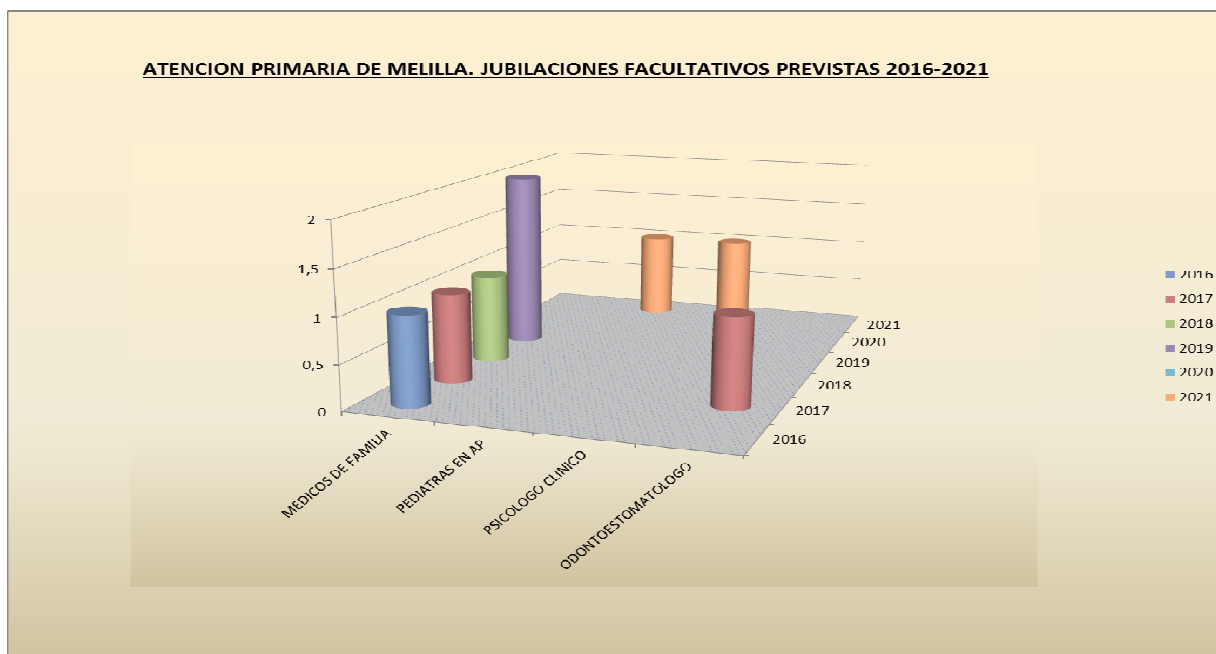


Gráfico 41. Jubilaciones Facultativos por especialidad 2016-2021 A. Primaria Melilla

Centro Nacional de Dosimetría

CENTRO NACIONAL DE DOSIMETRÍA. PORCENTAJE DE JUBILACIONES 2016 - 2021 SOBRE EFECTIVOS ESTAMENTO

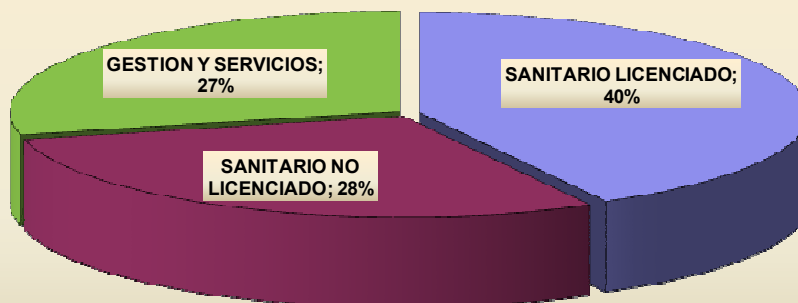


Gráfico 42. Porcentaje jubilaciones 2016-2021 sobre efectivos estamentos Centro Nacional Dosimetría

JUBILACIONES PREVISTAS CENTRO NACIONAL DE DOSIMETRIA 2016-2021												
CATEGORÍA	2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Radiofísicos	1		0				1					2
Total	1		0									2
Auxiliar Enfermería		1		0		1				2		1
Total		1		0		1				2		1
Grupo Administrativo									1	0		
Grupo Auxiliar Administrativo							2			3		
Total Gestión y Servicios							2		1	3		
Total Categorías	1	1	0	0		1	1	2	1	5		3
TOTAL	2		0		1		3		6			3

Tabla 55. Jubilaciones previstas por categorías 2016-2021 Centro Nacional Dosimetría

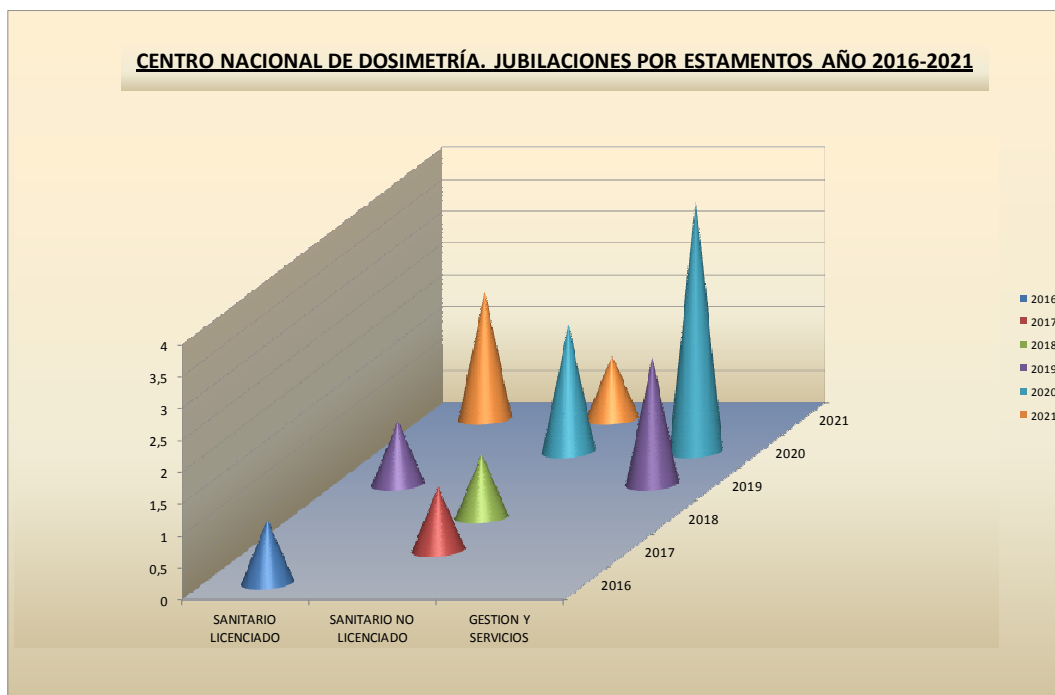


Gráfico 43. Jubilaciones por estamentos 2016-2021 Centro Nacional Dosimetría

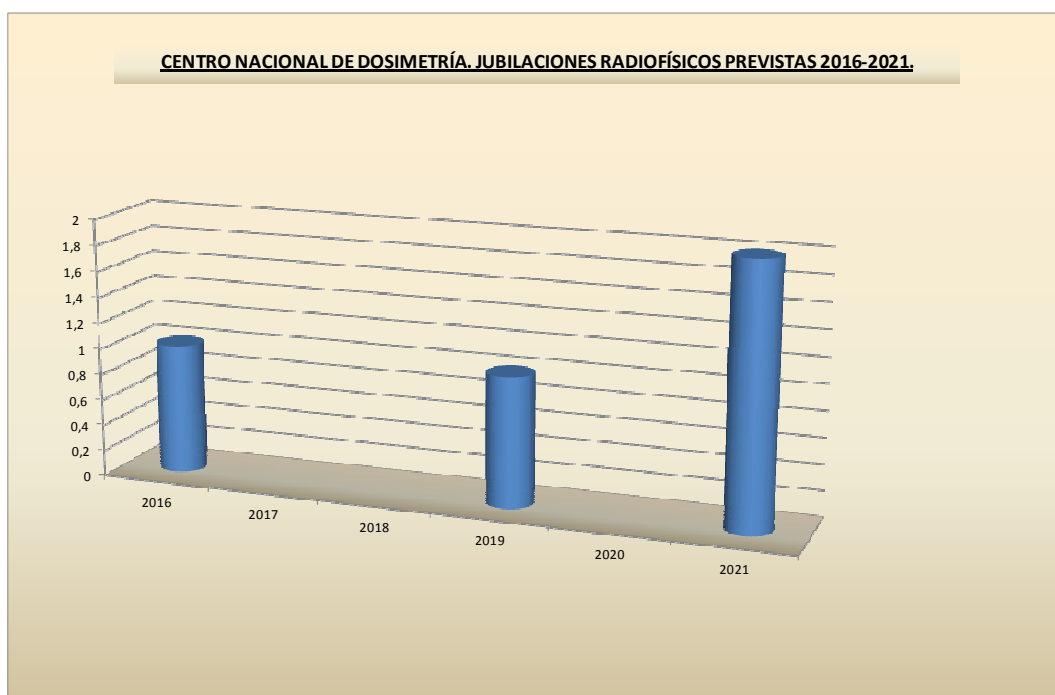


Gráfico 44. Jubilaciones Radiofísicos 2016-2021 Centro Nacional Dosimetría

Como se ha puesto de manifiesto a lo largo de los apartados anteriores, las jubilaciones a la edad forzosa de 65 años, tal y como establece el artículo 26.2. del Estatuto Marco del personal estatutario, se irán produciendo con una cadencia a lo largo de los próximos años que permite el relevo generacional sin

que se produzca deterioro alguno en la asistencia sanitaria, debido a la existencia de bolsas de trabajo, en las categorías con mayor número de trabajadores, que vienen posibilitando su sustitución.

No obstante, podría ocasionar problemas de continuidad en la atención sanitaria, la falta de profesionales médicos que pudieran efectuar el relevo generacional o la asunción de técnicas especiales que se estén desarrollando, en aquellas especialidades donde se producirán un mayor número de jubilaciones como se aprecia en las tablas 48 del Hospital de Ceuta o la tabla 52 del Hospital de Melilla y en especialidades con plantillas exiguas como Oncología Médica o especialidades como Pediatría ante la falta de facultativos con especialidad que concurran a la oferta del INGESA tanto para Atención Especializada como para Atención Primaria.

Otras categorías minoritarias, como expresan las correspondientes tablas de jubilaciones previstas, no presentan problema alguno.

II.6. Carrera Profesional.

La ley 16/2003, de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, define la carrera profesional como el derecho de los profesionales a progresar de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos de la organización en la que prestan sus servicios, considerándolo como una parte del desarrollo profesional regulado en el artículo 40 de la mencionada ley del que también forma parte la formación continuada y la evaluación de las competencias. Del mismo modo el desarrollo de los profesionales sanitarios y su reconocimiento, es objeto de regulación en el título III de la ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias estableciendo los principios generales comunes y homologables en todo el sistema sanitario.

La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, en su artículo 40 recoge la definición de carrera profesional de dicho personal como el derecho de los profesionales a progresar de forma individualizada como reconocimiento a su desarrollo en cuanto a conocimiento, experiencia y cumplimiento de los objetivos de la organización, creando en su artículo 43, el concepto retributivo del complemento de carrera, destinado a retribuir el grado alcanzado en la misma. El artículo 40.1 del precitado Estatuto Marco establece la obligación que se impone a las Comunidades Autónomas, previa negociación con los representantes de los trabajadores, de diseñar, para el personal estatutario de sus Servicios de Salud, mecanismos de carrera profesional de acuerdo con lo establecido con carácter general en las normas aplicables.

El Acuerdo de 13 de noviembre de 2006 suscrito entre la Administración Sanitaria-INGESA y las Organizaciones Sindicales presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad, por el que se define e implanta la carrera profesional del personal licenciado y diplomado sanitario que presta sus servicios en el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y por el que se establece el marco de negociación de la carrera profesional para el resto de los profesionales de los artículos 6.2,b) y 7 del Estatuto Marco, fue aprobado en Consejo de Ministros con fecha 13 de julio de 2007. Se configura en él la carrera profesional de INGESA como un instrumento básico de gestión y a la vez de motivación del personal, ya que, a través del acceso a sus diferentes niveles, se está reconociendo el esfuerzo que realiza cada uno y el grado de implicación y de responsabilidad que asume el profesional en la organización. Dada las especiales y precarias condiciones en que se desarrolla la actividad asistencial en las dos ciudades, la implantación de la carrera profesional debe convertirse en un mecanismo poderoso de atracción, motivación y fidelización de los profesionales.

Desde 2007 hasta 2009, se desarrolló un procedimiento extraordinario de acceso, donde los profesionales alcanzaron los niveles correspondientes en función de la antigüedad, salvo en los niveles III y IV donde además se tuvo en cuenta la evaluación de los diferentes méritos.

En 2008 se aprueban los criterios de evaluación de la carrera profesional y se nombran los miembros de los Comités Central y Periféricos con arreglo a lo dispuesto en el Acuerdo. Desde 2010 está en vigor el procedimiento ordinario de acceso en el que se prevé solicitud, entrega de méritos y evaluación con periodicidad anual para los profesionales que reuniendo los requisitos, quieren acceder a los niveles que les correspondan en función de los distintos méritos.

El cuadro siguiente recoge el número de profesionales que han accedido a los diferentes niveles de carrera profesional.

LICENCIADOS Y DIPLOMADOS SANITARIOS INGESA DICIEMBRE 2016

	Nº PROF	N. I	%	N. II	%	N. III	%	N. IV	%	P INTEGRAD	%
F.. FIJOS	240	55	22,92%	35	14,58%	62	25,83%	82	34,17%	234	97,50%
F.TEMPORAL	156	33	21,15%	8	5,13%	1	0,64%	0	0,00%	42	26,92%
D. FIJOS	437	23	5,26%	61	13,96%	155	35,47%	184	42,11%	423	96,80%
D. TEMP	162	61	37,65%	26	16,05%	0	0,00%	0	0,00%	87	53,70%

TOTAL	995	172	17,29%	130	13,07%	218	21,91%	266	26,73%	786	78,99%
-------	-----	-----	--------	-----	--------	-----	--------	-----	--------	-----	--------

Tabla 56. Niveles Carrera profesional Licenciados y Diplomados INGESA

- Por otra parte, para el resto de los profesionales: sanitarios de formación profesional y personal de gestión y servicios, el Acuerdo del Consejo de Ministros de 7 de diciembre de 2007, aprueba el suscrito entre la Administración Sanitaria-Ingresa y las organizaciones sindicales presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad por el que se define e implanta la carrera profesional del personal sanitario de formación profesional y personal de gestión y servicios que presta sus servicios en el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

Desde 2008 a 2009 se desarrolla un procedimiento extraordinario de acceso a la carrera donde estos profesionales acceden a los diferentes niveles de carrera en función principalmente de la antigüedad.

En 2009 se aprueban los criterios de evaluación y se constituyen el Comité Central y los Comités de centro en las Áreas Sanitarias con las funciones que se recogen en el Acuerdo anteriormente citado.

Del mismo modo que para el personal licenciado y diplomado sanitario, desde 2010 está en marcha el procedimiento ordinario de acceso al sistema de carrera profesional en el que está previsto solicitud, entrega de méritos y evaluación con periodicidad anual para los profesionales que reuniendo los requisitos, quieren acceder a los niveles que les correspondan en función de los distintos méritos.

El cuadro siguiente recoge el número de profesionales de gestión y servicios y sanitarios de formación profesional, fijos, que han accedido a los diferentes niveles de carrera profesional y perciben el complemento correspondiente. Los profesionales temporales de acuerdo con la legislación actual, podrán acceder al sistema de carrera y los efectos económicos serán efectivos cuando sean fijos en las condiciones establecidas en los Acuerdos para la misma.

**CARRERA PROFESIONAL PERSONAL SANITARIO DE FORMACIÓN
PROFESIONAL Y GESTIÓN Y SERVICIOS - DICIEMBRE 2016**

	EFFECT.FIJOS	N. I	%	N. II	%	N.III	%	N. IV	%	EFFECT.CARRERA	%
A1	10	0	0,00%	2	20,00%	2	20,00%	1	10,00%	5	50,00%

A2	20	2	10,00%	1	5,00%	8	40,00%	2	10,00%	13	65,00%
C1	87	17	19,54%	15	17,24%	30	34,48%	6	6,90%	68	78,16%
C2	359	45	12,53%	57	15,88%	195	54,32%	55	15,32%	350	97,49%
AGRUP. PROF.	123	10	8,13%	36	29,27%	69	56,10%	8	6,50%	123	100,00%
TOTAL	599	74	12,35%	111	18,53%	304	50,75%	72	12,02%	559	93,32%

Tabla 57. Niveles de Carrera profesional Sanitarios de Formación Profesional y Gestión y Servicios INGESA

II.7. Acción Social

El Plan de Acción Social para el personal estatutario de INGESA se define como el conjunto de actividades encaminadas a la consecución de un sistema general de bienestar social por el que se pone al servicio del mismo los medios que sean precisos para satisfacer necesidades no recogidas en los sistemas mutualistas o de Seguridad Social. Se inspira en los principios de globalidad, al intentar alcanzar todas las necesidades que puedan surgir, incluidas en el ámbito de la acción social y de universalidad, en cuanto a los destinatarios.

Dichos principios exigidos en el Acuerdo de 27 de julio de 2011 de la Mesa General de negociación de la AGE posibilitan una acción social que ha de cumplir con unos criterios mínimos comunes a todos los Departamentos y Organismos de la AGE, los cuales cumple el documento que negocia esta Entidad, cada año, con las organizaciones sindicales en la Mesa Sectorial, no excluyendo a ningún trabajador de su ámbito de aplicación.

Las ayudas contenidas en el Plan se estructuran en dos grandes bloques:

AYUDAS NO REINTEGRABLES	AYUDAS REINTEGRABLES
• Ayuda de estudio.	• Anticipo ordinario
• Ayuda por guardería	• Anticipo extraordinario.
• Ayuda por familiar discapacitado	
• Ayuda por gasto sanitario	
• Ayuda por defunción	
• Ayuda por desplazamiento asistencia sanitaria	
• Ayuda para tratamiento de salud.	
• Ayuda de carácter excepcional	

Tabla 58. Ayudas Acción Social INGESA

El crédito destinado a la cobertura de las distintas ayudas de acción social de carácter reintegrable alcanza, durante los últimos años, una cantidad equivalente al

0,25% de la masa salarial. Las ayudas de estudio y por gasto sanitario, son las únicas que requieren convocatoria pública y disponen de un plazo cerrado para presentar las correspondientes solicitudes. De todas las ayudas, son las dos más solicitadas por los trabajadores y suponen casi el 90% de todo lo presupuestado.

III. OBJETIVOS DEL PLAN.

Teniendo en cuenta la normativa en vigor y los datos anteriormente expuestos, que ponen de manifiesto el diagnóstico de situación tanto de actividad como de recursos humanos de las Instituciones del INGESA, el objetivo general del presente Plan, es la planificación y adecuación de éstos a las actividades de prestación de servicios sanitarios y no sanitarios que tiene encomendado el Organismo, dotándolo de los elementos necesarios para su desarrollo en los distintos aspectos que configuran una gestión adecuada de los recursos humanos.

Este objetivo general se concreta a través de dos grandes bloques de objetivos específicos, uno referido a planificación, organización y gestión y otro dirigido a incrementar la satisfacción y la motivación de los profesionales, ambos con sus correspondientes líneas de acción estratégicas que se van desarrollando a lo largo del documento, sin menoscabo de que en el transcurso de su vigencia, se adapten a las circunstancias que se deriven de la actividad.

A- Planificación, organización y gestión de recursos humanos:

1. Desarrollo de la estructura organizativa de los Servicios Periféricos del INGESA: Gerencias de Atención Sanitaria y Centro Nacional de Dosimetría, para su adecuación a las necesidades actuales.
2. Planificación de los recursos humanos vinculada a las necesidades asistenciales.
3. Adecuación de la normativa vigente a las necesidades organizativas actuales
4. Adecuación de la clasificación y nominación de las categorías profesionales.
5. Determinación de la oferta de profesionales en formación.

6. Selección, provisión de plazas y promoción interna que posibilite la estabilidad en el empleo.
7. Movilidad del personal por las distintas causas reguladas normativamente.
8. Jubilación forzosa y prolongación de la permanencia en el servicio activo
9. Carrera Profesional y evaluación de la competencia.

B- Satisfacción y motivación de los profesionales y trabajadores:

1. Descentralización de la gestión.
2. Participación de profesionales y trabajadores en los procesos de toma de decisiones.
3. Satisfacción y motivación.
4. Formación e Investigación.
5. Motivación

IV. LINEAS DE ACCIÓN DE ORGANIZACIÓN, PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

IV.1. Estructura organizativa de los Servicios Periféricos del INGESA

El Real Decreto 1746/2003, de 19 de diciembre, del Ministerio de Administraciones Públicas. (BOE de 13 de enero de 2004), por el que se regula la organización de los servicios periféricos del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y la composición de los órganos de participación en el control y vigilancia de la gestión, en su artículo 5.1 crea la Gerencia de Atención Sanitaria en cada una de las ciudades de Ceuta y Melilla haciendo depender de ellas tanto los centros de atención primaria como de atención especializada.

Asimismo, el punto 2 de dicho artículo especifica que “La estructura de gestión de las gerencias se adecuarán a las características y complejidad de los servicios y funciones a desarrollar en cada una de ellas, y procurará la mayor sinergia e integración de la asistencia sanitaria entre los niveles de atención primaria y atención especializada.”

Igualmente, la disposición adicional cuarta, establece que “El Centro Nacional de Dosimetría, con sede en Valencia, tendrá el nivel orgánico y la estructura que se determine en la correspondiente plantilla orgánica.”

Y las disposiciones transitorias segunda y tercera tratan respectivamente sobre la vigencia de las estructuras y de las normas de funcionamiento de las Gerencias de Atención Primaria y Atención Especializada.

Disposición transitoria segunda: “En tanto no se desarrolle la estructura de las Gerencias de Atención Sanitaria, éstas se corresponderán, por lo que respecta al ámbito de atención primaria, con lo establecido en los apartados 2 y 3 del artículo 6 del Real Decreto 347/1993, de 5 de marzo, sobre organización de los Servicios Territoriales del Instituto Nacional de la Salud; y por lo que se refiere al ámbito de la atención especializada, con lo regulado en el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los servicios gestionados por el Instituto Nacional de la Salud.”

Disposición transitoria tercera: “En tanto no se modifiquen, todas las normas en vigor, sea cual sea su rango normativo, aplicables a las Gerencias de Atención Primaria y Especializada del extinguido Instituto Nacional de la Salud, se entienden referidas a las gerencias de Atención Sanitaria del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, en tanto no se opongan a lo establecido en este real decreto.”

No obstante, hasta este momento no ha habido un desarrollo normativo de este Real Decreto que adecue la estructura de gestión a las necesidades reales y concretas que dé respuesta a la idiosincrasia de la gestión sanitaria en las ciudades autónomas, que requiere de una flexibilidad y agilidad en la gestión que facilite la integración de los procesos asistenciales de los distintos niveles asistenciales, así como de una estructura organizativa única para ambos niveles, que facilite al mismo tiempo la movilidad del personal dentro de la gerencia única de acuerdo con las necesidades asistenciales, sin menoscabo de los derechos de los trabajadores y la normativa estatal que le es de aplicación al personal estatutario del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

Para ello se llevarán a cabo las siguientes:

Acciones a desarrollar

- Definición de la estructura necesaria para el funcionamiento y gestión de la atención sanitaria en las ciudades de Ceuta y Melilla, de acuerdo con la organización que requiere la Gerencia única.
- Desarrollo de la normativa necesaria para hacer viable la estructura de la Gerencia única en las ciudades de Ceuta y Melilla, mediante la determinación y fijación de los puestos directivos y de libre designación necesarios.
- Desarrollo de la normativa necesaria para la organización y funcionamiento de la nueva estructura de Gerencia única.

➤ Definición de la estructura y reorganización del Centro Nacional de Dosimetría, de acuerdo con las líneas de actividad que están en vía de desarrollo y adecuación a la normativa 2013/59/EURATOM, cuya transposición deberá llevarse a cabo antes del 6 de febrero de 2018 y en concreto con las siguientes líneas de actividad:

- Dosimetría Personal: Implantación del dosímetro de anillo. En el año 2014 se iniciaron las gestiones para desarrollar un prototipo de anillo capaz de albergar los detectores de radiación y que permitan de forma simultánea su adecuada identificación junto con la de los usuarios. Este tipo de dosímetro es muy adecuado para los profesionales sanitarios con riesgo de irradiación en las manos, con su implantación se estima que alrededor de un 25% de los 6.000 usuarios de muñeca, pasarían a emplear dosímetros de anillo ya que la dosimetría de muñeca infravalora las dosis recibidas en las partes más expuestas de las manos.

Además, la implantación de este tipo de dosimetría, supone un esfuerzo extra de organización en el CND, ya que la manipulación de estos dispositivos para su lectura y empaquetado es un proceso de difícil automatización, que requiere un gran número de operaciones estrictamente manuales, lo que conllevará una redistribución de efectivos y la adecuación de sus plantillas a las nuevas actividades.

- Protección Radiológica: el CND tiene previsto incrementar su actividad, mejorando la eficiencia de esta línea de trabajo, a través de la inclusión de revisiones de instalaciones de radiodiagnóstico a instituciones privadas mediante la preparación de la documentación de declaración o de modificación de la instalación ante el Organismo competente de la Comunidad Autónoma; establecimiento del estado de referencia y control de calidad inicial del equipamiento; elaboración del Programa de Protección Radiológica (PPR); Implantación y actualización del PPR; formación del personal expuesto; controles periódicos.
- Laboratorio de Metrología de Radiaciones Ionizantes: Con el fin de incrementar el desempeño del Laboratorio se tiene previsto la implantación de un nuevo rango de energías para las emisiones de calibraciones certificadas, para lo que es necesario la adquisición de nuevas fuentes radiactivas de cesio y el acondicionamiento del Laboratorio, con salas de irradiación y calibración independientes y potenciación de los turnos de trabajo para dar respuesta a la demanda real existente, lo que implicará

al igual que en las líneas de actividad anteriores, la adecuación de las necesidades de recursos humanos para cada una de éstas.

- Docencia e Investigación: esta línea de actividad es fundamental en el desarrollo y actualización competencial de los profesionales del SNS que trabajan en el entorno de las radiaciones y para ello el CND potenciará esta actividad mediante la oferta docente a las Instituciones Sanitarias tanto públicas como privadas.

IV.2. Planificación de los Recursos Humanos

El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria puso en marcha en el año 2012 un programa centralizado de gestión de recursos humanos y nóminas de personal estatutario, que posibilitara la gestión unificada y el conocimiento puntual de la situación de las plantillas de sus instituciones sanitarias y del CND y con ello la planificación ordenada de sus efectivos.

Además este registro sirve de base al registro de profesionales del Sistema Nacional de Salud, regulado por el Real Decreto 640/2014, de 25 de julio.

Por tanto, esta línea estratégica se orienta a mantener el registro y el análisis mensual de la evolución de sus plantillas como elemento de planificación en la cobertura de las mismas y de fuente de información para la determinación de actuaciones en materia de selección y provisión de puestos de trabajo.

Acciones a desarrollar

- Mantenimiento del sistema de información cuantitativo y cualitativo de la evolución de los efectivos que permite conocer tanto la situación de las plantillas, su composición, el grado de cobertura, el porcentaje de absentismo y sustituciones, así como cualquier otro dato que posibilite la planificación a corto y medio plazo.
- Utilización de esta información para la planificación de actuaciones vinculadas al relevo generacional, ofertas de empleo público, promoción interna y concursos de movilidad.

IV.3. Adecuación de la normativa a las necesidades organizativas

Las Instituciones Sanitarias y el Centro Nacional de Dosimetría dependientes del INGESA, al ser un Organismo que, de acuerdo con el Real Decreto 1087/2003 de 29 de agosto, conserva la misma personalidad jurídica y

naturaleza del extinto INSALUD, se rige por aquella normativa que no haya sido modificada por regulaciones posteriores propias o estatales, por lo que es necesario actualizar alguna de esta normativa para adecuarla, en su caso, a las necesidades organizativas y funcionales que la estructura actual requiere.

Acciones a desarrollar

- Recopilación, revisión y estudio de la normativa en vigor del INSALUD y de la estatal, que el INGESA está obligado a cumplir al ser un Organismo dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Unificación documental y actualización, en su caso, de las resoluciones, normas, pactos, acuerdos o instrucciones que mejoren la organización y gestión de las instituciones y de los recursos humanos.
- Establecimiento de normativa y procedimientos básicos de actuación en materia de selección de personal temporal, provisión de puestos de trabajo, promoción interna temporal y movilidad interna temporal, que unifiquen los criterios de actuación en las instituciones, sin menoscabo del cumplimiento del marco normativo establecido en la Ley 55/2003, de 15 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, y del Real Decreto Legislativo 5/2015 de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, en la parte que le es de cumplimiento y respetando las competencias atribuidas a las Gerencias de los centros.

IV.4. Adecuación de la clasificación y nominación de las categorías profesionales

El artículo 15.1. de la Ley 55/2003, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, establece que “en el ámbito de cada servicio de salud se establecerán, modificarán o suprimirán las categorías de personal estatutario de acuerdo con las previsiones del capítulo XIV y, en su caso, del artículo 13 de esta ley”.

En virtud de la modificación del artículo 15.2. de la Ley 55/2003, introducida por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ha regulado mediante el Real Decreto 184/2015, de 13 de marzo, el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales de personal estatutario de los servicios de salud y el procedimiento de su actualización.

La denominación y categorías del personal estatutario del INGESA, se rigen por lo establecido en el Real Decreto-Ley 3/1987, de 11 de septiembre, sobre retribuciones de personal estatutario del Instituto Nacional de la Salud. La evolución de las carreras profesionales, la creación o modificación de titulaciones académicas, el desarrollo de nuevas especialidades en Ciencias de la Salud, desde aquel momento, hacen necesario el estudio de la adecuación de las categorías actuales a las nuevas exigencias de desarrollo profesional.

Acciones a desarrollar

- Estudio de las necesidades de adecuación de la clasificación del personal a lo establecido en el Real Decreto Legislativo 5/2015 del texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público y denominaciones de las categorías actuales a la evolución de las titulaciones y al catálogo homogéneo de equivalencias establecido en el Real Decreto 184/2015 y actualizado mediante Orden SSI/2420/2015 de 11 de noviembre.
- Estudio de las necesidades de modificación, creación o supresión de categorías y puestos de trabajo con base en la evolución de las necesidades asistenciales de las ciudades de Ceuta y Melilla y actividad del Centro Nacional de Dosimetría.
- Propuesta concreta a los Ministerios de Hacienda y Función Pública, y Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en relación con el resultado de los estudios anteriormente realizados.

IV.5. Determinación de la oferta de profesionales en formación sanitaria especializada

A la fecha y realización del presente Plan, tanto las Unidades Docentes del Área Sanitaria de Ceuta como la de Melilla, tienen acreditadas 3 plazas de Medicina Familiar y Comunitaria, y 4 plazas de Enfermería de Obstétrico-ginecológica.

Además, está acreditada en Ceuta la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Laboral, con 2 plazas acreditadas para Medicina del Trabajo, y 2 para Enfermería del Trabajo.

Para la determinación de la oferta de plazas, se tiene en cuenta la capacidad y los medios de los que disponen las Unidades para ser acreditadas para la docencia y en esta línea se debe seguir trabajando, teniendo en cuenta al mismo tiempo las recomendaciones de la Comisión Nacional de Formación Sanitaria Especializada del SNS respecto a las necesidades de formación de especialistas en el SNS, así como la capacidad de contratación que

posteriormente tengan las Instituciones para incorporar dichos profesionales a sus plantillas.

IV.6. Selección, provisión de plazas y promoción interna

Si bien la situación geográfica y las peculiaridades de las ciudades de Ceuta y Melilla, en ocasiones, hacen difícil la provisión de determinadas plazas, fundamentalmente de especialistas y posteriormente la fidelización de éstos, sin embargo, el INGESA como organismo dependiente del Estado que es, se rige por la normativa estatal que le es de aplicación y sus reglamentos, por ello en esta materia no puede obviar lo establecido en el Capítulo VI de la vigente Ley 55/2003, de 16 de diciembre del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. A la vista de los datos contenidos en las tablas 24 a 26 del apartado II.3 del presente Plan de Ordenación, al exponer los datos sobre inestabilidad en el empleo del personal, es necesario buscar los medios y mecanismos que faciliten y agilicen estos procedimientos y que permitan la estabilidad de sus profesionales en el menor tiempo posible.

La experiencia de estos últimos años de los procesos selectivos que se han llevado a cabo de consolidación, oferta de empleo público y promoción interna han puesto de manifiesto la dificultad para la formación de tribunales, fundamentalmente de facultativos especialistas, al no disponer de suficiente número de propietarios de la especialidad para su composición paritaria y tener que recurrir a profesionales de otros servicios de salud, así como la gestión de los procesos de todas las categorías coincidentes en el tiempo, por lo que se considera necesario establecer un orden de prioridades para las convocatorias sucesivas, para agilizar al máximo los procesos y que al mismo tiempo posibiliten el no dejar plazas vacantes como consecuencia de la toma de posesión de más de una plaza de distinta categoría y su posterior excedencia por prestar servicios en el sector público.

Asimismo, las convocatorias de promoción interna han tenido un desigual resultado, mientras que en alguna de ellas como ha sido la convocatoria de celadores, hubo que anularla por falta de opositores, a pesar de existir personas que llevaban en promoción en esta categoría desde hacía muchos años, otras como las de gestión administrativa tuvieron un resultado aceptable, incluso en alguna categoría un número de profesionales que habiendo superado la fase de oposición no obtuvieron plaza y en las del personal de enfermería quedaron plazas vacantes, lo que indica que las convocatorias independientes de promoción interna, no han cubierto las expectativas esperadas y que además el resultado ha sido desigual en los distintos centros y ciudades.

No obstante lo anterior, con el fin de seguir potenciando la promoción del personal fijo, en las convocatorias que se realicen por este procedimiento, podrá establecerse la exención de la fase de oposición a aquellos aspirantes que la hubieran superado en un concurso-oposición inmediatamente anterior por dicho turno y no hubieran obtenido plaza por no reunir méritos suficientes en la fase de concurso.

Para aplicar esta exención, el tiempo transcurrido entre la convocatoria y la inmediatamente anterior no podrá superar los dos años desde la publicación de la resolución definitiva de los opositores que hayan obtenido plaza y la publicación de la nueva convocatoria.

Esto lleva al mismo tiempo a plantear la necesidad de establecer unos criterios básicos de aplicación en todas las instituciones para la concesión de las promociones internas temporales, así como para la contratación de personal temporal que garanticen los principios de igualdad, mérito y capacidad, sin menoscabo de la capacidad de gestión de las instituciones y de las competencias de las Gerencias.

Acciones a desarrollar

- Establecer las prioridades de estabilidad en el empleo de las distintas categorías y un cronograma de convocatorias de procesos selectivos, teniendo en cuenta las necesidades asistenciales y el porcentaje de interinidad de cada una de las categorías.
- Determinar el porcentaje o número de plazas que se convocarán por promoción interna dentro de la oferta pública de empleo, con el fin de que no queden plazas sin cubrir de las convocadas, que en todo caso será como mínimo el total de plazas ocupadas en promoción interna temporal
- El baremo de méritos que regirá en las convocatorias será el acordado en el Ámbito de Negociación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con las Organizaciones Sindicales presentes en dicho Ámbito, sin perjuicio de las negociaciones necesarias que concreten estos baremos en Mesa Sectorial del INGESA
- El tiempo de servicios prestado como personal directivo en el INGESA se tendrá en cuenta y se valorará como tiempo de servicios efectuados en la categoría de procedencia, así como a efectos de la carrera profesional.
- El orden del cese del personal desplazado como consecuencia de los procesos selectivos, será con carácter general el siguiente:

- El interino con menor antigüedad, salvo que se trate de una plaza de Atención Primaria, en cuyo caso cesará el interino que la venga ocupando.
 - Las comisiones de servicio entre centros dentro de la misma localidad.
 - Las comisiones de servicio procedentes de otro Servicio de Salud, salvo que razones asistenciales lo justifiquen.
 - Promociones Internas por vacantes.
- Elaborar un acuerdo en Mesa Sectorial del INGESA, sobre criterios de selección de personal temporal, de acuerdo con lo establecido en el artículo 33 de la Ley 55/2003, en base a los principios básicos de igualdad, mérito, capacidad, competencia y publicidad, que posibiliten la máxima contratación y el acceso del mayor número posible de profesionales inscritos en las bolsas de trabajo para potenciar el empleo en cada una de las ciudades, sin menoscabo de las competencias de las respectivas Gerencias. Las bolsas de trabajo se abrirán anualmente para la actualización de los méritos y nuevas solicitudes y estarán abiertas permanentemente para la recepción de solicitudes de aquellas categorías deficitarias (Facultativos especialistas, Matronas, Técnicos Especialistas). Las bolsas de trabajo estarán activas a través de la página Web del INGESA y de la Gerencia correspondiente, con el fin de dar la máxima publicidad a la oferta de empleo temporal. La contratación del personal temporal deberá facilitar el acceso del mayor número posible de profesionales inscritos en las bolsas al trabajo, de forma que exista más posibilidad de acceder al trabajo por primera vez de estos profesionales, sin menoscabo de la necesaria garantía asistencial. Los baremos de méritos serán similares con carácter general a los establecidos para los de selección de personal estatutario fijo, lo que facilitará la participación de este personal en los procesos selectivos de la oferta de empleo público. Asimismo en los baremos de méritos se valorará la superación de la fase de oposición de la categoría a la que se opte en cualquiera de los Servicios de Salud. La contratación del personal médico se realizará teniendo en cuenta además del currículo profesional y el baremo de méritos, la evaluación de sus capacidades a través de entrevista estructurada realizada por el comité designado por la Dirección Médica. Para la contratación de personal en servicios o unidades de especial trascendencia asistencial o administrativa (Unidades de Cuidados Intensivos, Psiquiatría, Neonatología, Nefrología,...) y en gestión administrativa (gestión económica, recursos humanos, admisión o atención al público..), para cuyo acceso no se

requiere actualmente especialidad, se especificará el perfil o requisitos de formación complementaria necesarios para ocupar estas plazas.

- Elaborar un acuerdo en Mesa Sectorial del INGESA, sobre Promoción interna temporal del personal fijo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 35 de la Ley 55/2003, basado, al igual que para la selección de personal temporal, en los principios de igualdad, mérito, capacidad, competencia y publicidad, que posibiliten la promoción interna temporal de los profesionales, sin que ello conlleve la consolidación de la plaza ocupada temporalmente. Como criterios básicos para acceder a una de estas plazas por este procedimiento, se valorará como mérito el haber superado la fase de oposición de las convocatorias realizadas de la categoría o especialidad a la que se opte en cualquiera de los Servicios de Salud, asimismo se incluirá como mérito el tiempo de servicios prestados en promoción interna temporal, en el baremo de méritos de los procesos selectivos de oferta de empleo. El personal que haya accedido a una plaza en promoción interna temporal y no participe o no supere la fase de oposición en las convocatorias de empleo público que se convoquen, cesará en el puesto de promoción interna que ostente, en el momento de la cobertura reglamentaria de la vacante. Para optar a una promoción interna temporal, el personal fijo que se encuentre en comisión de servicios tendrá que renunciar previamente a la misma e incorporarse a su plaza en propiedad y, desde ésta, acceder a la promoción interna temporal. Los requisitos para acceder a una de estas plazas serán los establecidos en el Estatuto Marco para el acceso a la promoción interna del personal fijo.
- Las plazas susceptibles de ser ocupadas en promoción interna se publicarán en el tablón de anuncios de la Gerencia correspondiente y en su página de intranet, respetando las mismas condiciones que rigen para todo proceso selectivo. En ningún caso el tiempo de permanencia para ocupar una plaza en promoción interna será inferior a tres meses y el plazo máximo será hasta la resolución de los procesos selectivos de esa categoría.
- > Se revisarán los procedimientos actuales de provisión de puestos de jefaturas, cometidos, dedicación exclusiva, evaluación y demás requisitos que conllevan el ejercicio de éstos, para, en su caso y dado el tiempo transcurrido desde su publicación, valorar la conveniencia de su actualización o modificación.
- > En las plantillas orgánicas, las jefaturas de Servicio y Sección del

personal facultativo no se asignarán en todos los casos a una especialidad, ya que la situación concreta y número de plazas de algunas especialidades, tanto médicas como quirúrgicas, en el INGESA, hace inviable que todas las especialidades dispongan de una Jefatura, siendo sin embargo necesario disponer de una organización troncal que coordine las distintas especialidades que pueden configurarlo. En estos supuestos, las plantillas determinarán el número de jefaturas de Servicio y/o Sección médicas y/o quirúrgicas y en las convocatorias públicas que se convoquen para su provisión, por parte de la Gerencia, se hará constar las especialidades que pueden concurrir a la misma y las especialidades sobre las que deberá organizar y coordinar la actividad asistencial.

IV.7. Movilidad del personal

La movilidad del personal del INGESA se rige por lo establecido en el Capítulo VII de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, en lo referente a Movilidad por razón del servicio, Movilidad voluntaria y por comisión de servicio. El Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, en concreto en su artículo 82.1 y la Resolución de 21 de junio de 2007, de la Secretaría General para la Administración Pública, regulan lo referente a la Movilidad por razón de violencia de género y la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales, modificada por la Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, establece en su artículo 26, la protección de la maternidad en los supuestos de riesgos durante el embarazo, parto o lactancia de las trabajadoras. En cuanto a la movilidad por razón de violencia terrorista, se rige por lo establecido en el artículo 82.2 del Estatuto Básico del Empleado Público.

El artículo 13 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud dispone que los Planes de Ordenación de Recursos Humanos puedan establecer medidas de planificación en materia de movilidad geográfica y funcional.

En consecuencia con lo establecido en la Ley 55/2003, el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del INGESA incluye entre sus líneas de actuación la regulación de la movilidad en las modalidades siguientes:

IV.7.1. Movilidad voluntaria (*)

Uno de los procedimientos actuales que genera una mayor inestabilidad del personal fijo y una complejidad en la gestión de los recursos humanos, es el gran número de comisiones de servicio existentes, que a fecha 31 de diciembre de 2016 es de 105, como puede comprobarse en los datos consignados en las tablas 25 y 26 y comentarios del apartado II.3.5. de este Plan.

La mayoría de estas comisiones, principalmente de personal de enfermería, que se producen entre las Gerencias de Ceuta y Melilla, datan del año 2010, cuando se produjo la toma de posesión de las personas en estas plazas, obtenidas en el concurso-oposición de consolidación celebrado en el INGESA, en otra localidad distinta en la que prestaban servicios con anterioridad. A estas comisiones hay que sumar las realizadas entre los Centros de Atención Especializada y Atención Primaria y entre centros de esta última, cuya antigüedad en algunos casos es de más de 10 años, al no haber obtenido plaza los profesionales en el concurso de movilidad voluntaria anterior, y los reingresos provisionales autorizados con posterioridad al concurso de movilidad voluntaria celebrado en 2007, previo al proceso de consolidación y el resto de comisiones de servicio procedentes de otros Servicios de Salud. Además en algunos supuestos la concesión de estas comisiones de servicio para mantener a los profesionales en sus puestos de origen, sin repercusión asistencial, ha dado lugar a tener que efectuar comisión de servicios sobre comisión y en situaciones concretas sustituciones de las mismas por promociones internas, lo que ha supuesto que la mayoría de estas plazas se encuentren trabadas para poder convocarlas a un concurso de movilidad, debido a que mientras el propietario no libere su plaza de origen es imposible convocarla a dicho proceso.

(*) Siempre que se haga mención a "Movilidad Voluntaria", ha de entenderse "concurso de traslado".

Para resolver este problema se han estudiado posibles vías alternativas previas a la celebración de un concurso de movilidad voluntario de acuerdo con lo establecido en el artículo 37.2. De la Ley 55/2003. No siendo posible desde el punto de vista jurídico, es urgente que los profesionales puedan acceder a su derecho de movilidad voluntaria y a la estabilidad laboral y familiar, sin depender de las autorizaciones temporales de estas comisiones de servicios, así como al reingreso efectivo en una plaza del INGESA.

Asimismo, es necesario hacer mención a que en tanto no se realicen concursos de movilidad voluntaria, en aplicación de lo dispuesto en los artículos 16 y 17 del Real Decreto Ley 1/1999, de 8 de enero, sobre selección de personal estatutario y provisión de plazas en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, que es de aplicación con rango reglamentario para este

Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, no se podrán llevar a cabo procesos selectivos para las categorías que previamente no se incluyan en concursos de movilidad voluntaria, regulados en el artículo 37.2. del Estatuto Marco del personal estatutario.

IV.7.1.1. Concurso de movilidad voluntaria para el Sistema Nacional de Salud.

Se convocará un Concurso de movilidad voluntaria al amparo de lo establecido en el artículo 37.2 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud y Real Decreto-Ley 1/1999, de 8 de enero, sobre selección de personal estatutario y provisión de plazas en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

Este proceso se efectuará preferentemente cada 2 años, según establece el artículo 37.2 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud

Las plazas a convocar serán obligatoriamente las ocupadas por personal en reingreso provisional y, en su caso, las que se determinen que se encuentren ocupadas en comisión de servicios en plaza vacante, en promoción interna temporal, por interinos y vacantes dotadas presupuestariamente.

La convocatoria de este proceso se publicará en el Boletín Oficial del Estado y en la página web de este Instituto.

El personal adjudicatario obtendrá su destino definitivo que será irrenunciable, salvo que dicha renuncia esté motivada por la obtención de plaza en virtud de resolución de un procedimiento de movilidad voluntaria convocado por otra Administración Pública y su permanencia en el nuevo destino, será de 1 año, tal y como establece el artículo 17.2 del Real Decreto-Ley 1/1999, para poder participar en otro proceso de movilidad.

El orden en que se desplazará el personal como consecuencia del proceso de movilidad voluntaria será el siguiente:

- 1- Promoción interna
- 2- Comisión de servicios
- 3- Interinos en orden inverso a su antigüedad.

Este orden podría variarse si así se establece en Mesa Sectorial, en atención a las particulares circunstancias socio-laborales existentes en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

Para ello, en concordancia con el objetivo de selección y provisión de plazas se prevén las siguientes

Acciones a desarrollar

- Establecer las prioridades y cronograma de convocatoria de movilidad voluntaria a realizar, teniendo en cuenta las necesidades asistenciales y el número de comisiones de servicio y reingresos provisionales existentes en cada categoría, y al mismo tiempo la coordinación posterior con los concursos-oposiciones, ya que las plazas vacantes del concurso de movilidad deben incorporarse a éstos.
- Las convocatorias de movilidad lo serán a resultas con el fin de facilitar la máxima movilidad de los profesionales y se aplicarán los baremos, al igual que en los procesos selectivos, acordados en el ámbito de negociación, con las concreciones que se negocien en Mesa Sectorial del INGESA.
- Para la movilidad voluntaria se tendrá en cuenta el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud, regulado mediante Real Decreto 184/2015, de 13 de marzo, sin que ello conlleve cambio de la categoría profesional obtenida en el INGESA.

IV.7.1.2. Movilidad interna en Atención Especializada y Centro Nacional de Dosimetría.

Toda organización y en mayor medida la sanitaria, por la carga de trabajo emocional y avanzada tecnología en constante evolución con la que desarrolla su actividad, necesita adecuar las necesidades del servicio a este entorno cambiante y al mismo tiempo posibilitar un cambio de actividad de sus profesionales, que en determinados servicios o unidades se encuentran sometidos a un elevado estrés, pudiendo dar lugar a padecer Síndrome de Burnout cuando llevan un tiempo prolongado en el mismo, lo que perjudica tanto a la actividad como a la salud del profesional.

A diferencia de atención primaria, donde el personal obtiene una plaza singularizada a través de los concursos-oposiciones o concursos de movilidad y por tanto únicamente pueden obtener otra distinta a través de un nuevo proceso, en atención especializada por el contrario la asignación del servicio o unidad donde debe prestar servicio viene determinado por las necesidades organizativas, por lo que pueden ocupar cualquier lugar de trabajo dentro de su categoría y centro de trabajo adjudicado.

Si bien la movilidad interna dentro de los centros hospitalarios y Centro Nacional de Dosimetría, viene siendo una potestad organizativa del Gerente, sin menoscabo de ésta, se considera necesario establecer unos criterios básicos comunes para la movilidad interna dentro de estos Centros, que aúnen los criterios actuales y garanticen la igualdad, mérito, capacidad y publicidad de

estos concursos, cuando así lo aconsejen las necesidades funcionales de servicio para una mejor planificación y gestión de los recursos humanos de acuerdo con lo reflejado en los párrafos anteriores, previo acuerdo con las organizaciones sindicales y en cualquier caso con antelación a un concurso-oposición o concurso de movilidad voluntaria del SNS.

Estos criterios básicos comunes se concretan en las siguientes premisas:

Las convocatorias de movilidad interna podrán realizarse de forma conjunta para varias categorías o mediante convocatorias singulares.

Participación de los procesos de movilidad interna:

Podrá participar voluntariamente en los procesos de movilidad interna, el personal fijo con nombramiento en propiedad del INGESA de la categoría convocada en el Centro convocante.

El personal fijo con nombramiento del INGESA que, aun no prestando servicios efectivos, se encuentre en cualquier situación que conlleve reserva de plaza.

No podrá concursar personal sustituto, en comisión de servicios ni interino.

Las convocatorias deberán explicitar las plazas vacantes a convocar (las cubiertas por personal temporal y comisiones de servicio) y un baremo de méritos ágil de servicios prestados de acuerdo con el establecido para los concursos de movilidad voluntaria del S.N.S. y en el que se incorporarán, para los servicios que se establezcan por sus concretas características asistenciales, currículo formativo adicional previa comunicación a la Junta de Personal. Las plazas serán adjudicadas en una única convocatoria sin resultados, con el fin de no entorpecer el normal desarrollo de la actividad asistencial.

La relación de plazas incluidas en el proceso de movilidad se publicará con expresión de las condiciones vigentes de las mismas en el momento de la convocatoria.

En la convocatoria podrán ser incluidas las siguientes plazas:

- De los incorporados en la última OPE o procedimiento de movilidad interna anterior.
- Asignadas a los reingresados provisionales.
- Ocupadas en comisión de servicios
- Cubiertas por personal temporal
- Vacantes de nueva creación dotadas presupuestariamente

- Plazas no adjudicadas en el anterior proceso de movilidad del centro.

Las plazas que no se convoquen deberán estar debidamente justificadas desde el punto de vista asistencial.

La permanencia en la plaza adjudicada en este concurso será de dos años para poder volver a concursar en un nuevo proceso.

El orden en que se desplazará el personal como consecuencia del proceso de movilidad interna será el siguiente:

- Interinos en orden inverso a su antigüedad
- Promoción Interna
- Comisión de Servicios

El personal desplazado como consecuencia de la convocatoria de movilidad interna, quedará a disposición de la Dirección del Centro de Trabajo correspondiente quién le asignará un nuevo puesto.

Los procesos de movilidad interna se convocarán de forma periódica, preferentemente cada 2 años, siempre que lo permitan las circunstancias organizativas y funcionales del Centro.

Si existiesen necesidades organizativas o estructurales en el Centro de Trabajo debidamente justificadas que así lo aconsejase, se podrán realizar convocatorias con carácter extraordinario.

IV.7.2 Movilidad mediante Comisiones de servicio

El artículo 39.1 de la Ley 55/2003 determina que, cuando una plaza o puesto de trabajo se encuentre vacante o temporalmente desatendido, podrá ser cubierto en comisión de servicios, por personal estatutario de la correspondiente categoría y especialidad.

Los criterios básicos comunes que deben ser tenidos en cuenta para la concesión de comisiones de servicio tanto entre centros como externas, con el fin de evitar la situación actual que supone un grave problema organizativo, serán únicamente cuando concurren necesidades de la organización, los de necesidades asistenciales y en su caso, el de agrupación familiar.

Las comisiones entre centros de atención especializada y atención primaria únicamente se concederán en casos de justificada necesidad asistencial en el que la plaza no pueda ser ocupada mediante contratación temporal.

Las comisiones de servicio entre centros de atención primaria, no serán autorizadas en ningún caso, salvo por necesidades del servicio según lo establecido en el artículo 39 del Estatuto Marco y por el tiempo indispensable para su solución.

La comisión de servicios voluntaria tendrá siempre carácter temporal. El tiempo máximo de la comisión de servicios externa será de dos años o el de las convocatorias de movilidad voluntaria, en el que deberán participar para consolidar la plaza en el INGESA.

Las comisiones de servicio finalizarán por alguna de las siguientes causas:

- a) Por finalización del tiempo para el que se concedió.
- b) Por la provisión definitiva mediante concurso-oposición o procedimiento de movilidad del Sistema Nacional de la Salud, del puesto o plaza.
- c) Por desaparición de la necesidad que la motivó.
- d) Por renuncia del comisionado.
- e) Por revocación expresa y motivada.

En ningún caso, las comisiones de servicio podrán autorizarse a una plaza ocupada por un propietario o que se encuentre en reserva de plaza, ni a plazas de distinta categoría a la que ostente el comisionado.

IV.7.3. Movilidad por razón de salud

El personal estatutario del INGESA podrá ser adscrito a otro puesto de trabajo por motivos de salud siempre mediante justificación con un informe del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

Las plazas ocupadas por personal con adaptación de puesto por motivos de salud no serán convocadas a concurso de movilidad interna mientras perdure esta situación. La asignación de un puesto por este motivo será revisable, con carácter general, cuatrimestralmente por el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Laboral que elaborará un informe sobre la necesidad o no de continuar en esta situación, toda vez que el destino estará vinculado al mantenimiento de las circunstancias que dieron lugar a ello.

IV.7.4. Movilidad por otras causas.

Para la movilidad por las siguientes causas, se estará a lo dispuesto en las siguientes normas:

- Movilidad por razón del servicio, artículo 36 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
- Movilidad por razón de violencia de género y por violencia terrorista, artículo 82 del Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.
- Movilidad por protección de la maternidad, artículo 26 de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales.
- En cuanto a las agresiones en el lugar de trabajo, y en ausencia de un marco legal de referencia, se estará a lo establecido en el futuro Protocolo de actuación en el ámbito del INGESA, que actualmente se está elaborando.

IV.8. Jubilación forzosa y prolongación de la permanencia en el servicio activo

La Ley 55/2003, de 16 de diciembre del Estatuto Marco de Personal Estatutario de los Servicios de Salud, en su artículo 26.2 fija en 65 años la edad de jubilación forzosa para este personal, aunque contempla la posibilidad de solicitar voluntariamente la permanencia en el servicio activo hasta cumplir, como máximo, los 70 años de edad. Además de otros condicionantes la prolongación debe ser autorizada en función de las necesidades de la organización articuladas en el marco de los planes de ordenación de recursos humanos.

Asimismo, contempla la posibilidad de prórroga en el servicio activo cuando en el momento de cumplir la edad de jubilación forzosa le resten al interesado seis años o menos de cotización para causar pensión de jubilación. La prórroga en el servicio activo es de obligada concesión para la Administración, siempre que lo solicite el interesado y que cumpla los requisitos que se establecen en el artículo 26.3 del Estatuto Marco.

Por otra parte ha de tenerse en cuenta lo establecido en el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de Seguridad Social, cuyos artículos 205 y siguientes introducen modificaciones en el requisito de edad para alcanzar la pensión de jubilación previendo los 67 años como edad de acceso en el año 2027, al tiempo que mantiene la misma en 65 años para quienes hayan cotizado 38 años y seis meses. La implantación de estos nuevos requisitos se realiza de forma progresiva y gradual según el calendario de aplicación.

El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria como garante de la salud de la población de Ceuta y Melilla en sus modalidades de Atención Especializada y Atención Primaria, así como del mantenimiento de la actividad del Centro Nacional de Dosimetría en relación con la protección radiológica de los

profesionales de las instituciones que tiene encomendadas, tiene la obligación de mantener los recursos necesarios tanto humanos como materiales para llevar a cabo el cometido que tiene asignado, por ello la previsión de las jubilaciones es un elemento de gestión fundamental para prever las necesidades de provisión de las plazas y el cambio generacional necesario en un entorno en constante avance científico y tecnológico, de forma que pueda conjugarse el riesgo de descapitalización intelectual con la necesidad de transmisión del conocimiento.

El objetivo del INGESA en este proceso, es garantizar el equilibrio entre las jubilaciones del personal y el relevo generacional teniendo en cuenta al mismo tiempo la demanda de empleo y la capacidad docente de las instituciones.

Un dato importante a tener en cuenta a la hora de plantear la necesidad del cambio generacional, junto al de edad, como se ha puesto de manifiesto en el apartado II.3.6., es el alto absentismo por incapacidad temporal del personal que ha alcanzado de forma global en los Centros Sanitarios en el año 2016, el 6,26% sobre el total de días trabajados, lo que ha supuesto al mismo tiempo la cobertura por sustitución de un 48,33% de estas ausencias, con el alto coste que ello supone tanto económicamente como de gestión de los recursos humanos y los ceses por incapacidad permanente junto a la problemática de cobertura de las guardias médicas, que se ha referido igualmente al analizar los datos y características de los efectivos.

En el período 2013-2016, el total de ceses por jubilación ha sido de 81 y por incapacidad permanente 23, lo que supone un 22,11% de los ceses.

A la vista de los datos recogidos en los apartados II.3.9 y II.3.10 (distribución de la plantilla por edades) y II.5 (previsión de jubilaciones en el período 2016-2021) de este Plan, así como la demanda de empleo a través de las bolsas de trabajo existentes en las Instituciones Sanitarias para las distintas categorías, que están posibilitando la cobertura de las sustituciones tanto por incapacidad temporal como por vacaciones, permisos y licencias, se puede establecer con carácter general para los profesionales de las instituciones sanitarias del INGESA, la edad de jubilación forzosa a los 65 años, sin que se produzcan riesgos en la asistencia sanitaria que se presta a los ciudadanos, ya que, además, el efecto práctico del cronograma de jubilaciones del Real Decreto Legislativo 8/2015 de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de Seguridad Social, es el retraso del impacto de las mismas, proporcionando más tiempo a la organización para realizar el relevo generacional.

Por tanto para garantizar la consecución del objetivo planteado de posibilitar el relevo generacional sin menoscabo de la atención sanitaria, la

jubilación forzosa del personal estatutario del INGESA se declarará de oficio cuando el interesado cumpla la edad de jubilación forzosa prevista en el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre con la redacción dada en el artículo 205 y siguientes.

No obstante y sin perjuicio de lo expuesto, en el caso del personal sanitario, dada la escasez de profesionales en algunas categorías o especialidades como puede ser el caso de Pediatría, o la reducida plantilla, como puede ser actualmente especialidades como Oncología Médica fundamentalmente y la inexistencia de bolsas de trabajo temporal para algunas categorías, así como la dificultad añadida de la situación geográfica de Ceuta y Melilla y la trascendencia de su actividad asistencial para la población, pueden hacer aconsejable conceder la prolongación de la permanencia en servicio activo a los profesionales sanitarios que voluntariamente lo soliciten, como máximo hasta cumplir los 70 años.

Para la concesión de la prolongación en el servicio activo de los profesionales sanitarios, será requisito por una parte, que se den las circunstancias actuales de falta de profesionales de la categoría o especialidad que puedan optar a la plaza y por tanto sea necesario mantener al profesional para dar cobertura a la demanda asistencial, o que sea necesario mantener al profesional dada su alta cualificación o dominio de determinadas técnicas en tanto se posibilita la formación y asunción de éstas por parte de otro profesional y por otra, que el profesional reúna los requisitos necesarios para su permanencia en el servicio activo, y que se encuentre en plena capacidad funcional y psíquica para el desarrollo de la actividad, que será certificada por la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales.

Para el supuesto de la prolongación del servicio por “necesidad asistencial”, ante la falta de otros profesionales que puedan efectuar el relevo, será necesario que por parte de la Gerencia se acredite la carencia de personal sustituto detectada en los seis meses previos al momento de la jubilación del solicitante.

Tanto las necesidades de servicio como las peticiones de prórroga por parte de los profesionales sanitarios, deberán ser analizadas y concretadas para cada solicitud de forma individual y quedar debidamente justificadas, independientemente de su aceptación o denegación.

Para la prolongación de la permanencia en el servicio activo, se valorará el interés de la organización sanitaria por razones asistenciales en la permanencia del solicitante mediante los siguientes criterios:

- Necesidad de profesionales en la especialidad de que se trate.
- Relevancia de las técnicas sanitarias que realiza el solicitante.

- Grado de participación en proyectos de mejora de la eficiencia, en la elaboración de guías clínicas o planes estratégicos.
- Para el caso de profesionales que ejerzan jefaturas, se valorará, además de lo señalado anteriormente, la dirección de proyectos en ejecución de interés estratégico para la organización asistencial y la evolución del Servicio en los años siguientes a su aceptación de continuidad.
- En el supuesto de profesionales que presten servicios con nombramiento de carácter temporal, la prórroga finalizará al darse alguno de los supuestos normativamente establecidos que den lugar a la finalización del nombramiento o, de no producirse esta circunstancia, al finalizar el período por el que se otorgó la prórroga.

Acciones a desarrollar

- Mantenimiento de la información sobre la evolución etaria de sus profesionales, de forma que se pueda prever la cobertura de vacantes y tasas de reposición para dar respuesta a las necesidades sanitarias de la población, organizativas, técnicas y funcionales que en cada caso se planteen
- Desarrollo de la normativa para la solicitud, procedimiento, autorización o denegación de la prolongación en el servicio activo de los facultativos por necesidad del servicio y de aquellos profesionales que no alcancen la cotización necesaria para el percibo del 100% de la pensión de jubilación. En el primer supuesto, la prórroga se autorizará por un año, susceptible de ser nuevamente prorrogada por el mismo período hasta alcanzar los 70 años. Sin perjuicio de la concreción del procedimiento a seguir, se consideran requisitos básicos los siguientes:
 - Solicitud por parte del profesional con antelación de 6 meses a la fecha en la que cumpla la edad de jubilación forzosa.
 - En el supuesto de que la solicitud de prolongación esté motivada por no alcanzar los años de servicio o cotización necesarios para generar el 100% de la pensión de jubilación, la persona solicitante deberá aportar informe de vida laboral o documento que permita comprobar tal extremo
 - En ambos casos y con anterioridad al cumplimiento de la edad, informe de la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales, que certifique la aptitud y capacidad funcional necesaria para el desarrollo de sus actividades laborales.

- Memoria de la actividad desarrollada, así como proyecto de actividad a realizar por el profesional avalada por el responsable de la Unidad o Servicio en que preste servicios el solicitante. En caso de solicitar nuevas prórrogas, el interesado deberá presentar nueva Memoria con cada una de las solicitudes que formule.
 - Cuando, por circunstancias sobrevenida a la autorización de la prórroga, se manifieste que la persona interesada no cumple las condiciones para el normal desarrollo de sus funciones o no reúne la capacidad funcional necesaria para el desempeño de sus funciones, la Dirección Gerencia declarará de oficio el fin forzoso de la prórroga en el servicio activo, previa audiencia de la persona interesada, que podrá alegar cuanto considere en su defensa para la continuidad de la prórroga.
 - Las solicitudes de prórroga en el servicio activo que se encuentren en tramitación en el momento de aprobación de este Plan, serán resueltas de conformidad con lo dispuesto en el mismo.
 - El profesional que tenga concedida una prórroga en el momento de la aprobación del presente Plan, tramitará, en su caso, las siguientes solicitudes de prórrogas de acuerdo con lo establecido en el mismo.
- De acuerdo con la normativa en vigor en materia de Seguridad Social para acceso a la pensión de jubilación, las jubilaciones del personal estatutario del INGESA, se producirán de forma paulatina según lo indicado en la disposición transitoria séptima del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre.
- Año 2017: 65 años, si tienen cotizados 36 años y 3 meses o más
65 años y 5 meses, si tienen cotizados menos de 36 años y 3 meses
 - Año 2018: 65 años, si tienen cotizados 36 años y 6 meses o más
65 años y 6 meses, si tienen cotizados menos de 36 años y 6 meses
 - Año 2019: 65 años, si tienen cotizados 36 años y 8 meses o más
65 años y 8 meses, si tienen cotizados menos de 36 años y 8 meses
 - Año 2020: 65 años, si tienen cotizados 37 años o más
65 años y 10 meses, si tienen cotizados menos de 37 años

- Año 2021: 65 años, si tienen cotizados 37 años y 3 meses o más
66 años, si tienen cotizados menos de 37 años y 3 meses.
- Año 2022: 65 años, si tienen cotizados 37 años y 6 meses o más
66 años y 2 meses, si tienen cotizados menos de 37 años y 6 meses.

IV.9. Carrera profesional

Para que la carrera profesional no sea sólo un complemento retributivo sino que además sea un instrumento básico de gestión y a la vez de motivación del personal, dentro del marco de los Acuerdos vigentes, se trabajará en dos líneas:

Acciones a desarrollar

- Evaluando la actividad asistencial con una evaluación individualizada del cumplimiento del contrato de gestión o estableciendo una evaluación de determinados aspectos del mismo que se consideren más relevantes para la estrategia de la organización.

En cuanto a la evaluación de la competencia asistencial, actualmente se hace a través de un cuestionario que cumplimenta tanto el superior jerárquico como los compañeros del profesional evaluado. Si se introduce un sistema de gestión por competencias, la evaluación de la misma podrá adaptarse más a las necesidades de la organización

- Se han renovado los Comités de Centro y se impartirá formación específica a los mismos con el fin de que la evaluación de los otros aspectos contenidos en el Pacto se efectúe con mayor rigor.
- Modificación, si procede, de los Acuerdos de carrera profesional, para incluir con todos los efectos, tanto administrativos como económicos, a los profesionales temporales, para adecuarlos, tanto a la jurisprudencia reciente, como a las conclusiones de los diferentes grupos de trabajo.

V. LINEAS DE ACTUACIÓN TENDENTES A INCREMENTAR LA SATISFACCIÓN Y LA MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES Y TRABAJADORES.

Todas las organizaciones modernas desarrollan políticas tendentes a implicar al conjunto de los trabajadores en sus proyectos y objetivos dentro de las estrategias de incremento de la rentabilidad. Hoy día nadie pone en duda que a mayor satisfacción e implicación de los trabajadores con la organización, mayor es su rendimiento.

Esto es así en todo tipo de organizaciones. Sin embargo, en las organizaciones sanitarias, en las llamadas organizaciones “profesionales”, estas características se acentúan ya que, una buena parte de las decisiones que se toman en la organización, están mediatizadas por las decisiones clínicas que toman, en el día a día, sus profesionales. Por ello en este tipo de organizaciones, entre las que se encuentra el INGESA, estas políticas de alineamiento de trabajadores y profesionales con la organización resultan imprescindibles.

Estas políticas se pueden sintetizar en tres líneas de actuación u objetivos principales:

V.1. Descentralización de la gestión

Se trata de acercar al máximo las decisiones gestoras a los centros donde se ejecutan. Se trata de que, en cada nivel de la organización (Servicio, Unidad de Gestión Clínica, Equipo de Atención Primaria, etc.) se tomen el mayor número de decisiones gestoras relacionadas con su actividad, ya que, en la práctica, son sus profesionales los que, con sus decisiones clínicas, están decidiendo sobre la asignación de recursos. Por supuesto, este proceso debe hacerse siempre con las pautas y estructura que se hubiese decidido para el conjunto de la organización. Los niveles inmediatamente superiores (Direcciones, Gerencias, Direcciones Territoriales y Servicios Centrales) deben estructurarse para favorecer este proceso que debe ser dirigido y monitorizado por los Servicios Centrales del INGESA que, en todo caso, debe retener la dirección estratégica.

Acciones a desarrollar

- Desarrollo e impulso de las Unidades Funcionales de Asistencia, tanto en el ámbito de la Atención Especializada como en el de la Atención Primaria

- Desarrollo de un proceso de descentralización de la gestión en los Equipos de Atención Primaria.

V.2. Participación de profesionales y trabajadores en los procesos de toma de decisiones

Esta línea de actuación es totalmente complementaria de la anterior (descentralización) de tal manera que forman un todo prácticamente inseparable. Se trata de establecer los procedimientos y las estructuras para que la descentralización se pueda llevar a la práctica con la participación de profesionales y trabajadores.

Acciones a desarrollar

- Revisión de estructuras participativas con competencias reales en los procesos de toma de decisiones.
- Revisión de estructuras directivas acordes con el planteamiento de descentralización y participación en la gestión.

V.3. Satisfacción y motivación

Las dos líneas de actuación descritas con anterioridad (descentralización y participación) ya son, de por sí, importantes políticas de satisfacción y motivación. Una de las cuestiones que más motiva y, por lo tanto, más satisface a los trabajadores de una organización es sentirse parte de la misma, compartir objetivos y estrategias, formar parte de los procesos de toma de decisiones.

No obstante, también existen otras líneas de actuación que, sobre todo en este tipo de organizaciones, se hacen imprescindibles para articular políticas tendentes a incrementar la motivación y la satisfacción de sus miembros, como la formación e investigación y la incentivación, que se desarrollan a continuación.

V.3.1. Formación e Investigación

El sector sanitario tiene una de sus bases más importantes en el conocimiento. Como tal, la formación y la investigación constituyen herramientas fundamentales para desarrollar su actividad con la calidad requerida. Por otro lado, los profesionales sanitarios necesitan y reclaman actualización permanente y posibilidades de intervenir en proyectos de investigación. Por todo ello es inconcebible una política de motivación que no incluya potentes programas de formación para todos los colectivos, así como

líneas de investigación relacionadas con las principales actividades de la organización

Acciones a desarrollar

- Elaborar y desarrollar un Plan de Formación Continuada, con la participación de los profesionales, que contemple tanto actividades formativas internas a la organización (cursos, sesiones, etc.), como externas (reciclajes y estancias en servicios de salud de otras CC.AA., asistencia a congresos, seminarios, etc.)
- Elaborar un plan de impulso de la investigación que permita a los profesionales del INGESA diseñar y participar en proyectos de investigación fundamentalmente en colaboración con otros servicios de salud.

Para el desarrollo de estas acciones es muy importante la colaboración reglada con otros servicios de salud, especialmente con el SAS con el que, por razones de proximidad y de contacto profesional, las relaciones son habituales y fluidas.

V.3.2. Incentivación

Aunque nunca debe ser el único componente de la motivación (sobre todo en el sector sanitario), es importante que exista un importante componente variable en las retribuciones que permita incentivar a los más trabajadores y comprometidos con la organización.

Los incentivos económicos son una poderosa herramienta de motivación pero también pueden tener efectos adversos por lo que es necesario que cumplan una serie de requisitos:

- La cuantía de los incentivos económicos debe ser suficiente para resultar “atractiva”, esto es, que pueda llegar a suponer incrementos sustanciosos sobre las retribuciones ordinarias.
- Deben estar ligados a la consecución de los objetivos prioritarios de la organización y al desarrollo de las líneas de trabajo de la misma.
- Debe diferenciar claramente a aquellos profesionales y trabajadores cumplidores y comprometidos con la organización, de aquellos otros que no cumplen estos requisitos. Por ello es imprescindible una evaluación individual que combine resultados obtenidos individualmente, con una evaluación del desempeño que valore la actitud y el esfuerzo de cada uno.
- Las variables a medir y los criterios de ponderación deben ser claros, transparentes y consensuados, así como los procedimientos utilizados

en el proceso de evaluación.

Acciones a desarrollar

Diseño y puesta en marcha de un nuevo modelo de incentivación que, con las características descritas, sea fruto de un proceso de debate y consenso dentro de la organización para garantizar la mayor potencia incentivadora y los menores efectos adversos posibles.

VI. DESARROLLO, SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PLAN.

Al presente Plan se han incorporado como anexos, que forman parte integrante del mismo, los documentos que, en desarrollo de las líneas de acción, se han negociado con las organizaciones sindicales.

La vigencia prevista del Plan es de cinco años, si bien su fundamento es la ordenación de los recursos humanos y por tanto es un documento que se mantiene como elemento de planificación, por lo que deberá ir adecuándose a las necesidades asistenciales y normativas que sean de aplicación en cada momento.

Con el fin de evaluar su idoneidad y actualización, se establece una comisión de seguimiento, que estará formada por representantes del INGESA y de las Organizaciones Sindicales firmantes del Plan, que se reunirá con carácter ordinario una vez al año, y con carácter extraordinario a petición de cualquiera de las partes si considera que existe motivo que lo justifique.

Son funciones de esta Comisión:

- Garantizar el cumplimiento del Plan.
- Solventar cuantas reclamaciones se formulen en aplicación del mismo.
- Tomar las medidas que se consideren oportunas, con el objeto de subsanar posibles errores en el desarrollo del proceso.
- Resolver cuantas circunstancias excepcionales se produzcan en aplicación, seguimiento, vigilancia y ejecución del presente Plan y de los compromisos adquiridos por los firmantes, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 49 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

Madrid,.....

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con lo establecido en los artículos 13 y 80 de la Ley 55/2003 de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de

Salud, deberán ser objeto de negociación los Planes de Ordenación de Recursos Humanos.

Con el fin de elaborar unos criterios generales y uniformes de actuación de las diferentes Gerencias que integran el territorio INGESA, en lo referente a distintos aspectos de los procedimientos de gestión ordinaria, tales como contratación de personal a través de bolsas de trabajo, promociones internas temporales, provisión de puestos de jefaturas de personal sanitario con carácter provisional, provisión de puestos de jefaturas de personal no sanitario del área de gestión, así como la regulación de otros procedimientos en materia de las diferentes situaciones administrativas, movilidad de personal y prolongación en el servicio activo, se creó un grupo de trabajo en la reunión de la Mesa Sectorial de fecha 14 de abril de 2016, compuesto por la Administración INGESA y los representantes de las organizaciones sindicales, para su negociación.

Todo ello sin perjuicio del desarrollo posterior que pueda acordarse al tratarse de principios generales.

ANEXO I

BOLSAS DE TRABAJO TEMPORAL EN EL INGESA

El artículo 9.1 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud establece que: "Por razones de necesidad, de urgencia o para el desarrollo de programas de carácter temporal, coyuntural o extraordinario, los servicios de salud podrán nombrar personal estatutario temporal".

El artículo 33.1 de la citada norma dispone que “la selección del personal estatutario temporal se efectuará a través de procedimientos que permitan la máxima agilidad en la selección, procedimientos que se basarán en los principios de igualdad, mérito, capacidad, competencia y publicidad y que serán establecidos previa negociación en las mesas correspondientes”.

En consecuencia se procede a aprobar los criterios generales que deben presidir las bolsas de trabajo temporal que se establezcan en cada Gerencia de Atención Sanitaria del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria:

PRIMERO.- La selección de personal temporal se realizará respetando los principios de igualdad, mérito y capacidad de las personas interesadas, debiendo estar el proceso presidido por los principios de competencia y publicidad.

SEGUNDO.- Las bolsas de trabajo para la selección de personal temporal se abrirán anualmente en febrero para la actualización de méritos y presentación de nuevas solicitudes, con la excepción de las categorías que se consideren deficitarias, para las cuales estarán permanentemente abiertas para posibilitar la recepción de nuevas solicitudes.

TERCERO.- Cada Gerencia, de acuerdo con las organizaciones sindicales con representación en los órganos correspondientes, establecerá las bolsas de trabajo para las categorías que considere oportunas.

En caso de que surjan necesidades de nombramientos en categorías en las que no se disponga de bolsa, o en aquellos casos en los que no existan profesionales en las bolsas de trabajo, se solicitarán candidatos/candidatas para estos puestos al Servicio Público de Empleo Estatal, a Colegios Profesionales y a Empresas de Trabajo Temporal.

CUARTO.- Con el fin de garantizar la máxima publicidad a la oferta de empleo temporal, las bolsas de trabajo se publicarán en la página web del INGESA y en la de la Gerencia correspondiente.

QUINTO.-

A.- Los nombramientos de personal temporal se realizarán a través de las Bolsas de trabajo que se hayan creado en cada Gerencia, conforme se regula en el punto Tercero de este Anexo. En función de la duración prevista de estos nombramientos, se crearán dos Bolsas de trabajo, en cada categoría, para permitir el acceso del mayor número posible de profesionales al trabajo.

Todas las vacantes han de estar en las bolsas para su oferta a los candidatos, con un plazo mínimo de 48 horas antes de la fecha en que se produzcan las mismas.

B.- Requisitos de los candidatos/candidatas:

- a) Poseer la nacionalidad española o la de un Estado miembro de la Unión europea o el Espacio Económico Europeo, u ostentar el derecho a la libre circulación de trabajadores conforme al Tratado de la Unión europea o a otros tratados ratificados por España, o tener reconocido tal derecho por norma legal.
- b) Estar en posesión de la titulación exigida en la convocatoria o en condiciones de obtenerla dentro del plazo de presentación de solicitudes.
- c) Poseer la capacidad funcional necesaria para el desempeño de las funciones que se deriven del correspondiente nombramiento.
- d) Tener cumplidos 18 años y no exceder de la edad de jubilación forzosa.
- e) No haber sido separado del servicio, mediante expediente disciplinario, de cualquier servicio de salud o Administración pública en los seis años anteriores a la convocatoria, ni hallarse inhabilitado/a con carácter firme para el ejercicio de funciones públicas ni, en su caso, para la correspondiente profesión.
- f) En el caso de los nacionales de otros Estados mencionados en el párrafo a), no encontrarse inhabilitado/a, por sanción o pena, para el ejercicio profesional o para el acceso a funciones o servicios públicos en un Estado miembro, ni haber sido separado, por sanción disciplinaria, de alguna de sus Administraciones o servicios públicos en los seis años anteriores a la convocatoria.

SEXTO.- Con la doble finalidad de dar homogeneidad a los baremos a utilizar en las bolsas de contratación de las Gerencias, y de facilitar la participación de este personal en los procesos selectivos que se deriven de Ofertas de Empleo Público, el baremo que se utilice en ambos procesos será similar con carácter general, siendo el que se haya negociado en todos los procesos selectivos.

Como criterio orientador en el establecimiento del baremo, se utilizará, en los aspectos siguientes, el consensuado en el ámbito de negociación:

- Experiencia profesional
- Aspectos formativos
- Otros requisitos: superación de exámenes de OPE. Si el examen corresponde a OPE de INGESA, la puntuación resultante del resto del baremo se incrementará un 25%; si corresponde a OPE de otro Sistema de Salud, se incrementará un 15%.

En todo caso en los baremos habrá de incluirse como mérito el haber superado la fase de oposición de la categoría a la que se opte en cualquiera de los Servicios de Salud.

Las personas interesadas acompañarán a su solicitud de inscripción en la bolsa de trabajo temporal, la acreditación documental de los méritos solicitados y que se aleguen, junto con una autobaremación de los mismos.

En todo caso, no se valorarán otros informes o documentos que no sean los exigidos para la cobertura del puesto de trabajo.

SÉPTIMO.- En los supuestos de nombramientos de personal facultativo, en el proceso de selección habrá de incluirse una entrevista a realizar por el comité designado por la Dirección Médica a la persona solicitante, con la finalidad de evaluar su idoneidad para el puesto.

OCTAVO.- Para la incorporación de personal en servicios o unidades de especial trascendencia asistencial o administrativa (v.g. Unidades de Cuidados Intensivos, Psiquiatría, Neonatología, Nefrología,...) y en gestión administrativa (gestión económica, recursos humanos, admisión o atención al público...), se especificará el perfil o requisitos de formación complementaria necesarios para ocupar estas plazas.

NOVENO.- En cada Gerencia existirá una Comisión de Valoración cuyos componentes deberán ostentar la condición de personal funcionario de carrera o estatutario fijo y a la que corresponde la comprobación de la autobaremación aportada por las personas solicitantes.

Los miembros de esta Comisión habrán de abstenerse de intervenir en los casos previstos en el artículo 23 de la Ley 40/2015, de Régimen Jurídico del Sector Público, pudiendo ser recusados en los supuestos contemplados en el artículo 24 de la citada Ley 40/2015.

En todo caso, las Organizaciones Sindicales con representación en los órganos correspondientes, podrán solicitar a la Comisión de Valoración en cualquier momento del proceso, y a los meros efectos de supervisión y garantía de la mayor transparencia del mismo, la comprobación de actuaciones administrativas o de las autobaremaciones y documentación presentadas por las personas solicitantes.

DÉCIMO.- Se establece un período de prueba de la persona que haya sido seleccionada, durante el que será posible la resolución de la relación estatutaria a instancia de cualquiera de las partes.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 33.2 del Estatuto Marco, se establece un período de prueba que no podrá superar los tres meses para el personal de formación universitaria y de dos meses para el resto del personal, durante el cual el nombramiento podrá ser revocado. En ningún caso este período de prueba podrá exceder de la mitad de la duración del nombramiento, si la misma está precisada en el nombramiento.

UNDÉCIMO.- Causas justificadas de renuncia a una oferta de empleo:

- Estar en el período que la norma establece de descanso maternal o de adopción o permiso por paternidad
- Estar en situación de Incapacidad Temporal tanto por contingencias comunes como profesionales.
- Fallecimiento o enfermedad grave de familiar hasta el segundo grado por consanguinidad o afinidad, en los plazos establecidos en el Estatuto Básico del Empleado Público.
- Encontrarse trabajando mediante contrato o nombramiento en el momento de la notificación y no pueda incorporarse la persona interesada al inicio del nuevo nombramiento. Dicha circunstancia deberá acreditarse documentalmente mediante copia del nombramiento o contrato y de la extinción.
- Estar realizando estudios reglados o cursos de perfeccionamiento en centros dependientes de alguna Administración Pública. Se incluye en este apartado la realización de un curso obligatorio del S.E.P.E.
- Encontrarse cooperando en emergencias humanitarias promovidas tanto por Organizaciones no Gubernamentales calificadas por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) u Organismos Internacionales avalados por la AECID.
- Cuidado de hijos de edad inferior a tres años. La persona interesada deberá haber comunicado con carácter previo al llamamiento su no disponibilidad por esta causa.
- Cuidado de un familiar de hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad que no pueda valerse por sí mismo. La persona interesada deberá haber comunicado con carácter previo al llamamiento su no disponibilidad por esta causa.
- Cuantas razones se expongan y justifique por escrito la persona interesada y sean valoradas positivamente por la Comisión de Seguimiento del Acuerdo.

Estas causas, que deberán ser debidamente justificadas documentalmente, no serán motivo de exclusión en la lista.

DÉCIMOSEGUNDO.- Son causas de penalización con exclusión temporal de la lista:

- Rechazar una oferta de trabajo sin encontrarse en alguna de las situaciones establecidas en el punto anterior.
- No presentarse en la fecha indicada para la firma del contrato o nombramiento o no incorporarse al puesto de trabajo, salvo causa de fuerza mayor así apreciada por la Comisión de Seguimiento del Acuerdo.
- No superar el periodo de prueba.
- Renunciar a un contrato o nombramiento durante el período de su vigencia, salvo que la renuncia esté motivada para la formalización de nombramiento o contrato en categoría superior, o por fuerza mayor así apreciada por la Comisión de Seguimiento del Acuerdo.
- No haber presentado escrito y documentación justificativos de la renuncia en el plazo de diez días hábiles desde que se formalizó la misma.
- Ser objeto de informe desfavorable de actitud, conocimiento, aptitud o competencia, incluyendo propuesta de penalización, por parte de la Dirección del centro donde presta servicios.
- En estos supuestos, la primera vez que concurra una de estas causas la exclusión de las listas será por un período de 6 meses, y de un año a partir de la segunda ocasión.
- La falsedad en la documentación será motivo de exclusión definitiva de la bolsa de trabajo. En todo caso se estará a la resolución administrativa o judicial que se adopte, a efectos de su inclusión de nuevo en la misma.
- La no disponibilidad para la contratación, en más de cinco ocasiones en días diferentes sin causa justificada se penalizará con la exclusión de la bolsa de trabajo temporal por un periodo de seis meses, debiendo solicitar el interesado al finalizar dicho periodo su nueva inclusión. Todo ello sin perjuicio de que el interesado pueda reclamar ante la Comisión de Seguimiento del Acuerdo.

ANEXO II

PROMOCIONES INTERNAS TEMPORALES EN EL INGESA

El artículo 35.1 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud dispone que “Por necesidades del servicio y en los supuestos y bajo los requisitos que al efecto se establezcan en cada servicio de salud, se podrá ofrecer al personal estatutario fijo el desempeño temporal, y con carácter voluntario, de funciones correspondientes a nombramientos de una categoría del mismo nivel de titulación o de nivel superior, siempre que ostente la titulación correspondiente. Estos procedimientos serán objeto de negociación en las mesas correspondientes”.

En consecuencia se procede a establecer los siguientes criterios generales que deben presidir la concesión de las PIT, en el desarrollo de los procesos que se establezcan en cada Gerencia de Atención Sanitaria del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria:

PRIMERO.- La selección de personal para el desempeño de una PIT se realizará con arreglo a los principios de igualdad, mérito y capacidad, debiendo estar el proceso presidido por los principios de competencia y publicidad.

SEGUNDO.- La PIT tiene carácter voluntario, manteniéndose la persona nombrada para el desempeño del puesto en servicio activo en su categoría de origen y percibiendo las retribuciones correspondientes a las funciones efectivamente desempeñadas, con excepción de los trienios, que serán los correspondientes a su nombramiento original.

TERCERO.- La Unidad que considere precisa la formalización de una PIT, lo pondrá en conocimiento de la Gerencia del Área Sanitaria, justificando su necesidad.

CUARTO.- Si la Gerencia correspondiente considera adecuada la formalización de la PIT solicitada y se cuenta con la autorización expresa de la Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos, y con el fin de garantizar la máxima difusión, la convocatoria se publicará en los tablones de anuncios de la Gerencia y en su intranet.

QUINTO.- Requisitos de los candidatos:

- a) Tener la condición de personal estatutario fijo adscrito a la Gerencia de Atención Sanitaria del INGESA de que se trate.

- b) Estar en posesión de la titulación requerida para desempeñar las funciones de la categoría a la que se quiere promocionar.
- c) Haber prestado servicios durante al menos 2 años en la categoría de procedencia como personal estatutario fijo.
- d) Poseer la capacidad funcional necesaria para el desempeño de las funciones que se deriven del correspondiente nombramiento.
- e) Tener plaza en propiedad dentro del Centro de Gestión donde se va a realizar la PIT.
- f) No estar desempeñando un puesto en PIT en el Área Sanitaria.
- g) Excepcionalmente y por necesidades del servicio debidamente motivadas, se podrán conceder PIT dentro del Área Sanitaria, siempre y cuando los adjudicatarios cumplan los requisitos establecidos para su concesión.

SEXTO.- Excepcionalmente y por necesidades asistenciales debidamente motivadas, podrá acceder a una PIT el personal que se encuentre en comisión de servicios, previo cese de la misma y toma de posesión en su plaza en propiedad, y que tenga asimismo plaza en propiedad dentro del área sanitaria.

SÉPTIMO.- Los criterios de valoración de los méritos que se tendrán en consideración para la selección de personal para desempeñar una PIT serán:

- Tiempo trabajado en la categoría desde la que se promociona.
- Tiempo trabajado en categorías distintas de aquella desde la que se promociona. En este caso la puntuación a otorgar será inferior a la del apartado anterior.
- En todo caso, en los baremos que se establezcan en la convocatoria de la plaza, se incluirá como mérito, el haber superado la fase de oposición de la categoría o especialidad a la que se opte en cualquiera de los Servicios de Salud, si bien se otorgará una mayor puntuación de modo proporcional, si se trata de un proceso selectivo convocado por el INGESA.

OCTAVO.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 33.2 del Estatuto Marco, se establece un período de prueba que no podrá superar los tres meses para el personal de formación universitaria y de dos meses para el resto del personal, durante el cual el nombramiento podrá ser revocado. En ningún caso este período de prueba podrá exceder de la mitad de la duración del nombramiento, si la misma está precisada en el nombramiento.

NOVENO.- El tiempo de servicios prestado en PIT se valorará como mérito en el baremo de los procesos selectivos derivados de Ofertas de Empleo Público, pero este hecho no supone la consolidación de derecho alguno, ni retributivo ni en relación con la obtención de un nuevo nombramiento.

En el supuesto de que el profesional promocionado temporalmente superara con posterioridad un proceso selectivo obteniendo la categoría correspondiente a la plaza desempeñada en PIT, tendrá derecho a que los servicios prestados temporalmente en promoción interna se computen a efectos de promoción profesional como servicios prestados en la categoría temporalmente desempeñada.

DÉCIMO.- En ningún caso el tiempo de permanencia ocupando una plaza mediante promoción interna será inferior a 3 meses, y como máximo hasta la resolución de los procesos selectivos correspondientes a esa categoría o de los procesos de movilidad que afecten a la plaza.

UNDÉCIMO.- Para la baremación de los méritos aportados por los candidatos, se formará en la Gerencia una Comisión de Valoración.

Los miembros de la citada Comisión de Valoración, que deberán ostentar la condición de personal estatutario fijo o funcionario de carrera, habrán de abstenerse de intervenir en los casos previstos en el artículo 23 de la Ley 40/2015, de Régimen Jurídico del Sector Público, pudiendo ser recusados en los supuestos contemplados en el artículo 24 de la citada Ley 40/2015.

DUODÉCIMO.- Se podrán ocupar mediante PIT aquellas plazas susceptibles de cubrirse por concurrir alguna de las circunstancias previstas para nombramientos de personal estatutario temporal de carácter interino o de sustitución, siempre que la situación de PIT se prevea por tiempo superior a tres meses. La PIT no se utilizará para cubrir las situaciones de incapacidad temporal.

El máximo de sustituciones e interinidades que se puedan cubrir mediante PIT serán 1/3 del total de las que se prevean en toda el Área de Salud.

DÉCIMOTERCERO.- El personal nombrado para el desempeño de una plaza mediante PIT cesará cuando se de alguna de las siguientes circunstancias:

- Incorporación del titular de la plaza cuyas funciones se desempeñan en PIT.
- Amortización o reconversión de la plaza desempeñada.
- Desaparición de las necesidades del servicio que motivaron el nombramiento.
- Cobertura de la plaza con carácter definitivo como consecuencia de la resolución de un proceso selectivo o de un concurso de traslados.
- Finalización del plazo del nombramiento, exclusivamente en aquellos casos en los que el mismo no se haya realizado sobre una plaza vacante.

- No participar o no superar la fase de oposición en las convocatorias de empleo público que convoque el INGESA de la categoría profesional en la que ostenta la promoción interna.
- Ocupación de la plaza vacante desempeñada en PIT mediante un reingreso.

DÉCIMO CUARTO.- Son causas justificadas de renuncia, habiendo resultado adjudicatario de una PIT:

- Estar en el período que la norma establece de descanso maternal o de adopción o permiso por paternidad
- Estar en situación de Incapacidad Temporal tanto por contingencias comunes como profesionales.
- Fallecimiento o enfermedad grave de familiar hasta el segundo grado por consanguinidad o afinidad, en los plazos establecidos en el Estatuto Básico del Empleado Público.
- Imposibilidad de incorporarse ocasionada por motivos laborales, los cuales deberán ser acreditarse documentalmente.
- Estar realizando estudios reglados o cursos de perfeccionamiento en centros dependientes de alguna Administración Pública.
- Ejercicio de cargo público representativo que imposibilite la asistencia al trabajo.
- Encontrarse cooperando en emergencias humanitarias promovidas tanto por Organizaciones no Gubernamentales calificadas por la Agencia Española de cooperación Internacional para el desarrollo (AECID) u Organismos Internacionales avalados por la AECID.
- Cuidado de hijos de edad inferior a tres años. El interesado deberá haber comunicado con carácter previo a la notificación su no disponibilidad por esta causa.
- Cuidado de un familiar de hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad que no pueda valerse por sí mismo. El interesado deberá haber comunicado con carácter previo a la notificación su no disponibilidad por esta causa.
- Cuantas razones se expongan y justifique por escrito el interesado y sean valoradas positivamente por la Comisión de Seguimiento del Acuerdo.

La persona interesada que sin causa justificada rechace una adjudicación de PIT, no podrá volver a solicitar la participación en un proceso hasta transcurrido un año desde la renuncia. Igual consideración tendrá la persona promocionada que renuncie sin causa justificada durante la permanencia en una PIT.

DÉCIMO QUINTO.- Procedimiento de tramitación de la PIT.

Una vez obtenida la autorización de la Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos la convocatoria para la PIT, que podrá incluir más de una plaza de la misma o distintas categorías, se publicará en los tabloneros de anuncios de la Gerencia y en su intranet, otorgando un plazo de cinco días para presentar las solicitudes, en el modelo que se acompañará a la convocatoria, junto con la documentación que acredite los méritos solicitados en la misma, los cuales deberán ajustarse al punto séptimo del presente Anexo.

No obstante, en función de la categoría, la selección de personal para el desempeño de funciones en PIT de puestos que requieran una formación específica, podrá realizarse mediante una prueba de aptitud o cualquier otro sistema que sea adecuado para asegurar la objetividad y racionalidad de la selección y la adecuación de las funciones a realizar o mediante la combinación de estos sistemas (baremo de méritos más prueba). En estos casos, la superación de la prueba será determinante para la asignación de la plaza.

Tanto la baremación de los méritos como la realización de pruebas de aptitud se llevarán a cabo a través de la Comisión de Selección a que se hace referencia en el punto undécimo del presente Acuerdo.

Recibidas las solicitudes, en un plazo de 2 días se publicará la relación de admitidos y excluidos, con indicación de las causas de exclusión, otorgando un plazo de 10 días para subsanar, en su caso.

Finalizado el plazo de subsanación y transcurridos 2 días, se publicará la lista definitiva de admitidos y excluidos, disponiendo la Comisión de Valoración de un plazo de cinco días para realizar la baremación, siendo éste plazo de 10 días en caso de requerirse prueba de aptitud.

A este respecto hay que indicar, que los plazos de audiencia y subsanación de defectos, son los establecidos en la Ley 39/2015, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Concluida la fase de baremación, la Dirección Gerencia realizará el oportuno nombramiento.

ANEXO III

PROVISIÓN DE PUESTOS DE JEFATURAS DE PERSONAL SANITARIO CON CARÁCTER PROVISIONAL.

Conforme establece el artículo 17 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, el personal estatutario de los servicios de salud ostenta el derecho a la promoción y al desarrollo profesional, que se regirán por los principios de igualdad, mérito, capacidad, y publicidad, tal como especifica el artículo 29 del mismo texto legal.

Por ello hemos de indicar que la situación administrativa del facultativo designado con nombramiento provisional para los puestos de Jefaturas de Servicio y Jefaturas de Unidad de Atención Especializada, así como la situación administrativa del Enfermero/Enfermera, Matrona y Fisioterapeuta designado con nombramiento provisional para cubrir puestos de Supervisión será la siguiente:

1. -Nombramientos Provisionales de Jefaturas de Servicio y Jefaturas de Unidad en centros hospitalarios

1.1.- En el supuesto de que el facultativo designado tenga plaza en propiedad de la especialidad correspondiente en el mismo Centro, el nombramiento producido no genera vacante en la plaza básica que el interesado ocupa y por tanto no puede ser objeto de provisión definitiva ni temporal.

1.2.- Si el facultativo designado fuera propietario de plaza de la especialidad de que se trate, en otro Centro dentro del ámbito del INGESA, la citada plaza del Centro de origen le será reservada y podrá ser sustituida.

En este caso, deberá realizarse obligatoriamente y con anterioridad a la toma de posesión, una comisión de servicio en una plaza básica de su especialidad en el Centro de destino.

1.3.- Si el facultativo designado fuera propietario de plaza de la especialidad de que se trate, en otro Servicio de Salud o Administración Sanitaria, podrá pasar a desempeñar el puesto, previa comisión de servicio en una plaza básica de su especialidad, con la conformidad expresa de la Administración de origen, quedando en la misma en la situación administrativa que corresponda.

2.- Nombramientos Provisionales para puestos de Supervisión de Área Funcional o de Unidad.

La situación administrativa del Enfermero/Enfermera, Matrona y Fisioterapeuta designado con nombramiento provisional para cubrir dichos puestos será la siguiente:

2.1.- En el supuesto de que la persona designada tenga plaza en propiedad en el mismo Centro, el nombramiento producido no genera vacante en la plaza básica que el interesado ocupa y por tanto no puede ser objeto de provisión definitiva ni temporal. (Interinidad, sustitución).

2.2.- Si la persona designada fuera propietaria de plaza en otro Centro dentro del ámbito del INGESA, la citada plaza del Centro de origen le será reservada y podrá ser sustituida.

En este caso, deberá realizarse obligatoriamente y con anterioridad a la toma de posesión, una comisión de servicio en una plaza básica de su categoría en el Centro de destino.

2.3.- La Comisión de Selección es un órgano colegiado de los previstos en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. Estará compuesta por los siguientes miembros que actuarán como titulares:

- La persona titular de la Dirección Enfermería del centro convocante o persona en quien delegue, que actuará de Presidente/a.

- Una persona que ostente un puesto de Supervisión de Área designada por la Dirección Enfermería
- Una persona que ostente un puesto de Supervisión designada por la Junta Técnico-Asistencial del centro.
- Una persona que ostente un puesto de Supervisión de en otra Área del Ingesa, designada por la Dirección Enfermería correspondiente a esa Área.
- Una enfermera/o nombrada por la Dirección Enfermería correspondiente a esa Área donde se pretenda efectuar el nombramiento.

Por cada miembro titular, se nombrará un suplente que actuará en ausencia del anterior.

La designación de los miembros de la Comisión de Selección se hará pública en la resolución que apruebe la relación definitiva de aspirantes admitidos y excluidos al proceso de provisión.

2.4.- Si la persona designada fuera propietaria de plaza en otro Servicio de Salud o Administración Sanitaria, podrá pasar a desempeñar el puesto, previa comisión de servicio, con la conformidad expresa de la Administración de origen, quedando en la misma en la situación administrativa que corresponda.

3.- Procedimiento de cobertura de Jefaturas de Servicio y Sección de ámbito asistencial.

3.1.- Ámbito de aplicación.

El procedimiento regulado para la cobertura de las Jefaturas de Servicio y Sección, se aplicará a los centros hospitalarios del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

3.2. – Competencia.

Corresponde el nombramiento a la Dirección del INGESA, aunque actualmente esta competencia está delegada en los Directores Gerentes de Asistencia Sanitaria.

3.3.- Convocatorias

Se establece que las convocatorias de las Jefaturas de Servicio, Sección y Supervisión, se publicarán en los tabloneros de anuncios de las Direcciones Territoriales y Centros Sanitarios de Ceuta y Melilla, así como en el Centro Nacional de Dosimetría de Valencia y en la web del INGESA.

3.4.- Solicitudes.

El plazo para la presentación de solicitudes será de 20 días naturales a contar desde el día siguiente a su publicación.

3.5. - Requisitos de participación

3.5.1.- Requisitos comunes de participación.

- Ostentar la condición de personal fijo del Sistema Nacional de Salud
- Ostentar la nacionalidad española o de alguno de los Estados miembros de la Unión Europea, o reunir alguno de los requisitos establecidos en el Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de Octubre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público en su artículo 57, referido al acceso al empleo público de nacionales de otros Estados.
- No haber sido separado del servicio mediante expediente disciplinario en cualquier Servicio de Salud o Administración Pública, en los seis años anteriores a la convocatoria, ni hallarse inhabilitado con carácter firme para el ejercicio de funciones públicas, ni, en su caso, para la correspondiente profesión.
- Estar en posesión del Grado y de la especialidad correspondiente, expedidos o, en su caso, homologados o convalidados por el Ministerio competente en cada momento.
- Los candidatos/as han de encontrarse en una categoría profesional cuyos intervalos de niveles comprendan el nivel de complemento de destino de la jefatura a cubrir.

3.5.2.- Requisitos específicos.

- Haber desempeñado plaza de la especialidad a la que concurra en Instituciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, o plaza en Hospitales con programas acreditados para la docencia por la Comisión Nacional de la especialidad o en centro extranjero con programa reconocido para la docencia de posgraduados en la especialidad correspondiente, por un período mínimo de 5 años para las Jefaturas de Servicios, o de 3 años para las Jefaturas de Sección.

3.6.- Procedimiento de Selección.

El procedimiento de selección constará de dos fases:

3.6.1.- Valoración de los méritos relativos al historial profesional de los aspirantes.

3.6.2.- Y valoración por la Comisión de Selección de un proyecto técnico de gestión.

Los aspirantes, previa convocatoria, podrán defender en sesión pública su historial profesional y el proyecto técnico de gestión, pudiendo la Comisión de Selección efectuar a los participantes cuantas preguntas estime oportunas.

La valoración de los méritos y del proyecto técnico se realizará conforme al baremo de méritos publicado en la convocatoria.

3.7.- Comisión de Selección.

La Comisión de Selección es un órgano colegiado de los previstos en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. Estará compuesta por los siguientes miembros que actuarán como titulares:

-La persona titular de la Dirección Médica del centro convocante o persona en quien delegue, que actuará de Presidente.

-Una persona que ostente una jefatura de servicio designada por la Dirección Médica.

-Una persona que ostente una jefatura de servicio o, en su defecto, una jefatura de sección designada por la Junta Técnico-Asistencial del centro, a través de su Comisión Mixta.

-Un facultativo del Sistema Nacional de Salud nombrado por la Comisión Nacional.

-Un facultativo especialista nombrado por la Junta Técnico-Asistencial, a través de su comisión mixta o, en su caso, por el Comité Asesor de la Comisión de Dirección o por la Comisión Central de Calidad del Centro u órgano de similar naturaleza del Centro.

Por cada miembro titular, se nombrará un suplente que actuará en ausencia del anterior.

La designación de los miembros de la Comisión de Selección se hará pública en la resolución que apruebe la relación definitiva de aspirantes admitidos y excluidos al proceso de provisión.

3.8.- Tramitación.

Una vez finalizado el plazo de presentación de solicitudes, la Dirección Gerencia aprobará mediante resolución, la relación provisional de admitidos y excluidos del proceso, con indicación de la causa de exclusión.

Los aspirantes excluidos dispondrán de un plazo de 10 días para subsanar, en su caso, la causa de exclusión.

Finalizado el plazo de subsanación, la Dirección Gerencia aprobará mediante resolución, la relación definitiva de admitidos y excluidos del proceso y se publicará en los mismos lugares que señale la convocatoria.

Posteriormente la Comisión de Selección evaluará los expedientes de los aspirantes admitidos, conforme al baremo de méritos publicado en la convocatoria.

Terminada esta evaluación, la referida Comisión hará públicos sus resultados y elevará al Director Gerente la propuesta de nombramiento con carácter provisional para el desempeño del puesto convocado.

3.9.- Nombramiento y efectos de la designación.

La Dirección Gerencia del centro dictará el correspondiente nombramiento de la jefatura convocada con carácter provisional. Este nombramiento tendrá una duración máxima de cuatro años, al finalizar los cuales, se procederá preceptivamente a la consiguiente evaluación de las actividades realizadas en el período precitado.

Por razones organizativas o asistenciales debidamente motivadas previo informe a la Junta Técnico-Asistencial u órgano de naturaleza similar, la Dirección Gerencia podrá revocar los nombramientos provisionales que haya expedido.

3.10.- Situaciones administrativas generadas por la designación de la Jefatura.

Si el profesional Facultativo o Enfermero/Enfermera, Matrona y Fisioterapeuta, designado estuviera adscrito a otro centro o institución del INGESA, como se hace referencia en los puntos 1 y 2, apartados 1.2, 1.3, 2.2 y 2.3 de este documento, se tramitará con anterioridad a la toma de posesión una comisión de servicio al centro convocante al amparo del artículo 39.1 del Estatuto Marco.

Si el profesional designado estuviera adscrito a otro Servicio de Salud o Administración Sanitaria, se precisará la conformidad expresa de la Administración de origen quedando en la situación administrativa que proceda según la normativa que le resulte de aplicación.

ANEXO IV

PROVISION DE PUESTOS DE JEFATURAS DE PERSONAL NO SANITARIO DEL AREA DE GESTION: SERVICIO, SECCIÓN, GRUPO Y EQUIPO.

Conforme establece el artículo 17 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, el personal estatutario de los servicios de salud ostenta el derecho a la promoción y al desarrollo profesional, que se regirán por los principios de igualdad, mérito, capacidad y publicidad, tal como especifica el artículo 29 del mismo texto legal.

En base al citado precepto, se elaboran los siguientes criterios generales para ocupar las Jefaturas de Servicio, Sección, Grupo y Equipo del área de gestión de las Instituciones Sanitarias del INGESA:

1.-Nombramiento de Jefaturas de Servicio, Sección, de Grupo y de Equipo

1.1.- Los puestos de Jefaturas de Servicio, de Sección, de Grupo y de Equipo del área de gestión de las instituciones Sanitarias del INGESA, serán desempeñados por personal fijo que se encuentre prestando servicios en el mismo Centro de Gasto y que pertenezca a alguna de las categorías previstas en el Estatuto Marco de Personal estatutario de los Servicios de Salud.

1.2.- Requisitos.

Los requisitos específicos para cada tipo de puesto son los siguientes:

- Jefaturas de Servicio: Pertener como personal estatutario o funcionario público, a categorías, cuerpos o escalas de los Grupos A1 ó A2.

- Jefaturas de Sección: Pertener, como personal estatutario o funcionario público, a categorías, cuerpos o escalas de los Grupos A1, A2 ó C1.
- Jefaturas de Grupo: Pertener, como personal estatutario o funcionario público, a categorías, cuerpos o escalas de los Grupos C1 ó C2.
- Jefaturas de Equipo: Pertener, como personal estatutario o funcionario público, a categorías, cuerpos o escalas de los Grupos C1 ó C2.

1.3.- Procedimiento de Tramitación.

La selección del personal se efectuará por el sistema de libre designación mediante convocatoria pública. La convocatoria se realizara por la persona titular de la Gerencia de Asistencia Sanitaria y será publicada en los tabloneros de anuncios de las Instituciones del Centro de Gasto y en la web de la Gerencia correspondiente. En la convocatoria se determinarán expresamente: las plazas convocadas, sus características y las condiciones y requisitos que deben reunir los aspirantes, así como el día de inicio y de finalización del plazo para la presentación de las solicitudes, que será de veinte días naturales.

A la vista de las solicitudes presentadas, la Dirección Gerencia formalizará el nombramiento para el desempeño del cargo, a favor de la persona candidata que considere más idónea, siempre bajo los principios de igualdad, mérito y capacidad.

El nombramiento producido no genera vacante en la plaza básica que la persona interesada ocupa, por lo que esta plaza no podrá ser objeto de provisión con carácter definitivo, temporal o por sustitución.

2.-Nombramiento para puestos de Jefaturas de Personal Subalterno, Encargados de Equipo de Personal de Oficios, Jefaturas de Taller, Conductores de Instalaciones.

Los puestos de Jefatura de unidad se proveerán por el sistema de libre designación, mediante convocatoria pública, que se efectuará por la persona titular de la Gerencia de Asistencia Sanitaria y será publicada en los tabloneros de anuncios de las Instituciones del Centro de Gasto y en la web de la Gerencia correspondiente. En la convocatoria se determinarán expresamente: las condiciones y requisitos de los aspirantes, las características de los puestos a convocar así como el día de inicio y de finalización del plazo para la presentación de las solicitudes, que será de veinte días naturales.

A la vista de las solicitudes presentadas, la Dirección Gerencia formalizará el nombramiento para el desempeño del cargo, a favor de la persona candidata que considere más idónea, siempre bajo los principios de igualdad, mérito y capacidad y deberá recaer en personal subalterno o de oficios con puesto fijo en Instituciones del mismo Centro de Gasto.

Los nombramientos producidos para la ocupación de estos puestos, no genera vacante en la plaza básica que la persona interesada ocupa, por lo que esta plaza no podrá ser objeto de provisión con carácter definitivo, temporal o por sustitución.

3.- Cese en la ocupación de estos puestos

Los nombramientos a que estas Instrucciones se refieren se producen por el sistema de libre designación y con carácter temporal. La persona titular de la Gerencia correspondiente, de acuerdo con las competencias que tiene asignadas por Resolución de 21 de julio de 2000, de la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud, sobre delegación de atribuciones (BOE del 12 de agosto), podrá acordar el cese de las personas nombradas para ocupar estos puestos. Los acuerdos de cese en el puesto de trabajo se producirán previa propuesta de la persona responsable de la Unidad de quien dependa el puesto debidamente motivado.

ANEXO V

PROCESO DE MOVILIDAD

1.- MOVILIDAD POR RAZÓN DE SALUD

Por motivos de salud, el personal estatutario, previo informe debidamente motivado del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, podrá ser adscrito a otro puesto de trabajo dentro del ámbito de actuación de su centro.

Esta movilidad se realizará conforme a los protocolos establecidos en los centros sanitarios, en coordinación con los Servicios de Prevención. En el supuesto de que algún centro sanitario no tuviera este protocolo, deberá iniciar, a partir de la publicación del presente Plan, los trámites necesarios para su elaboración.

La movilidad se concederá mediante resolución de la Dirección del INGESA. Los destinos así obtenidos estarán vinculados al mantenimiento de las circunstancias que dieron lugar a la misma. Se establecerá, a estos efectos, un plazo de revisión cuatrimestral de la situación por parte del Servicio de Prevención correspondiente.

2.- MOVILIDAD POR RAZÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO

La movilidad por razón de violencia de género acreditada mediante los títulos habilitantes se registrará por lo previsto en el artículo 82 Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público y por la Resolución de 25 de noviembre de 2015 de la Secretaría de Estado de Administraciones Públicas, por la que se establece el procedimiento de movilidad de las empleadas públicas víctimas de violencia de género.

2.1.-Ámbito de aplicación.

El personal que preste servicios en las instituciones sanitarias del INGESA, víctima de violencia de género, podrán solicitar traslado a otro puesto de trabajo por esta causa, siempre y cuando acrediten esta situación.

2.2.-Iniciación.

Los profesionales víctimas de violencia de género deberán presentar escrito dirigido a la Dirección de INGESA, solicitando el traslado a otro puesto de trabajo de su misma categoría profesional, debiendo acompañar el título habilitante que acredite dicha situación, tales como:

- Resolución judicial otorgando la orden de protección a favor de la víctima, sentencia condenatoria, medida cautelar a favor de la víctima o cualquier otro documento, en el que el órgano judicial estime, aun indiciariamente, la existencia de cualquiera de los delitos o faltas que constituye el objeto de esta Ley, así como mediante resolución administrativa correspondiente, en el caso de acoso sexual.

- Excepcionalmente, el informe del Ministerio Fiscal que indique la existencia de indicios de que la demandante es víctima de violencia de género hasta tanto se dicte la orden de protección o resolución judicial equivalente.

- Igualmente, con carácter excepcional, podrá reconocerse el ejercicio de estos derechos a las mujeres que, aún sin título habilitante de los mencionados en los apartados anteriores, se encuentren en una situación notoria de necesidad por causa de violencia de género, siempre previa la denuncia correspondiente y en tanto recae resolución judicial.

2.3.-Tramitación.

Recibida la solicitud con el título habilitante, la Dirección del INGESA, una vez comprobada la documentación, procederá en el plazo mínimo posible desde la recepción de la solicitud a ofertarle la plaza o plazas de su categoría que se hallen vacantes en los centros sanitarios ubicadas en la misma localidad o en las localidades expresamente solicitadas, concediéndole un plazo de diez días para que formule su opción.

2.4.-Finalización y toma de posesión

Ejercitada la opción, la Dirección del INGESA en el plazo de diez días dictará resolución de traslado al nuevo destino. La toma de posesión se efectuará con efectos de la fecha de la resolución.

2.5.- Carácter del traslado

La ocupación del nuevo puesto de trabajo tendrá carácter provisional durante los dos primeros años, con reserva del puesto de trabajo que anteriormente desempeñaba. Terminado dicho período, podrá optar entre reincorporarse al puesto de trabajo anterior o continuar en el de destino,

que lo desempeñará con el mismo carácter que ostentaba en el de origen, decayendo la obligación de la reserva.

Sin perjuicio de lo anterior y siempre que no lo impidan circunstancias organizativas y funcionales, la Administración podrá proponer a la persona interesada el cambio de adscripción orgánica del puesto que desempeña a otro centro.

En las actuaciones y procesos relacionados con la violencia de género, se protegerá la intimidad de las víctimas, en especial, sus datos personales, los de sus descendientes y los de cualquier persona que esté bajo su guardia.

3.- MOVILIDAD COMO CONSECUENCIA DE AGRESIONES EN EL LUGAR DE TRABAJO

El personal estatutario que en el desempeño de sus funciones sufre agresión con repercusiones físicas o psicológicas de extrema gravedad debidamente acreditadas, tiene derecho a ocupar una plaza de su misma categoría, en otro centro de trabajo de la misma localidad, o bien en distinta localidad.

La ocupación del nuevo puesto de trabajo tendrá carácter provisional, con reserva del puesto de trabajo que anteriormente desempeñaba, hasta la desaparición de las causas que provocaron la existencia de la agresión, así valorado por el Servicio de Prevención.

La resolución por la que se concede la movilidad, se dictará por la Dirección del INGESA.

En todas las actuaciones relacionadas con esta movilidad se protegerá la intimidad del profesional afectado.

Asimismo, en estos procesos de movilidad, hay que tener en cuenta el Acuerdo de Consejo de Ministros de 20 de noviembre de 2015, por el que se aprueba el Protocolo de actuación frente a la violencia en el trabajo en la Administración General del Estado y los organismos públicos vinculados a ella, publicado por Resolución de 26 de noviembre de 2015, de la Secretaría de Estado de Administraciones Públicas.

4.-. MOVILIDAD POR PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD, artículo 26 de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales.

Las Gerencias asegurarán la protección de la maternidad recogida en el artículo 26 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales. Por tanto, la evaluación de los riesgos deberá comprender la determinación de la naturaleza, el grado y la duración de la exposición de las trabajadoras en situación de embarazo, parto y lactancia, referente a agentes, procedimientos o condiciones de trabajo que puedan influir negativamente en la salud de las trabajadoras o del feto, en cualquier actividad susceptible de presentar un riesgo específico.

ANEXO VI

REGULACIÓN DE LAS SITUACIONES ADMINISTRATIVAS DE COMISIÓN DE SERVICIO, REINGRESO PROVISIONAL Y REDUCCIÓN DE JORNADA.

A) COMISIONES DE SERVICIO

1.- Procedimiento

El concepto de adscripción temporal no está contemplado en el Estatuto Marco del personal sanitario de los servicios de salud, y sí se regula la figura de la comisión de servicio, en el artículo 39 del citado texto legal, en dos puntos, por lo que en base a esta norma se recoge el procedimiento para la tramitación y concesión de las comisiones de servicio:

Comisiones de servicio del artículo 39.1 del E.M.

Únicamente pueden ser concedidas para la cobertura de plazas vacantes, que estén dotadas presupuestariamente, a personal estatutario de la

correspondiente categoría y especialidad, tanto entre Centros del Sistema Nacional de Salud como entre Centros del INGESA.

Así mismo, con carácter excepcional y por necesidades del servicio se podrán conceder comisiones de servicio, cuando una plaza o puesto de trabajo se encuentre temporalmente desatendido, cubriéndose por personal estatutario de la correspondiente categoría y especialidad.

A los efectos de poder conceder este tipo de comisiones de servicio y concretamente entre los diferentes Centros del Sistema Nacional de Salud, será requisito imprescindible que se haya permanecido durante dos años consecutivos en la plaza que tenga en propiedad.

El tiempo máximo de la comisión de servicios externa será de dos años o el tiempo necesario hasta las convocatorias de movilidad voluntaria, en el que deberán participar para consolidar la plaza en el INGESA.

Comisiones de servicio del artículo 39.2. del E.M.:

Con carácter temporal, y para desempeñar funciones especiales no adscritas a una determinada plaza o puesto de trabajo, se podrán conceder comisiones de servicio dentro del Área, siempre y cuando a la persona a quien se le encomienden esas funciones perciba las retribuciones de su plaza o puesto de origen.

Todas las comisiones de servicio deberán ser tramitadas de forma motivada, a los efectos de que posteriormente puedan ser valoradas y aprobadas por los Servicios Centrales del INGESA.

2.- Criterios básicos para la concesión de las Comisiones de Servicio

Los criterios básicos comunes que deben ser tenidos en cuenta para la concesión de comisiones de servicio, tanto entre Áreas Sanitarias del INGESA como externas, son:

- Necesidades asistenciales.
- Agrupación familiar.

Las comisiones de servicio entre centros de atención especializada y atención primaria únicamente se concederán en casos de justificada necesidad asistencial en el que la plaza no pueda ser ocupada mediante contratación temporal.

Las comisiones de servicio entre centros de atención primaria, no serán autorizadas, salvo por razón del servicio según lo establecido en el artículo 39 del Estatuto Marco y por el tiempo indispensable para su solución.

En ningún caso, las comisiones de servicio podrán autorizarse a una plaza ocupada por un propietario, ni a plazas de distinta categoría a la que ostente el comisionado.

3.- Finalización de las comisiones de servicios

La comisión de servicios voluntaria, tendrá siempre carácter temporal y finalizará por alguna de las siguientes causas:

- Por el transcurso del tiempo para el que se concedió.
- Por la provisión definitiva del puesto o plaza.
- Por reingreso o reincorporación del titular con reserva del puesto o plaza que se desempeña en comisión.
- Por desaparición de la necesidad que la motivó.
- Por renuncia aceptada del comisionado.
- Por obtención de otro destino definitivo del comisionado.
- Por revocación expresa debidamente motivada.

B) REINGRESO PROVISIONAL.

Conforme establece el artículo 69.2 del Estatuto Marco, el reingreso podrá producirse con carácter provisional, siempre que exista plaza vacante de la correspondiente categoría profesional y especialidad en el Centro de Gasto en el que se le concedió la excedencia a la persona solicitante. En el supuesto de no existir vacantes en dicho Centro de Gasto, la persona interesada podrá solicitar el reingreso dentro del Área Sanitaria correspondiente.

Las solicitudes de reingresos provisionales se deberán presentar en el servicio de personal de la Gerencia de Atención Sanitaria donde se le concedió la excedencia y éste deberá remitirla, a la mayor brevedad posible, a la Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos, acompañada de un informe de la Gerencia donde se indique las plazas vacantes del Centro de Gasto donde la persona interesada solicitó la excedencia.

En el supuesto de que en ese Centro de Gasto no existiera vacante alguna, deberán informar al peticionario de las vacantes dentro del Área Sanitaria correspondiente.

Conforme a la normativa vigente, tendrán la consideración de vacantes las plazas básicas de cada categoría desempeñadas por personal temporal o personal estatutario en promoción interna.

C) REDUCCIÓN DE JORNADA.

La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, regula en sus artículos 60 y 61, la jornada de trabajo a tiempo parcial, así como el régimen de fiestas y permisos y es concretamente el artículo 60.4 el que se refiere a la reducción de jornada, que dice “resultarán aplicables al personal estatutario los supuestos de reducciones de jornada establecidas para los funcionarios públicos en las normas aplicables en la correspondiente comunidad autónoma, para la conciliación de la vida familiar y laboral”.

A este respecto hay que indicar, que el personal estatutario que se encuentre beneficiado de la reducción de jornada que conlleva la reducción proporcional en las retribuciones, tendrá derecho al mismo número de días festivos, vacaciones y días de libre disposición que si tuviera jornada completa, aplicándosele a esos días, la reducción proporcional en las retribuciones que le corresponda a la jornada reducida que tiene concedida.

En el supuesto de reducción de jornada ordinaria de un profesional, de acuerdo con el artículo 9.3.c) del Estatuto Marco, la prestación de servicios complementarios a la misma, se efectuará mediante un nombramiento eventual.

ANEXO VII

PROCEDIMIENTO PARA LA PROLONGACIÓN EN EL SERVICIO ACTIVO

El artículo 26 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud establece que si bien la jubilación forzosa se declarará al cumplir la persona interesada la edad de 65 años, la misma podrá solicitar voluntariamente prolongar su permanencia en servicio activo hasta cumplir como máximo los 70 años, siempre que reúna la capacidad funcional para ello.

Asimismo se dispone la procedencia de la prórroga en el servicio activo, a instancia de la persona interesada, en el caso de que en el momento de cumplir la edad de jubilación forzosa, le resten seis años o menos de cotización para causar pensión de jubilación.

De acuerdo con el artículo 13 de dicha norma, estas previsiones son contempladas en el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del INGESA de Personal Estatutario 2016 – 2021.

No obstante, para concretar esta posibilidad, es preciso establecer un procedimiento que fije los trámites y plazos a seguir tanto por la persona interesada que quiere prolongar su permanencia en el servicio activo, como por las unidades encargadas del trámite y resolución de la misma, procediendo, en consecuencia a dictar las siguientes instrucciones:

1. Concepto de edad de jubilación forzosa.

Como se refleja en el Plan de Ordenación de Recursos Humanos, todas las referencias que se realicen en estas Instrucciones a la “edad de jubilación forzosa” han de entenderse en relación con la edad establecida en la normativa correspondiente de Seguridad Social, atendiendo en particular a lo dispuesto en la Disposición transitoria séptima, del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social: “Aplicación paulatina de la edad de jubilación y de los años de cotización”.

2. Procedimiento relativo a la prolongación de la permanencia en el servicio activo una vez cumplida la edad de jubilación forzosa

a) **Ámbito de aplicación.**

Este procedimiento será de aplicación al personal estatutario sanitario que presta servicios en los centros sanitarios del INGESA en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, así como en el Centro Nacional de Dosimetría, y que reúna los siguientes requisitos:

- Encontrarse en servicio activo o situación administrativa que conlleve reserva de puesto de trabajo
- Estar próximo a cumplir la edad de jubilación forzosa de acuerdo con lo dispuesto en el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social
- Deseo de continuar en servicio activo.

b) **Iniciación.**

Las personas interesadas solicitarán, con una antelación mínima de seis meses a la fecha de cumplimiento de la edad de jubilación forzosa, la prolongación de la permanencia en el servicio activo mediante escrito dirigido a la Dirección Gerencia del centro donde presta servicios.

A dicho escrito se acompañará la siguiente documentación:

- Memoria que recoja su trayectoria profesional y que acredite su excelencia, posesión de méritos relevantes e importancia de las técnicas y proyectos en los que se participe. Los méritos alegados deberán referirse tanto a las actividades asistenciales, como a las docentes e investigadoras, cuantificándolas dentro de lo posible. Igualmente la Memoria incluirá la participación en comisiones o grupos de trabajo específicamente dedicados a la mejora y racionalización de los medios para la prestación de la asistencia sanitaria o para una mayor eficacia y eficiencia del ámbito específico de actuación del solicitante.
- Proyecto de actividad a realizar durante el período para el que solicita la prolongación de la permanencia en el servicio activo. Dicho proyecto deberá comprender aspectos de mejora y racionalización de su ámbito específico de actuación.

En el caso de que la persona interesada desempeñe una Jefatura, deberá acompañarse una Memoria de la Unidad, con su revisión desde que ostenta dicha jefatura y la evolución de ésta, así como las previsiones futuras sobre el mismo.

- c) **Criterios valorables para la prolongación de la permanencia en el servicio activo.** Se valorará el interés de la organización sanitaria, por

razones asistenciales, en la permanencia de la persona solicitante, a través de los siguientes criterios:

- Necesidad de profesionales en la especialidad de que se trate.
- Relevancia de las técnicas sanitarias que realiza el solicitante
- Grado de participación en proyectos de mejora de la eficiencia, elaboración de guías clínicas o planes estratégicos.
- Para el caso de los/las profesionales que ejerzan jefaturas se valorará, además de lo señalado anteriormente, la dirección de proyectos en ejecución de interés estratégico para la organización asistencial y la previsión de la evolución del Servicio en los años siguientes a su aceptación de continuidad.

d) Tramitación.

- En el plazo de 15 días hábiles desde su recepción, la Dirección Gerencia, a la vista de los criterios recogidos en los puntos 2. b) y c), realizará una valoración de la documentación presentada por la persona solicitante y de la procedencia de la prolongación solicitada.
- Dentro de dicho plazo, la unidad tramitadora trasladará la solicitud a la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales con el fin de que proceda a su reconocimiento y evaluación, debiendo emitir informe sobre la capacidad funcional para el ejercicio de su profesión, declarándola apta o no apta para la misma, en el plazo máximo de 15 días hábiles desde que tuvo entrada en dicha unidad la referida petición. En el caso de que la persona interesada no comparezca en la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales para el reconocimiento médico en la fecha señalada en la citación que a tal efecto se le remita, debidamente notificada, y sin que medie causa justificada, o bien se la declare no apta, la solicitud de prolongación de permanencia en activo será desestimada.
- En el supuesto de que la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales declare la no aptitud para el ejercicio de su profesión, la Dirección Gerencia del centro donde preste servicios la persona solicitante, remitirá toda la documentación a la Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos para que por la persona titular de la Dirección del INGESA se dicte la correspondiente resolución desestimando la solicitud.

- Si la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales declara la aptitud para el ejercicio de su profesión, la Dirección Gerencia emitirá informe-propuesta motivado y no vinculante sobre la procedencia o no de la prolongación en el servicio activo de la persona interesada, que deberá fundamentarse en los criterios relacionados en el apartado 2.c), acompañando la valoración realizada sobre la Memoria y Proyecto presentados. A estos efectos podrá solicitar toda la documentación e informes que considere necesarios. Este informe-propuesta deberá ser emitido en un plazo de 15 días hábiles desde el momento en que se dispone de toda la documentación necesaria, debiendo acompañar al mismo una valoración económica y cualitativa de la propuesta, la necesidad de mantener la cobertura del puesto ocupado, su amortización o, en su caso, reconversión para cubrir otra necesidad asistencial que se considere prioritaria; así como el grado de afectación de la atención continuada como consecuencia de la jubilación forzosa del interesado, indicando si se hallaba o no exento de la realización de guardias.
- El informe-propuesta, junto con la totalidad de la documentación a que se ha hecho referencia, será remitido a la Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos del INGESA.

En todo caso, los plazos en materia de audiencia, emisión de informe y subsanación de defectos, serán los establecidos en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, siendo el plazo máximo de resolución de la concesión o no de la prórroga del servicio activo, el de tres meses de conformidad con la norma anteriormente citada.

e) Finalización.

- Recibida en la Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos la documentación mencionada en el apartado anterior, la Dirección del INGESA, previas las actuaciones que estime pertinentes, dictará resolución motivada acordando o denegando la prolongación de la permanencia en el servicio activo, conteniendo asimismo el recurso que cabe interponer contra la misma, así como el órgano y plazo ante el que proceda su interposición. Esta resolución será notificada a la persona interesada por cualquier medio que permita dejar constancia de su recepción, con una anterioridad mínima de un mes a la fecha en la que cumpla la edad de jubilación forzosa, debiendo ser dictada en el plazo máximo de un

mes desde la recepción de la documentación en la citada Subdirección General.

- La concesión de la prolongación de la permanencia en el servicio activo se autorizará por un período de un año, con posibilidad de prórroga por períodos de igual duración.
- La concesión de la prolongación de la permanencia en el servicio activo a los/las profesionales que ostenten jefaturas de carácter asistencial, se efectuará sobre la plaza básica que tengan reservada, sin perjuicio de que puedan seguir desempeñando la jefatura correspondiente, siempre que mantengan los requisitos para su nombramiento.

f) Prórroga de la prolongación de permanencia en el servicio activo.

Con carácter general y mientras se mantengan las condiciones y criterios que dieron lugar a la prolongación en el servicio activo, se podrán conceder prórrogas por períodos anuales hasta que se cumpla la edad máxima de 70 años.

A estos efectos, la persona interesada, con tres meses de antelación a la finalización de la prolongación autorizada, deberá solicitar nueva prórroga, para cuya autorización, en su caso, se tendrá en cuenta la actividad realizada durante el período de prolongación. A la solicitud habrá de acompañarse Memoria de la actividad desarrollada durante el anterior período de prolongación en la situación de servicio activo.

Recibida la solicitud, la Dirección Gerencia dispondrá de un plazo de 20 días hábiles para remitir a la Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos del INGESA informe-propuesta sobre la procedencia o improcedencia de la prórroga solicitada, que deberá sustentarse en los criterios previstos para la concesión de la prolongación, y al que se acompañará informe de la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales en que se valore la capacidad funcional para el ejercicio de su profesión de la persona solicitante, el cual deberá ser emitido en un plazo de 10 días hábiles desde que se reciba en dicha Unidad la comunicación de la solicitud de prórroga.

Tras la recepción de la documentación mencionada, la Dirección del INGESA dispondrá de un plazo de 10 días hábiles para dictar, previas las actuaciones que en su caso se estimen procedentes, la oportuna resolución acordando o desestimando la prórroga. Dicha resolución, que será notificada a la persona interesada por cualquier medio que permita dejar constancia de su recepción, debe ser dictada con una anterioridad mínima de 15 días hábiles a la fecha en que finalice la prórroga anteriormente concedida.

g) Renuncia.

Se podrá renunciar a la prolongación de la permanencia en el servicio activo, mediante escrito dirigido a la Dirección Gerencia del centro con una antelación mínima de tres meses a la fecha en la que desea finalizar su permanencia en el servicio activo, el cual será remitido a la Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos del INGESA, para que por la Dirección del mismo se dicte la oportuna resolución aceptando la renuncia presentada.

h) Mantenimiento de las condiciones.

Durante el período concedido para la prolongación de la permanencia en el servicio activo, las personas interesadas deben mantener las mismas condiciones que sirvieron para autorizar dicha prolongación.

En el supuesto de que concurren circunstancias sobrevenidas que afecten a sus condiciones para el normal desarrollo de las funciones inherentes a su puesto de trabajo, procederá declarar de oficio la finalización de la prolongación de la permanencia en el servicio activo, así como declarar la situación de jubilación forzosa, previo informe emitido por la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales correspondiente, y habiendo concedido trámite de audiencia a la persona interesada, que podrá alegar cuanto considere en su defensa para la continuidad de la prolongación.

i) Efectos de la prolongación.

La prolongación de la permanencia en el servicio activo y sus prórrogas se entienden sin perjuicio de las potestades administrativas de ordenación y provisión de plazas contempladas en la normativa vigente, no atribuyéndose al profesional, en virtud de dicha prolongación o su prórroga, un derecho a la permanencia en el mismo puesto de trabajo desempeñado hasta la fecha en que hubiera ocurrido la jubilación forzosa en caso de no haberse producido la prolongación.

3. Prolongación de la permanencia en el servicio activo por carencia de cotización para causar la pensión de jubilación

Procederá la prolongación de la permanencia en el servicio activo, a instancia de la persona interesada, cuando en el momento de cumplir la edad de jubilación forzosa, le resten seis años o menos de cotización para causar pensión de jubilación.

La persona interesada presentará solicitud mediante escrito dirigido a la Dirección Gerencia del centro donde presta servicios, con una antelación

mínima de seis meses a la fecha de cumplimiento de la edad forzosa de jubilación, acompañando a su solicitud certificación expedida por el organismo competente, en la que conste que a la fecha de cumplimiento de esa edad, carecerá del período de cotización necesario para causar pensión de jubilación.

Recibida la solicitud, la misma se remitirá a la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales para que emita, en el plazo de 15 días hábiles desde que recibe la solicitud, informe acerca de si el/la solicitante reúne la capacidad funcional necesaria para ejercer la profesión o desarrollar las actividades correspondientes a su nombramiento.

Emitido dicho informe, la Dirección Gerencia remitirá la solicitud y todo el resto de la documentación a la Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos del INGESA, para que en el plazo de 1 mes, y previas las actuaciones que estime oportunas, se dicte resolución por la Dirección de INGESA sobre la procedencia o no de la prolongación de la permanencia en el servicio activo.

En todo caso, la resolución debe ser dictada en un plazo de tres meses desde la entrada de la solicitud.

En su caso, la concesión de la prolongación de la permanencia en el servicio activo se autorizará hasta completar el período mínimo necesario para causar derecho a la pensión de jubilación.

4. Prolongación de la permanencia en el servicio activo de personal con nombramiento de carácter temporal.

La duración de las prórrogas que puedan autorizarse al personal con un nombramiento de carácter temporal estará, en todo caso, supeditada a las condiciones de su nombramiento.