

RESOLUCIÓN 1447/2015, de 28 de mayo, del Director General de Osakidetza-Servicio vasco de salud, por la que se aprueban las bases específicas que han de regir el proceso selectivo para la adquisición del vínculo estatutario fijo en la categoría de Celador del Grupo Profesional de Subalternos/Operarios con destino en las organizaciones de servicios sanitarios de Osakidetza-Servicio vasco de salud.

**TEMA 1: LA LEY DE ORDENACION SANITARIA DE EUSKADI: CONFIGURACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO DE EUSKADI, PRINCIPIOS INFORMADORES Y PRINCIPIOS PROGRAMÁTICOS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO. DERECHO Y DEBERES DE LOS CIUDADANOS.**

**BIBLIOGRAFÍA: ARTÍCULOS 5, 6, 8, 10 Y 11 DE LA LEY 8/1997, DE 26 DE JUNIO, DE ORDENACION SANITARIA DE EUSKADI.**

**TEMA 2: EL ESTATUTO MARCO: OBJETO Y ÁMBITO. NORMAS. PRINCIPIOS Y CRITERIOS DE ORDENACIÓN DEL RÉGIMEN ESTATUTARIO. CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL ESTATUTARIO.**

**BIBLIOGRAFÍA: ARTÍCULOS 1, 2, 3, 4 Y CAPÍTULO II DE LA LEY 55/2003, DE 16 DE DICIEMBRE, DEL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.**

**TEMA 3: LOS ESTATUTOS SOCIALES DEL ENTE PÚBLICO OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD: DEFINICIÓN. DOMICILIO. FINES.**

**BIBLIOGRAFÍA: ARTÍCULOS 1, 2 Y 3 DEL DECRETO 255/1997, DE 11 DE NOVIEMBRE, POR EL QUE SE ESTABLECEN LOS ESTATUTOS SOCIALES DEL ENTE PÚBLICO OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD.**

**TEMA 4: ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD: RECONOCIMIENTO LEGAL. FACULTADES. RELACION DE ORGANIZACIONES DE SERVICIO SANITARIAS. ORGANOS DE DIRECCION, GESTION Y PARTICIPACION DE LA ORGANIZACIONES SANITARIAS.**

**BIBLIOGRAFIA: ARTICULOS 13 Y 14 DEL DECRETO 255/1997, DE 11 DE NOVIEMBRE POR EL QUE SE ESTABLECEN LOS ESTATUTOS SOCIALES DEL ENTE PUBLICO OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD. RELACION DE ORGANIZACIONES DE SERVICIOS SANITARIOS: DISTINTOS ACUERDOS POR LA QUE SE MODIFICAN SUS DENOMINACIONES, SIENDO EL ULTIMO EL DE 3 DE OCTUBRE DE 2011.**

**TEMA 5: DECRETO 38/2012, DE 13 DE MARZO, SOBRE HISTORIA CLINICA Y DERECHOS Y OBLIGACIONES DE PACIENTES Y PROFESIONALES DE LA SALUD EN MATERIA DE DOCUMENTACION CLINICA: OBJETO. AMBITO. DEFINICION DE HISTORIA CLINICA. DOCUMENTACION CLINICA. ACCESO Y USOS DE LA HISTORIA CLINICA. DERECHOS Y OBLIGACIONES EN RELACION CON LA DOCUMENTACION CLINICA: DERECHOS DE LAS Y LOS PACIENTES, CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

**RECTIFICACION, CANCELACION Y OPOSICION EN LA HISTORIA CLINICA.**

**BIBLIOGRAFIA: DECRETO 38/2012, DE 13 DE MARZO, SOBRE HISTORIA CLINICA Y DERECHOS Y OBLIGACIONES DE PACIENTES Y PROFESIONALES DE LA SALUD EN MATERIA DE DOCUMENTACION CLINICA: ARTICULOS 1, 2, 3, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 24, 25 Y 27.**

**TEMA 6: LEY 7/2002, DE 12 DE DICIEMBRE, DEL PARLAMENTO VASCO, DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS EN EL AMBITO DE LA SANIDAD.**

**BIBLIOGRAFIA: LEY 7/2002, DE 12 DE DICIEMBRE, DEL PARLAMENTO VASCO, DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS EN EL AMBITO DE LA SANIDAD (ARTICULOS 1, 2, 3, 4, 5, 6, Y 7)**

**TEMA 7: ACUERDO DE REGULACIÓN DE CONDICIONES DE TRABAJO DEL PERSONAL DE OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD: JORNADA DE TRABAJO. DESCANSO Y VACACIONES. LICENCIAS Y PERMISOS.**

**BIBLIOGRAFIA: TÍTULO III Y IV DEL ACUERDO DE REGULACIÓN DE CONDICIONES DE TRABAJO DEL PERSONAL DE OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD, BOPV N.º 250, DE 31 DE DICIEMBRE DE 2007 Y N.º 113 DE 16 DE JUNIO DE 2008.**

**TEMA 8: DECRETO 67/2003, DE 18 DE MARZO, DE NORMALIZACIÓN DEL USO DEL EUSKERA EN OSAKIDETZA: OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN.**

**BIBLIOGRAFÍA: ARTÍCULOS 1 Y 2 DEL DECRETO 67/2003, DE 18 DE MARZO, DE NORMALIZACIÓN DEL USO DEL EUSKERA EN OSAKIDETZA.**

**TEMA 9: MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE CELADORES DE OSAKIDETZA: MOVILIDAD DE PACIENTES. MEDIOS MECANICOS PARA FACILITAR LA MOVILIDAD DE LOS PACIENTES. EL MANEJO DE LA CAMA/CAMILLA Y DE LA SILLA DE RUEDAS. OTROS MATERIALES, EQUIPOS O APARATOS. DICCIONARIO DE TERMINOS.**

**BILIOGRAFIA: MANUAL PARA EL PERSONAL DE CELADORES EN OSAKIDETZA.**

**TEMA 10: MANUAL INFORMATIVO DEL SERVICIO DE PREVENCION DE OSAKIDETZA DE PREVENCION DE INCENDIOS, NATURALEZA DEL FUEGO, COMO SE PROVOCA, AGENTES EXTINTORES MAS HABITUALES, RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCION DE INCENDIOS, SITUACION DE EMERGENCIA. MANUAL INFORMATIVO DEL SERVICIO DE PREVENCION DE OSAKIDETZA: RIESGOS GENERALES PARA LOS TRABAJADORES DE OSAKIDETZA: SERVICIO DE**

PREVENCION, DEFINICIONES, RIESGOS GENERALES DEL MEDIO SANITARIO, RIESGOS ERGONOMICOS, RIESGOS PSICOSOCIALES. CARPETA ROJA DE PREVENCION: ACCIDENTES DE TRABAJO/INCIDENTE, ACTUACIONES A REALIZAR DEL TRABAJADOR Y DEL RESPONSABLE INMEDIATO, ACTUACIONES A REALIZAR ANTE UNA AGRESION.

**BIBLIOGRAFIA:** MANUAL INFORMATIVO DEL SERVICIO DE PREVENCION DE OSAKIDETZA DE PREVENCION DE INCENDIOS, NATURALEZA DEL FUEGO, COMO SE PROVOCA, AGENTES EXTINTORES MAS HABITUALES, RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCION DE INCENDIOS, SITUACION DE EMERGENCIA. MANUAL INFORMATIVO DEL SERVICIO DE PREVENCION DE OSAKIDETZA: RIESGOS GENERALES PARA LOS TRABAJADORES DE OSAKIDETZA: SERVICIO DE PREVENCION, DEFINICIONES, RIESGOS GENERALES DEL MEDIO SANITARIO, RIESGOS ERGONOMICOS, RIESGOS PSICOSOCIALES. CARPETA ROJA DE PREVENCION: ACCIDENTES DE TRABAJO/INCIDENTE, ACTUACIONES A REALIZAR DEL TRABAJADOR Y DEL RESPONSABLE INMEDIATO, ACTUACIONES A REALIZAR ANTE UNA AGRESION. TODO ELLO ESTA PUBLICADO POR EL SERVICIO DE PREVENCION DE OSAKIDETZA.

**TEMA 11:** LA LEY ORGANICA 15/1999 DE 13 DE DICIEMBRE DE PROTECCION DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL. PRINCIPIOS DE LA PROTECCION DE DATOS. DERECHOS DE LAS PERSONAS. (ARTICULO 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, Y 19)

**BIBLIOGRAFIA:** LA LEY ORGANICA 15/1999 DE 13 DE DICIEMBRE DE PROTECCION DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL. PRINCIPIOS DE LA PROTECCION DE DATOS. DERECHOS DE LAS PERSONAS. (ARTICULO 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 Y 12).

**TEMA 12:** LINEAS ESTRATEGICAS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD 2013-2016

**BIBLIOGRAFIA:** LINEAS ESTRATEGICAS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD 2013-2016

[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_informes\\_estudio/es\\_pub/adjuntos/lineas\\_estrategicas\\_%20castellano.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/lineas_estrategicas_%20castellano.pdf)

**TEMA 13:** PLAN DE SALUD.POLITICAS DE SALUD PARA EUSKADI 2013/2020

**BIBLIOGRAFIA:** PLAN DE SALUD.POLITICAS DE SALUD PARA EUSKADI 2013/2020

[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_informes\\_estudio/es\\_pub/adjuntos/plan\\_salud\\_2013\\_2020.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/plan_salud_2013_2020.pdf)

**TEMA 14:** LINEAS ESTRATEGICAS Y PLANES DE ACCION DE OSAKIDETZA 2013-2016

**BIBLIOGRAFIA: LINEAS ESTRATEGICAS Y PLANES DE ACCION DE OSAKIDETZA 2013-2016**

[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk\\_publicaciones/es\\_publicaciones/adjuntos/estrategia/lineasEstrategicasOsakidetza.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publicaciones/adjuntos/estrategia/lineasEstrategicasOsakidetza.pdf)

**TEMA 15: ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN OSAKIDETZA 2013-2016**

**BIBLIOGRAFIA: ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN OSAKIDETZA 2013-2016**

[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk\\_publicaciones/es\\_publicaciones/adjuntos/publica/SeguridadPacienteEs.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publicaciones/adjuntos/publica/SeguridadPacienteEs.pdf)

**TEMA 16: LINEAS ESTRATEGICAS DE ATENCION SOCIOSANITARIA DE EUSKADI 2013-2016**

**BIBLIOGRAFIA: LINEAS ESTRATEGICAS DE ATENCION SOCIOSANITARIA DE EUSKADI 2013-2016**

[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_informes\\_estudio/es\\_publicaciones/adjuntos/lineasEstrategicasSociosanitariasEs.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_publicaciones/adjuntos/lineasEstrategicasSociosanitariasEs.pdf)

**TEMA 17: 2º PLAN DE NORMALIZACION DEL USO DEL EUSKERA EN OSAKIDETZA 2013-2019**

**BIBLIOGRAFIA: 2º PLAN DE NORMALIZACION DEL USO DEL EUSKERA EN OSAKIDETZA 2013-2019**

[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_euskara/es\\_publicaciones/adjuntos/euskararenPlanaEs.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_euskara/es_publicaciones/adjuntos/euskararenPlanaEs.pdf)

langile abertzaleen batzordeak

## TEMA 1

### LA LEY DE ORDENACION SANITARIA DE EUSKADI: CONFIGURACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO DE EUSKADI, PRINCIPIOS INFORMADORES Y PRINCIPIOS PROGRAMÁTICOS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO. DERECHO Y DEBERES DE LOS CIUDADANOS.

**BIBLIOGRAFÍA: ARTÍCULOS 5, 6, 8, 10 Y 11 DE LA LEY 8/1997, DE 26 DE JUNIO, DE ORDENACION SANITARIA DE EUSKADI.**

**Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación sanitaria de Euskadi.**

#### TÍTULO II.

#### SISTEMA SANITARIO DE EUSKADI.

#### CAPÍTULO I.

#### ORDENACIÓN.

**Artículo 5.** Configuración del sistema sanitario de Euskadi.

Para llevar a cabo una adecuada organización y ordenación de las actuaciones que competen a la Administración sanitaria vasca, se crea el sistema sanitario de Euskadi, que tiene como objetivo último el mantenimiento, la recuperación y mejora del nivel de salud de la población y que está configurado con un carácter integral por todos los recursos sanitarios públicos de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

**Artículo 6.** Principios informadores.

Informan el sistema sanitario de Euskadi los principios de universalidad, solidaridad, equidad, calidad de los servicios y participación ciudadana. Las directrices de política sanitaria, y los objetivos de salud respecto a los cuales se formulen, se ajustarán a dichos principios, persiguiendo una constante adecuación de la planificación de las actuaciones y de los recursos a las necesidades sanitarias de la población.

**Artículo 8.** Principios programáticos de organización y funcionamiento.

Constituyen principios programáticos de organización y funcionamiento del sistema sanitario de Euskadi:

- a. La consideración de la persona como objetivo fundamental del sistema, que, garantizando el respeto a su personalidad e intimidad, propiciará su capacidad de elección y el acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad efectiva.
- b. La participación ciudadana tanto en la formulación de los planes y objetivos generales como en el seguimiento y evaluación final de los resultados de su ejecución.
- c. La concepción integral del sistema en la planificación de actuaciones y en su orientación unitaria hacia el conjunto definido por las facetas sanitarias de promoción, prevención, curación y rehabilitación del estado de salud.

- d. La orientación prioritaria de los medios y actuaciones a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.
- e. El desarrollo interno de la organización mediante el principio de separación de los cometidos de regulación y financiación del sistema respecto de la provisión de servicios sanitarios.
- f. La suficiencia del marco de financiación pública del catálogo de prestaciones sanitarias que asegura la Comunidad Autónoma de Euskadi.
- g. La configuración, desarrollo y especialización en las tareas de fijación de objetivos y asignación de recursos para la provisión de servicios sanitarios.
- h. El incremento de los niveles de competencia entre los centros públicos, con observancia de los principios de la gestión eficiente y de calidad.
- i. La responsabilización y participación de los profesionales sanitarios en las decisiones de organización y gestión de los recursos que tengan asignados.
- j. La evaluación continua de los componentes públicos y concertados del sistema sanitario aplicando criterios objetivos y homogéneos.

## **CAPÍTULO II. DERECHOS Y DEBERES CIUDADANOS.**

### **Artículo 10.** Derechos y deberes de carácter instrumental y complementario.

1.El sistema sanitario de Euskadi garantizará el desarrollo y aplicación de todos los derechos y deberes de carácter instrumental y complementario que deriven de la regulación legal del derecho a la protección de la salud, potenciando, entre otros, el máximo respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad de las personas en sus relaciones con los servicios sanitarios, así como la observancia de la obligación de dejar constancia escrita de todo proceso diagnóstico o terapéutico, y de recabar el consentimiento correspondiente, previas las condiciones necesarias de información.

2.El procedimiento de acceso de los ciudadanos a los servicios sanitarios de cobertura pública garantizará el principio de igualdad efectiva y procurará las condiciones organizativas que permitan una progresiva ampliación de la capacidad de elección del ciudadano sobre los servicios y los profesionales sanitarios, así como la información precisa sobre sus derechos y obligaciones.

### **Artículo 11.** Participación ciudadana.

Al objeto de posibilitar la participación ciudadana en el sistema sanitario de Euskadi, reglamentariamente se crearán consejos de participación comunitaria para el ámbito de toda la Comunidad Autónoma y para el ámbito de cada área de salud, atribuyéndoles facultades consultivas y de asesoramiento en la formulación de planes y objetivos generales del sistema, así como en el seguimiento y evaluación final de los resultados de

ejecución. La composición de los mismos deberá observar criterios de representatividad territorial y del sector sanitario, e incorporar a representantes de las Administraciones locales y forales, de los colegios profesionales sanitarios, de las asociaciones de consumidores y usuarios y de los sindicatos y organizaciones empresariales.

## TEMA 2

### **EL ESTATUTO MARCO: OBJETO Y ÁMBITO. NORMAS. PRINCIPIOS Y CRITERIOS DE ORDENACIÓN DEL RÉGIMEN ESTATUTARIO. CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL ESTATUTARIO.**

#### **BIBLIOGRAFÍA: ARTÍCULOS 1, 2, 3, 4 Y CAPÍTULO II DE LA LEY 55/2003, DE 16 DE DICIEMBRE, DEL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.**

**Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.**

#### **CAPÍTULO I. NORMAS GENERALES.**

##### **Artículo 1.** Objeto.

Esta Ley tiene por objeto establecer las bases reguladoras de la relación funcional especial del personal estatutario de los servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, a través del Estatuto Marco de dicho personal.

##### **Artículo 2.** Ámbito de aplicación.

1. Esta Ley es aplicable al personal estatutario que desempeña su función en los centros e instituciones sanitarias de los servicios de salud de las comunidades autónomas o en los centros y servicios sanitarios de la Administración General del Estado.
2. En lo no previsto en esta Ley, en las normas a que se refiere el **artículo siguiente**, o en los pactos o acuerdos regulados en el **capítulo XIV (1\*)**, serán aplicables al personal estatutario las disposiciones y principios generales sobre función pública de la Administración correspondiente.
3. Lo previsto en esta Ley será de aplicación al personal sanitario funcionario y al personal sanitario laboral que preste servicios en los centros del Sistema Nacional de Salud gestionados directamente por entidades creadas por las distintas comunidades autónomas para acoger los medios y recursos humanos y materiales procedentes de los procesos de transferencias del Insalud, en todo aquello que no se oponga a su normativa específica de aplicación y si así lo prevén las disposiciones aplicables al personal funcionario o los convenios colectivos aplicables al personal laboral de cada comunidad autónoma.

(1\*) CAPÍTULO XIV.

REPRESENTACIÓN, PARTICIPACIÓN Y NEGOCIACIÓN COLECTIVA.

**Artículo 78.** Criterios generales.

Resultarán de aplicación al personal estatutario, en materia de representación, participación y negociación colectiva para la determinación de sus condiciones de trabajo, las normas generales contenidas en la **Ley 9/1987, de 12 de junio, de órganos de representación determinación de las condiciones de trabajo, y participación del personal al servicio de las Administraciones Públicas**, y disposiciones de desarrollo, con las peculiaridades que se establecen en esta Ley.

**Artículo 79.** Mesas sectoriales de negociación.

1. La negociación colectiva de las condiciones de trabajo del personal estatutario de los servicios de salud se efectuará mediante la capacidad representativa reconocida a las organizaciones sindicales en la **Constitución** y en la **Ley orgánica 11/1985, de 2 de agosto, de Libertad Sindical. (2\*)**

(2\*) **Ley Orgánica 11/1985, de 2 de agosto, de Libertad Sindical**

DE LA REPRESENTATIVIDAD SINDICAL

**Artículo 6.**

1. La mayor representatividad sindical reconocida a determinados sindicatos les confiere una singular posición jurídica a efectos, tanto de participación institucional como de acción sindical.

2. Tendrán la consideración de sindicatos mas representativos a nivel estatal:

a. Los que acrediten una especial audiencia, expresada en la obtención, en dicho ámbito del 10 % o mas del total de delegados de personal de los miembros de los comités de empresa y de los correspondientes órganos de las Administraciones Públicas.

b. Los sindicatos o entes sindicales, afiliados, federados o confederados a una organización sindical de ámbito estatal que tenga la consideración de más representativa de acuerdo con lo previsto en la letra a).

3. Las organizaciones que tengan la consideración de sindicato mas representativo según el número anterior, gozarán de capacidad representativa a todos los niveles territoriales y funcionales para:

a. Ostentar representación institucional ante las Administraciones Públicas u otras entidades y organismos de carácter estatal o de Comunidad Autónoma que la tengan prevista.

b. La negociación colectiva, en los términos previstos en el Estatuto de los trabajadores.

c. Participar como interlocutores en la determinación de las condiciones de trabajo en las Administraciones Públicas a través de los oportunos procedimientos de consulta o negociación.

- d. Participar en los sistemas no jurisdiccionales de solución de conflictos de trabajo.
- e. Promover elecciones para delegados de personal y comités de empresa y órganos correspondientes de las Administraciones Públicas.
- f. Obtener cesiones temporales del uso de inmuebles patrimoniales públicos en los términos que se establezcan legalmente.
- g. Cualquier otra función representativa que se establezca.

#### **Artículo 7.**

1. Tendrán la consideración de sindicatos más representativos a nivel de Comunidad Autónoma:

- a. Los sindicatos de dicho ámbito que acrediten en el mismo una especial audiencia expresada en la obtención de, al menos, el 15 % de los delegados de personal y de los representantes de los trabajadores en los comités de empresa, y en los órganos correspondientes de las Administraciones Públicas, siempre que cuenten con un mínimo de 1.500 representantes y no estén federados o confederados con organizaciones sindicales de ámbito estatal.
- b. Los sindicatos o entes sindicales afiliados, federados o confederados a una organización sindical de ámbito de Comunidad Autónoma que tenga la consideración de más representativa de acuerdo con lo previsto en la letra a).

Estas organizaciones gozarán de capacidad representativa para ejercer en el ámbito específico de la Comunidad Autónoma las funciones y facultades enumeradas en el **número 3 del artículo anterior**, así como la capacidad para ostentar representación institucional ante las Administraciones Públicas u otras entidades u organismos de carácter estatal.

Las organizaciones sindicales que aún no teniendo la consideración de más representativas hayan obtenido, en un ámbito territorial y funcional específico, el 10 % o más de delegados de personal y miembros de comité de empresa y de los correspondientes órganos de las Administraciones Públicas, estarán legitimadas para ejercitar, en dicho ámbito funcional y territorial, las funciones y facultades a que se refieren los **apartados b), c), d), e) y g) del número 3 del artículo 6**. De acuerdo con la normativa aplicable a cada caso.

2. En el ámbito de cada servicio de salud se constituirá una mesa sectorial de negociación, en la que estarán presentes los representantes de la correspondiente Administración pública o servicio de salud y las organizaciones sindicales más representativas en el nivel estatal y de la comunidad autónoma, así como las que hayan obtenido el 10 % o más de los representantes en la elecciones para delegados y juntas de personal en el servicio de salud.

#### **Artículo 80. Pactos y acuerdos.**

1. 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.

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

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

**2. Deberán ser objeto de negociación, en los términos previstos en el capítulo III de la Ley 9/1987, de 12 de junio (3\*) las siguientes materias:**

### **(3\*) CAPÍTULO III.**

#### **DE LA NEGOCIACIÓN COLECTIVA Y LA PARTICIPACIÓN EN LA DETERMINACIÓN DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO**

Capítulo III redactado por el artículo único de la Ley 7/1990, 19 julio, sobre negociación colectiva y participación en la determinación de las condiciones de trabajo de los empleados públicos («B.O.E.» 20 julio).

#### **Artículo 32**

Serán objeto de negociación en su ámbito respectivo y en relación con las competencias de cada Administración Pública las materias siguientes:

- **a)** El incremento de retribuciones de los funcionarios y del personal estatutario de las Administraciones Públicas que proceda incluir en el Proyecto de Presupuestos Generales del Estado de cada año, así como el incremento de las demás retribuciones a establecer, para su respectivo personal, en los proyectos normativos correspondientes de ámbito autonómico y local.
- **b)** La determinación y aplicación de las retribuciones de los funcionarios públicos.
- **c)** La preparación y diseño de los planes de oferta de empleo público.
- **d)** La clasificación de puestos de trabajo.
- **e)** La determinación de los programas y fondos para la acción de promoción interna, formación y perfeccionamiento.
- **f)** La determinación de las prestaciones y pensiones de las clases pasivas y, en general, todas aquellas materias que afecten de algún modo, a la mejora de las condiciones de vida de los funcionarios jubilados.
- **g)** Los sistemas de ingreso, provisión y promoción profesional de los funcionarios públicos.
- **h)** Las propuestas sobre derechos sindicales y de participación.
- **i)** Medidas sobre salud laboral.
- **j)** Todas aquellas materias que afecten, de algún modo, al acceso a la Función Pública, Carrera administrativa, retribuciones y Seguridad Social, o a las condiciones de trabajo de los funcionarios públicos y cuya regulación exija norma con rango de Ley.
- **k)** Las materias de índole económica, de prestación de servicios sindical, asistencial, y en general cuantas otras afecten a las condiciones de trabajo y al ámbito de relaciones de los funcionarios públicos y sus Organizaciones Sindicales con la Administración.

### **Artículo 33**

El proceso de negociación se abrirá, con carácter anual, en la fecha que de común acuerdo fijen el Gobierno u órganos de gobierno de las restantes Administraciones Públicas y los Sindicatos más representativos a nivel estatal y de Comunidad Autónoma, según lo dispuesto en los [artículos 6 y 7 de la Ley Orgánica 11/1985, de 2 de agosto](#), de Libertad Sindical, y comprenderá, de entre las materias relacionadas en el artículo anterior, las que ambas partes estimen oportuno.

### **Artículo 34**

1. Quedan excluidas de la obligatoriedad de la negociación, en su caso, las decisiones de las Administraciones Públicas que afecten a sus potestades de organización, al ejercicio de los derechos de los ciudadanos ante los funcionarios públicos y al procedimiento de formación de los actos y disposiciones administrativos.

2. Cuando las consecuencias de las decisiones de las Administraciones Públicas que afecten a sus potestades de organización puedan tener repercusión sobre las condiciones de trabajo de los funcionarios públicos, procederá la consulta a las Organizaciones Sindicales y Sindicatos a que hacen referencia los artículos 30 y 31.2 de la presente Ley.

### **Artículo 3.** Normas sobre personal estatutario.

En desarrollo de la normativa básica contenida en esta Ley, el Estado y las comunidades autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias, aprobarán los estatutos y las demás normas aplicables al personal estatutario de cada servicio de salud.

Para la elaboración de dichas normas, cuyas propuestas serán objeto de negociación en las mesas correspondientes en los términos establecidos en el [capítulo III de la Ley 9/1987, de 12 de junio, de órganos de representación determinación de las condiciones de trabajo, y participación del personal al servicio de las Administraciones Públicas](#), los órganos en cada caso competentes tomarán en consideración los principios generales establecidos en el artículo siguiente, las peculiaridades propias del ejercicio de las profesiones sanitarias, y las características organizativas de cada servicio de salud y de sus diferentes centros e instituciones.

### **Artículo 4.** Principios y criterios de ordenación del régimen estatutario.

La ordenación del régimen del personal estatutario de los servicios de salud se rige por los siguientes principios y criterios:

- a. Sometimiento pleno a la Ley y el derecho.
- b. Igualdad, mérito, capacidad y publicidad en el acceso a la condición de personal estatutario.
- c. Estabilidad en el empleo y en el mantenimiento de la condición de personal estatutario fijo.
- d. Libre circulación del personal estatutario en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

- e. Responsabilidad en el ejercicio profesional y objetividad como garantías de la competencia e imparcialidad en el desempeño de las funciones.
- f. Planificación eficiente de las necesidades de recursos y programación periódica de las convocatorias.
- g. Integración en el régimen organizativo y funcional del servicio de salud y de sus centros e instituciones.
- h. Incorporación de los valores de integridad, neutralidad, transparencia en la gestión, deontología y servicio al interés público y a los ciudadanos, tanto en la actuación profesional como en las relaciones con los usuarios.
- i. Dedicación prioritaria al servicio público y transparencia de los intereses y actividades privadas como garantía de dicha preferencia.
- j. Coordinación, cooperación y mutua información entre las Administraciones sanitarias públicas.
- k. Participación de las organizaciones sindicales en la determinación de las condiciones de trabajo, a través de la negociación en las mesas correspondientes.

## **CAPÍTULO II. CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL ESTATUTARIO.**

### **Artículo 5.** Criterios de clasificación del personal estatutario.

El personal estatutario de los servicios de salud se clasifica atendiendo a la función desarrollada, al nivel del título exigido para el ingreso y al tipo de su nombramiento.

### **Artículo 6.** Personal estatutario sanitario.

1. Es personal estatutario sanitario el que ostenta esta condición en virtud de nombramiento expedido para el ejercicio de una profesión o especialidad sanitaria.
2. Atendiendo al nivel académico del título exigido para el ingreso, el personal estatutario sanitario se clasifica de la siguiente forma:
  - a. Personal de formación universitaria: quienes ostentan la condición de personal estatutario en virtud de nombramiento expedido para el ejercicio de una profesión sanitaria que exija una concreta titulación de carácter universitario, o un título de tal carácter acompañado de un título de especialista. Este personal se divide en:
    1. Licenciados con título de especialista en Ciencias de la Salud.
    2. Licenciados sanitarios.
    3. Diplomados con título de Especialista en Ciencias de la Salud.
    4. Diplomados sanitarios.

b. Personal de formación profesional: quienes ostenten la condición de personal estatutario en virtud de nombramiento expedido para el ejercicio de profesiones o actividades profesionales sanitarias, cuando se exija una concreta titulación de formación profesional. Este personal se divide en:

1. Técnicos superiores.
2. Técnicos.

#### **Artículo 7.** Personal estatutario de gestión y servicios.

1. Es personal estatutario de gestión y servicios quien ostenta tal condición en virtud de nombramiento expedido para el desempeño de funciones de gestión o para el desarrollo de profesiones u oficios que no tengan carácter sanitario.

2. La clasificación del personal estatutario de gestión y servicios se efectúa, en función del título exigido para el ingreso, de la siguiente forma:

a. Personal de formación universitaria. Atendiendo al nivel del título requerido, este personal se divide en:

1. Licenciados universitarios o personal con título equivalente.
2. Diplomados universitarios o personal con título equivalente.

b. Personal de formación profesional. Atendiendo al nivel del título requerido, este personal se divide en:

1. Técnicos superiores o personal con título equivalente.
2. Técnicos o personal con título equivalente.

c. Otro personal: categorías en las que se exige certificación acreditativa de los años cursados y de las calificaciones obtenidas en la Educación Secundaria Obligatoria, o título o certificado equivalente.

#### **Artículo 8.** Personal estatutario fijo.

Es personal estatutario fijo el que, una vez superado el correspondiente proceso selectivo, obtiene un nombramiento para el desempeño con carácter permanente de las funciones que de tal nombramiento se deriven.

#### **Artículo 9.** Personal estatutario temporal.

1. 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.

Los nombramientos de personal estatutario temporal podrán ser de interinidad, de carácter eventual o de sustitución.

2. El nombramiento de carácter interino se expedirá para el desempeño de una plaza vacante de los centros o servicios de salud, cuando sea necesario atender las correspondientes funciones.

Se acordará el cese del personal estatutario interino cuando se incorpore personal fijo, por el procedimiento legal o reglamentariamente establecido, a la plaza que desempeñe, así como cuando dicha plaza resulte amortizada.

3. El nombramiento de carácter eventual se expedirá en los siguientes supuestos:

a. Cuando se trate de la prestación de servicios determinados de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria.

b. Cuando sea necesario para garantizar el funcionamiento permanente y continuado de los centros sanitarios.

c. Para la prestación de servicios complementarios de una reducción de jornada ordinaria.

Se acordará el cese del personal estatutario eventual cuando se produzca la causa o venza el plazo que expresamente se determine en su nombramiento, así como cuando se supriman las funciones que en su día lo motivaron.

Si se realizaran más de dos nombramientos para la prestación de los mismos servicios por un período acumulado de 12 o más meses en un período de dos años, procederá el estudio de las causas que lo motivaron, para valorar, en su caso, si procede la creación de una plaza estructural en la plantilla del centro.

4. El nombramiento de sustitución se expedirá cuando resulte necesario atender las funciones de personal fijo o temporal, durante los períodos de vacaciones, permisos y demás ausencias de carácter temporal que comporten la reserva de la plaza.

Se acordará el cese del personal estatutario sustituto cuando se reincorpore la persona a la que sustituya, así como cuando ésta pierda su derecho a la reincorporación a la misma plaza o función.

5. Al personal estatutario temporal le será aplicable, en cuanto sea adecuado a la naturaleza de su condición, el régimen general del personal estatutario fijo.

### TEMA 3

## LOS ESTATUTOS SOCIALES DEL ENTE PÚBLICO OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD: DEFINICIÓN. DOMICILIO. FINES.

**BIBLIOGRAFÍA: ARTÍCULOS 1, 2 Y 3 DEL DECRETO 255/1997, DE 11 DE NOVIEMBRE, POR EL QUE SE ESTABLECEN LOS ESTATUTOS SOCIALES DEL ENTE PÚBLICO OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD.**

### ESTATUTOS SOCIALES DEL ENTE PÚBLICO

#### «OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD»

#### CAPÍTULO PRIMERO.—

#### DISPOSICIONES GENERALES

##### *Artículo 1.— Definición.*

De conformidad con la Ley de Ordenación sanitaria de Euskadi, el Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud es el Ente Institucional de la Comunidad Autónoma, de naturaleza pública y bajo la calificación de Ente Público de Derecho Privado, cuyo objeto o finalidad es la provisión de servicios sanitarios a través de las organizaciones públicas de servicios sanitarios dependientes del mismo.

##### *Artículo 2.— Domicilio.*

El domicilio del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud es el que tenga como sede oficial su organización central de administración y gestión corporativa, correspondiendo al Consejo de Administración del Ente su fijación o traslado, así como la de los domicilios correspondientes a las organizaciones de servicios sanitarios del Ente en aquellos lugares en que se desenvuelvan sus funciones.

##### *Artículo 3.— Fines.*

En desarrollo de su objeto, el Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud perseguirá a través de todas sus organizaciones los fines de interés general que a continuación se enumeran:

- a) Ejecutar la provisión del servicio público sanitario en la Comunidad Autónoma de Euskadi mediante las prestaciones de asistencia primaria y especializada que sean objeto de aseguramiento y contratación pública, así como mediante su participación en los programas públicos que se establezcan de promoción de la salud, prevención de enfermedades, asistencia sanitaria y rehabilitación. Asimismo podrá participar, en las condiciones que se establezcan, en programas de asistencia sociosanitaria.
- b) Proporcionar a las personas que accedan a sus servicios las condiciones necesarias para el pleno ejercicio de sus derechos y deberes de carácter instrumental o complementario, promoviendo especialmente la mejora continua de los niveles de información, la personalización en la atención y la calidad de la misma.

c) Promover la docencia en ciencias de la salud, así como las actividades de investigación, estudio y divulgación relacionadas con las mismas, de acuerdo con las líneas estratégicas y programas que establezca el Departamento de Sanidad y con la colaboración que se establezca con Universidades y demás instituciones competentes en la materia.

d) Promover la formación y actualización de los conocimientos especializados que requiere su personal sanitario y no sanitario, tanto en el campo específico de la salud como en los de la gestión y administración sanitarias.

e) Promocionar el desarrollo de sus recursos sanitarios a través de acciones y programas propios o en colaboración con otras instituciones, y cualquier otro fin relacionado con su objeto que se acuerde por el Consejo de Administración del Ente Público.



## TEMA 4

### **ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD: RECONOCIMIENTO LEGAL. FACULTADES. RELACIÓN DE ORGANIZACIONES DE SERVICIO SANITARIAS. ÓRGANOS DE DIRECCIÓN, GESTIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS.**

**BIBLIOGRAFÍA: ARTÍCULOS 13 Y 14 DEL DECRETO 255/1997, DE 11 DE NOVIEMBRE, POR EL QUE SE ESTABLECEN LOS ESTATUTOS SOCIALES DEL ENTE PÚBLICO OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD. RELACIÓN DE ORGANIZACIONES DE SERVICIOS SANITARIOS: DISTINTOS ACUERDOS POR LA QUE MODIFICAN SUS DENOMINACIONES, SIENDO EL ÚLTIMO EL DE 3 DE OCTUBRE DE 2011.**

#### **ORGANIZACIONES DE SERVICIOS**

##### *Artículo 13.— Reconocimiento legal.*

1.— De conformidad con el artículo 23.1 de la Ley de Ordenación sanitaria, las organizaciones de servicios sanitarios dependientes del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud realizarán la actividad de provisión de servicios sanitarios, actuando a tal efecto bajo el principio de autonomía económico-financiera y de gestión.

2.— Cada organización de servicios sanitarios dependiente del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud tendrá definido su objeto de actividad o ámbito de actuación sanitaria de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Ordenación sanitaria de Euskadi.

##### *Artículo 14.— Facultades de las organizaciones de servicios.*

1.— Corresponde a cada organización de servicios del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud el ejercicio de todas las facultades de gestión y administración que se requieran para el ejercicio de la actividad de provisión de servicios sanitarios que tengan encomendada, quedando excluidas únicamente aquellas facultades de gestión centralizada que los presentes Estatutos atribuyen expresamente a la organización central del Ente Público, así como las competencias propias de otras instancias de acuerdo con las Leyes y Reglamentos vigentes.

2.— De acuerdo con las funciones que le atribuyen estos Estatutos, el Consejo de Administración del Ente Público, al objeto de preservar los criterios de eficacia y eficiencia en la gestión, adoptará las medidas de intervención que considere necesarias sobre las organizaciones de servicios, pudiendo suspender temporalmente, y con carácter total o parcial, las facultades de gestión que tienen atribuidas las organizaciones de servicios del Ente Público.

Dichas medidas deberán adoptarse, en su caso, mediante resolución que refleje expresamente el tiempo de duración de la intervención, los órganos a los que corresponderá interinamente el ejercicio de las facultades suspendidas y las demás

medidas ejecutivas y cautelares que se requieran para el restablecimiento de una situación ordinaria en los servicios.

### **Artículo 15.— Régimen orgánico y funcional.**

1.— Al frente de cada organización de servicios sanitarios del Ente Público se encontrará un Director-Gerente, considerado como cargo directivo sujeto al régimen del artículo 27 de la Ley de Ordenación sanitaria, al que le corresponderá:

a) Ostentar la representación oficial de la organización y ejercer la autoridad directa dentro de la misma, todo ello de acuerdo con las facultades encomendadas a la organización correspondiente.

b) Suscribir el contrato-programa en representación de la organización respectiva, así como aprobar la propuesta que corresponde formular a cada organización sobre su presupuesto individualizado y sus planes de gestión a corto y medio plazo.

c) Dirigir, impulsar y coordinar la organización, gestión, evaluación y control interno de los servicios sanitarios y de administración correspondientes a su organización, velando por el cumplimiento de los objetivos asignados.

d) Dirigir e impulsar la investigación, docencia y formación en el seno de su organización.

e) Ostentar la jefatura de personal en su organización y ejercer al respecto las competencias de contratación y de gestión en materia de personal de Osakidetza, así como ejercer la potestad disciplinaria, todo ello sin perjuicio de las facultades que expresamente se encuentran atribuidas en estos Estatutos a otras instancias.

f) Ejercer las facultades que le correspondan como órgano de contratación, de acuerdo con el régimen que se establece en los presentes Estatutos para la contratación de obras, bienes y servicios en el Ente Público.

2.— Para el desarrollo de sus funciones el Director-Gerente podrá contar con el apoyo de un equipo directivo, cuyos miembros estarán sujetos al régimen previsto en el artículo 27 de la Ley de Ordenación sanitaria de Euskadi, delimitándose su número en función de las necesidades que deriven de la complejidad y volumen de actividad, la estrategia de eficiencia en la organización y las plantillas correspondientes. Además del Director-Gerente, las organizaciones de servicios sanitarios del Ente Público podrán contar con un máximo de hasta cinco cargos directivos.

Los cargos directivos podrán asumir las funciones y tareas que les sean delegadas por el Director-Gerente, realizando en todo caso el seguimiento y supervisión de las actividades de los servicios y unidades que dependan de los mismos. Asimismo se designará la Dirección que asumirá las funciones del Director-Gerente en caso de ausencia, vacante o enfermedad, con atribución, en su caso, a la Dirección Médica correspondiente.

Con carácter ordinario, a la Dirección Médica le corresponderán las siguientes atribuciones:

- a) Presidir los Consejos Técnicos de participación profesional y promover su eficaz funcionamiento.
- b) Dirigir, coordinar y evaluar las actividades clínico-asistenciales, auditar su nivel de calidad y proponer las medidas que sean oportunas para su mejora.
- c) Promover y supervisar las actividades de docencia e investigación del personal Facultativo.

3.— Para el desarrollo de funciones de propuesta y asesoramiento, así como de participación en las organizaciones de servicios, existirá un Consejo de Dirección en cada organización, integrado por el equipo directivo, las jefaturas de unidad que se determinen y una representación de los vocales electos que formen parte de los Consejos Técnicos de participación profesional respectivos.

Dicho Consejo de Dirección tendrá conocimiento de los asuntos de carácter general que afecten a la organización y, en particular, de los planes estratégicos y de los planes de gestión anual de la organización, de la correspondiente negociación del contrato-programa y de las evoluciones que se produzcan en cuanto a la articulación progresiva de unidades para la gestión clínica.

4.— De acuerdo con los criterios que se establezcan por el Consejo de Administración del Ente Público, en todas las organizaciones de servicios del mismo existirán Consejos Técnicos como órganos de asesoramiento y participación de los profesionales en la gestión de la organización, integrados por vocales electos de entre los profesionales que prestan sus servicios en la organización respectiva y con funciones que desarrollarán en el marco del Plan estratégico de la organización en los siguientes ámbitos: a) Formulación de las políticas de calidad asistencial, así como las relativas a la mejora de la organización y su funcionamiento.

- b) Valoración de nuevas estrategias asistenciales, diagnósticas y terapéuticas.
- c) Propuesta de líneas de actuación en materia de investigación, docencia y formación.
- d) Designación de los miembros que deberán formar parte del Consejo de Dirección en representación del Consejo Técnico.

## **ACUERDOS DE OSAKIDETZA SOBRE MODIFICACIÓN DE DENOMINACIONES DE ORGANIZACIONES DE SERVICIOS**

### **CREACIÓN DE LA RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA**

**ACUERDO de 17 de febrero de 2010, del Consejo de Administración del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, por el que se crea, en el área sanitaria de Bizkaia, la organización de servicios sanitarios denominada Red de salud mental de Bizkaia y se suprimen las organizaciones de servicios sanitarios Hospital**

## **de Bermeo, Hospital de Zaldibar, Hospital de Zamudio y Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia.**

La atención a las personas con un trastorno mental sigue en la CAPV las directrices derivadas de:

- Plan Estratégico de Salud Mental (1983).
- Ley General de Sanidad (1986).
- Informe del Ararteko sobre la atención comunitaria de la enfermedad mental en la CAPV (2000).
- Plan Estratégico de Salud Mental (2004-2008).
- Estrategia Europea/Libro Verde Salud Mental Europa (2005).
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2007).
- Estrategia en Salud Mental 2009 (ESM- 2009). Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi (2009).

Dichas directrices enuncian un modelo de atención comunitario, es decir, de integración y normalización de los servicios asistenciales de salud mental en la red sanitaria general, de apoyo a la integración social y normalización de la población afectada y de coordinación con los recursos socio-sanitarios.

El modelo propuesto trata de adaptarse al del Plan Estratégico de Salud Mental para el Territorio de Bizkaia, ante la poca factibilidad, en la actualidad, de que cada sector integre todos los diferentes dispositivos asistenciales (unidades de agudos de los hospitales generales) en una única organización.

El nuevo modelo responde a otros objetivos genéricos del Plan Estratégico como son:

- Ordenación del medio hospitalario.
- Reconversión de recursos hospitalarios en estructuras alternativas.
- Impulso y normalización de los programas de rehabilitación.

Por otra parte, la gestión de un presupuesto único debe de propiciar una mayor eficiencia en el uso de los recursos y posibilitar el desarrollo de liderazgos técnicos y un despliegue de las unidades de gestión clínica.

Tal situación hace necesaria la implantación práctica de procesos de actuación y gestión unificada de determinados servicios, obedeciendo a razones de mejora de la calidad asistencial y de economía y ahorro de recursos, para los que resulta necesario dotarles de la suficiente cobertura jurídica.

Del análisis de la situación actual se puede concluir que el modelo organizativo vigente basado en cuatro Organizaciones de Servicios ha sido superado al haberse constatado la necesidad de avanzar hacia una definitiva integración de todos los recursos humanos, materiales y organizativos que pertenecían separadamente a las organizaciones de servicios sanitarios identificadas como «Hospital de Bermeo», «Hospital de Zaldibar», «Hospital de Zamudio» y «Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia», en una nueva organización de servicios sanitarios que se denominará «Red de Salud Mental de Bizkaia».

EL artículo 4.2 de los Estatutos Sociales del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, aprobados por Decreto 255/1997, de 11 de noviembre, establece lo siguiente:

«En Anexo II al presente Decreto se determinan las organizaciones de servicios del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud que se entenderán constituidas a la fecha de inicio de sus actividades. En lo sucesivo, se podrán reorganizar los recursos adscritos al Ente Público mediante la modificación, fusión o segregación de las organizaciones de servicios existentes, pudiéndose adoptar dichas medidas por acuerdo del Consejo de Administración del Ente Público y de acuerdo con lo que al efecto dispone el artículo 22.2 de la Ley de Ordenación sanitaria de Euskadi.»

Por otro lado, el artículo 8.5.c), de los Estatutos señala: «Corresponde al Consejo de Administración Aprobar a propuesta del Director General, las medidas de reorganización de los recursos adscritos al Ente Público en cuanto a configuración de sus organizaciones de servicios sanitarios».

En el mismo cuerpo legal el artículo 9 recoge «Corresponde a la Dirección General, en relación con las organizaciones de servicios sanitarios dependientes del Ente Público, atribuciones directivas principales de control, coordinación estratégica, apoyo y ejecución de las facultades de gestión que se establecen de acuerdo con los presentes Estatutos».

Por todo lo expuesto, constatando la cobertura legal citada, el Consejo de Administración del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, al amparo de lo dispuesto en el artículo 4.2 de los Estatutos Sociales, adopta el siguiente

#### ACUERDO

Primero.- Se suprimen en el Área Sanitaria de Bizkaia las organizaciones de servicios «Hospital de Bermeo», «Hospital de Zaldibar», «Hospital de Zamudio» y «Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia», quedando sus recursos humanos, materiales y organizativos integrados en una nueva organización de servicios sanitarios que se crea por el presente Acuerdo y que se denominará «Red de Salud Mental de Bizkaia».

Segundo.- La organización de servicios sanitarios «Red de Salud Mental de Bizkaia» tendrá la siguiente estructura directiva, dentro de las previsiones del artículo 15.2 de los Estatutos Sociales:

- Director- Gerente.
- Dirección Médica
- Dirección de Enfermería
- Dirección de Gestión Económica
- Dirección de Recursos Humanos

Tercero.- El Consejo de Dirección de la organización de servicios sanitarios «Red de Salud Mental de Bizkaia» estará integrado por los cargos de su estructura directiva y estará asistido por un secretario que tendrá voz pero sin voto. La composición del Consejo de Dirección podrá ampliarse a las Jefaturas de Unidad que se determinen tras la fusión y a los vocales electos que formen parte del nuevo Consejo técnico que surja tras el proceso electivo correspondiente.

Cuarto.- A partir del ejercicio 2010 las relaciones económico-financieras y programáticas que las organizaciones de servicios sanitarios referidas mantienen con el Departamento de Sanidad y Consumo se incorporarán en un único Contrato-Programa con la organización «Red de Salud Mental de Bizkaia».

Quinto.- Se faculta expresamente al Director General del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud para dictar las resoluciones necesarias para la efectiva unificación en la organización «Red de Salud Mental de Bizkaia « de las plantillas de personal así como de los servicios administrativos (de recursos humanos, económicos, presupuestarios y contables) y asistenciales actualmente existentes en las organizaciones de servicios sanitarios que se suprimen. Asimismo, procederá al cese de los cargos directivos de designación de las organizaciones de servicios que se suprimen, así como al nombramiento de los correspondientes a la «Red de Salud Mental de Bizkaia », con las excepciones que prevé el presente Acuerdo.

Sexto.- En lo que se refiere a materias presupuestarias y de adscripción de personal deberá procederse a la culminación del proceso de integración en un plazo máximo que finalizará el 31 de diciembre de 2010.

Séptimo.- Se actualiza, con efectos desde la fecha del presente Acuerdo, la relación de organizaciones de servicios del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud, de conformidad con lo que se determina en su Anexo.

Octavo.- El presente Acuerdo será objeto de publicación en el Boletín Oficial del País Vasco.

Vitoria-Gasteiz, a 17 de febrero de 2010.

El Presidente,

JAVIER RAFAEL BENGOA RENTERÍA.

#### **ANEXO**

#### **RELACION DE ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DEL ENTE PUBLICO «OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD»**

##### **AMBITO TERRITORIAL DE LA COMUNIDAD AUTONOMA:**

- 1.- Dirección General del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
- 2.- Emergencias (Unidades Territoriales de Emergencias).
- 3.- Centro Vasco de Transfusiones y Tejidos Humanos.
- 4.- OSATEK, S.A.

##### **AMBITO TERRITORIAL DEL AREA DE SALUD DE ALAVA:**

- 1.- Hospital Txagorritxu.
- 2.- Hospital Santiago.
- 3.- Hospital Leza.
- 4.- Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Araba.
- 5.- Comarca Araba.

##### **AMBITO TERRITORIAL DEL AREA DE SALUD DE BIZKAIA:**

- 1.- Hospital Cruces
- 2.- Hospital Basurto.
- 3.- Hospital Galdakao-Usansolo.
- 4.- Hospital San Eloy.

- 5.- Hospital Santa Marina.
- 6.- Hospital Gorliz.
- 7.- Red de Salud Mental de Bizkaia.
- 8.- Comarca Bilbao.
- 9.- Comarca Interior.
- 10.- Comarca Uribe.
- 11.- Comarca Ezkerraldea-Enkarterri.

#### AMBITO TERRITORIAL DEL AREA DE SALUD DE GIPUZKOA:

- 1.- Hospital Donostia.
- 2.- Hospital Zumarraga.
- 3.- Hospital Bidasoa.
- 4.- Hospital Mendaro.
- 5.- Hospital Alto Deba.
- 6.- Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa.
- 7.- Comarca Gipuzkoa-Este.
- 8.- Comarca Gipuzkoa-Oeste.

#### **CORRECCIÓN DE ERRORES (RED DE SALUD MENTAL DE BIZKAIA)**

**CORRECCIÓN DE ERRORES del Acuerdo de 17 de febrero de 2010, del Consejo de Administración del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, por el que se crea, en el área sanitaria de Bizkaia, la organización de servicios sanitarios denominada Red de Salud Mental de Bizkaia y se suprimen las organizaciones de servicios sanitarios Hospital de Bermeo, Hospital de Zaldibar, Hospital de Zamudio y Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia.**

El artículo 18.2.b) del Decreto 217/2008, de 23 de diciembre, del Boletín Oficial del País Vasco, establece que los meros errores u omisiones en el texto remitido para su publicación que se infieran claramente del contexto y no constituyan modificación o alteración del sentido de los documentos, pero cuya rectificación se juzgue conveniente para evitar posibles confusiones, se corregirán por la Secretaría del Gobierno y de Relaciones con el Parlamento, a instancia del órgano que haya ordenado la publicación del texto.

Advertidos errores de dicha índole en el texto en euskera del Acuerdo de 17 de febrero de 2010, del Consejo de Administración del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, por el que se crea, en el área sanitaria de Bizkaia, la organización de servicios sanitarios denominada Red de Salud Mental de Bizkaia y se suprimen las organizaciones de servicios sanitarios Hospital de Bermeo, Hospital de Zaldibar, Hospital de Zamudio y Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia publicado en el Boletín Oficial del País Vasco n.º 54, de 22 de marzo de 2010, se procede a su reproducción íntegra:

Acuerdo de 17 de febrero de 2010, del Consejo de Administración del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, por el que se crea, en el área sanitaria de Bizkaia,

la organización de servicios sanitarios denominada Red de Salud Mental de Bizkaia y se suprimen las organizaciones de servicios sanitarios Hospital de Bermeo, Hospital de Zaldibar, Hospital de Zamudio y Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia.

La atención a las personas con un trastorno mental sigue en la CAPV las directrices derivadas de:

- Plan Estratégico de Salud Mental (1983).
- Ley General de Sanidad (1986).
- Informe del Ararteko sobre la atención comunitaria de la enfermedad mental en la CAPV (2000).
- Plan Estratégico de Salud Mental (2004-2008).
- Estrategia Europea/Libro Verde Salud Mental Europa (2005).
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2007).
- Estrategia en Salud Mental 2009 (ESM- 2009). Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi (2009).

Dichas directrices enuncian un modelo de atención comunitario, es decir, de integración y normalización de los servicios asistenciales de salud mental en la red sanitaria general, de apoyo a la integración social y normalización de la población afectada y de coordinación con los recursos socio-sanitarios.

El modelo propuesto trata de adaptarse al del Plan Estratégico de Salud Mental para el Territorio de Bizkaia, ante la poca factibilidad, en la actualidad, de que cada sector integre todos los diferentes dispositivos asistenciales (unidades de agudos de los hospitales generales) en una única organización.

El nuevo modelo responde a otros objetivos genéricos del Plan Estratégico como son:

- Ordenación del medio hospitalario.
- Reconversión de recursos hospitalarios en estructuras alternativas.
- Impulso y normalización de los programas de rehabilitación.

Por otra parte, la gestión de un presupuesto único debe de propiciar una mayor eficiencia en el uso de los recursos y posibilitar el desarrollo de liderazgos técnicos y un despliegue de las unidades de gestión clínica.

Tal situación hace necesaria la implantación práctica de procesos de actuación y gestión unificada de determinados servicios, obedeciendo a razones de mejora de la calidad asistencial y de economía y ahorro de recursos, para los que resulta necesario dotarles de la suficiente cobertura jurídica.

Del análisis de la situación actual se puede concluir que el modelo organizativo vigente basado en cuatro Organizaciones de Servicios ha sido superado al haberse constatado la necesidad de avanzar hacia una definitiva integración de todos los recursos humanos, materiales y organizativos que pertenecían separadamente a las organizaciones de servicios sanitarios identificadas como «Hospital de Bermeo», «Hospital de Zaldibar», «Hospital de Zamudio» y «Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia», en una nueva organización de servicios sanitarios que se denominará «Red de Salud Mental de Bizkaia».

El artículo 4.2 de los Estatutos Sociales del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, aprobados por Decreto 255/1997, de 11 de noviembre, establece lo siguiente:

«En anexo II al presente Decreto se determinan las organizaciones de servicios del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud que se entenderán constituidas a la fecha de inicio de sus actividades. En lo sucesivo, se podrán reorganizar los recursos adscritos al Ente Público mediante la modificación, fusión o segregación de las organizaciones de servicios existentes, pudiéndose adoptar dichas medidas por acuerdo del Consejo de Administración del Ente Público y de acuerdo con lo que al efecto dispone el artículo 22.2 de la Ley de Ordenación sanitaria de Euskadi.»

Por otro lado, el artículo 8.5.c), de los Estatutos señala: «Corresponde al Consejo de Administración Aprobar a propuesta del Director General, las medidas de reorganización de los recursos adscritos al Ente Público en cuanto a configuración de sus organizaciones de servicios sanitarios».

En el mismo cuerpo legal el artículo 9 recoge «Corresponde a la Dirección General, en relación con las organizaciones de servicios sanitarios dependientes del Ente Público, atribuciones directivas principales de control, coordinación estratégica, apoyo y ejecución de las facultades de gestión que se establecen de acuerdo con los presentes Estatutos».

Por todo lo expuesto, constatando la cobertura legal citada, el Consejo de Administración del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, al amparo de lo dispuesto en el artículo 4.2 de los Estatutos Sociales, adopta el siguiente

#### ACUERDO

Primero.- Se suprimen en el Área Sanitaria de Bizkaia las organizaciones de servicios «Hospital de Bermeo», «Hospital de Zaldibar», «Hospital de Zamudio» y «Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia», quedando sus recursos humanos, materiales y organizativos integrados en una nueva organización de servicios sanitarios que se crea por el presente Acuerdo y que se denominará «Red de Salud Mental de Bizkaia».

Segundo.- La organización de servicios sanitarios «Red de Salud Mental de Bizkaia» tendrá la siguiente estructura directiva, dentro de las previsiones del artículo 15.2 de los Estatutos Sociales:

- Director-Gerente.
- Dirección Médica.
- Dirección de Enfermería.
- Dirección de Gestión Económica.
- Dirección de Recursos Humanos.

Tercero.- El Consejo de Dirección de la organización de servicios sanitarios «Red de Salud Mental de Bizkaia» estará integrado por los cargos de su estructura directiva y estará asistido por un secretario que tendrá voz pero sin voto. La composición del Consejo de Dirección podrá ampliarse a las Jefaturas de Unidad que se determinen tras la fusión y a los vocales electos que formen parte del nuevo Consejo técnico que surja tras el proceso electivo correspondiente.

Cuarto.- A partir del ejercicio 2010 las relaciones económico-financieras y programáticas que las organizaciones de servicios sanitarios referidas mantienen con el

Departamento de Sanidad y Consumo se incorporarán en un único Contrato-Programa con la organización «Red de Salud Mental de Bizkaia».

Quinto.- Se faculta expresamente al Director General del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud para dictar las resoluciones necesarias para la efectiva unificación en la organización «Red de Salud Mental de Bizkaia» de las plantillas de personal así como de los servicios administrativos (de recursos humanos, económicos, presupuestarios y contables) y asistenciales actualmente existentes en las organizaciones de servicios sanitarios que se suprimen. Asimismo, procederá al cese de los cargos directivos de designación de las organizaciones de servicios que se suprimen, así como al nombramiento de los correspondientes a la «Red de Salud Mental de Bizkaia», con las excepciones que prevé el presente Acuerdo.

Sexto.- En lo que se refiere a materias presupuestarias y de adscripción de personal deberá procederse a la culminación del proceso de integración en un plazo máximo que finalizará el 31 de diciembre de 2010.

Séptimo.- Se actualiza, con efectos desde la fecha del presente Acuerdo, la relación de organizaciones de servicios del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, de conformidad con lo que se determina en su anexo.

Octavo.- El presente Acuerdo será objeto de publicación en el Boletín Oficial del País Vasco.

Vitoria-Gasteiz, a 17 de febrero de 2010.

El Presidente,

JAVIER RAFAEL BENGEOA RENTERÍA.

ANEXO

RELACIÓN DE ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DEL ENTE PÚBLICO «OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD»

ÁMBITO TERRITORIAL  
DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

- 1.- Dirección General del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
- 2.- Emergencias (Unidades Territoriales de Emergencias).
- 3.- Centro Vasco de Transfusiones y Tejidos Humanos.
- 4.- Osatek, S.A.

ÁMBITO TERRITORIAL DEL ÁREA  
DE SALUD DE ÁLAVA:

- 1.- Hospital Txagorritxu.
- 2.- Hospital Santiago.
- 3.- Hospital Leza.
- 4.- Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Araba.
- 5.- Comarca Araba.

ÁMBITO TERRITORIAL  
DEL ÁREA DE SALUD DE BIZKAIA:

- 1.- Hospital Cruces.
- 2.- Hospital Basurto.
- 3.- Hospital Galdakao-Usansolo.
- 4.- Hospital San Eloy.
- 5.- Hospital Santa Marina.
- 6.- Hospital Gorliz.
- 7.- Red de Salud Mental de Bizkaia.
- 8.- Comarca Bilbao.
- 9.- Comarca Interior.
- 10.- Comarca Uribe.
- 11.- Comarca Ezkerraldea-Enkarterri.

#### ÁMBITO TERRITORIAL

#### DEL ÁREA DE SALUD DE GIPUZKOA:

- 1.- Hospital Donostia.
- 2.- Hospital Zumarraga.
- 3.- Hospital Bidasoa.
- 4.- Hospital Mendaro.
- 5.- Hospital Alto Deba.
- 6.- Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa.
- 7.- Comarca Gipuzkoa-Este.
- 8.- Comarca Gipuzkoa-Oeste.

langile abertzaleen batzordeak

#### **CREACIÓN DE LA RED DE SALUD MENTAL DE ARABA**

**ACUERDO de 7 de octubre de 2010, del Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud, por el que se modifica la denominación del Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Araba.**

De conformidad con el artículo 4 de los Estatutos Sociales del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud, el Consejo de Administración puede modificar la denominación de las organizaciones de servicios, si bien, con posterioridad a la publicación en el BOPV, deberá de comunicarse debidamente a la Dirección de Patrimonio, a fin de que tengan constancia del cambio de denominación, así como al Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, regulado en el Decreto 31/2006, de 21 de febrero, de autorización de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

En base a estas previsiones, el Presidente del Consejo de Administración plantea el cambio de nombre de la organización de servicios actualmente denominada Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Araba por la denominación «Red de Salud Mental de Araba», completándose de esta forma el proceso iniciado en el año 1998 cuando el Hospital Psiquiátrico de Álava y la Red de Salud Mental

Extrahospitalaria de Álava pasaron a ser una misma organización de servicios, con un mismo centro de gasto y un único equipo directivo. De esta forma y por asimilación a otras denominaciones ya existentes, pasa a llamarse «Red de Salud Mental de Araba».

A la vista de esta propuesta, el Consejo de Administración,

ACUERDA:

Primero.- Modificar la actual denominación del Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Araba por la nueva de «Red de Salud Mental de Araba».

Segundo.- Publicar este acuerdo en el Boletín Oficial del País Vasco a los efectos oportunos.

En Vitoria-Gasteiz, a 7 de octubre de 2010.

El Presidente del Consejo de Administración

de Osakidetza-Servicio vasco de salud,

JAVIER RAFAEL BENGOA RENTERÍA.

### **CREACIÓN DE LA OSI-BIDASOA (ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA BIDASOA)**

ACUERDO de 13 de diciembre de 2010, del Consejo de Administración del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud, por el que se crea, en el área sanitaria de Gipuzkoa, la organización sanitaria integrada Bidasoa y se suprime la organización de servicios sanitarios Hospital de Bidasoa y se modifica la organización sanitaria comarca Gipuzkoa-Este.

Tradicionalmente, la asistencia sanitaria pública se viene prestando básicamente a través de dos modalidades organizativas: la atención primaria y la atención especializada. De hecho, las organizaciones de servicios sanitarios de Osakidetza-Servicio vasco de salud se clasifican en Hospitales (para la atención especializada) y Comarcas sanitarias (para la atención primaria).

Se plantea ahora una nueva modalidad organizativa: las Organizaciones Sanitarias Integradas. La integración de la atención, superando la tradicional separación entre primaria y especializada, se ha convertido en una prioridad, especialmente para resolver problemas de las personas con enfermedades crónicas que requieren la atención de múltiples profesionales y servicios.

La integración, en una única organización, de las dos modalidades de atención (primaria y especializada) se plantea como una alternativa a los problemas de ineficiencia en la gestión de recursos y a la pérdida de continuidad en los procesos asistenciales. Se trata de un diseño organizativo que permite afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi.

La integración y coordinación de la atención que reciben las personas desde distintas fuentes de provisión es el objetivo que se persigue con este modelo de organización sanitaria. Se pretende atender a las personas a lo largo de un continuo asistencial de manera que se alcance el objetivo de máxima integración, convirtiendo al paciente, en su concepción integral y no ocasional, en el eje central para la configuración de la organización de los servicios sanitarios.

Y siendo esta la finalidad de las nueva modalidad organizativa, se propone iniciar esta experiencia integrando en una única organización el Hospital de Bidasoa y los Centros

de Salud de Irun Centro, Dunboa y Hondarribi, pertenecientes a la Comarca de Gipuzkoa-Este, con el objetivo de prestar una atención más efectiva y eficiente al colectivo de personas del área geográfica afectada.

Desde el punto de vista de la integración de los servicios, el artículo 4.2 de los Estatutos Sociales del Ente dice expresamente:

«En el anexo II al presente Decreto se determinan las organizaciones de servicios del Ente Público osakidetza-Servicio vasco de salud que se entenderán constituidas a la fecha de inicio de sus actividades. En lo sucesivo, se podrán reorganizar los recursos adscritos al Ente Público mediante la modificación, fusión o segregación de las organizaciones de servicios existentes, pudiéndose adoptar dichas medidas por acuerdo del Consejo de Administración del Ente Público y de acuerdo con lo que al efecto dispone el artículo 22.2 de la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi».

Por tanto, el acuerdo sobre la integración de la organización de servicios Hospital de Bidasoa y de los Centros de Irun Centro, Dunboa y Hondarribi es una decisión que compete al Consejo de Administración del Ente, al amparo de lo dispuesto en los propios Estatutos.

Así mismo, en consonancia con las recomendaciones del Consejo Asesor sobre el Código de Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca, se incorporan determinadas previsiones tendentes a la profesionalización de la función directiva, a la transparencia y a la participación de los profesionales en la gestión de las organizaciones sanitarias.

Dado que se trata de un proyecto de demostración, el modelo de organización de servicios que se plantea, tras un periodo de funcionamiento deberá ser analizado y evaluado por el Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud antes de extenderlo al conjunto de las organizaciones que integran el Ente Público.

Por cuanto antecede, de conformidad con el artículo 4.2 de los Estatutos sociales del Ente se adopta el siguiente

#### ACUERDO

**Primero.**– En el ámbito territorial del área de salud de Gipuzkoa se crea la Organización Sanitaria Integrada Bidasoa.

**Segundo.**– En el ámbito territorial del área de salud de Gipuzkoa se suprime la organización sanitaria Hospital de Bidasoa quedando sus recursos humanos, materiales y organizativos integrados en la Organización Sanitaria Integrada Bidasoa.

**Tercero.**– En el ámbito territorial del área de salud de Gipuzkoa se modifica la Comarca Gipuzkoa-Este, excluyéndose de la misma los Centros de salud de Irun Centro, Dunboa y Hondarribi, cuyos recursos humanos, materiales y organizativos se integran en la Organización Sanitaria Integrada Bidasoa.

**Cuarto.**– La estructura organizativa de la Organización sanitaria Integrada Bidasoa estará compuesta por los siguientes órganos:

Órganos de dirección y gestión:

- a) El Gerente.
- b) El Equipo Directivo de la Gerencia.
- c) El Consejo de Dirección.

– Órganos de participación:

- a) El Consejo Técnico.

**Quinto.**– 1.– La Gerencia es el órgano encargado de dirigir la Organización Sanitaria Integrada Bidasoa bajo la supervisión y control del Consejo de Administración del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud.

2.– Corresponden a la Gerencia las siguientes funciones.

a) Ostentar la representación oficial de la Organización Sanitaria Integrada Bidasoa y ejercer la superior autoridad en los distintos servicios y unidades que lo integran.

b) Aprobar los planes estratégicos de la Organización Sanitaria Integrada Bidasoa, con indicación de los objetivos temporales previstos así como de las inversiones consideradas estratégicas.

c) Aprobar los proyectos que deben desarrollarse por el Equipo de Dirección de la Gerencia.

d) Aprobar el Plan de Gestión Anual.

e) Dirigir, impulsar y coordinar la organización, gestión, provisión, evaluación y control de los servicios y unidades que integran la organización con el fin de conseguir los objetivos asignados.

f) Suscribir anualmente el contrato programa en representación de la Organización Sanitaria Integrada Bidasoa.

g) Aprobar, para su elevación al Consejo de Administración del Ente, los presupuestos, estados financieros provisionales y memoria anual de actividades.

h) Ejercer la jefatura de personal, sin perjuicio de las competencias que los Estatutos del Ente atribuyen a la Organización Central en materia de gestión de recursos humanos.

i) Dirigir e impulsar la investigación, docencia y formación.

j) Aprobar, con carácter previo a su remisión a la Organización Central, la Oferta de empleo Público de la Organización.

k) Aprobar, de acuerdo con los criterios establecidos por el Ente Público, las normas y criterios de carácter organizativo aplicables a los distintos servicios que conforman la Organización Sanitaria Integrada Bidasoa.

l) Gestionar las infraestructuras y medios materiales adscritos a la organización.

m) Aquellas otras funciones que se puedan derivar de su declaración como centro de gestión desconcentrada.

3.– La Gerencia de la Organización Sanitaria Integrada se proveerá mediante procesos en los que se tengan en cuenta los principios de mérito y capacidad, la idoneidad, la publicidad y la concurrencia.

Para acceder a la condición de Gerente será requisito disponer de titulación universitaria y acreditar la capacidad y experiencia exigidas en la convocatoria.

4.– El nombramiento de Gerente se efectuará por el Director General del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud, por periodos de 3 años. Una vez transcurrido dicho periodo, el órgano que lo designó, siempre que consten evaluaciones favorables a su gestión, podrá prorrogar su permanencia en el puesto por otro periodo idéntico. Finalizado este segundo plazo, la Gerencia deberá ser objeto de una nueva convocatoria.

5.– El Gerente de la Organización sanitaria integrada Bidasoa será objeto de evaluación con arreglo a los criterios de eficacia, eficiencia, cumplimiento de legalidad, responsabilidad por la gestión y control de los resultados en función de los objetivos que hayan sido establecidos.

6.– El Gerente percibirá una parte de sus retribuciones en función de los resultados obtenidos por la gestión. Se podrán prever, así mismo, otro tipo de incentivos para premiar la gestión eficiente de la Organización.

**Sexto.**– 1.– El Equipo Directivo que colaborará con la Gerencia en la gestión de la Organización Sanitaria Integrada Bidasoa estará constituido por:

- La Dirección de Coordinación asistencial del área médica.
- La Dirección de coordinación asistencial de enfermería.
- La Dirección económico-financiera.
- La Dirección de personal.

2.– La provisión de los puestos del Equipo Directivo se realizará mediante procesos en los que se tengan en cuenta los principios de mérito y capacidad, la idoneidad, la publicidad y la concurrencia y será requisito disponer de titulación universitaria y acreditar la capacidad y experiencia exigidas en la convocatoria.

3.– El nombramiento de los miembros del equipo directivo se efectuará por el Director General del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud, por periodos de tres años. Una vez transcurrido dicho periodo, el órgano que los designó, siempre que consten evaluaciones favorables a su gestión, podrá prorrogar su permanencia en el puesto por otro periodo idéntico. Finalizado este segundo plazo, los puestos del Equipo directivo deberán ser objeto de una nueva convocatoria.

4.– Los miembros del Equipo Directivo de la Organización Sanitaria Integrada Bidasoa serán objeto de evaluación con arreglo a los criterios de eficacia, eficiencia, cumplimiento de la legalidad, responsabilidad por la gestión y control de los resultados en función de los objetivos que hayan sido establecidos.

5.– Los miembros del Equipo percibirán una parte de sus retribuciones en función de los resultados obtenidos por la gestión. Se podrán prever, así mismo, otro tipo de incentivos para premiar la gestión eficiente de la organización.

6.– Son funciones de la Dirección de coordinación asistencial del área médica:

- a) Presidir el Consejo Técnico de la Organización Sanitaria Integrada Bidasoa.
- b) El seguimiento de las actividades, la evaluación del nivel de calidad de los servicios prestados y la propuesta de las medidas oportunas para su mejora.
- c) Dirigir, coordinar y evaluar las actividades medico-asistenciales.
- d) Promover y supervisar las actividades de docencia e investigación del personal facultativo.
- e) Establecer directrices y coordinar la gestión de los recursos clínicos afectos a los distintos servicios de la organización sanitaria.
- f) Sustituir al Gerente en caso de ausencia, enfermedad o vacante.
- g) Aquellas otras funciones que le sean delegadas por la Gerencia.

7.– Son funciones de la Dirección de Coordinación asistencial de Enfermería:

- a) Dirigir, coordinar y evaluar las actividades de enfermería de la Organización Sanitaria Integrada.
- b) El seguimiento de las actividades de enfermería, la evaluación del nivel de calidad de los servicios prestados y la propuesta de las medidas oportunas para su mejora.
- c) Promover y supervisar las actividades de docencia e investigación del personal de enfermería.

d) Aquellas otras funciones que le sean delegadas por la Gerencia.

8.– Son funciones de la Dirección Económico-Financiera y de la Dirección de Personal aquellas que resulten de la aplicación de la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, del Decreto 255/1997, de 11 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos Sociales del Ente público Osakidetza, y de demás normativa concordante que resulte de aplicación **Séptimo**.– 1.– El Consejo de Dirección es el órgano colegiado que colabora con la Gerencia en la gestión de la Organización sanitaria Integrada Bidasoa, al que corresponden las siguientes funciones:

a) La elaboración del Plan Estratégico para su aprobación por el Gerente y su seguimiento.

b) La elaboración del Plan de Gestión Anual, para su aprobación por el Gerente y su seguimiento.

c) El diseño de las estrategias de negociación del contrato programa.

d) La elaboración de la Memoria Anual para su aprobación por el Gerente.

e) El análisis e impulso de las propuestas que se deriven del Consejo Técnico.

2.– La composición del Consejo de Dirección se determinará por la Dirección General del Ente Público, atendiendo a las peculiaridades específicas de la Organización Sanitaria Integrada y entre los que deberá formar parte el Equipo Directivo, los Jefes de la Unidades que resulten de la integración y, al menos, un vocal en representación del Consejo Técnico.

**Octavo**.– 1.– El Consejo Técnico es el órgano de asesoramiento y participación de los profesionales de la Organización Sanitaria Integrada Bidasoa. Estará compuesto por un Presidente y 12 vocales.

2.– La Presidencia del Consejo Técnico recaerá en la Dirección de Coordinación asistencial del área médica. El resto de las vocalías se repartirán a partes iguales entre los profesionales de atención primaria y los de la especializada. En el conjunto del Consejo Técnico se debe mantener, por regla general, la proporción de que el 60% de sus miembros sean facultativos y el 40% restante sea personal de enfermería.

3.– La Gerencia de la Organización concretará los ámbitos o unidades en los que se debe proceder a la designación de vocales, así como el procedimiento para llevarlo a cabo.

4.– Las funciones del Consejo Técnico, que se desarrollarán dentro de las previsiones del Plan Estratégico de la Organización, son:

a) La formulación de políticas, propuestas y recomendaciones referidas a la calidad asistencial, así como a la mejora de la organización y funcionamiento de las unidades.

b) La valoración de nuevas estrategias asistenciales, diagnósticas y terapéuticas.

c) La propuesta de líneas de actuación en materia de investigación, docencia y formación.

d) La propuesta de implantación de Unidades de gestión clínica.

e) La designación de los miembros que, en representación del Consejo Técnico deben formar parte del Consejo de Dirección.

5.– Los acuerdos, propuestas y actas de las reuniones del Consejo Técnico deberán ser expuestos en la página de Internet de la Organización Sanitaria Integrada Bidasoa.

6.– El Consejo Técnico podrá acordar la creación de Comisiones o grupos de trabajo específicos, en los que podrán participar personas ajenas al propio Consejo,

enumerándose, con carácter meramente enunciativo, la comisión de calidad y seguridad clínica, de docencia e investigación, de uso racional de medicamento, de sistemas de información, de historias clínicas, entre otras.

**Noveno.**– A partir de la entrada en vigor de este Acuerdo, las relaciones económico-financieras y programáticas que mantenía el Departamento de Sanidad y Consumo con la organización de servicios Hospital de Bidasoa y las que mantenía con la Comarca Gipuzkoa-Este, en lo referente a los Centros de Salud de Irun Centro, Dunboa y Hondarribi, se incorporarán en un nuevo contrato programa con la Organización Sanitaria Integrada Bidasoa.

**Décimo.**– Se faculta expresamente al Director General del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud para dictar las resoluciones precisas para la efectiva incorporación a la nueva Organización Sanitaria de las plantillas de personal, tanto de los servicios administrativos (de recursos humanos, económicos, presupuestarios y contables) como de los asistenciales actualmente existentes en las organizaciones de servicios que se ven afectadas por la modificación (Comarca Gipuzkoa-Este) y por la supresión (Hospital de Bidasoa).

**Decimoprimer.**– Se actualiza, con efectos desde la fecha de este Acuerdo, la relación de organizaciones de servicios del ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud, de conformidad con lo que determina el anexo adjunto.

#### DISPOSICIÓN TRANSITORIA

Una vez constituida la Organización Sanitaria Integrada Bidasoa, y en tanto se procede a proveer los puestos directivos de dicha organización conforme a las previsiones de este Acuerdo, éstos permanecerán transitoriamente provistos, por un periodo máximo de un año, de la siguiente manera:

– La Gerencia de la Organización Sanitaria Integrada Bidasoa quedará transitoriamente provista por la persona que en la fecha de su constitución ocupaba la Gerencia de la organización sanitaria Hospital de Bidasoa, que se suprime.

– La Dirección de Coordinación asistencial del área médica de la Organización Sanitaria Integrada Bidasoa quedará transitoriamente provista por la persona que en la fecha de su constitución ocupaba el puesto de Director/a Médico de la organización sanitaria Hospital de Bidasoa, que se suprime.

– La Dirección de Coordinación asistencial de enfermería de la Organización Sanitaria Integrada Bidasoa quedará transitoriamente provista por la persona que en la fecha de su constitución ocupaba el puesto de Director/a de Enfermería de la organización sanitaria Hospital de Bidasoa, que se suprime.

– La Dirección económico-financiera de la Organización Sanitaria Integrada Bidasoa quedará transitoriamente provista por la persona que en la fecha de su constitución ocupaba el puesto de Director/a económico-financiero de la organización sanitaria Hospital de Bidasoa, que se suprime.

– La Dirección de personal de la Organización Sanitaria Integrada Bidasoa quedará transitoriamente provista por la persona que en la fecha de su constitución ocupaba el puesto de Director/a de personal de la organización sanitaria Hospital de Bidasoa, que se suprime.

En Vitoria-Gasteiz, a 13 de diciembre de 2010.

El Presidente del Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud,  
JAVIER RAFAEL BENGEOA RENTERÍA.

ANEXO

RELACIÓN DE ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DEL ENTE PÚBLICO  
«OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD»

Ámbito territorial de la Comunidad Autónoma:

- 1.– Dirección General del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud.
- 2.– Emergencias (Unidades Territoriales de Emergencias).
- 3.– Centro Vasco de Transfusiones y Tejidos Humanos.
- 4.– Osatek, S.A.

Ámbito territorial del Área de Salud de Álava:

- 1.– Hospital Txagorritxu.
- 2.– Hospital Santiago.
- 3.– Hospital Leza.
- 4.– Red de Salud Mental de Araba
- 5.– Comarca Araba.

Ámbito territorial del Área de Salud de Bizkaia:

- 1.– Hospital Cruces.
- 2.– Hospital Basurto.
- 3.– Hospital Galdakao-Usansolo.
- 4.– Hospital San Eloy.
- 5.– Hospital Santa Marina.
- 6.– Hospital Gorliz.
- 7.– Red de Salud Mental de Bizkaia.
- 8.– Comarca Bilbao.
- 9.– Comarca Interior.
- 10.– Comarca Uribe.
- 11.– Comarca Ezkerraldea-Enkarterri.

Ámbito territorial del Área de Salud de Gipuzkoa:

- 1.– Hospital Donostia.
- 2.– Hospital Zumarraga.
- 3.– Organización Sanitaria Integrada del Bidasoa.
- 4.– Hospital Mendaro.
- 5.– Hospital Alto Deba.
- 6.– Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa.
- 7.– Comarca Gipuzkoa-Este.
- 8.– Comarca Gipuzkoa-Oeste.

**CREACIÓN DE LA RED DE SALUD MENTAL DE GIPUZKOA**

**ACUERDO de 10 de enero de 2011, del Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud, por el que se modifica la denominación de Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa por la de Red de Salud Mental de Gipuzkoa.**

De conformidad con el artículo 4 de los Estatutos Sociales del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud, el Consejo de Administración puede modificar la denominación de las organizaciones de servicios, si bien, con posterioridad a la publicación en el BOPV, deberá de comunicarse debidamente a la Dirección de Patrimonio, a fin de que tengan constancia del cambio de denominación, así como al Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, regulado en el Decreto 31/2006, de 21 de febrero, de autorización de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

En base a estas previsiones, el Presidente del Consejo de Administración plantea el cambio de nombre de la organización de servicios actualmente denominada Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa por la denominación «Red de Salud Mental de Gipuzkoa», completándose de esta forma el proceso de modificación de las denominaciones ya realizadas en Bizkaia y Álava, a efectos de su unificación terminológica.

A la vista de esta propuesta, el Consejo de Administración,

**ACUERDA:**

Primero.- Modificar la actual denominación de Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa por la nueva de Red de Salud Mental de Gipuzkoa.

Segundo.- Publicar este acuerdo en el Boletín Oficial del País Vasco a los efectos oportunos.

En Vitoria-Gasteiz, a 10 de enero de 2011.

El Presidente del Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud,  
JAVIER RAFAEL BENGOA RENTERÍA.

### **CREACIÓN DEL HUA (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ALAVA)**

**ACUERDO de 8 de junio de 2011, del Consejo de Administración del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud, por el que se crea, en el área sanitaria de Álava, la organización de servicios sanitarios denominada Hospital Universitario de Araba y se suprimen las organizaciones de servicios sanitarios Hospital Santiago y Hospital Txagorritxu.**

El nuevo modelo responde a la necesidad de impulsar nuevas modalidades asistenciales hospitalarias y ambulatorias para pacientes con patologías crónicas. Así mismo, pretende asegurar, mediante un dispositivo integrado de máxima resolutiveidad y efectividad clínica, una mayor y mejor respuesta a las necesidades que, a medio y largo plazo, exigirá la medicina moderna, ordenando la oferta hospitalaria del Área de Salud de Álava desde una perspectiva de mayor accesibilidad, eficiencia y máxima calidad técnica.

Por otra parte, la gestión de un presupuesto único debe de propiciar una mayor eficiencia en el uso de los recursos y posibilitar el desarrollo de liderazgos técnicos y un despliegue de las unidades de gestión clínica.

Tal situación hace necesaria la implantación práctica de procesos de actuación y gestión unificada de determinados servicios, obedeciendo a razones de mejora de la calidad

asistencial y de economía y ahorro de recursos, para los que resulta necesario dotarles de la suficiente cobertura jurídica.

Del análisis de la situación actual se puede concluir que el modelo organizativo vigente basado en dos Organizaciones de Servicios ha sido superado al haberse constatado la necesidad de avanzar hacia una definitiva integración de todos los recursos humanos, materiales y organizativos que pertenecían separadamente a las organizaciones de servicios sanitarios identificadas como «Hospital Txagorritxu» y «Hospital Santiago», en una nueva organización de servicios sanitarios que se denominará «Hospital Universitario de Araba».

El artículo 4.2 de los Estatutos Sociales del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud, aprobados por Decreto 255/1997, de 11 de noviembre, establece lo siguiente:

«En anexo al presente Decreto se determinan las organizaciones de servicios del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud que se entenderán constituidas a la fecha de inicio de sus actividades. En lo sucesivo, se podrán reorganizar los recursos adscritos al Ente Público mediante la modificación, fusión o segregación de las organizaciones de servicios existentes, pudiéndose adoptar dichas medidas por acuerdo del Consejo de Administración del Ente Público y de acuerdo con lo que al efecto dispone el artículo 22.2 de la Ley de Ordenación sanitaria de Euskadi.»

Por otro lado, el artículo 8.5.c), de los Estatutos señala: «Corresponde al Consejo de Administración Aprobar a propuesta del Director General, las medidas de reorganización de los recursos adscritos al Ente Público en cuanto a configuración de sus organizaciones de servicios sanitarios».

En el mismo cuerpo legal el artículo 9 recoge «Corresponde a la Dirección General, en relación con las organizaciones de servicios sanitarios dependientes del Ente Público, atribuciones directivas principales de control, coordinación estratégica, apoyo y ejecución de las facultades de gestión que se establecen de acuerdo con los presentes Estatutos».

Por todo lo expuesto, constatando la cobertura legal citada, el Consejo de Administración del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud, al amparo de lo dispuesto en el artículo 4.2 de los Estatutos Sociales, adopta el siguiente

#### ACUERDO

Primero.- Se suprimen en el Área Sanitaria de Álava las organizaciones de servicios «Hospital Txagorritxu», «Hospital Santiago», quedando sus recursos humanos, materiales y organizativos integrados en una nueva organización de servicios sanitarios que se crea por el presente Acuerdo y que se denominará «Hospital Universitario de Araba»

Segundo.- La organización de servicios sanitarios «Hospital Universitario de Araba» tendrá la siguiente estructura directiva, dentro de las previsiones del artículo 15.2 de los Estatutos Sociales:

- Director-Gerente. - Dirección Médica. - Dirección Adjunta a Gerencia. - Dirección de Enfermería. - Dirección de Gestión Económica. - Dirección de Recursos Humanos.

Tercero.- El Consejo de Dirección de la organización de servicios sanitarios «Hospital Universitario de Araba» estará integrado por los cargos de su estructura directiva y estará asistido por un secretario que tendrá voz pero sin voto. La composición del Consejo de Dirección podrá ampliarse a las Jefaturas de Unidad que se determinen tras

la fusión y a los vocales electos que formen parte del nuevo Consejo técnico que surja tras el proceso electivo correspondiente.

Cuarto.- A partir del ejercicio 2012 las relaciones económico-financieras y programáticas que las organizaciones de servicios sanitarios referidas mantienen con el Departamento de Sanidad y Consumo se incorporarán en un único Contrato-Programa con la organización «Hospital Universitario de Araba».

Quinto.- Se faculta expresamente al Director General del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud para dictar las resoluciones necesarias para la efectiva unificación en la organización «Hospital Universitario de Araba» de las plantillas de personal así como de los servicios administrativos (de recursos humanos, económicos, presupuestarios y contables) y asistenciales actualmente existentes en las organizaciones de servicios sanitarios que se suprimen. Asimismo, procederá al cese de los cargos directivos de designación de las organizaciones de servicios que se suprimen, así como al nombramiento de los correspondientes al «Hospital Universitario de Araba», sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado siguiente.

Sexto.- En lo que se refiere a materias presupuestarias se fijará un presupuesto único a partir del ejercicio 2012.

En relación a los cargos directivos, se establece un periodo transitorio hasta el 30 de junio de 2012, fecha en la que culminará el proceso de integración, durante el que se podrán mantener las direcciones médicas y de enfermería de las organizaciones que se suprimen.

Séptimo.- Se actualiza, con efectos desde la fecha del presente Acuerdo, la relación de organizaciones de servicios del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud, de conformidad con lo que se determina en su anexo.

Octavo.- El presente Acuerdo será objeto de publicación en el Boletín Oficial del País Vasco.

En Vitoria-Gasteiz, a 8 de junio de 2011.

El Presidente,

JAVIER RAFAEL BENGUA RENTERÍA.

ANEXO

## RELACIÓN DE ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DEL ENTE PÚBLICO «OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD»

Ámbito Territorial de la comunidad autónoma:

- 1.- Dirección General del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud.
- 2.- Emergencias (Unidades Territoriales de Emergencias).
- 3.- Centro Vasco de Transfusiones y Tejidos Humanos. 4.- Osatek, S.A.

Ámbito Territorial del Área de Salud de Álava:

- 1.- Hospital Universitario Araba.
- 2.- Hospital Leza.
- 3.- Red de Salud Mental de Araba.
- 4.- Comarca Araba.

Ámbito Territorial del Área de Salud de Bizkaia:

- 1.- Hospital Cruces.
- 2.- Hospital Basurto.
- 3.- Hospital Galdakao-Usansolo.
- 4.- Hospital San Eloy.
- 5.- Hospital Santa Marina.
- 6.- Hospital Gorliz.
- 7.- Red de Salud Mental de Bizkaia.
- 8.- Comarca Bilbao.
- 9.- Comarca Interior.
- 10.- Comarca Uribe.
- 11.- Comarca Ezkerraldea-Enkarterri.

Ámbito Territorial del Área de Salud de Gipuzkoa:

- 1.- Hospital Donostia.
- 2.- Hospital Zumarraga.
- 3.- Organización Sanitaria Integrada Bidasoa.
- 4.- Hospital Mendaro.
- 5.- Hospital Alto Deba.
- 6.- Red de Salud Mental de Gipuzkoa.
- 7.- Comarca Gipuzkoa-Este.
- 8.- Comarca Gipuzkoa-Oeste.

**CAMBIO DE DENOMINACIÓN A LOS HOSPITALES DE BASURTO, CRUCES, DONOSTIA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ALAVA.**

**ACUERDO de 22 de julio de 2011, del Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud, por el que se modifica la denominación de los Hospitales Basurto, Cruces, Donostia y Hospital Universitario de Álava.**

A la vista del «Concierto entre la UPV & Osakidetza-Servicio vasco de salud para la utilización de instituciones sanitarias en la investigación y docencia universitaria» de 24 de noviembre de 2008 (BOPV de 09-01-2009) y de la propuesta presentada por la Comisión Mixta UPV / Osakidetza-Servicio vasco de salud creada en la cláusula Decimotercera del mismo.

Considerando que la cláusula Tercera del Concierto establece que Osakidetza-Servicio vasco de salud garantizará que tanto los Hospitales como el resto de las organizaciones que se conciertan cumplen los requisitos establecidos en la base 3 del artículo 4 del Real Decreto 1558/1936 de 28 de junio.

En base al concierto, Osakidetza-Servicio vasco de salud ofrece a los fines docentes, asistenciales, y de investigación propios del concierto, tras haber comprobado que reúnen los requisitos necesarios, las organizaciones de servicios que se indican a continuación, que podrán denominarse Universitarios:

- Basurto
- Cruces
- Donostia
- Hospital Universitario de Álava

Considerando que en la cláusula decimocuarta del referido convenio, entre las atribuciones conferidas a al Comisión mixta proponente, se contempla la de «velar por el cumplimiento y aplicación del Concierto».

Considerando que en este contexto, en sesión de 4 de febrero de 2011 de la Comisión mixta del Concierto suscrito, se acuerda elevar propuesta de modificación de la denominación de los Hospitales Basurto, Cruces, Donostia y Hospital Universitario de Álava, incluyendo la calificación de «Universitarios» en atención a las nuevas funciones a desarrollar por los mismos, según previsión de la cláusula tercera 2 del propio Concierto.

Por consiguiente, examinada la propuesta, de conformidad con la exposición que antecede, este Consejo de Administración, para debido cumplimiento de lo expuesto y en virtud de las competencias atribuidas al mismo en el artículo 8.5 de los Estatutos Sociales de Osakidetza-Servicio vasco de salud aprobados por Decreto 255/1997, de 11 de noviembre, viene a adoptar el siguiente

### ACUERDO

**Primero.-** Aprobar la propuesta de modificación elevada por la Comisión mixta Osakidetza-Servicio vasco de salud-UPV a través del Director General de Osakidetza-Servicio vasco de salud, resultando de la misma la inclusión del calificativo «Universitario» a los Hospitales que constan a continuación:

- Hospital Basurto
- Hospital de Cruces
- Hospital Donostia

**Segundo.-** Ordenar la publicación de este Acuerdo en el Boletín Oficial del País Vasco. Considérese al respecto que dicho Acuerdo no producirá efectos hasta el día siguiente a la fecha de publicación.

**Tercero.-** Comunicar el Acuerdo y su publicación a la Dirección de Patrimonio del Dpto. de Hacienda y al Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios del G.V., regulado en el Decreto 31/2006 de 21 de febrero.

**Cuarto.-** Se actualiza, con efectos desde la fecha del presente Acuerdo, la relación de organizaciones de servicios del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud, de conformidad con lo que se determina en su anexo.

## ANEXO

### RELACIÓN DE ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DEL ENTE PÚBLICO «OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD»

#### Ámbito Territorial de la Comunidad Autónoma:

- 1.- Dirección General del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud.
- 2.- Emergencias (Unidades Territoriales de Emergencias).
- 3.- Centro Vasco de Transfusión y Tejidos Humanos.
- 4.- Osatek, S.A.

#### Ámbito Territorial del Área de Salud de Álava:

- 1.- Hospital Universitario Araba.
- 2.- Hospital Leza.
- 3.- Red de Salud Mental de Araba.
- 4.- Comarca Araba.

#### Ámbito Territorial del Área de Salud de Bizkaia:

- 1.- Hospital Universitario Cruces.
- 2.- Hospital Universitario Basurto.
- 3.- Hospital Galdakao-Usansolo.
- 4.- Hospital San Eloy.
- 5.- Hospital Santa Marina.
- 6.- Hospital Gorliz.
- 7.- Red de Salud Mental de Bizkaia.
- 8.- Comarca Bilbao.
- 9.- Comarca Interior.
- 10.- Comarca Uribe.
- 11.- Comarca Ezkerraldea-Enkarterri.

#### Ámbito Territorial del Área de Salud de Gipuzkoa:

- 1.- Hospital Universitario Donostia.
- 2.- Hospital Zumarraga.
- 3.- Organización Sanitaria Integrada Bidasoa.
- 4.- Hospital Mendaro.
- 5.- Hospital Alto Deba.
- 6.- Red de Salud Mental de Gipuzkoa.
- 7.- Comarca Gipuzkoa-Este.
- 8.- Comarca Gipuzkoa-Oeste.

En Vitoria-Gasteiz, a 22 de julio de 2011.

El Presidente del Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud,  
JAVIER RAFAEL BENGUA RENTERÍA.

## **CREACIÓN DE VARIAS OSIs EN GIPUZKOA (ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA).**

**ACUERDO de 3 de octubre de 2011, del Consejo de Administración del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud, por el que se crean, en el Área Sanitaria de Gipuzkoa, las organizaciones sanitarias integradas Alto Deba, Bajo Deba y Goierri-Alto Urola, se modifica la organización sanitaria Comarca Gipuzkoa-Este (Ekialde), que en adelante se denomina Comarca Gipuzkoa, y se suprime la organización de servicios sanitarios Comarca Gipuzkoa-Oeste (Mendebaldea).**

El propósito del presente Acuerdo es poner en marcha las actuaciones pertinentes para materializar nuevas transformaciones organizativas que suponen la implantación de la modalidad que constituyen las que denominamos Organizaciones Sanitarias Integradas, contando para ello obviamente con la experiencia de funcionamiento que ha supuesto la «Organización Sanitaria Integrada Bidasoa» (creada por Acuerdo del Consejo de Administración el 13 de diciembre de 2010).

Se confirma por tanto que la integración, en una única organización, de las dos modalidades de atención (primaria y especializada) se plantea como una alternativa a los problemas de ineficiencia en la gestión de recursos y a la pérdida de continuidad en los procesos asistenciales. Se trata de un diseño organizativo que permite afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi.

La integración y coordinación de la atención que reciben las personas desde distintas fuentes de provisión es el objetivo que se persigue con este modelo de organización sanitaria. Se pretende atender a las personas a lo largo de un continuo asistencial de manera que se alcance el objetivo de máxima integración, convirtiendo al paciente, en su concepción integral y no ocasional, en el eje central para la configuración de la organización de los servicios sanitarios.

Respondiendo a los mismos objetivos y finalidad de esta nueva modalidad organizativa, se plantea ahora la creación de tres nuevas organizaciones sanitarias integradas en el ámbito del Área de Salud de Gipuzkoa, a través de la integración de diversos recursos y de la supresión o transformación formal de las organizaciones anteriores correspondientes, caso de la configuración en una única Comarca de Atención Primaria de los recursos que quedan procedentes de las dos anteriormente existentes.

Por otra parte, la creación de las nuevas organizaciones supone la necesidad de adaptar la estructura interna de órganos de dirección y gestión, así como de asesoramiento y participación, siguiendo el diseño tipo que ya contienen los Estatutos Sociales e incorporando en la medida que sea posible aspectos procedentes de las Recomendaciones realizadas por el Consejo Asesor para el Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca.

La adopción del presente Acuerdo tiene soporte jurídico de habilitación expresa en el artículo 4.2 del los Estatutos Sociales del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud, en tanto que faculta al Consejo de Administración precisamente para poder reorganizar los recursos adscritos mediante las transformaciones que procedan de las organizaciones de servicios existentes.

Por cuanto antecede, se adopta el siguiente

## ACUERDO

Primero.- En el ámbito territorial del Área de Salud de Gipuzkoa se crean tres nuevas organizaciones de servicios sanitarios, denominadas «Organización Sanitaria Integrada Alto Deba», «Organización Sanitaria Integrada Bajo Beba», y «Organización Sanitaria Integrada Goierri-Alto Urola», todo ello como consecuencia de la integración de recursos y la transformación que establece el presente Acuerdo.

Asimismo en el ámbito territorial del Área de Salud de Gipuzkoa se crea la nueva organización «Comarca Gipuzkoa», como consecuencia de la integración de recursos y la transformación que establece el presente Acuerdo.

Segundo.- Se suprimen las organizaciones de servicios hospitalarias denominadas «Hospital Alto Deba», «Hospital Mendaro» y «Hospital Zumarraga», cuyos recursos humanos, materiales y organizativos quedan integrados respectivamente en las tres nuevas organizaciones sanitarias integradas.

Se suprimen las organizaciones de servicios denominadas «Comarca Gipuzkoa-Este» y «Comarca Gipuzkoa-Oeste», cuyos recursos humanos, materiales y organizativos quedan integrados respectivamente en las tres nuevas organizaciones sanitarias integradas o, en su caso, en la nueva organización sanitaria «Comarca Gipuzkoa».

Tercero.- La integración de recursos que determina este Acuerdo se producirá de acuerdo con lo siguiente:

- La «OSI Alto Deba» integra: Hospital Alto Deba, y las Unidades de atención primaria de Bergara, Leintz-Gatzaga, Oñati, y Arrasate (pertenecientes a la extinta organización «Comarca Gipuzkoa-Oeste»).

- La «OSI Bajo Beba» integra: Hospital Mendaro, y las Unidades de atención primaria de Ermua, Eibar, Torrekua, Elgoibar, y Deba (pertenecientes a la extinta organización «Comarca Gipuzkoa-Oeste»).

- La «OSI Goierri-Alto Urola» integra: Hospital Zumarraga, y las Unidades de atención primaria de Azpeitia, Azkoitia, Legazpia, Zumarraga, Lazkao, Ordizia, y Beasain (pertenecientes a la extinta organización «Comarca Gipuzkoa-Oeste»).

- La «Comarca Gipuzkoa» integra: las Unidades de atención primaria de Tolosa, Andoain, Villabona, Ibarra, y Alegia (pertenecientes a la extinta organización «Comarca Gipuzkoa-Oeste»), así como la extinta organización «Comarca Gipuzkoa-Este».

Cuarto.- La estructura organizativa interna de las Organizaciones sanitarias Integradas de Alto Deba, Bajo Beba, y Goierri-Alto Urola estará compuesta por los siguientes órganos:

- Órganos de dirección y Gestión:

- a) El Gerente.
- b) El Equipo Directivo de la Gerencia.
- c) El Consejo de Dirección.

- Órganos de participación:

- a) El Consejo Técnico.

Quinto.- 1.- La Gerencia es el órgano encargado de dirigir la Organización Sanitaria Integrada bajo la supervisión y control del Consejo de Administración del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud.

2.- Corresponden a la Gerencia las siguientes funciones.

- a) Ostentar la representación oficial de la Organización Sanitaria Integrada, y ejercer la superior autoridad en los distintos servicios y unidades que lo integran.
- b) Aprobar los planes estratégicos de la Organización Sanitaria Integrada, con indicación de los objetivos temporales previstos así como de las inversiones consideradas estratégicas.
- c) Aprobar los proyectos que deben desarrollarse por el Equipo de Dirección de la Gerencia.
- d) Aprobar el Plan de Gestión Anual.
- e) Dirigir, impulsar y coordinar la organización, gestión, provisión, evaluación y control de los servicios y unidades que integran la organización con el fin de conseguir los objetivos asignados.
- f) Suscribir anualmente el contrato programa en representación de la Organización Sanitaria Integrada.
- g) Aprobar, para su elevación al Consejo de Administración del Ente, los presupuestos, estados financieros provisionales y memoria anual de actividades.
- h) Ejercer la jefatura de personal, sin perjuicio de las competencias que los Estatutos del Ente atribuyen a la Organización Central en materia de gestión de recursos humanos.
- i) Dirigir e impulsar la investigación, docencia y formación.
- j) Aprobar, con carácter previo a su remisión a la Organización Central, la Oferta de empleo Público de la Organización.
- k) Aprobar, de acuerdo con los criterios establecidos por el Ente Público, las normas y criterios de carácter organizativo aplicables a los distintos servicios que conforman la Organización Sanitaria Integrada.
- l) Gestionar las infraestructuras y medios materiales adscritos a la organización.
- m) Aquellas otras funciones que se puedan derivar de su declaración como centro de gestión desconcentrada.

3.- La Gerencia de la Organización Sanitaria Integrada se proveerá mediante procesos en los que se tengan en cuenta los principios de mérito y capacidad, la idoneidad, la publicidad y la concurrencia.

Para acceder a la condición de Gerente será requisito disponer de titulación universitaria y acreditar la capacidad y experiencia exigidas en la convocatoria.

4.- El nombramiento de Gerente se efectuará por el Director General del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud, previa convocatoria por periodos de 3 años. Una vez transcurrido dicho periodo, el órgano que lo designó, siempre que consten evaluaciones favorables a su gestión, podrá prorrogar su permanencia en el puesto por otro periodo idéntico. Finalizado este segundo plazo, la Gerencia deberá ser objeto de una nueva convocatoria.

5.- El Gerente de la Organización sanitaria integrada será objeto de evaluación con arreglo a los criterios de eficacia, eficiencia, cumplimiento de legalidad, responsabilidad por la gestión y control de los resultados en función de los objetivos que hayan sido establecidos.

6.- El Gerente percibirá una parte de sus retribuciones en función de los resultados obtenidos por la gestión. Se podrán prever, así mismo, otro tipo de incentivos para premiar la gestión eficiente de la Organización.

Sexto.- 1.- El Equipo Directivo que colaborará con la Gerencia en la gestión de la Organización Sanitaria Integrada estará constituido por:

- La Dirección de Coordinación asistencial del área médica.
- La Dirección de coordinación asistencial de enfermería.
- La Dirección económico-financiera.
- La Dirección de personal.

2.- La provisión de los puestos del Equipo Directivo se realizará mediante procesos en los que se tengan en cuenta los principios de mérito y capacidad, la idoneidad, la publicidad y la concurrencia y será requisito disponer de titulación universitaria y acreditar la capacidad y experiencia exigidas en la convocatoria.

3.- El nombramiento de los miembros del equipo directivo se efectuará por el Director General del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud, previa convocatoria por periodos de tres años. Una vez transcurrido dicho periodo, el órgano que los designó, siempre que consten evaluaciones favorables a su gestión, podrá prorrogar su permanencia en el puesto por otro periodo idéntico. Finalizado este segundo plazo, los puestos del Equipo directivo deberán ser objeto de una nueva convocatoria.

4.- Los miembros del Equipo Directivo de la Organización Sanitaria Integrada serán objeto de evaluación con arreglo a los criterios de eficacia, eficiencia, cumplimiento de la legalidad, responsabilidad por la gestión y control de los resultados en función de los objetivos que hayan sido establecidos.

5.- Los miembros del Equipo percibirán una parte de sus retribuciones en función de los resultados obtenidos por la gestión. Se podrán prever, así mismo, otro tipo de incentivos para premiar la gestión eficiente de la organización.

6.- Son funciones de la Dirección de coordinación asistencial del área médica:

- a) Presidir el Consejo Técnico de la Organización Sanitaria Integrada.
- b) El seguimiento de las actividades, la evaluación del nivel de calidad de los servicios prestados y la propuesta de las medidas oportunas para su mejora.
- c) Dirigir, coordinar y evaluar las actividades medico-asistenciales.
- d) Promover y supervisar las actividades de docencia e investigación del personal facultativo.
- e) Establecer directrices y coordinar la gestión de los recursos clínicos afectos a los distintos servicios de la organización sanitaria.
- f) Sustituir al Gerente en caso de ausencia, enfermedad o vacante.
- g) Aquellas otras funciones que le sean delegadas por la Gerencia.

7.- Son funciones de la Dirección de Coordinación asistencial de Enfermería:

- a) Dirigir, coordinar y evaluar las actividades de enfermería de la Organización Sanitaria Integrada.
- b) El seguimiento de las actividades de enfermería, la evaluación del nivel de calidad de los servicios prestados y la propuesta de las medidas oportunas para su mejora.

c) Promover y supervisar las actividades de docencia e investigación del personal de enfermería.

d) Aquellas otras funciones que le sean delegadas por la Gerencia.

8.- Son funciones de la Dirección Económico-Financiera y de la Dirección de Personal:

Las que resulten de la aplicación de la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi (artículos 20 y ss), del Decreto 255/1997, de 11 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos Sociales del Ente Público Osakidetza (artículos 12 y ss), y demás normativa concordante que resulte de aplicación.

Séptimo.- 1.- El Consejo de Dirección es el órgano colegiado que colabora con la Gerencia en la gestión de la Organización sanitaria Integrada, al que corresponden las siguientes funciones:

a) La elaboración del Plan Estratégico para su aprobación por el Gerente y su seguimiento.

b) La elaboración del Plan de Gestión Anual, para su aprobación por el Gerente y su seguimiento.

c) El diseño de las estrategias de negociación del contrato programa.

d) La elaboración de la Memoria Anual para su aprobación por el Gerente.

e) El análisis e impulso de las propuestas que se deriven del Consejo Técnico.

2.- La composición del Consejo de Dirección se determinará por la Dirección General del Ente Público, atendiendo a las peculiaridades específicas de la Organización Sanitaria Integrada y entre los que deberá formar parte el Equipo Directivo, los Jefes de la Unidades que resulten de la integración y, al menos, un vocal en representación del Consejo Técnico.

Octavo.- 1.- El Consejo Técnico es el órgano de asesoramiento y participación de los profesionales de la Organización Sanitaria Integrada. Estará compuesto por un Presidente y 12 vocales.

2.- La Presidencia del Consejo Técnico recaerá en la Dirección de Coordinación asistencial del área médica. El resto de las vocalías se repartirán a partes iguales entre los profesionales de atención primaria y los de la especializada. En el conjunto del Consejo Técnico se debe mantener, por regla general, la proporción de que el 60% de sus miembros sean facultativos y el 40% restante sea personal de enfermería.

3.- La Gerencia de la Organización concretará los ámbitos o unidades en los que se debe proceder a la designación de vocales, así como el procedimiento para llevarlo a cabo.

4.- Las funciones del Consejo Técnico, que se desarrollarán dentro de las previsiones del Plan Estratégico de la Organización, son:

a) La formulación de políticas, propuestas y recomendaciones referidas a la calidad asistencial, así como a la mejora de la organización y funcionamiento de las unidades.

b) La valoración de nuevas estrategias asistenciales, diagnósticas y terapéuticas.

c) La propuesta de líneas de actuación en materia de investigación, docencia y formación.

d) La propuesta de implantación de Unidades de gestión clínica.

e) La designación de los miembros que, en representación del Consejo Técnico deben formar parte del Consejo de Dirección.

5.- Los acuerdos, propuestas y actas de las reuniones del Consejo Técnico deberán ser expuestos en la página de Internet de la Organización Sanitaria Integrada.

6.- El Consejo Técnico podrá acordar la creación de Comisiones o grupos de trabajo específicos, en los que podrán participar personas ajenas al propio Consejo, enumerándose, con carácter meramente enunciativo, la comisión de calidad y seguridad clínica, de docencia e investigación, de uso racional de medicamento, de sistemas de información, de historias clínicas, entre otras.

Noveno.- A partir de la entrada en vigor de este Acuerdo, las relaciones económico-financieras y programáticas que mantenía el Departamento de Sanidad y Consumo con las organizaciones de servicios del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud se acomodarán a la nueva organización derivada del presente Acuerdo.

Décimo.- Se faculta expresamente al Director General del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud para dictar las resoluciones precisas para la efectiva incorporación a las nuevas organizaciones sanitarias, de las plantillas de personal, tanto de los servicios administrativos (de recursos humanos, económicos, presupuestarios y contables), como de los asistenciales actualmente existentes en las organizaciones de servicios que se ven afectadas por la supresión (Hospitales Alto Deba, Mendaro y Zumarraga, y Comarca Gipuzkoa-Oeste), y por la modificación (Comarca Gipuzkoa-Este).

Decimoprimer.- Se actualiza, con efectos desde la fecha de este Acuerdo, la relación de organizaciones de servicios del ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud, de conformidad con lo que determina el anexo adjunto.

Decimosegundo.- Una vez constituidas las Organizaciones Sanitarias Integradas de Alto Deba, Bajo Beba, y Goierri-Alto Urola y en tanto se procede a proveer los puestos directivos de dichas organizaciones conforme a las previsiones de este Acuerdo, éstos permanecerán transitoriamente provistos, por un periodo máximo de un año, de la siguiente manera:

- La Dirección Gerencia de las tres Organizaciones Sanitarias Integradas quedarán transitoriamente provistas por las personas que en la fecha de su constitución ocupaban la Dirección Gerencia de las organizaciones sanitarias hospitalarias que se suprimen (Hospitales Alto Deba, Mendaro y Zumarraga).

- La Dirección de Coordinación asistencial del área médica de las tres Organizaciones Sanitarias Integradas quedarán transitoriamente provistas por las personas que en la fecha de su constitución ocupaban el puesto de Director/a Médico de las organizaciones sanitarias hospitalarias que se suprimen (Hospitales Alto Deba, Mendaro y Zumarraga).

- La Dirección de Coordinación asistencial de enfermería de las tres Organizaciones Sanitarias Integradas quedarán transitoriamente provistas por las personas que en la fecha de su constitución ocupaban el puesto de Director/a de Enfermería de las organizaciones sanitarias hospitalarias que se suprimen (Hospitales Alto Deba, Mendaro y Zumarraga).

- La Dirección económico-financiera de las tres Organizaciones Sanitarias Integradas quedarán transitoriamente provistas por las personas que en la fecha de su constitución ocupaban el puesto de Director/a económico-financiero de las organizaciones sanitarias hospitalarias que se suprimen (Hospitales Alto Deba, Mendaro y Zumarraga).

- La Dirección de personal de las tres Organizaciones Sanitarias Integradas quedarán transitoriamente provistas por las personas que en la fecha de su constitución ocupaban el puesto Director/a de personal de las organizaciones sanitarias hospitalarias que se suprimen (Hospitales Alto Deba, Mendaro y Zumarraga).

- Los puestos de directivos de la Comarca Gipuzkoa quedarán transitoriamente provistas por las personas que en la fecha de su constitución ocupaban el puesto respectivo en la Comarca Gipuzkoa-Este, quedando extinguidos los puestos directivos que existían en la Comarca Gipuzkoa-Oeste.

Decimotercero.- Los nuevos puestos directivos correspondientes a las organizaciones integradas de servicios mantendrán la clasificación de procedencia correspondiente a los hospitales que se integran en cada una de ellas.

Decimocuarto.- El presente Acuerdo se comunicará a la Dirección de Patrimonio y Contratación del Departamento de Economía y Hacienda y al Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios del Gobierno Vasco, regulado en el Decreto 31/2006, de 21 de febrero.

Decimoquinto.- El presente Acuerdo entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial del País Vasco.

Vitoria-Gasteiz, a 3 de octubre de 2011.

El Presidente del Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud,  
Javier Rafael Bengoa Rentería.

ANEXO

RELACIÓN DE ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DEL ENTE PÚBLICO  
«OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD»

ÁMBITO TERRITORIAL DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA:

- 1.- Dirección General del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud.
- 2.- Emergencias (Unidades Territoriales de Emergencias).
- 3.- Centro Vasco de Transfusión y Tejidos Humanos.
- 4.- Osatek, S.A.

ÁMBITO TERRITORIAL DEL ÁREA DE SALUD DE ARABA/ÁLAVA:

- 1.- Hospital Universitario Araba.
- 2.- Hospital Leza.
- 3.- Red de Salud Mental de Araba.
- 4.- Comarca Araba.

ÁMBITO TERRITORIAL DEL ÁREA DE SALUD DE BIZKAIA:

- 1.- Hospital Universitario Cruces.
- 2.- Hospital Universitario Basurto.
- 3.- Hospital Galdakao-Usansolo.
- 4.- Hospital San Eloy.
- 5.- Hospital Santa Marina.

- 6.- Hospital Gorniz.
- 7.- Red de Salud Mental de Bizkaia.
- 8.- Comarca Bilbao.
- 9.- Comarca Interior.
- 10.- Comarca Uribe.
- 11.- Comarca Ezkerraldea-Enkarterri.

#### ÁMBITO TERRITORIAL DEL ÁREA DE SALUD DE GIPUZKOA:

- 1.- Hospital Universitario Donostia.
- 2.- Organización Sanitaria Integrada Goierri-Alto Urola.
- 3.- Organización Sanitaria Integrada Bidasoa.
- 4.- Organización Sanitaria Integrada Bajo Deba.
- 5.- Organización Sanitaria Integrada Alto Deba.
- 6.- Red de Salud Mental de Gipuzkoa.
- 7.- Comarca Gipuzkoa.

#### CREACION VARIAS OSIs EN BIZKAIA

**ACUERDO de 30 de enero de 2014, del Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud, por el que se constituyen, en el Área Sanitaria de Bizkaia, tres organizaciones de servicios sanitarios integrados, denominadas respectivamente «Bilbao-Basurto», «Barrualde-Galdakao» y «Barakaldo-Sestao».**

El Consejero de Salud presentó ante el Parlamento Vasco las «Líneas Generales de las Políticas de Salud para la X Legislatura» y, en consonancia con las mismas, Osakidetza-Servicio vasco de salud ha definido sus Líneas Estratégicas y Planes de Acción para el periodo 2013-2016. Estas Líneas Estratégicas definen una serie de objetivos y acciones a desplegar para su consecución que darán lugar a un conjunto de cambios, siendo la integración el foco central de los mismos.

La atención integrada es un principio de la organización de cuidados sanitarios que busca mejorar los resultados de salud en los pacientes, mediante la integración de los procesos asistenciales.

Se trata, en definitiva, de dar coherencia y aprovechar las sinergias entre los diferentes niveles del sistema sanitario para lograr que los cuidados sanitarios sean menos fragmentados, más coordinados, más eficientes y de mayor calidad.

En nuestro caso como elemento facilitador de la atención integrada apostamos por la extensión del modelo de Organizaciones Sanitarias Integradas, una agrupación de los centros de atención primaria y su hospital de referencia en una demarcación geográfica definida.

Dentro de las Líneas Generales de las Políticas de Salud para la X Legislatura, la Línea Estratégica 1 configura a las personas como eje central del sistema de salud, e identifica

como uno de sus objetivos el «aumentar la calidad del sistema sanitario para mejorar el servicio a los pacientes», y para ello menciona un desarrollo del proceso asistencial con una visión integral, en el que, como centro del mismo, se encuentra el paciente, y en el que se asegura la continuidad de la atención y la atención personalizada.

La atención integrada constituye, por tanto, un principio fundamental de la organización de cuidados sanitarios y, en este sentido, resulta preciso continuar con la integración de organizaciones y servicios, que actualmente se configuran en ámbitos asistenciales diferenciados, posibilitando la creación de estructuras comunes que constituyan Organizaciones Integradas, con el objetivo de garantizar al paciente la provisión de una atención completa y más adecuada.

Por otra parte, el artículo 4.2 del Decreto 255/1997, de 11 de noviembre, por el que se establecen los Estatutos Sociales de Osakidetza-Servicio vasco de salud, establece que se podrán reorganizar los recursos adscritos al Ente Público mediante la modificación, fusión o segregación de las Organizaciones de Servicios existentes, pudiéndose adoptar dichas medidas por acuerdo del Consejo de Administración del Ente Público y de acuerdo con lo que al efecto dispone el artículo 22.2 de la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi.

En aplicación de lo hasta el momento expuesto, el objetivo del presente Acuerdo es el materializar las acciones definidas en las líneas estratégicas, integrando en una única Organización de Servicios las dos modalidades de atención (primaria y especializada), constituyendo las denominadas Organizaciones Sanitarias Integradas.

El modelo de Organización Sanitaria Integrada ha sido puesto en funcionamiento en Osakidetza en el Área de Salud de Gipuzkoa, habiendo comenzado con la experiencia de la Organización Sanitaria Integrada Bidasoa, en cuyo Acuerdo de creación se indicaba que este modelo organizativo, tras un periodo de funcionamiento, deberá ser analizado y evaluado por el Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud antes de extenderlo al conjunto de las organizaciones que integran el Ente Público.

En el sentido expuesto y a lo largo de estos años de funcionamiento, se han analizado y evaluado los resultados obtenidos en términos de eficacia y eficiencia de los procesos, recogiendo el resultado de dicha evaluación como anexo al acta que aprueba, entre otros, el presente Acuerdo.

A la vista de todo lo expuesto, se plantea en el Área Sanitaria de Bizkaia la creación de tres nuevas organizaciones sanitarias integradas, a saber:

- 1.– Bilbao-Basurto, en la que quedan integrados los recursos actualmente adscritos a las hasta ahora existentes Organizaciones de Servicios Comarca Bilbao de Atención Primaria y Hospital Universitario Basurto,
- 2.– Barrualde-Galdakao, en la que quedarán integrados los recursos actualmente adscritos a las hasta ahora existentes Organizaciones de Servicios Comarca Interior de Atención Primaria y Hospital Galdakao-Usansolo y

3.– Barakaldo-Sestao, en la que quedarán integrados los recursos actualmente adscritos a la hasta ahora existente Organización de Servicios Hospital San Eloy, así como aquellos adscritos a las Unidades de Atención Primaria de Barakaldo y Sestao, que se excluyen de la Comarca Ezkerraldea-Enkarterri de Atención Primaria, quedando modificada la misma.

En consecuencia, quedan suprimidas las Organizaciones de Servicios precedentes, cuyos recursos, derechos y obligaciones pasan a conformar las nuevas Organizaciones Sanitarias Integradas.

A su vez, se modifica la Organización de Servicios «Comarca Ezkerraldea-Enkarterri», de la que se excluyen las Unidades de Atención Primaria de Barakaldo y Sestao, cuyos recursos, derechos y obligaciones pasan a conformar la nueva Organización Sanitaria Integrada Barakaldo-Sestao.

Por cuanto antecede, el Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud,

**ACUERDA:**

Primero.– Suprimir las Organizaciones de Servicios Comarca Bilbao y Hospital Universitario Basurto, Comarca Interior, Hospital Galdakao-Usansolo y Hospital San Eloy y modificar la Comarca Ezkerraldea-Enkarterri, de la que se excluyen las Unidades de Atención Primaria de Barakaldo y Sestao.

Segundo.– Crear en el ámbito territorial del Área de Salud de Bizkaia tres Organizaciones Sanitarias Integradas, a saber: «Bilbao-Basurto», «Barrualde-Galdakao» y «Barakaldo-Sestao».

Tercero.– Configurar las nuevas Organizaciones Sanitarias Integradas que por el presente Acuerdo se crean de conformidad con los siguientes términos:

1.– Los recursos humanos, materiales y organizativos de las extintas Organizaciones de Servicios Comarca Bilbao y Hospital Universitario Basurto por completo pasan a constituir la Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto.

2.– El Hospital Universitario Basurto se integra como centro asistencial de la Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto, manteniendo el mismo carácter de Hospital Universitario y la misma denominación, a los efectos de que le sean de aplicación las previsiones del Acuerdo de 22 de julio de 2011 de este mismo Consejo de Administración, publicado en el BOPV de 30 de septiembre de 2009.

3.– Los recursos humanos, materiales y organizativos de las extintas Organizaciones de Servicios Comarca Interior de Atención Primaria y Hospital Galdakao-Usansolo por completo pasan a constituir la Organización Sanitaria Integrada Barrualde-Galdakao.

4.– Los recursos humanos, materiales y organizativos de la extinta Organización de Servicios Hospital San Eloy, así como los de las Unidades de atención Primaria de Barakaldo y Sestao, pasan por completo a constituir la Organización Sanitaria Integrada Barakaldo-Sestao.

Cuarto.– Adoptar la siguiente estructura organizativa para las Organizaciones Sanitarias Integradas Bilbao-Basurto, Barrualde-Galdakao y Barakaldo-Sestao:

- Órganos de dirección y gestión:

- a) El Director-Gerente.
- b) El Equipo Directivo de la Gerencia.
- c) El Consejo de Dirección.

- Órganos de participación:

- a) El Consejo Técnico.

Quinto.– Al frente de cada una de las Organizaciones Sanitarias Integradas se encontrará el Director-Gerente, considerado como cargo directivo sujeto al régimen del artículo 27 de la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi.

Corresponden al Director-Gerente, las atribuciones conferidas en el artículo 15.1 de los Estatutos Sociales de Osakidetza-Servicio vasco de salud, aprobados por Decreto 255/1997, de 11 de noviembre.

Sexto.– Para el desarrollo de sus funciones el Director-Gerente podrá contar con el apoyo de un equipo directivo, cuyos miembros estarán sujetos al régimen previsto en el artículo 27 de la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi.

Los cargos directivos podrán asumir las funciones y tareas que les sean delegadas por el Director-Gerente, realizando en todo caso el seguimiento y supervisión de las actividades de los servicios y unidades que dependan de los mismos.

Séptimo.– En función del grupo de clasificación en que se encuadra cada Organización, y de conformidad con las previsiones contenidas en el artículo 15.2 de los Estatutos Sociales de Osakidetza-Servicio vasco de salud, el equipo directivo que colaborará con la Gerencia en la gestión de las Organizaciones Sanitarias Integradas estará constituido por:

Organizaciones Sanitarias Integradas Bilbao-Basurto y Barrualde-Galdakao.

- Dirección de Integración Asistencial.
- Dirección Médica.
- Dirección de Enfermería.
- Dirección de Gestión Económica.
- Dirección de Personal.

Organización Sanitaria Integrada Barakaldo-Sestao.

- Dirección Médica.
- Dirección de Enfermería.
- Dirección de Gestión Económica.
- Dirección de Personal.

1.– En aquellas Organizaciones en que así se haya determinado, la Dirección de Integración Asistencial, con carácter general, será responsable del desarrollo de mecanismos integradores entre los profesionales, entre los servicios asistenciales y con otros servicios comunitarios que tengan competencias en el ámbito sanitario y/o sociosanitario y, a estos efectos, en coordinación especial con la Dirección Médica y Dirección de Enfermería y mediante la coordinación general con el resto de Direcciones cuando sea necesario, se encargará de:

- Desarrollar los programas entre niveles que sean necesarios para conseguir la mayor eficiencia del sistema. Desarrollar los procesos integrados entre ambos niveles asistenciales, utilizando la gestión clínica como herramienta de gestión.
- Garantizar el desarrollo de las actuaciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y fomentar la capacidad de resolución en atención primaria. Propiciar que las actividades relativas a la prevención, promoción y educación para la salud se realizarán en coordinación con las estructuras de salud pública.
- Coordinar a los profesionales sanitarios de la Organización Sanitaria Integrada a fin de asegurar una oferta asistencial integrada, definiendo nuevos circuitos de atención y nuevos procesos asistenciales para abordar la asistencia desde una perspectiva global y continuada.
- Orientar el establecimiento de guías y vías de práctica clínica para la toma de decisiones clínicas, protocolos de actuación y derivación que disminuyan la variabilidad en la práctica clínica, eliminando la duplicidad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Actuar como agente integrador y de enlace entre los servicios asistenciales y los servicios comunitarios y sociosanitarios. Estableciendo los mecanismos necesarios para asegurar una perfecta coordinación con los recursos de salud pública, servicios sociales y todos aquellos organismos que tengan competencias en el ámbito sanitario y sociosanitario.
- Dirigir, impulsar y coordinar la participación social y ciudadana en su respectivo ámbito, mejorando canales de comunicación, proponiendo acciones de formación a los ciudadanos para la toma de decisiones, potenciando la corresponsabilidad y la auto gestión eficaz de su salud.
- Aquellas otras funciones que le sean delegadas por la gerencia.

2.– La Dirección Médica, a la que, con carácter ordinario le corresponderán las siguientes funciones:

- Presidir el Consejo Técnico de la Organización Sanitaria Integrada.
- El seguimiento de las actividades, la evaluación del nivel de calidad de los servicios prestados y la propuesta de las medidas oportunas para su mejora.
- Dirigir, coordinar y evaluar las actividades médico-asistenciales.
- Promover y supervisar las actividades de docencia e investigación del personal Facultativo.
- Establecer directrices y coordinar la gestión de los recursos clínicos afectos a los distintos servicios de la organización sanitaria.
- Sustituir al Gerente en caso de ausencia, enfermedad o vacante.
- Aquellas otras funciones que le sean delegadas por la Gerencia.

3.– La Dirección de Enfermería, a la que, con carácter ordinario, le corresponderán las siguientes funciones:

- Dirigir, coordinar y evaluar las actividades de enfermería de la Organización Sanitaria Integrada.
- El seguimiento de las actividades de enfermería, la evaluación del nivel de calidad de los servicios prestados y la propuesta de las medidas oportunas para su mejora.
- Promover y supervisar las actividades de docencia e investigación del personal de enfermería.
- Aquellas otras funciones que le sean delegadas por la Gerencia.

4.– La Dirección De Gestión Económica y la Dirección de Personal ejercerán las funciones que resulten de la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, del Decreto 255/1997, de 11 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos Sociales de Osakidetza-Servicio vasco de salud, y demás normativa concordante que resulte de aplicación, así como aquellas otras funciones que le sean delegadas por la Gerencia.

Octavo.– El Consejo de Dirección de la Organización sanitaria Integrada es el órgano colegiado que colabora con la Gerencia en la gestión, con funciones de propuesta y asesoramiento en los siguientes ámbitos:

- Elaboración del Plan Estratégico para su aprobación por el Gerente y su seguimiento.
- Elaboración del Plan de Gestión Anual, para su aprobación por el Gerente y su seguimiento.
- Diseño de las estrategias de negociación del contrato programa.
- Elaboración de la Memoria Anual para su aprobación por el Gerente.

- Análisis e impulso de las propuestas que se deriven del Consejo Técnico.
- Articulación de unidades para la gestión clínica.

La composición del Consejo de Dirección se determinará por el Consejo de Administración del Ente Público atendiendo a las peculiaridades específicas de la Organización Sanitaria Integrada. Entre los componentes del mismo se incluirán los siguientes: el Equipo Directivo, los Jefes de las Unidades de atención primaria y especializada que se determinen y, al menos, un vocal en representación del Consejo Técnico.

Noveno.– El Consejo Técnico es el órgano de asesoramiento y participación de los profesionales de la Organización Sanitaria Integrada. Estará compuesto por un Presidente y 12 vocales electos de entre los profesionales que prestan sus servicios en la organización respectiva.

En el Consejo Técnico participan la Dirección Médica, la Dirección de Integración Asistencial, cuando se haya determinado esta estructura directiva en la Organización de Servicios, y la Dirección de Enfermería, recayendo la Presidencia en la Dirección Médica y la Secretaría en la Dirección de Integración Asistencial, en su caso. Cuando no exista Dirección de Integración Asistencial la Dirección Médica asumirá ambas funciones. El resto de las vocalías se repartirán, a partes iguales, entre los profesionales de Atención Primaria y los de Atención Especializada. En el conjunto del Consejo Técnico se debe mantener, por regla general, la proporción de que aproximadamente el 60% de sus miembros sean facultativos y el 40% restante sea personal de enfermería.

La Gerencia de la Organización concretará los ámbitos o unidades en los que se debe proceder a la designación de vocales, así como el procedimiento para llevarlo a cabo.

Las funciones del Consejo Técnico, que se desarrollarán dentro de las previsiones del Plan Estratégico de la Organización, son:

- Formulación de políticas, propuestas y recomendaciones referidas a la calidad asistencial, así como a la mejora de la organización y funcionamiento de las unidades
- Valoración de nuevas estrategias asistenciales, diagnósticas y terapéuticas.
- Propuesta de líneas de actuación en materia de investigación, docencia y formación.
- Propuesta de implantación de Unidades de gestión clínica.
- Designación de los miembros que deberán formar parte del Consejo de Dirección en representación del Consejo Técnico.

Décimo.– A partir de la entrada en vigor de este Acuerdo, las relaciones económico-financieras y programáticas que mantenía el Departamento de Salud con las Organizaciones de Servicios que han quedado suprimidas, se entenderán que pasan a configurar, respectivamente, las propias de las nuevas Organizaciones Sanitarias Integradas que han sido creadas.

Las organizaciones sanitarias integradas que se constituyen por el presente acuerdo quedan subrogadas en todos los derechos y obligaciones, tanto de carácter económico, laboral, contractual, patrimonial y de cualquier otra índole, de todas las Unidades de las organizaciones de servicios suprimidas o modificadas y que se integran en aquellas.

Decimoprimer.– Se faculta expresamente al Director General del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud para dictar las resoluciones que sean precisas para la efectiva incorporación a las nuevas Organizaciones Sanitarias Integradas de las plantillas de personal de todos los Servicios y Unidades existentes a fecha 1 de enero de 2014 en las Organizaciones de Servicios que se suprimen o modifican, así como, las adaptaciones presupuestarias necesarias.

Decimosegundo.– 1.– Las nuevas Organizaciones Sanitarias Integradas Bilbao-Basurto y Barrualde-Galdakao se incluirán dentro del grupo 2 de clasificación de organizaciones sanitarias, conforme al nuevo modelo retributivo de los cargos directivos aprobado por Acuerdo del Consejo de Administración de 18 de julio de 2013.

2.– La nueva Organización Sanitaria Integradas Barakaldo-Sestao se incluirá dentro del grupo 3 de clasificación de organizaciones sanitarias, conforme al nuevo modelo retributivo de los cargos directivos aprobado por Acuerdo del Consejo de Administración de 18 de julio de 2013.

Decimotercero.– Normas de carácter transitorio.

Una vez constituidas las Organizaciones Sanitarias Integradas Bilbao-Basurto, Barrualde-Galdakao y Barakaldo-Sestao, y en tanto, se procede a la cobertura reglamentaria de los puestos directivos de dichas organizaciones, éstos se proveerán de forma provisional, con el fin de garantizar el correcto funcionamiento de la organización y la continuidad asistencial.

Decimocuarto.– Las previsiones contenidas en el presente Acuerdo se mantendrán en todos sus términos en lo que no contravengan a lo que establezca en posteriores disposiciones reglamentarias que regulen con carácter general la estructura y funciones de la organizaciones sanitaria integradas.

Decimoquinto.– El presente Acuerdo tendrá efectos desde 1 de enero de 2014.

La adaptación de los presupuestos y estados financieros previsionales y de la información económico-financiera de cada organización de servicios que se suprime o modifica, a las nuevas organizaciones de servicios integradas, se realizará con la fecha de efectos indicada, 1 de enero de 2014.

Decimosexto.– Se actualiza, con efectos desde la fecha de este Acuerdo, la relación de organizaciones de servicios del Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud, de conformidad con lo que se determina en el anexo adjunto.

En Vitoria-Gasteiz, a 30 de enero de 2014.

El Presidente del Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud,

## CREACION OSIs DONOSTIALDEA Y TOLOSALDEA

**ACUERDO de 30 de diciembre de 2014, del Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud, por el que se constituyen, en el área sanitaria de Gipuzkoa, dos organizaciones de servicios sanitarios integrados, denominadas respectivamente «Donostialdea», en la que se integra la hasta ahora existente organización de servicios Hospital Universitario Donostia y las unidades de atención primaria de su área de referencia, adscritas actualmente a la Comarca Gipuzkoa, y «Tolosaldea», en la que se integran las unidades de atención primaria de su área de referencia, adscritas a la Comarca Gipuzkoa que se extingue, y la actual estructura de atención especializada ambulatoria no facultativa de Tolosa.**

El Consejero de Salud presentó ante el Parlamento Vasco las «Líneas Generales de las Políticas de Salud para la X Legislatura» y, en consonancia con las mismas, Osakidetza ha definido sus Líneas Estratégicas y Planes de Acción para el periodo 2013-2016. Estas Líneas Estratégicas definen una serie de objetivos y acciones a desplegar para su consecución que darán lugar a un conjunto de cambios, siendo la integración el foco central de los mismos.

La atención integrada es un principio de la organización de cuidados sanitarios que busca mejorar los resultados de salud en los pacientes, mediante la integración de los procesos asistenciales.

Se trata, en definitiva, de dar coherencia y aprovechar las sinergias entre los diferentes niveles del sistema sanitario para lograr que los cuidados sanitarios sean menos fragmentados, más coordinados, más eficientes y de mayor calidad.

En nuestro caso como elemento facilitador de la atención integrada apostamos por la extensión del modelo de Organizaciones Sanitarias Integradas, una agrupación de los centros de atención primaria y su hospital de referencia en una demarcación geográfica definida.

Dentro de las Líneas Generales de las Políticas de Salud para la X Legislatura, la Línea Estratégica 1 configura a las personas como eje central del sistema de salud, e identifica como uno de sus objetivos el «aumentar la calidad del sistema sanitario para mejorar el servicio a los pacientes», y para ello menciona un desarrollo del proceso asistencial con una visión integral, en el que, como centro del mismo, se encuentra el paciente, y en el que se asegura la continuidad de la atención y la atención personalizada. Así mismo, la Línea Estratégica 2 considera la integración asistencial entre los diferentes niveles de atención como un elemento clave para dar respuesta al envejecimiento de la población de Euskadi, y en consecuencia el aumento de las enfermedades crónicas y de la dependencia.

La atención integrada constituye, por tanto, un principio fundamental de la organización de cuidados sanitarios y, en este sentido, resulta preciso continuar con la integración de

organizaciones y servicios, que actualmente se configuran en ámbitos asistenciales diferenciados, posibilitando la creación de estructuras comunes que constituyan Organizaciones Integradas, con el objetivo de garantizar al paciente la provisión de una atención completa y más adecuada.

Por otra parte, el artículo 4.2 del Decreto 255/1997, de 11 de noviembre, por el que se establecen los Estatutos Sociales de Osakidetza, establece que se podrán reorganizar los recursos adscritos al Ente Público mediante la modificación, fusión o segregación de las Organizaciones de Servicios existentes, pudiéndose adoptar dichas medidas por acuerdo del Consejo de Administración del Ente Público y de acuerdo con lo que al efecto dispone el artículo 22.2 de la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi.

En aplicación de lo hasta el momento expuesto, el objetivo del presente Acuerdo es el materializar las acciones definidas en las líneas estratégicas, integrando en una única Organización de Servicios las dos modalidades de atención (primaria y especializada), constituyendo las denominadas Organizaciones Sanitarias Integradas.

El modelo de Organización Sanitaria Integrada parte de un enfoque poblacional, configurando al paciente-usuario como eje central de la atención con el fin facilitar su acceso al sistema sanitario dentro de su ámbito geográfico mediante la coordinación, colaboración e integración de todos los agentes que intervienen en los distintos niveles asistenciales del sistema, con el fin de facilitar una atención más personalizada y lograr unos mejores resultados en salud. Todo ello pretende definir un sistema de salud centrado en las personas que contemple acciones de orientación poblacional con un enfoque responsable sobre la salud de la población que cada organización sanitaria integrada tiene asignada.

Dicho modelo comenzó en el Área de Salud de Gipuzkoa, con la experiencia inicial de la Organización Sanitaria Integrada Bidasoa, continuando con las Organizaciones Sanitarias Integradas Alto Deba, Bajo Deba y Goierri-Alto Urola. En el Acuerdo de creación de la OSI Bidasoa se indicaba que este modelo organizativo, tras un período de funcionamiento, sería analizado y evaluado por el Consejo de Administración de Osakidetza antes de extenderlo al conjunto de las organizaciones que integran el Ente Público.

Tras la experiencia indicada y habiéndose analizado y evaluado los resultados obtenidos en términos de eficacia y eficiencia de los procesos, se inició la extensión del modelo al Área de Salud de Bizkaia en el año 2014, con la creación de tres de Organizaciones Sanitarias Integradas, cuales son Bilbao-Basurto, Barrualde-Galdakao y Barakaldo-Sestao.

A lo largo de este año 2014 y con el fin de continuar con el análisis de los procesos que nos ofrezca una visión global de los mismos tras la integración y permita evaluar los resultados y su adecuación al enfoque poblacional que se pretende, se han incorporado al contrato-programa que se firma por el Departamento de Salud con todas y cada una de las organizaciones de servicios de Osakidetza aspectos relacionados con la integración, ya que la atención integrada se ha destacado como un elemento de central importancia en el marco de referencia para el citado contrato-programa.

En este orden de cosas se han identificado indicadores para ponderar y evaluar, entre otras cuestiones, los resultados en términos de atención integrada, valorando el enfoque y el despliegue de acciones que la organización ha podido realizar, tanto desde el punto de vista estructural como de proceso, que favorezcan un enfoque poblacional en el contexto de una atención integrada, así como una mayor integración asistencial entre niveles. Asimismo se prevé la medición del grado de integración y colaboración entre profesionales medido por el cuestionario D Amour.

A la vista de todo lo expuesto, se plantea en el Área Sanitaria de Gipuzkoa la creación de una nueva organización sanitaria integrada denominada «Donostialdea», en la que quedan integrados los recursos actualmente adscritos a la hasta ahora existente Organización de Servicios Hospital Universitario Donostia, que queda, en consecuencia, suprimida, y cuyos recursos, derechos y obligaciones pasan a conformar la nueva Organización Sanitaria Integrada. Asimismo se integran en la nueva Organización Sanitaria Integrada las Unidades de Atención Primaria de su área de referencia, adscritas en la actualidad a la Comarca Gipuzkoa, cuyos recursos, derechos y obligaciones pasan a formar parte de esta nueva Organización.

Por otra parte, siguiendo esta dinámica de actuación y respondiendo al enfoque poblacional que inspira estratégicamente el nuevo modelo de atención integrada, mediante el presente Acuerdo se constituye a su vez la Organización Sanitaria Integrada «Tolosaldea», que se conformará con las Unidades de Atención Primaria de su área de referencia, adscritas en la actualidad a la Comarca Gipuzkoa, cuyos recursos, derechos y obligaciones pasan a formar parte de esta nueva Organización, integrándose también en ella la actual estructura de atención especializada ambulatoria no facultativa de Tolosa. La atención especializada facultativa ambulatoria se realizará por el personal facultativo de la Organización Sanitaria Integrada «Donostialdea» y se completará con la asistencia hospitalaria que se prestará por los servicios correspondientes del hospital de carácter concertado situado en la zona poblacional de referencia, en los términos establecidos en el concierto formalizado entre el mismo y el Departamento de Salud de la Comunidad Autónoma.

En definitiva, la Organización Sanitaria Integrada «Tolosaldea», como no podía ser de otra forma, se configura con el mismo enfoque que ha inspirado el resto de Organizaciones Sanitarias Integradas del sistema sanitario vasco. Es decir, tiene asignada una población geográficamente definida de cuya salud es responsable, lo que implica que vendrá a desplegar una cartera de servicios similar al del resto de organizaciones, cuya financiación corresponderá al sistema sanitario público.

En el sentido expuesto, esta Organización Sanitaria Integrada «Tolosaldea» desplegará las siguientes acciones:

- Gestionar los recursos sanitarios propios de Atención Primaria y PAC, incluyendo además radiología y rehabilitación (fisioterapia).
- Contratar, mediante el contrato programa que formalice la Delegación Territorial de Salud de Gipuzkoa con la OSI «Donostialdea», servicios de consulta de las especialidades médicas ambulatorias, y también de radiología, rehabilitación y tocoginecología.

- Contratar, mediante el concierto que realiza la Delegación Territorial de Salud de Gipuzkoa, servicios de consulta ambulatoria de especialidades quirúrgicas, de hospitalización médica y quirúrgica, pruebas complementarias, y hospitalización a domicilio con la Clínica de la Asunción.
- Por último y como el resto de organizaciones de Gipuzkoa, tiene como hospital terciario de referencia al Hospital Universitario Donostia de la OSI «Donostialdea».

Se trata de un modelo planificado con una doble lógica:

1.– Una lógica asistencial en la que desde Osakidetza se proveen las especialidades médicas ambulatorias y todos los servicios de Atención Primaria (el núcleo básico para una atención integrada), a la que se añade.

2.– Una lógica de aprovechamiento de las estructuras sanitarias disponibles en la comarca geográfica, que cuenta con un dispositivo asistencial, la Clínica de la Asunción, que hace posible una hospitalización y una atención por especialidades médicas en el propio ámbito comarcal.

Los recursos humanos, materiales y organizativos adscritos a la administración y gestión de la extinta Comarca Gipuzkoa se distribuirán entre las dos Organizaciones Sanitarias Integradas que se constituyen en virtud del presente Acuerdo, de acuerdo con los procesos establecidos en las normas vigentes de aplicación.

Todo ello supone la supresión de la actual organización de servicios Comarca Gipuzkoa, cuyos recursos, derechos y obligaciones quedan distribuidos de la manera definida en los párrafos anteriores, entre las nuevas Organizaciones Sanitarias Integradas «Donostialdea» y «Tolosaldea».

Por cuanto antecede, el Consejo de Administración de Osakidetza,

ACUERDA:

Primero.– Suprimir las Organizaciones de Servicios Hospital Universitario Donostia y Comarca Gipuzkoa.

Segundo.– Crear en el ámbito territorial del Área de Salud de Gipuzkoa dos Organizaciones Sanitarias Integradas, a saber: «Donostialdea» y «Tolosaldea».

Tercero.– Configurar las nuevas Organizaciones Sanitarias Integradas que por el presente Acuerdo se crean de conformidad con los siguientes términos:

1.– Los recursos humanos, materiales y organizativos de la extinta Organización de Servicios Hospital Universitario Donostia, así como los de las Unidades de Atención Primaria que a continuación se relacionan, pasan por completo a constituir la Organización Sanitaria Integrada «Donostialdea».

Unidades de Atención Primaria que se integran:

- Alza-Roteta

- Amara Berri
- Amara Centro
- Bidebieta
- Egia
- Gros
- Hernani-Urnieta-Astigarraga
- Intxaurreondo
- Lasarte-Usurbil
- Loyola
- Oiartzun
- Ondarreta
- Parte Vieja
- Pasajes Antxo
- Lezo-Pasajes San Juan
- Pasajes San Pedro
- Renteria Beraun
- Renteria Iztieta
- Zarautz-Orio-Aia
- Zumaia-Zestoa-Getaria
- PAC Donostia
- Martutene (CP)

2.– El Hospital Universitario Donostia se integra como centro asistencial de la Organización Sanitaria Integrada «Donostialdea», manteniendo el mismo carácter de Hospital Universitario y la misma denominación, a los efectos de que le sean de aplicación las previsiones del Acuerdo de 22 de julio de 2011 de este mismo Consejo de Administración, publicado en el BOPV de 30 de septiembre de 2009.

3.– Los recursos humanos, materiales y organizativos de las Unidades de Atención Primaria que a continuación se relacionan, así como los correspondientes a la estructura

de atención especializada ambulatoria, no facultativa, de Tolosa, pasan por completo a constituir la Organización Sanitaria Integrada «Tolosaldea».

Unidades de Atención Primaria que se integran:

- Alegia
- Andoain
- Ibarra
- Tolosa
- Billabona

Desde Osakidetza se prestará la atención especializada de las especialidades del área médica, así como las de radiología y tocoginecología. En este sentido, con recursos de Osakidetza, mediante la contratación de los servicios de personal facultativo especialista de la OSI «Donostialdea», a través del contrato programa que formalice la Delegación Territorial de Salud de Gipuzkoa con dicha OSI «Donostialdea», se prestarán las consultas de las siguientes especialidades ambulatorias:

- Neumología
- Neurología
- Dermatología
- Endocrinología
- Digestivo
- Endocrinología
- Radiología
- Rehabilitación (Ibarra), y
- Tocoginecología

Esta cartera de servicios de atención especializada se complementará con los servicios concertados con la Clínica de la Asunción, en los términos que se establezcan en el concierto que formaliza con esta Clínica la Delegación Territorial de Salud de Gipuzkoa.

De esta forma y como ya se ha indicado en la exposición previa a este Acuerdo, la Organización Sanitaria Integrada «Tolosaldea» se configura con el mismo enfoque que ha inspirado el resto de Organizaciones Sanitarias Integradas del sistema sanitario vasco.

4.– Los recursos humanos, materiales y organizativos adscritos a la administración y gestión de la extinta Comarca Gipuzkoa se distribuirán entre las dos Organizaciones Sanitarias Integradas que se constituyen en virtud del presente Acuerdo, de acuerdo con los procesos establecidos en las normas vigentes de aplicación.

Cuarto.– Adoptar la siguiente estructura organizativa para las Organizaciones Sanitarias Integradas «Donostialdea» y «Tolosaldea»:

- Órganos de dirección y gestión:

a) El Director-Gerente.

b) El Equipo Directivo de la Gerencia.

c) El Consejo de Dirección.

- Órganos de participación:

a) El Consejo Técnico.

Quinto.– Al frente de cada una de las Organizaciones Sanitarias Integradas se encontrará el Director-Gerente, considerado como cargo directivo sujeto al régimen del artículo 27 de la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi, así como a lo dispuesto en la Ley 1/2014, de 26 de junio, reguladora del Código de Conducta y de los Conflictos de Intereses de los Cargos Públicos.

Corresponden al Director-Gerente, las atribuciones conferidas en el artículo 15.1 de los Estatutos Sociales de Osakidetza, aprobados por Decreto 255/1997, de 11 de noviembre.

Sexto.– Para el desarrollo de sus funciones el Director-Gerente podrá contar con el apoyo de un equipo directivo, cuyos miembros estarán sujetos al régimen previsto en el artículo 27 de la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi, así como a lo dispuesto en la Ley 1/2014, de 26 de junio, reguladora del Código de Conducta y de los Conflictos de Intereses de los Cargos Públicos.

Los cargos directivos podrán asumir las funciones y tareas que les sean delegadas por el Director-Gerente, realizando en todo caso el seguimiento y supervisión de las actividades de los servicios y unidades que dependan de los mismos.

Séptimo.– En función del grupo de clasificación en que se encuadra cada Organización, y de conformidad con las previsiones contenidas en el artículo 15.2 de los Estatutos Sociales de Osakidetza, el equipo directivo que colaborará con la Gerencia en la gestión de las Organizaciones Sanitarias Integradas estará constituido por:

Organización Sanitaria Integrada «Donostialdea»

- Dirección de Integración Asistencial

- Dirección Médica

- Dirección de Enfermería
- Dirección Económico-Financiera
- Dirección de Personal

#### Organización Sanitaria Integrada «Tolosaldea»

- Dirección Técnica de Gestión

1.– En aquellas Organizaciones en que así se haya determinado, La Dirección de Integración Asistencial, con carácter general, será responsable del desarrollo de mecanismos integradores entre los profesionales, entre los servicios asistenciales y con otros servicios comunitarios que tengan competencias en el ámbito sanitario y/o sociosanitario y, a estos efectos, en coordinación especial con la Dirección Médica y Dirección de Enfermería y mediante la coordinación general con el resto de Direcciones cuando sea necesario, se encargará de:

- Desarrollar los programas entre niveles que sean necesarios para conseguir la mayor eficiencia del sistema. Desarrollar los procesos integrados entre ambos niveles asistenciales, utilizando la gestión clínica como herramienta de gestión.
- Garantizar el desarrollo de las actuaciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y fomentar la capacidad de resolución en atención primaria. Propiciar que las actividades relativas a la prevención, promoción y educación para la salud se realizarán en coordinación con las estructuras de salud pública.
- Coordinar a los profesionales sanitarios de la Organización Sanitaria Integrada a fin de asegurar una oferta asistencial integrada, definiendo nuevos circuitos de atención y nuevos procesos asistenciales para abordar la asistencia desde una perspectiva global y continuada.
- Orientar al establecimiento de guías y vías de práctica clínica para la toma de decisiones clínicas, protocolos de actuación y derivación que disminuyan la variabilidad en la práctica clínica, eliminando la duplicidad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Actuar como agente integrador y de enlace entre los servicios asistenciales y los servicios comunitarios y sociosanitarios. Estableciendo los mecanismos necesarios para asegurar una perfecta coordinación con los recursos de salud pública, servicios sociales y todos aquellos organismos que tengan competencias en el ámbito sanitario y sociosanitario.
- Dirigir, impulsar y coordinar la participación social y ciudadana en su respectivo ámbito, mejorando canales de comunicación, proponiendo acciones de formación a los ciudadanos para la toma de decisiones, potenciando la corresponsabilidad y la auto gestión eficaz de su salud.
- Aquellas otras funciones que le sean delegadas por la gerencia.

2.– La Dirección Médica, a la que, con carácter ordinario le corresponderán las siguientes funciones:

- Presidir el Consejo Técnico de la Organización Sanitaria Integrada.
- El seguimiento de las actividades, la evaluación del nivel de calidad de los servicios prestados y la propuesta de las medidas oportunas para su mejora.
- Dirigir, coordinar y evaluar las actividades médico-asistenciales.
- Promover y supervisar las actividades de docencia e investigación del personal Facultativo.
- Establecer directrices y coordinar la gestión de los recursos clínicos afectos a los distintos servicios de la organización sanitaria.
- Sustituir al Gerente en caso de ausencia, enfermedad o vacante.
- Aquellas otras funciones que le sean delegadas por la Gerencia.

3.– La Dirección de Enfermería, a la que, con carácter ordinario, le corresponderán las siguientes funciones:

- Dirigir, coordinar y evaluar las actividades de enfermería de la Organización Sanitaria Integrada.
- El seguimiento de las actividades de enfermería, la evaluación del nivel de calidad de los servicios prestados y la propuesta de las medidas oportunas para su mejora.
- Promover y supervisar las actividades de docencia e investigación del personal de enfermería.
- Aquellas otras funciones que le sean delegadas por la Gerencia.

4.– La Dirección Económico-Financiera, la Dirección de Personal y la Dirección Técnica de Gestión, ejercerán las funciones que resulten de la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, del Decreto 255/1997, de 11 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos Sociales de Osakidetza, y demás normativa concordante que resulte de aplicación, así como aquellas otras funciones que le sean delegadas por la Gerencia.

Octavo.– El Consejo de Dirección de la Organización Sanitaria Integrada es el órgano colegiado que colabora con la Gerencia en la gestión, con funciones de propuesta y asesoramiento en los siguientes ámbitos:

- Elaboración del Plan Estratégico para su aprobación por el Gerente y su seguimiento.
- Elaboración del Plan de Gestión Anual, para su aprobación por el Gerente y su seguimiento.

- Diseño de las estrategias de negociación del contrato programa.
- Elaboración de la Memoria Anual para su aprobación por el Gerente.
- Análisis e impulso de las propuestas que se deriven del Consejo Técnico.
- Articulación de unidades para la gestión clínica.

La composición del Consejo de Dirección se determinará por la Dirección General del Ente Público atendiendo a las peculiaridades específicas de la Organización Sanitaria Integrada. Entre los componentes del mismo se incluirán los siguientes: el Equipo Directivo, los Jefes de la Unidades que se determinen y, al menos, un vocal en representación del Consejo Técnico.

Noveno.– El Consejo Técnico es el órgano de asesoramiento y participación de los profesionales de la Organización Sanitaria Integrada. Estará compuesto por un Presidente y 12 vocales electos de entre los profesionales que prestan sus servicios en la organización respectiva.

En el Consejo Técnico participan la Dirección Médica, la Dirección de Integración Asistencial, cuando se haya determinado esta estructura directiva en la Organización de Servicios, y la Dirección de Enfermería, recayendo la Presidencia en la Dirección Médica y la Secretaría en la Dirección de Integración Asistencial, en su caso. Cuando no exista Dirección de Integración Asistencial la Dirección Médica asumirá ambas funciones. El resto de las vocalías se repartirán, a partes iguales, entre los profesionales de Atención Primaria y los de Atención Especializada. En el conjunto del Consejo Técnico se debe mantener, por regla general, la proporción de que aproximadamente el 60% de sus miembros sean facultativos y el 40% restante sea personal de enfermería.

La Gerencia de la Organización concretará los ámbitos o unidades en los que se debe proceder a la designación de vocales, así como el procedimiento para llevarlo a cabo.

Las funciones del Consejo Técnico, que se desarrollarán dentro de las previsiones del Plan Estratégico de la Organización, son:

- Formulación de políticas, propuestas y recomendaciones referidas a la calidad asistencial, así como a la mejora de la organización y funcionamiento de las unidades.
- Valoración de nuevas estrategias asistenciales, diagnósticas y terapéuticas.
- Propuesta de líneas de actuación en materia de investigación, docencia y formación.
- Propuesta de implantación de Unidades de gestión clínica.
- Designación de los miembros que deberán formar parte del Consejo de Dirección en representación del Consejo Técnico.

Décimo.– A la vista de la configuración y estructura de la OSI «Tolosaldea» y con el fin de coordinar las actividades y relaciones en el ámbito sociosanitario, así como su seguimiento y evaluación y la propuesta de las medidas oportunas para su mejora, y

mientras no se desarrollen nuevos foros de participación en las organizaciones de servicios de Osakidetza, se faculta a la Dirección General de Osakidetza para constituir como órganos de participación en la OSI «Tolosaldea», a propuesta de su Dirección Gerencia, la Comisión Sociosanitaria y el Consejo de participación social.

Décimoprimer.– A partir de la entrada en vigor de este Acuerdo, las relaciones económico-financieras y programáticas que mantenía el Departamento de Salud con las Organizaciones de Servicios que han quedado suprimidas, se entenderán que pasan a configurar, respectivamente, las propias de las nuevas Organizaciones Sanitarias Integradas que han sido creadas.

Las Organizaciones Sanitarias Integradas que se constituyen por el presente Acuerdo quedan subrogadas en todos los derechos y obligaciones, tanto de carácter económico, laboral, contractual, patrimonial y de cualquier otra índole, de todas las Unidades de las organizaciones de servicios suprimidas o modificadas y que se integran en aquellas.

Decimosegundo.– Se faculta expresamente al Director General del Ente Público Osakidetza para dictar las resoluciones que sean precisas para la efectiva incorporación a las nuevas Organizaciones Sanitarias Integradas de las plantillas de personal de todos los Servicios y Unidades existentes a fecha 1 de enero de 2015 en las Organizaciones de Servicios que se suprimen, así como, las adaptaciones presupuestarias necesarias.

Decimotercero.– 1.– La nueva Organización Sanitaria Integrada «Donostialdea» se incluirá dentro del grupo 1 de clasificación de organizaciones sanitarias, conforme al modelo retributivo de cargos directivos aprobado por Acuerdo del Consejo de Administración de 18 de julio de 2013.

2.– La nueva Organización Sanitaria Integrada «Tolosaldea» se incluirá dentro del grupo 4 de clasificación de organizaciones sanitarias, conforme al modelo retributivo de cargos directivos aprobado por Acuerdo del Consejo de Administración de 18 de julio de 2013.

Decimocuarto.– Normas de carácter transitorio.

Una vez constituidas las Organizaciones Sanitarias Integradas «Donostialdea» y «Tolosaldea», y en tanto se procede a la cobertura reglamentaria de los puestos directivos de dichas organizaciones, éstos se proveerán de forma provisional, con el fin de garantizar el correcto funcionamiento de la organización y la continuidad asistencial.

Decimoquinto.– Las previsiones contenidas en el presente Acuerdo se mantendrán en todos sus términos en lo que no contravengan a lo que se establezca en posteriores disposiciones reglamentarias que regulen con carácter general la estructura y funciones de las organizaciones sanitarias integradas.

Decimosexto.– El presente Acuerdo tendrá efectos desde 1 de enero de 2015.

La adaptación de los presupuestos y estados financieros previsionales y de la información económico-financiera de cada organización de servicios que se suprime, a las nuevas organizaciones de servicios integradas, se realizará con la fecha de efectos indicada, 1 de enero de 2015

En Vitoria-Gasteiz, a 30 de diciembre de 2014.

El Presidente del Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud,

JON DARPÓN SIERRA.

#### CREACION OSIs “EZKERRALDEA ENKARTERRI CRUCES” Y “URIBE”

**ACUERDO de 30 de diciembre de 2014, del Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud, por el que se constituyen, en el Área Sanitaria de Bizkaia, dos organizaciones de servicios sanitarios integrados, denominadas respectivamente «Ezkerraldea Enkarterri Cruces», en la que se integran las hasta ahora existentes organizaciones de servicios Comarca Ezkerraldea-Enkarterri y Hospital Universitario Cruces, y «Uribe», en la que se integra la hasta ahora existente organización de servicios Comarca Uribe y el Hospital Urduliz-Alfredo espinosa.**

El Consejero de Salud presentó ante el Parlamento Vasco las «Líneas Generales de las Políticas de Salud para la X Legislatura» y, en consonancia con las mismas, Osakidetza ha definido sus Líneas Estratégicas y Planes de Acción para el periodo 2013-2016. Estas Líneas Estratégicas definen una serie de objetivos y acciones a desplegar para su consecución que darán lugar a un conjunto de cambios, siendo la integración el foco central de los mismos.

La atención integrada es un principio de la organización de cuidados sanitarios que busca mejorar los resultados de salud en los pacientes, mediante la integración de los procesos asistenciales.

Se trata, en definitiva, de dar coherencia y aprovechar las sinergias entre los diferentes niveles del sistema sanitario para lograr que los cuidados sanitarios sean menos fragmentados, más coordinados, más eficientes y de mayor calidad.

En nuestro caso como elemento facilitador de la atención integrada apostamos por la extensión del modelo de Organizaciones Sanitarias Integradas, una agrupación de los centros de atención primaria y su hospital de referencia en una demarcación geográfica definida.

Dentro de las Líneas Generales de las Políticas de Salud para la X Legislatura, la Línea Estratégica 1 configura a las personas como eje central del sistema de salud, e identifica como uno de sus objetivos el «aumentar la calidad del sistema sanitario para mejorar el servicio a los pacientes», y para ello menciona un desarrollo del proceso asistencial con una visión integral, en el que, como centro del mismo, se encuentra el paciente, y en el que se asegura la continuidad de la atención y la atención personalizada. Así mismo, la Línea Estratégica 2 considera la integración asistencial entre los diferentes niveles de atención como un elemento clave para dar respuesta al envejecimiento de la población de Euskadi, y en consecuencia el aumento de las enfermedades crónicas y de la dependencia.

La atención integrada constituye, por tanto, un principio fundamental de la organización de cuidados sanitarios y, en este sentido, resulta preciso continuar con la integración de organizaciones y servicios, que actualmente se configuran en ámbitos asistenciales diferenciados, posibilitando la creación de estructuras comunes que constituyan Organizaciones Integradas, con el objetivo de garantizar al paciente la provisión de una atención completa y más adecuada.

Por otra parte, el artículo 4.2 del Decreto 255/1997, de 11 de noviembre, por el que se establecen los Estatutos Sociales de Osakidetza, establece que se podrán reorganizar los recursos adscritos al Ente Público mediante la modificación, fusión o segregación de las Organizaciones de Servicios existentes, pudiéndose adoptar dichas medidas por acuerdo del Consejo de Administración del Ente Público y de acuerdo con lo que al efecto dispone el artículo 22.2 de la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi.

En aplicación de lo hasta el momento expuesto, el objetivo del presente Acuerdo es el materializar las acciones definidas en las líneas estratégicas, integrando en una única Organización de Servicios las dos modalidades de atención (primaria y especializada), constituyendo las denominadas Organizaciones Sanitarias Integradas.

El modelo de Organización Sanitaria Integrada parte de un enfoque poblacional, configurando al paciente-usuario como eje central de la atención con el fin facilitar su acceso al sistema sanitario dentro de su ámbito geográfico mediante la coordinación, colaboración e integración de todos los agentes que intervienen en los distintos niveles asistenciales del sistema, con el fin de facilitar una atención más personalizada y lograr unos mejores resultados en salud. Todo ello pretende definir un sistema de salud centrado en las personas que contemple acciones de orientación poblacional con un enfoque responsable sobre la salud de la población que cada organización sanitaria integrada tiene asignada.

Dicho modelo comenzó en el Área de Salud de Gipuzkoa, con la experiencia inicial de la Organización Sanitaria Integrada Bidasoa, continuando con las Organizaciones Sanitarias Integradas Alto Deba, Bajo Deba y Goierri-Alto Urola. En el Acuerdo de creación de la OSI Bidasoa se indicaba que este modelo organizativo, tras un periodo de funcionamiento, sería analizado y evaluado por el Consejo de Administración de Osakidetza antes de extenderlo al conjunto de las organizaciones que integran el Ente Público.

Tras la experiencia indicada y habiéndose analizado y evaluado los resultados obtenidos en términos de eficacia y eficiencia de los procesos, se inició la extensión del modelo al Área de Salud de Bizkaia en el año 2014, con la creación de tres de Organizaciones Sanitarias Integradas, cuales son Bilbao-Basurto, Barrualde-Galdakao y Barakaldo-Sestao.

A lo largo de este año 2014 y con el fin de continuar con el análisis de los procesos que nos ofrezca una visión global de los mismos tras la integración y permita evaluar los resultados y su adecuación al enfoque poblacional que se pretende, se han incorporado al contrato-programa que se firma por el Departamento de Salud con todas y cada una de las organizaciones de servicios de Osakidetza aspectos relacionados con la integración, ya que la atención integrada se ha destacado como un elemento de central importancia en el marco de referencia para el citado contrato-programa.

En este orden de cosas se han identificado indicadores para ponderar y evaluar, entre otras cuestiones, los resultados en términos de atención integrada, valorando el enfoque y el despliegue de acciones que la organización ha podido realizar, tanto desde el punto de vista estructural como de proceso, que favorezcan un enfoque poblacional en el contexto de una atención integrada, así como una mayor integración asistencial entre niveles. Asimismo se prevé la medición del grado de integración y colaboración entre profesionales medido por el cuestionario D Amour.

A la vista de todo lo expuesto, se plantea en el Área Sanitaria de Bizkaia la creación de una nueva organización sanitaria integrada denominada «Ezkerraldea Enkarterri Cruces», en la que quedan integrados los recursos actualmente adscritos a las hasta ahora existentes Organizaciones de Servicios Comarca Ezkerraldea-Enkarterri y Hospital Universitario Cruces, quedando, en consecuencia, suprimidas estas organizaciones de servicios, cuyos recursos, derechos y obligaciones pasan a conformar la nueva Organización Sanitaria Integrada.

Por otra parte y siguiendo esta dinámica de actuación, mediante el presente Acuerdo se formaliza a su vez la Organización Sanitaria Integrada «Uribe», lo que supone la supresión de la actual organización de servicios Comarca Uribe, cuyos recursos, derechos y obligaciones pasan a formar parte de aquella. Esta constitución formal se articula como paso previo a la integración total con el nivel de atención hospitalaria y especializada que, tras la próxima configuración del Hospital Urduliz-Alfredo Espinosa, abarcará el mismo ámbito poblacional de referencia que tiene asignada la Comarca de Atención Primaria que se integra en la nueva organización, conformando en su momento plenamente la Organización Sanitaria Integrada «Uribe» con su hospital de referencia.

Por cuanto antecede, el Consejo de Administración de Osakidetza,

**ACUERDA:**

Primero.– Suprimir las Organizaciones de Servicios Comarca Ezkerraldea-Enkarterri, Hospital Universitario Cruces y Comarca Uribe.

Segundo.– Crear en el ámbito territorial del Área de Salud de Bizkaia dos Organizaciones Sanitarias Integradas, a saber: «Ezkerraldea Enkarterri Cruces» y «Uribe».

Tercero.– Configurar las nuevas Organizaciones Sanitarias Integradas que por el presente Acuerdo se crean de conformidad con los siguientes términos:

1.– Los recursos humanos, materiales y organizativos de las extintas Organizaciones de Servicios Comarca Ezkerraldea-Enkarterri y Hospital Universitario Cruces por completo pasan a constituir la Organización Sanitaria Integrada «Ezkerraldea Enkarterri Cruces».

2.– El Hospital Universitario Cruces se integra como centro asistencial de la Organización Sanitaria Integrada «Ezkerraldea Enkarterri Cruces», manteniendo el mismo carácter de Hospital Universitario y la misma denominación, a los efectos de que

le sean de aplicación las previsiones del Acuerdo de 22 de julio de 2011 de este mismo Consejo de Administración, publicado en el BOPV de 30 de septiembre de 2009.

3.– Los recursos humanos, materiales y organizativos de la extinta Organización de Servicios Comarca Uribe de Atención Primaria por completo pasan a constituir la Organización Sanitaria Integrada «Uribe».

Cuarto.– Adoptar la siguiente estructura organizativa para las Organizaciones Sanitarias Integradas «Ezkerraldea Enkarterri Cruces» y «Uribe»:

- Órganos de dirección y gestión:

a) El Director-Gerente.

b) El Equipo Directivo de la Gerencia.

c) El Consejo de Dirección.

- Órganos de participación:

a) El Consejo Técnico.

Quinto.– Al frente de cada una de las Organizaciones Sanitarias Integradas se encontrará el Director-Gerente, considerado como cargo directivo sujeto al régimen del artículo 27 de la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi, así como a lo dispuesto en la Ley 1/2014, de 26 de junio, reguladora del Código de Conducta y de los Conflictos de Intereses de los Cargos Públicos.

Corresponden al Director-Gerente, las atribuciones conferidas en el artículo 15.1 de los Estatutos Sociales de Osakidetza, aprobados por Decreto 255/1997, de 11 de noviembre.

Sexto.– Para el desarrollo de sus funciones el Director-Gerente podrá contar con el apoyo de un equipo directivo, cuyos miembros estarán sujetos al régimen previsto en el artículo 27 de la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi, así como a lo dispuesto en la Ley 1/2014, de 26 de junio, reguladora del Código de Conducta y de los Conflictos de Intereses de los Cargos Públicos.

Los cargos directivos podrán asumir las funciones y tareas que les sean delegadas por el Director-Gerente, realizando en todo caso el seguimiento y supervisión de las actividades de los servicios y unidades que dependan de los mismos.

Séptimo.– En función del grupo de clasificación en que se encuadra cada Organización, y de conformidad con las previsiones contenidas en el artículo 15.2 de los Estatutos Sociales de Osakidetza, el equipo directivo que colaborará con la Gerencia en la gestión de las Organizaciones Sanitarias Integradas estará constituido por:

Organización Sanitaria Integrada «Ezkerraldea Enkarterri Cruces»:

- Dirección de Integración Asistencial.

- Dirección Médica.
- Dirección de Enfermería.
- Dirección de Económico-Financiera.
- Dirección de Personal.

Organización Sanitaria Integrada «Uribe»:

- Dirección Médica.
- Dirección de Enfermería.
- Dirección de Gestión Económica.
- Dirección de Personal.

1.– En aquellas Organizaciones en que así se haya determinado, La Dirección de Integración Asistencial, con carácter general, será responsable del desarrollo de mecanismos integradores entre los profesionales, entre los servicios asistenciales y con otros servicios comunitarios que tengan competencias en el ámbito sanitario y/o sociosanitario y, a estos efectos, en coordinación especial con la Dirección Médica y Dirección de Enfermería y mediante la coordinación general con el resto de Direcciones cuando sea necesario, se encargará de:

- Desarrollar los programas entre niveles que sean necesarios para conseguir la mayor eficiencia del sistema. Desarrollar los procesos integrados entre ambos niveles asistenciales, utilizando la gestión clínica como herramienta de gestión.
- Garantizar el desarrollo de las actuaciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y fomentar la capacidad de resolución en atención primaria. Propiciar que las actividades relativas a la prevención, promoción y educación para la salud se realizarán en coordinación con las estructuras de salud pública.
- Coordinar a los profesionales sanitarios de la Organización Sanitaria Integrada a fin de asegurar una oferta asistencial integrada, definiendo nuevos circuitos de atención y nuevos procesos asistenciales para abordar la asistencia desde una perspectiva global y continuada.
- Orientar al establecimiento de guías y vías de práctica clínica para la toma de decisiones clínicas, protocolos de actuación y derivación que disminuyan la variabilidad en la práctica clínica, eliminando la duplicidad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Actuar como agente integrador y de enlace entre los servicios asistenciales y los servicios comunitarios y sociosanitarios. Estableciendo los mecanismos necesarios para asegurar una perfecta coordinación con los recursos de salud pública, servicios sociales y todos aquellos organismos que tengan competencias en el ámbito sanitario y sociosanitario.

- Dirigir, impulsar y coordinar la participación social y ciudadana en su respectivo ámbito, mejorando canales de comunicación, proponiendo acciones de formación a los ciudadanos para la toma de decisiones, potenciando la corresponsabilidad y la auto gestión eficaz de su salud.

- Aquellas otras funciones que le sean delegadas por la gerencia.

2.– La Dirección Médica, a la que, con carácter ordinario le corresponderán las siguientes funciones:

- Presidir el Consejo Técnico de la Organización Sanitaria Integrada.

- El seguimiento de las actividades, la evaluación del nivel de calidad de los servicios prestados y la propuesta de las medidas oportunas para su mejora.

- Dirigir, coordinar y evaluar las actividades médico-asistenciales.

- Promover y supervisar las actividades de docencia e investigación del personal Facultativo.

- Establecer directrices y coordinar la gestión de los recursos clínicos afectos a los distintos servicios de la organización sanitaria.

- Sustituir al Gerente en caso de ausencia, enfermedad o vacante.

- Aquellas otras funciones que le sean delegadas por la Gerencia.

3.– La Dirección de Enfermería, a la que, con carácter ordinario, le corresponderán las siguientes funciones:

- Dirigir, coordinar y evaluar las actividades de enfermería de la Organización Sanitaria Integrada.

- El seguimiento de las actividades de enfermería, la evaluación del nivel de calidad de los servicios prestados y la propuesta de las medidas oportunas para su mejora.

- Promover y supervisar las actividades de docencia e investigación del personal de enfermería.

- Aquellas otras funciones que le sean delegadas por la Gerencia.

4.– La Dirección Económico-Financiera y la Dirección de Personal ejercerán las funciones que resulten de la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, del Decreto 255/1997, de 11 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos Sociales de Osakidetza, y demás normativa concordante que resulte de aplicación, así como aquellas otras funciones que le sean delegadas por la Gerencia.

Octavo.– El Consejo de Dirección de la Organización Sanitaria Integrada es el órgano colegiado que colabora con la Gerencia en la gestión, con funciones de propuesta y asesoramiento en los siguientes ámbitos:

- Elaboración del Plan Estratégico para su aprobación por el Gerente y su seguimiento.
- Elaboración del Plan de Gestión Anual, para su aprobación por el Gerente y su seguimiento.
- Diseño de las estrategias de negociación del contrato programa.
- Elaboración de la Memoria Anual para su aprobación por el Gerente.
- Análisis e impulso de las propuestas que se deriven del Consejo Técnico.
- Articulación de unidades para la gestión clínica.

La composición del Consejo de Dirección se determinará por la Dirección General del Ente Público atendiendo a las peculiaridades específicas de la Organización Sanitaria Integrada. Entre los componentes del mismo se incluirán los siguientes: el Equipo Directivo, los Jefes de las Unidades que se determinen y, al menos, un vocal en representación del Consejo Técnico.

Noveno.– El Consejo Técnico es el órgano de asesoramiento y participación de los profesionales de la Organización Sanitaria Integrada. Estará compuesto por un Presidente y 12 vocales electos de entre los profesionales que prestan sus servicios en la organización respectiva.

En el Consejo Técnico participan la Dirección Médica, la Dirección de Integración Asistencial, cuando se haya determinado esta estructura directiva en la Organización de Servicios, y la Dirección de Enfermería, recayendo la Presidencia en la Dirección Médica y la Secretaría en la Dirección de Integración Asistencial, en su caso. Cuando no exista Dirección de Integración Asistencial la Dirección Médica asumirá ambas funciones. El resto de las vocalías se repartirán, a partes iguales, entre los profesionales de Atención Primaria y los de Atención Especializada. En el conjunto del Consejo Técnico se debe mantener, por regla general, la proporción de que aproximadamente el 60% de sus miembros sean facultativos y el 40% restante sea personal de enfermería.

La Gerencia de la Organización concretará los ámbitos o unidades en los que se debe proceder a la designación de vocales, así como el procedimiento para llevarlo a cabo.

Las funciones del Consejo Técnico, que se desarrollarán dentro de las previsiones del Plan Estratégico de la Organización, son:

- Formulación de políticas, propuestas y recomendaciones referidas a la calidad asistencial, así como a la mejora de la organización y funcionamiento de las unidades.
- Valoración de nuevas estrategias asistenciales, diagnósticas y terapéuticas.
- Propuesta de líneas de actuación en materia de investigación, docencia y formación.
- Propuesta de implantación de Unidades de gestión clínica.

- Designación de los miembros que deberán formar parte del Consejo de Dirección en representación del Consejo Técnico.

Décimo.– A partir de la entrada en vigor de este Acuerdo, las relaciones económico-financieras y programáticas que mantenía el Departamento de Salud con las Organizaciones de Servicios que han quedado suprimidas, se entenderán que pasan a configurar, respectivamente, las propias de las nuevas Organizaciones Sanitarias Integradas que han sido creadas.

Las Organizaciones Sanitarias Integradas que se constituyen por el presente Acuerdo quedan subrogadas en todos los derechos y obligaciones, tanto de carácter económico, laboral, contractual, patrimonial y de cualquier otra índole, de todas las Unidades de las organizaciones de servicios suprimidas o modificadas y que se integran en aquellas.

Decimoprimer.– Se faculta expresamente al Director General del Ente Público Osakidetza para dictar las resoluciones que sean precisas para la efectiva incorporación a las nuevas Organizaciones Sanitarias Integradas de las plantillas de personal de todos los Servicios y Unidades existentes a fecha 1 de enero de 2015 en las Organizaciones de Servicios que se suprimen, así como, las adaptaciones presupuestarias necesarias.

Decimosegundo.– 1.– La nueva Organización Sanitaria Integrada «Ezkerraldea Enkarterri Cruces» se incluirá dentro del grupo 1 de clasificación de organizaciones sanitarias, conforme al modelo retributivo de cargos directivos aprobado por Acuerdo del Consejo de Administración de 18 de julio de 2013.

2.– La nueva Organización Sanitaria Integrada «Uribe» se incluirá dentro del grupo 3 de clasificación de organizaciones sanitarias, conforme al modelo retributivo de cargos directivos aprobado por Acuerdo del Consejo de Administración de 18 de julio de 2013.

Decimotercero.– Normas de carácter transitorio.

Una vez constituidas las Organizaciones Sanitarias Integradas «Ezkerraldea Enkarterri Cruces» y «Uribe», y en tanto se procede a la cobertura reglamentaria de los puestos directivos de dichas organizaciones, éstos se proveerán de forma provisional, con el fin de garantizar el correcto funcionamiento de la organización y la continuidad asistencial.

Decimocuarto.– Las previsiones contenidas en el presente Acuerdo se mantendrán en todos sus términos en lo que no contravengan a lo que se establezca en posteriores disposiciones reglamentarias que regulen con carácter general la estructura y funciones de las organizaciones sanitarias integradas.

Decimoquinto.– El presente Acuerdo tendrá efectos desde 1 de enero de 2015.

La adaptación de los presupuestos y estados financieros previsionales y de la información económico-financiera de cada organización de servicios que se suprime, a las nuevas organizaciones de servicios integradas, se realizará con la fecha de efectos indicada, 1 de enero de 2015.

Decimosexto.– Se actualiza, con efectos desde la fecha de este Acuerdo, la relación de organizaciones de servicios del Ente Público Osakidetza, de conformidad con lo que se determina en el anexo adjunto.

En Vitoria-Gasteiz, a 30 de diciembre de 2014.

El Presidente del Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud,

JON DARPÓN SIERRA.

ANEXO

#### RELACIÓN DE ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DEL ENTE PÚBLICO OSAKIDETZA

Ámbito territorial de la Comunidad Autónoma:

- 1.– Dirección General del Ente Público Osakidetza.
- 2.– Emergencias (Unidades Territoriales de Emergencias).
- 3.– Centro Vasco de Transfusiones y Tejidos Humanos.

4.– Osatek, S.A.

Ámbito territorial del Área de Salud de Álava:

1.– Hospital Universitario Araba.

2.– Hospital Leza.

3.– Red de Salud Mental de Araba.

4.– Comarca Araba.

Ámbito territorial del Área de Salud de Bizkaia:

1.– Organización Sanitaria Integrada Ezkerraldea Enkarterri Cruces.

2.– Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto.

3.– Organización Sanitaria Integrada Barrualde-Galdakao.

4.– Organización Sanitaria Integrada Barakaldo-Sestao.

5.– Organización Sanitaria Integrada Uribe.

6.– Hospital Santa Marina.

7.– Hospital Gorniz.

8.– Red de Salud Mental de Bizkaia.

Ámbito territorial del Área de Salud de Gipuzkoa:

- 1.– Organización Sanitaria Integrada Donostialdea.
- 2.– Organización Sanitaria Integrada Bidasoa.
- 3.– Organización Sanitaria Integrada Goierri-AltoUrola.
- 4.– Organización Sanitaria Integrada Alto Deba.
- 5.– Organización Sanitaria Integrada Bajo Deba.
- 6.– Organización Sanitaria Integrada Tolosaldea.
- 7.– Red de Salud Mental de Gipuzkoa.

**TEMA 5:** DECRETO 38/2012, DE 13 DE MARZO, SOBRE HISTORIA CLINICA Y DERECHOS Y OBLIGACIONES DE PACIENTES Y PROFESIONALES DE LA SALUD EN MATERIA DE DOCUMENTACION CLINICA: OBJETO. AMBITO. DEFINICION DE HISTORIA CLINICA. DOCUMENTACION CLINICA. ACCESO Y USOS DE LA HISTORIA CLINICA. DERECHOS Y OBLIGACIONES EN RELACION CON LA DOCUMENTACION CLINICA: DERECHOS DE LAS Y LOS PACIENTES, CONSENTIMIENTO INFORMADO. RECTIFICACION, CANCELACION Y OPOSICION EN LA HISTORIA CLINICA.

**BIBLIOGRAFIA:** DECRETO 38/2012, DE 13 DE MARZO, SOBRE HISTORIA CLINICA Y DERECHOS Y OBLIGACIONES DE PACIENTES Y PROFESIONALES DE LA SALUD EN MATERIA DE DOCUMENTACION CLINICA: ARTICULOS 1, 2, 3, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 24, 25 Y 27.

**Decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica.**

## **CAPÍTULO I**

### **DISPOSICIONES GENERALES**

*Artículo 1 Objeto*

El presente Decreto regula el contenido, manejo y uso de la historia clínica, así como los derechos y obligaciones de pacientes, profesionales e instituciones sanitarias correspondientes en materia de documentación clínica.

#### *Artículo 2* *Ámbito de aplicación*

1.- El presente Decreto es de aplicación a todo tipo de asistencia sanitaria, pública y privada, que se preste en los centros sanitarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco, tanto a nivel de atención primaria como especializada, incluida la actividad sanitaria que se lleve a cabo de forma individual.

2.- Asimismo, el presente Decreto es de aplicación a los servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria.

## **CAPÍTULO II**

### **LA HISTORIA CLÍNICA**

#### *Artículo 3* *Definición de Historia Clínica*

1.- A efectos de este Decreto, la historia clínica es el conjunto de documentos y registros informáticos que deberá contener de forma clara y concisa los datos, valoraciones e informaciones generados en cada uno de los procesos asistenciales a que se somete un o una paciente y en los que se recoge el estado de salud, la atención recibida y la evolución clínica de la persona.

2.- El fin principal de la historia clínica es facilitar la asistencia sanitaria a través de la información actual y de la información recuperada de procesos asistenciales previos. La historia clínica debe reflejar la comunicación entre profesionales de la salud y pacientes.

3.- Con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, la historia clínica deberá ser única, al menos en cada centro sanitario o institución. Por historia clínica única se entiende la identificación de toda la documentación clínica que concierne a un o una paciente a través de un número único y excluyente para dicha persona. Este número permitirá acceder a toda su documentación clínica.

#### *Artículo 8* *Documentación clínica*

1.- La información de la historia clínica se integrará en los tipos documentales que se aprueban en el presente Decreto, con el contenido que se determina para cada uno de ellos en el artículo siguiente y sin perjuicio de los modelos de informes clínicos que asimismo se aprueban y que los integran.

2.- A los efectos de este Decreto, tipo documental es la agrupación de modelos de informes clínicos y de información adicional a los mismos que como tal ocupan un lugar específico en la gestión sanitaria y administrativa de los centros y servicios sanitarios.

**3.-** Cada tipo documental de la historia clínica incorporará los datos de identificación del o de la paciente, del centro y del personal sanitario responsable de su cumplimentación.

## **CAPÍTULO III**

### **ACCESO Y USOS DE LA HISTORIA CLÍNICA**

#### *Artículo 11 Principios y normas generales*

**1.-** De conformidad con lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada a la persona paciente. Las y los profesionales sanitarios del centro o servicio que realizan el diagnóstico o el tratamiento de la persona paciente tienen acceso a la historia clínica de ésta como instrumento fundamental para su adecuada asistencia.

**2.-** Los datos existentes en las historias clínicas son confidenciales, por lo que toda persona que elabore o tenga acceso a la información y a la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida. Asimismo el personal de los centros y servicios sanitarios que acceda a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.

**3.-** La persona paciente es la titular del derecho a la información que sobre sus datos de salud constan en su historia clínica. Dichos datos de salud están sujetos al régimen jurídico de especial protección que establece la legislación sobre protección de datos, por lo que según la misma sólo podrán ser recabados, tratados o cedidos cuando, por razones de interés general, así lo dispone una Ley o la persona afectada lo consienta expresamente.

**4.-** Cada Institución titular del centro o servicio sanitario establecerá los mecanismos necesarios para el acceso a la historia clínica y, en particular, los métodos que posibiliten en todo momento el acceso a la historia clínica de cada paciente por las y los profesionales que le asisten.

**5.-** Los derechos de acceso a la historia clínica, cuyos supuestos legalmente previstos son objeto de desarrollo desde la perspectiva de sus procedimientos en este Decreto, han de quedar estrictamente limitados a los fines específicos en cada caso. En los casos de duda o conflicto de intereses, se actuará garantizando los derechos de quien ostente la titularidad de los datos clínicos.

**6.-** Las solicitudes de acceso a la documentación clínica de cada persona como paciente se cumplimentarán conforme a los supuestos previstos en este Decreto, con arreglo a sus correspondientes procedimientos y en sus plazos de respuesta, siendo necesario en todo caso identificar adecuadamente a quien lo solicita, la información demandada, el motivo y finalidad de la solicitud, y la constancia de consentimiento expreso del paciente para que pueda producirse tal tratamiento de sus datos, sin perjuicio de las excepciones que contempla este Decreto. En la entrega o envío de la documentación se

tomarán las medidas oportunas para salvaguardar la confidencialidad de la información proporcionada, quedando constancia de la documentación entregada.

**7.-** De conformidad con la normativa vigente sobre acceso electrónico de los ciudadanos y ciudadanas a los servicios públicos, se reconoce el derecho a relacionarse con la Administración sanitaria y las instituciones públicas sanitarias utilizando medios electrónicos, que comprenderá recabar informaciones, realizar consultas y alegaciones, formular solicitudes y obtener copias electrónicas. Dicho acceso se regirá asimismo por la normativa vigente sobre historia clínica digital común para el Sistema Nacional de Salud.

*Artículo 12 Procedimientos de acceso por la propia persona paciente o por persona autorizada por la misma*

**1.-** De conformidad con lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el o la paciente tiene el derecho de acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Dicho derecho excluye el acceso a datos que deban limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica, del que el médico o la médica dejará constancia en la historia clínica. Dicho derecho asimismo no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en la historia clínica, recogidos en interés terapéutico de la persona paciente, ni en perjuicio del derecho de los y las profesionales participantes en su elaboración, quienes pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.

**2.-** El derecho de acceso del paciente comprende la posibilidad de obtener la información disponible sobre el origen de sus datos de carácter personal y las comunicaciones realizadas o previstas sobre los mismos, así como si están siendo objeto de tratamiento y con qué finalidad.

**3.-** El acceso de la persona paciente puede realizarse también por representación debidamente acreditada de otra persona, que además deberá aportar autorización firmada del o de la paciente que identifique de manera específica e inequívoca los términos del acceso.

**4.-** En caso de pacientes menores de 16 años de edad, sin emancipación, el ejercicio del derecho de acceso a su historia clínica requerirá contar en todo caso con la autorización expresa de sus progenitores o de sus representantes legales. En caso de duda entre los intereses del o de la menor y los motivos de la persona solicitante, se actuará priorizando los intereses del o de la menor.

**5.-** En caso de pacientes con incapacitación judicial, el acceso podrá hacerse por medio de la persona nombrada como su representante legal.

**6.-** La solicitud en los procedimientos previstos en este artículo será dirigida directamente a la persona responsable del centro o servicio sanitario o, en su caso, al servicio correspondiente de atención a pacientes, y se podrá formalizar especificando la información que se solicita y de qué episodio asistencial se trata.

**7.-** La entrega deberá producirse en un plazo inferior a treinta días desde la solicitud y se realizará preferentemente de modo personalizado, dejando constancia de la misma, admitiéndose no obstante la remisión por correo cuando así se requiera en la solicitud y la naturaleza de la información lo permita.

**8.-** En ningún caso se entregará documentación original de la historia clínica y la información que se proporcione, cualquiera que sea el soporte en que fuera facilitada, se dará de forma legible, en terminología normalizada y universal y sin utilización de símbolos o abreviaturas.

*Artículo 13 Procedimiento de acceso por profesionales de los centros y servicios sanitarios con finalidad asistencial*

**1.-** El acceso a la documentación de la historia clínica por el personal de los centros o servicios sanitarios tendrá un carácter selectivo en consideración a la categoría profesional, al tipo de datos y al lugar o puesto de trabajo en relación con los procesos asistenciales realizados. Las Instituciones titulares de los centros o servicios sanitarios deberán tener aprobadas instrucciones claras al respecto.

**2.-** Los sistemas de información de la historia clínica de los centros sanitarios identificarán de forma inequívoca y personalizada a todo profesional que intente acceder a la información contenida en la historia clínica de una persona como paciente o persona usuaria y verificarán su autorización. Se deberá dejar constancia de todo acceso en términos que permitan tener conocimiento de la persona que accede, la fecha y la finalidad, debiéndose guardar de cada intento de acceso como mínimo la identificación del profesional, fecha, hora y la parte de la historia clínica a la que se ha accedido y el tipo de acceso. Si el acceso es denegado por no cumplir los criterios de acceso, la propia denegación deberá quedar también registrada.

**3.-** Las y los profesionales sanitarios que realizan el diagnóstico o el tratamiento de la persona paciente tienen acceso directo e inmediato a las historias clínicas y a la información clínica incluida en las mismas en cumplimiento de sus funciones de prevención o diagnóstico médicos, o de prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos.

**4.-** Cuando el acceso es solicitado por las y los profesionales sanitarios de otros centros o servicios sanitarios diferentes al que custodia la historia clínica se necesitará la justificación explícita sobre sus fines asistenciales. La solicitud en estos casos se dirigirá a la persona responsable del centro o servicio sanitario y la entrega o transmisión de información deberá producirse a la mayor brevedad posible y en todo caso en un plazo inferior a treinta días, dejando constancia de la misma.

*Artículo 14 Procedimientos de tratamiento y cesión de información con otras finalidades sanitarias*

**1.-** Los centros sanitarios tienen la obligación de realizar toda cesión de información que les sea exigida bajo el amparo del interés público y mediante Resolución motivada del órgano responsable de salud pública del Departamento competente en sanidad, dirigida a la prevención o a la protección de la salud en situaciones de urgencia o de riesgo grave e inminente para la salud de las personas. Dicha cesión no precisará el consentimiento

previo de las personas afectadas y podrá tener lugar de manera puntual y extraordinaria, en el marco de la vigilancia epidemiológica, o, conforme a las previsiones de los artículos 8 y 23 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y del [artículo 9 de la Ley 8/1997, de 26 de junio](#), de Ordenación Sanitaria de Euskadi, a través de las normas reguladoras de sistemas específicos de información sanitaria.

**2.-** Asimismo en los supuestos de acceso a las historias clínicas con fines epidemiológicos o por otra motivación de salud pública, cuando tal acceso sea necesario para la prevención de un riesgo o peligro grave para la salud de la población, las Administraciones sanitarias a las que se refiere la [Ley 33/2011, de 4 de octubre](#), General de Salud Pública, podrán acceder a los datos identificativos de las personas pacientes, debiendo realizarse el acceso, en todo caso, por profesionales sanitarios sujetos al secreto profesional o por otra persona sujeta, asimismo, a una obligación equivalente de secreto, previa motivación por parte de la Administración que solicitase el acceso a los datos.

**3.-** El acceso a la documentación de la historia clínica de las personas fallecidas por terceras personas que acrediten su vinculación con aquéllas por razones familiares o de hecho, se podrá producir siempre que se justifiquen motivos por un riesgo para la propia salud de la persona solicitante y salvo que la persona fallecida lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En todo caso, el acceso se limitará a los datos pertinentes y no se facilitará información que afecte a la intimidad de la persona fallecida, ni a las anotaciones subjetivas de los y las profesionales que intervinieron, ni que perjudique a terceras personas.

**4.-** Las y los profesionales de la salud responsables de los establecimientos sanitarios de oficinas de farmacia, botiquines, ópticas, ortopedias o establecimientos de audioprótesis podrán tener acceso a la información clínica pertinente y necesaria en cumplimiento de sus obligaciones de cooperación en el seguimiento de los tratamientos médicos o facultativos. En estos casos se contactará con las o los profesionales sanitarios encargados del tratamiento, de los que dependerá la entrega o transmisión justificada de información, debiendo dejar constancia de la misma.

**5.-** Los procedimientos en los supuestos previstos en el presente artículo se desenvolverán conforme a las normas internas de las instituciones respectivas, dejando siempre constancia de las actuaciones realizadas.

#### *Artículo 15 Procedimiento de acceso por personal sanitario con finalidad distinta a la asistencial*

**1.-** De conformidad con el artículo 16.5 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación o planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones en relación con la comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos de la persona paciente o cualquier otra obligación del centro o servicio sanitario en relación con pacientes y personas usuarias o la propia Administración sanitaria.

2.- El personal sanitario tendrá asimismo acceso a la historia clínica en el ejercicio de funciones con finalidad de gestión de los servicios sanitarios. Este tipo de accesos deberán limitarse estrictamente a los datos relacionados con dicha gestión, que podrá comprender identificaciones individualizadas, justificadas por criterios técnicos o científicos relacionados con la eficacia y eficiencia de los servicios sanitarios.

3.- La Administración sanitaria y sus correspondientes agentes en el ejercicio de la función de inspección a la que se refiere el presente artículo, podrán acceder a los archivos, recabar cuanta información precisen para el cumplimiento de sus cometidos y examinar los equipos físicos y lógicos utilizados y las instalaciones, todo ello de acuerdo con las facultades que les confiere la legislación correspondiente.

4.- El acceso conforme a los procedimientos previstos en este artículo no requerirá el consentimiento previo de las personas afectadas y requerirá la solicitud a la persona responsable del centro o servicio sanitario, dejando constancia de la misma en todo caso, así como de las entregas que correspondan, que se desarrollarán en los plazos y conforme a las reglas operativas internas de las Instituciones concernidas.

#### *Artículo 16 Procedimiento de acceso por terceras personas con otras finalidades*

1.- Se podrá también acceder a la historia clínica, con sujeción a lo previsto en las leyes, con los siguientes fines:

- - Investigación.
- - Docencia.
- - Estudio epidemiológico o de salud pública.
- - Dirección, planificación o programación del sistema sanitario.
- - Facturación de servicios sanitarios.
- - Judiciales.

2.- El acceso a la historia clínica con los fines del apartado anterior obliga, conforme a lo dispuesto en el artículo 16.3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, a preservar los datos de identificación personal del o de la paciente separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que la propia persona paciente haya dado su consentimiento para no separarlos.

3.- Se exceptúan de lo previsto en el apartado anterior de este artículo, conforme dispone la Ley, los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos de la propia persona paciente con los clínico-asistenciales. En estos casos se estará a lo que dispongan los Jueces o Juezas y Tribunales en el proceso correspondiente.

4.- A las compañías de aseguramiento privado únicamente se les podrá facilitar aquellos datos de la historia clínica imprescindibles a efectos de facturación, con la finalidad de la justificación del gasto. Cualquier otra información clínica solicitada por la compañía aseguradora requerirá el consentimiento expreso de la persona paciente.

5.- El acceso conforme a los procedimientos previstos en este artículo requerirá de la previa solicitud a la persona responsable del centro o servicio sanitario, de la que quedará constancia, así como de las entregas que procedan.

## **CAPÍTULO V**

### **DERECHOS Y OBLIGACIONES EN RELACIÓN CON LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**

#### *Artículo 24 Derechos de las y los pacientes*

1.- Toda persona como paciente tiene derecho a:

- a) Que se registre en su historia clínica la información generada en todos los procesos asistenciales que le afecten.
- b) La confidencialidad de sus datos personales, al respeto a su intimidad y al consentimiento informado.
- c) Conocer en todo momento a la persona profesional de la salud responsable de su diagnóstico y tratamiento.
- d) Obtener la información disponible sobre su salud con motivo de cualquier actuación en el ámbito de la misma.
- e) Que se respete su derecho a no recibir información.
- f) Recibir de la persona profesional sanitaria responsable, una vez finalizado el episodio asistencial, un informe clínico.
- g) Obtener un informe clínico o los certificados acreditativos de su estado de salud, si así lo solicita.
- h) Obtener copia de los datos que figuran en la historia clínica.
- i) Al acceso, rectificación, cancelación y oposición a su historia clínica.
- j) Que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de su historia clínica.

2.- La información facilitada a la persona paciente se presentará en general de forma oral y abarcará como mínimo la finalidad y la naturaleza de la actuación, así como sus riesgos y consecuencias. Se dejará constancia en la historia clínica de la información proporcionada, así como del documento en el que en su caso figure su renuncia a recibir información.

3.- La información será verídica y deberá darse de manera comprensible y adecuada a las necesidades y los requerimientos de la persona paciente para ayudarle a tomar una decisión.

4.- El o la titular del derecho a la información es la persona paciente. También serán informadas las personas vinculadas a ella, por razones familiares o de hecho, en la medida que lo permita de manera expresa o tácita.

#### *Artículo 25 Consentimiento Informado*

**1.-** Toda actuación en el ámbito de la salud de un o una paciente necesita el consentimiento libre, voluntario e informado de la persona afectada, del que se dejará constancia en la historia clínica.

**2.-** El o la paciente, antes de otorgar su consentimiento, tendrá derecho a la siguiente información básica:

- **a)** La finalidad y los beneficios esperados con la intervención terapéutica.
- **b)** Las consecuencias relevantes o de importancia asociadas a una determinada intervención.
- **c)** Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales de la persona paciente.
- **d)** Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- **e)** Las contraindicaciones.
- **f)** Las alternativas de tratamiento existentes.

**3.-** La persona encargada de facilitar la información será el o la profesional sanitaria que prescriba la intervención y sea responsable de la asistencia, sin perjuicio de que quien practique la intervención o aplique el procedimiento pueda ayudar a aclarar los extremos que le conciernan. Se facilitará con antelación suficiente, y en todo caso, al menos 24 horas antes del procedimiento correspondiente, siempre que no se trate de actividades urgentes.

**4.-** El consentimiento se prestará de forma verbal como regla general, aunque deberá recabarse por escrito en los siguientes supuestos:

- **a)** Intervenciones quirúrgicas.
- **b)** Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos.
- **c)** En general, en la aplicación de procedimientos que suponen riesgos e inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud de la persona paciente.

**5.-** Siempre que la persona paciente haya expresado por escrito su consentimiento informado, tendrá derecho a obtener una copia de dicho documento. El o la paciente tiene asimismo derecho a revocar libremente su consentimiento en cualquier momento sin necesidad de expresar la causa, debiendo constar dicha revocación por escrito en la historia clínica.

**6.-** El personal sanitario está exento de recoger el consentimiento informado cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley o bien cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica de la persona enferma y no sea posible conseguir su autorización, consultando en tal caso, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho.

**7.-** Se otorgará el consentimiento por representación conforme determina la Ley 41/2002 en los supuestos que contempla la misma, cuando la persona paciente a criterio

médico no sea capaz de tomar decisiones por sí misma o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación, cuando el paciente esté incapacitado legalmente y cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, justificando cada criterio documentalmente.

*Artículo 27 Ejercicio de los derechos de la persona paciente de rectificación, cancelación y oposición, en relación a su historia clínica*

**1.-** El derecho de rectificación comprende el derecho de la persona paciente a que se modifiquen los datos de su historia clínica que resulten ser inexactos e incompletos. La solicitud de rectificación deberá indicar a qué datos se refiere y la corrección que haya de realizarse, y deberá ir acompañada de la documentación justificativa de lo solicitado.

**2.-** El derecho de cancelación comprende el derecho de la persona paciente a que se supriman los datos de su historia clínica que resulten ser inadecuados o excesivos, pudiendo ejercitarse sin perjuicio del deber de bloqueo. En la solicitud de cancelación la persona interesada deberá indicar a qué datos se refiere, aportando al efecto la documentación que lo justifique, en su caso.

La cancelación dará lugar al bloqueo de los datos, consistente en la identificación y reserva de los mismos con el fin de impedir su tratamiento excepto para su puesta a disposición de las Administraciones Públicas, Jueces o Juezas y Tribunales, para la atención de las posibles responsabilidades nacidas del tratamiento y sólo durante el plazo de prescripción de dichas responsabilidades. Transcurrido ese plazo deberá procederse a la supresión o borrado físico de los datos.

La cancelación no procederá cuando pudiese causar un perjuicio a intereses legítimos del afectado o afectada, de terceras personas o cuando existiese una obligación de conservación de los datos. En este sentido y con carácter general, no procederá la cancelación de datos de la historia clínica en virtud del deber de conservación de la misma establecido en la normativa sanitaria.

**3.-** El derecho de oposición es el derecho de la persona paciente a que no se lleve a cabo el tratamiento de sus datos o a que se cese en el mismo cuando, a pesar de no ser necesario su consentimiento para el tratamiento, concurra una causa legítima y fundada, referida a su concreta situación personal, que lo justifique y una Ley no disponga lo contrario. En la solicitud de oposición deberán hacerse constar tales motivos personalísimos que justifican su oposición.

**4.-** Los centros e instituciones sanitarias, y en su caso las y los profesionales sanitarios cuando ejercen individualmente, en su condición de responsables de la historia clínica, deberán resolver las solicitudes de rectificación, cancelación u oposición que se les dirijan en el plazo máximo de diez días a contar desde la recepción de la solicitud. Transcurrido dicho plazo sin que de forma expresa se responda a la petición, la persona interesada podrá interponer la reclamación prevista en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

**TEMA 6: LEY 7/2002, DE 12 DE DICIEMBRE, DEL PARLAMENTO VASCO, DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS EN EL AMBITO DE LA SANIDAD.**

**BIBLIOGRAFIA: LEY 7/2002, DE 12 DE DICIEMBRE, DEL PARLAMENTO VASCO, DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS EN EL AMBITO DE LA SANIDAD (ARTICULOS 1, 2, 3, 4, 5, 6, Y 7)**

**Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad.**

*Artículo 1 Objeto de la ley*

La presente ley tiene por objeto hacer efectivo en la Comunidad Autónoma del País Vasco el derecho de las personas a la expresión anticipada de sus deseos con respecto a ciertas intervenciones médicas, mediante la regulación del documento de voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad.

*Artículo 2 Contenido del derecho a la expresión anticipada de voluntades en el ámbito de la sanidad*

1.- Cualquier persona mayor de edad que no haya sido judicialmente incapacitada para ello y actúe libremente tiene derecho a manifestar sus objetivos vitales y valores personales, así como las instrucciones sobre su tratamiento, que el médico o el equipo sanitario que le atiendan respetarán cuando se encuentre en una situación en la que no le sea posible expresar su voluntad.

2.- La expresión de los objetivos vitales y valores personales tiene como fin ayudar a interpretar las instrucciones y servir de orientación para la toma de decisiones clínicas llegado el momento.

3.- Asimismo podrá designar uno o varios representantes para que sean los interlocutores válidos del médico o del equipo sanitario y facultarles para interpretar sus valores e instrucciones.

- a) Cualquier persona mayor de edad y que no haya sido incapacitada legalmente para ello puede ser representante, con la salvedad de las siguientes personas:
  - - El notario.
  - - El funcionario o empleado público encargado del Registro Vasco de Voluntades Anticipadas.
  - - Los testigos ante los que se formalice el documento.
  - - El personal sanitario que debe aplicar las voluntades anticipadas.
  - - El personal de las instituciones que financien la atención sanitaria de la persona otorgante.

- **b)** El nombramiento de representante que haya recaído en favor del cónyuge o pareja de hecho de la persona otorgante se extingue a partir, bien de la interposición de la demanda de nulidad, separación matrimonial o divorcio, bien de la extinción formalizada de la pareja de hecho o unión libre. Para el mantenimiento de la designación será necesario, en caso de nulidad, separación matrimonial o divorcio, que conste expresamente en la resolución judicial dictada al efecto. En el supuesto de extinción formalizada de la pareja de hecho o unión libre, será necesaria la manifestación expresa en un nuevo documento.

**4.-** Las instrucciones sobre el tratamiento pueden referirse tanto a una enfermedad o lesión que la persona otorgante ya padece como a las que eventualmente podría padecer en un futuro, e incluir previsiones relativas a las intervenciones médicas acordes con la buena práctica clínica que desea recibir, a las que no desea recibir y a otras cuestiones relacionadas con el final de la vida.

### *Artículo 3 Documento de voluntades anticipadas*

**1.-** El documento de voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad es el instrumento por medio del cual se hacen efectivos los derechos reconocidos en el artículo anterior.

**2.-** El documento se formaliza por escrito y mediante uno de los siguientes procedimientos a elección de la persona que lo otorga:

- **a)** Ante notario.
- **b)** Ante el funcionario o empleado público encargado del Registro Vasco de Voluntades Anticipadas.
- **c)** Ante tres testigos.

**3.-** Los testigos serán personas mayores de edad, con plena capacidad de obrar y no vinculadas con el otorgante por matrimonio, unión libre o pareja de hecho, parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad o relación patrimonial alguna.

### *Artículo 4 Modificación, sustitución y revocación*

**1.-** El documento de voluntades anticipadas puede ser modificado, sustituido por otro o revocado en cualquier momento por la persona otorgante, siempre que conserve la capacidad de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.1 de esta ley y actúe libremente.

**2.-** La modificación, sustitución o revocación se formaliza con arreglo a lo previsto en el artículo 3.2.

### *Artículo 5 Eficacia*

**1.-** Mientras la persona otorgante conserve su capacidad, según lo dispuesto en el artículo 2.1 de esta ley, su libertad de actuación y la posibilidad de expresarse, su voluntad prevalece sobre las instrucciones contenidas en el documento de voluntades anticipadas ante cualquier intervención clínica.

2.- Si el documento de voluntades anticipadas hubiera sido modificado, sustituido o revocado, se tendrá en cuenta el contenido del último documento otorgado.

3.- Se tendrán por no puestas las instrucciones que en el momento de ser aplicadas resulten contrarias al ordenamiento jurídico o no se correspondan con los tipos de supuestos previstos por la persona otorgante al formalizar el documento de voluntades anticipadas.

4.- También se tendrán por no puestas las instrucciones relativas a las intervenciones médicas que la persona otorgante desea recibir cuando resulten contraindicadas para su patología. Las contraindicaciones deberán figurar anotadas y motivadas en la historia clínica del paciente.

#### *Artículo 6 Registro Vasco de Voluntades Anticipadas*

1.- Se creará un Registro Vasco de Voluntades Anticipadas adscrito al Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, en el que las personas otorgantes voluntariamente podrán inscribir el otorgamiento, la modificación, la sustitución y la revocación de los documentos de voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad.

2.- El Registro Vasco de Voluntades Anticipadas funcionará con arreglo a los principios de:

- a) Confidencialidad de los documentos registrados en los términos previstos tanto en la normativa sanitaria como en la relativa a la protección de datos de carácter personal.
- b) Interconexión con otros Registros de Voluntades Anticipadas o de Instrucciones Previas y con otros cuya finalidad sea prestar asistencia sanitaria o permitir el acceso a la misma.

3.- La interconexión prevista en el apartado anterior está destinada exclusivamente al efectivo cumplimiento de las voluntades anticipadas de las personas otorgantes, y no precisará del consentimiento de éstas para la comunicación de los datos.

#### *Artículo 7 Comunicación de las voluntades anticipadas al centro sanitario*

1.- El documento de voluntades anticipadas que no haya sido inscrito en el Registro Vasco de Voluntades Anticipadas debe entregarse en el centro sanitario donde su otorgante sea atendido.

2.- El documento de voluntades anticipadas que haya sido inscrito en el Registro Vasco de Voluntades Anticipadas se puede entregar voluntariamente en el centro sanitario donde su otorgante sea atendido.

3.- La entrega del documento de voluntades anticipadas en el centro sanitario corresponde a la persona otorgante. Si ésta no pudiera entregarlo, lo harán sus familiares, su representante legal, el representante designado en el propio documento o, en el caso de los documentos inscritos, el Registro Vasco de Voluntades Anticipadas.

**TEMA 7: ACUERDO DE REGULACIÓN DE CONDICIONES DE TRABAJO DEL PERSONAL DE OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD: JORNADA DE TRABAJO. DESCANSO Y VACACIONES. LICENCIAS Y PERMISOS.**

**BIBLIOGRAFIA: TÍTULO III Y IV DEL ACUERDO DE REGULACIÓN DE CONDICIONES DE TRABAJO DEL PERSONAL DE OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD, BOPV N.º 250, DE 31 DE DICIEMBRE DE 2007 Y N.º 113 DE 16 DE JUNIO DE 2008.**

**ACUERDO REGULADOR DE CONDICIONES de TRABAJO DE OSAKIDETZA 2007-2008-2009**

Decreto 235/2007, de 18 de diciembre (BOPV nº 250, de 31 de diciembre)

Decreto 106/2008, de 16 de junio (BOPV nº 113, de 16 de junio)

*El texto en cursiva corresponde al Decreto 106/2008.*

*El texto en rojo corresponde al texto actualizado de las condiciones de trabajo del personal de Osakidetza-servicio vasco de salud de vigente aplicación en el año 2014*

*El texto en azul corresponde a modificaciones puntuales introducidas en el año 2015 (Circular de 31 de marzo de 2015, del Director de RRHH de Osakidetza sobre jornada y horario del personal de la Dirección General de Osakidetza, incluido en el ámbito de aplicación del acuerdo de Osakidetza, para el año 2015).*

**TÍTULO III**

**JORNADA ORDINARIA DE TRABAJO, JORNADA  
COMPLEMENTARIA, DESCANSO DIARIO,  
DESCANSO SEMANAL, DESCANSOS ALTERNATIVOS  
Y VACACIONES**

**Artículo 27.– Jornada anual ordinaria.**

1. Conforme a la jornada anual aprobada mediante Acuerdo de la Mesa General de negociación de la Administración de la Comunidad Autónoma de Euskadi, en el ámbito de Osakidetza para todos los tipos de jornada, excepto la nocturna, las horas de trabajo efectivo anuales a realizar en concepto de jornada ordinaria serán mil quinientas noventa y dos.

Para los turnos nocturnos, en régimen permanente, las horas efectivas de trabajo anuales serán de mil cuatrocientas cuarenta y siete.

Quienes roten en turnos diurnos y nocturnos ajustarán su dedicación máxima a la que resulte como promedio de la aplicación proporcional de ambos horarios que, siempre, y aplicando a la hora nocturna un factor multiplicador del 1,10, dará un resultado final igual a la jornada establecida para los turnos diurnos.

*Decreto 106/2008, de 3 de junio:*

*Apartado 16 n): Compromiso de estudiar en el plazo de seis meses las diversas*

*situaciones producidas con motivo de jornadas ordinarias que superen la jornada normalizada o en horarios no estandarizados, en lo relativo a la eventual indemnización por manutención o sistema a aplicar.*

No obstante la regla general del párrafo anterior, al personal mayor de 55 años que preste sus servicios en régimen de turnos rotatorios se le aplicará a la hora nocturna el factor multiplicador que se señala a continuación, en función de la edad:

-Mayores de 55 años: 1,15.

-Mayores de 60 años: 1,25

*(Apartado 8 a) del Decreto 106/2008, de 3 de junio):*

*Incremento del factor corrector nocturno del personal mayor de 60 años que trabaja a turnos o en turno fijo de noche, estableciéndolo en 1,25. El mismo factor corrector sería de aplicación a dicho personal respecto del trabajo en domingo y festivos).*

Igualmente, el personal mayor de 55 años podrá acogerse, con carácter voluntario, a la medida de exención de la realización de trabajo nocturno. Esta medida estará en todo caso sujeta a negociación con la Dirección-Gerencia de la Organización de servicios correspondiente, pudiendo conllevar, si así fuera necesario para su atención, un cambio de Unidad del/la solicitante.

El personal en régimen de trabajo por turnos diurnos y nocturnos ajustará su dedicación máxima a la que resulte como promedio de la aplicación proporcional de ambos horarios que, siempre, y aplicando a la hora nocturna el citado factor corrector del 1,10, o del que corresponda por razón de su edad, dará un resultado final anual igual a la jornada anual de mil quinientas noventa y dos horas establecida para los turnos diurnos.

**2.** Para el año 2007 se mantiene la jornada anual de 1.433 horas de trabajo efectivo para aquel personal de Instituciones Abiertas que efectuó esta jornada en el pasado año 2006.

No obstante este personal podrá solicitar la ampliación de su jornada a la establecida en el presente Acuerdo con carácter normalizado, cuya autorización corresponderá a la Dirección de la Organización de servicios correspondiente dentro de las consignaciones presupuestarias existentes en el centro. En caso de informe negativo, éste deberá ser motivado.

**3.** Con carácter general, salvo para el personal en sistema de turnos rotatorios y a excepción de lo que proceda en el ámbito de Atención Primaria acerca de la prestación de servicios los sábados, la jornada normalizada diaria será de 7 horas.

**4.** El personal prestará servicios, con carácter general, salvo quienes realicen turnos rotatorios, un máximo de seis sábados al año. En aquellos casos en que algún personal venga realizando un número inferior de sábados, se mantendrá dicha situación siempre que se cumpla la jornada anual establecida.

*Decreto 106/2008, de 3 de junio:*

*Apartado 16 k): Se procederá a estudiar y acordar el sistema de cobertura de los servicios a prestar las jornadas de sábado en Atención Primaria, bajo un sistema de organización y retribución específicas, iniciando tal nuevo sistema su puesta en marcha y efectos retributivos no más tarde del 1 de julio de 2008.*

**5.** Siempre que la duración de una jornada exceda de seis horas continuadas existirá un período de descanso durante la misma de duración equivalente a quince minutos. Su disfrute se deberá realizar necesariamente dentro del correspondiente turno de trabajo, computándose en este caso como tiempo de trabajo efectivamente realizado.

Conforme lo anterior, en ningún caso se podrá acumular períodos de descanso no disfrutados para su disfrute en otro u otros días o períodos posteriores.

En todo caso, el momento concreto del disfrute del descanso quedará supeditado al mantenimiento de la atención de los servicios.

Asimismo, en ningún caso su disfrute efectivo supondrá un retraso en la hora de entrada al puesto de trabajo o un adelanto en la hora de salida del turno correspondiente.

**6.** La determinación de los turnos rotatorios en los que deba implantarse el solape, entendido como tiempo efectivo de trabajo consistente en la prolongación en diez minutos de la jornada diaria y destinados a la transmisión de los oportunos “partes” de cambio de turno, así como la determinación del personal que deba realizarlo, deberá ser objeto de negociación en el ámbito de cada Organización de servicios entre la Dirección de la misma y la representación del personal, en atención de la necesidad de que el mismo se deba realizar efectiva y justificadamente.

En situación de Incapacidad Temporal se computará el tiempo de solape al personal que lo tuviera reconocido.

**7.** Se establecen como principios generales para la practicidad de la jornada el establecimiento de un límite máximo de 70 horas nocturnas en cómputo de ocho semanas, excepto para el personal que presta sus servicios en turno fijo de noche, así como el derecho a la libranza de día y medio semanal ininterrumpido (72 días al año) y la libranza de un fin de semana de cada tres.

La aplicación de estos principios generales está supeditada al número real de efectivos que componen las unidades y a la demanda asistencial de las mismas.

**8.** A efectos de la practicidad de la jornada en el ámbito de la Atención Primaria, y sin perjuicio del cumplimiento de los sábados que con carácter general se fija en el apartado 4.º de este artículo, dicha jornada tendrá una duración general de siete horas, de lunes a viernes.

*Decreto 106/2008, de 3 de junio*

*Apartado 16 ñ): Se adquiere el compromiso de realizar y acordar formas de compensación del personal de Enfermería de Atención Primaria para los supuestos especiales de trabajo durante la jornada ordinaria, particularmente aquéllos de prestación de servicios en dos o más centros dispersos de atención primaria.*

*Para ajustar las carteleras al cumplimiento de la jornada anual, podrán disponerse como fechas alternativas los días 24 y/o 31 de diciembre y/o los dos días festivos de carácter local.*

*La disposición de dichos ajustes se realizará en cada Organización de servicios, debiendo garantizarse siempre la cobertura y atención de las necesidades asistenciales.*

**9.** La jornada ordinaria de trabajo del personal residente en formación será de 1.592

horas anuales de trabajo efectivo en régimen de dedicación a tiempo completo. El personal residente que efectúe régimen de guardias tendrá una jornada normalizada de siete horas, de lunes a viernes, siempre que ello no imposibilite completar el correspondiente programa formativo.

## **JORNADA ORDINARIA DE TRABAJO, JORNADA COMPLEMENTARIA, DESCANSO DIARIO, DESCANSO SEMANAL, DESCANSOS ALTERNATIVOS Y VACACIONES**

### **Jornada anual ordinaria.**

1. Conforme a la jornada anual aprobada mediante el Decreto 4/2014, de 28 de enero, la jornada anual en el año 2014 para el personal funcionario, estatutario y laboral de la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi, la jornada de trabajo anual del personal de Osakidetza-Servicio vasco de salud, excepto para los turnos nocturnos, será de 1614 horas 30 minutos, sin perjuicio de lo dispuesto en la nueva regulación del permiso por asuntos particulares, para todos los tipos de jornada, excepto la nocturna y lo dispuesto para el personal de Instituciones Abiertas. Las jornadas efectivas serán las que resulten de descontar los asuntos particulares fijadas en dicha nueva regulación.

Para los turnos nocturnos, en régimen permanente, las horas efectivas de trabajo anuales serán de 1467 horas y 16 minutos.

Quienes roten en turnos diurnos y nocturnos ajustarán su dedicación máxima a la que resulte como promedio de la aplicación proporcional de ambos horarios que, siempre, y aplicando a la hora nocturna un factor multiplicador del 1,10, dará un resultado final igual a la jornada anual de trabajo efectivo establecido para los turnos diurnos.

No obstante la regla general del párrafo anterior, al personal mayor de 55 años que preste sus servicios en régimen de turnos rotatorios se le aplicará a la hora nocturna el factor multiplicador que se señala a continuación, en función de la edad:

- Mayores de 55 años: 1,15.

- Mayores de 60 años: 1,25

Igualmente, el personal mayor de 55 años podrá acogerse, con carácter voluntario, a la medida de exención de la realización de trabajo nocturno. Esta medida estará en todo caso sujeta a negociación con la Dirección-Gerencia de la Organización de servicios correspondiente, pudiendo conllevar, si así fuera necesario para su atención, un cambio de Unidad del/la solicitante.

El personal en régimen de trabajo por turnos diurnos y nocturnos ajustará su dedicación máxima a la que resulte como promedio de la aplicación proporcional de ambos horarios que, siempre, y aplicando a la hora nocturna el citado factor corrector del 1,10, o del que corresponda por razón de su edad, dará un resultado final anual igual a la jornada anual de trabajo efectivo establecido para los turnos diurnos.

2. La jornada anual para el ejercicio 2014 del personal de Instituciones Abiertas será de 1453 horas y 15 minutos.

No obstante este personal podrá solicitar la ampliación de su jornada a la establecida con carácter normalizado, cuya autorización corresponderá a la Dirección de la Organización de servicios correspondiente dentro de las consignaciones presupuestarias existentes en el centro. En caso de informe negativo, éste deberá ser motivado.

3. Con carácter general, salvo para el personal en sistema de turnos rotatorios y a

excepción de lo que proceda en el ámbito de Atención Primaria acerca de la prestación de servicios los sábados, la jornada normalizada diaria será de 7 horas.

4. El personal prestará servicios, con carácter general, salvo quienes realicen turnos rotatorios, un máximo de seis sábados al año. En aquellos casos en que algún personal venga realizando un número inferior de sábados, se mantendrá dicha situación siempre que se cumpla la jornada anual establecida.

5. Siempre que la duración de una jornada exceda de seis horas continuadas existirá un período de descanso durante la misma de duración equivalente a quince minutos. Su disfrute se deberá realizar necesariamente dentro del correspondiente turno de trabajo, computándose en este caso como tiempo de trabajo efectivamente realizado.

Conforme lo anterior, en ningún caso se podrá acumular períodos de descanso no disfrutados para su disfrute en otro u otros días o períodos posteriores.

En todo caso, el momento concreto del disfrute del descanso quedará supeditado al mantenimiento de la atención de los servicios.

Asimismo, en ningún caso su disfrute efectivo supondrá un retraso en la hora de entrada al puesto de trabajo o un adelanto en la hora de salida del turno correspondiente.

6. La determinación de los turnos rotatorios en los que deba implantarse el solape, entendido como tiempo efectivo de trabajo consistente en la prolongación en diez minutos de la jornada diaria y destinados a la transmisión de los oportunos "partes" de cambio de turno, así como la determinación del personal que deba realizarlo, deberá ser objeto de negociación en el ámbito de cada Organización de servicios entre la Dirección de la misma y la representación del personal, en atención de la necesidad de que el mismo se deba realizar efectiva y justificadamente.

En situación de Incapacidad Temporal se computará el tiempo de solape al personal que lo tuviera reconocido.

7. Se establecen como principios generales para la practicidad de la jornada el establecimiento de un límite máximo de 70 horas nocturnas en cómputo de ocho semanas, excepto para el personal que presta sus servicios en turno fijo de noche, así como el derecho a la libranza de día y medio semanal ininterrumpido (72 días al año) y la libranza de un fin de semana de cada tres.

La aplicación de estos principios generales está supeditada al número real de efectivos que componen las unidades y a la demanda asistencial de las mismas.

8. A efectos de la practicidad de la jornada en el ámbito de la Atención Primaria, y sin perjuicio del cumplimiento de los sábados que con carácter general se fija en el apartado 4º. de este artículo, dicha jornada tendrá una duración general de siete horas, de lunes a viernes.

Para ajustar las carteleras al cumplimiento de la jornada anual, podrán disponerse como fechas alternativas los días 24 y/o 31 de diciembre y/o los dos días festivos de carácter local.

La disposición de dichos ajustes se realizará en cada Organización de servicios, debiendo garantizarse siempre la cobertura y atención de las necesidades asistenciales.

9. La jornada anual de presencia efectiva, para el ejercicio 2014, del personal residente en formación será de 1.614 horas 30 minutos.

El personal residente que efectúe régimen de guardias tendrá una jornada normalizada

de siete horas, de lunes a viernes, siempre que ello no imposibilite completar el correspondiente programa formativo.

**CIRCULAR DE 31 DE MARZO DE 2015, DEL DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS DE OSAKIDETZA SOBRE JORNADA Y HORARIO DEL PERSONAL DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE OSAKIDETZA, INCLUIDO EN EL ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL ACUERDO DE OSAKIDETZA, PARA EL AÑO 2015.**

En virtud de lo dispuesto en el Decreto 17/2015, de 17 de febrero, se fija la jornada para el año 2015 del personal funcionario, estatutario y laboral de la Administración de la Comunidad Autónoma de Euskadi, estando incluido el personal de Osakidetza-Servicio vasco de salud.

Tal como se establece en el mismo, la jornada teórica de trabajo anual ha quedado fijada en 1.614 horas 30 minutos.

Asimismo, establece que el personal tendrá derecho a permiso por asuntos particulares por el número de días establecidos en el artículo 48.k) del Estatuto Básico del Empleado Público, cuantificados en base a una jornada diaria de 7 horas y 30 minutos, que computará como trabajo efectivo y que se deducirán de la jornada anual fijada en 1.614 horas 30 minutos.

Conforme la redacción vigente del EBEP dada por el artículo 28 de Ley 15/2014, de 16 de septiembre, de racionalización del Sector Público y otras medidas de reforma administrativa, el permiso por asuntos particulares tendrá una duración de cinco días. Por tanto, mediante la presente se determinan las condiciones de cumplimiento de la jornada anual fijada para este año, con efectos desde el 1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2015, ambos inclusive.

**Artículo 28. Jornada Complementaria (Servicio de Atención Continuada).**

1. Cuando se trate de la prestación de servicios de atención continuada y con el fin de garantizar la adecuada atención permanente a los usuarios y usuarias de las Organizaciones sanitarias de Osakidetza, el personal de determinadas categorías o unidades desarrollará una jornada complementaria en la forma que se establezca a través de la programación funcional de la correspondiente Organización de servicios.

2. El número máximo de guardias mensuales que con carácter general se deberán realizar será de tres (3) en el caso de un/una facultativo especialista, con las excepciones derivadas de las necesarias adaptaciones, adecuaciones y oportuna racionalización de los efectivos que componen cada una de las Unidades y de la demanda asistencial de las mismas. De forma voluntaria podrá superarse dicho límite cuando así se lo oferte la Dirección del Hospital y acepte el/la facultativo, siempre que se cumpla la normativa vigente.

El personal residente en formación estará obligado a realizar las horas de jornada complementaria que el programa formativo establezca para el curso correspondiente. En este caso, este personal no podrá realizar más de siete guardias al mes, todo ello dentro del programa formativo establecido para el curso correspondiente.

3. Se establece un módulo de prestación de servicios de atención continuada para sábados, domingos y festivos, con una duración de 24 horas ininterrumpidas, sin menoscabo de los refuerzos que sean necesarios para el pase de visita y el alta de los

pacientes, con lo que la jornada ordinaria para el personal facultativo especialista en régimen de guardias queda fijado en siete horas, de lunes a viernes.

Asimismo, en sábados, domingos y festivos, el personal residente en formación prestará servicios de atención continuada conforme a un módulo de 24 horas ininterrumpidas.

4. La jornada complementaria no tendrá en ningún caso la condición ni el tratamiento establecido para las horas extraordinarias. En consecuencia, no estará afectada por las limitaciones que respecto a la realización de horas extraordinarias establecen o puedan establecer otras normas y disposiciones, y su compensación o retribución específica son las que expresamente se fijan en el anexo correspondiente del presente Acuerdo.

5. Las guardias de presencia física realizadas por el personal facultativo, se compensarán por módulo de horas de prestación de servicios, conforme a los importes establecidos en el Anexo III, 2. Las fracciones de módulos se adecuarán en todo caso proporcionalmente.

A partir de la entrada en vigor del presente Acuerdo, la retribución de las guardias incluirá la cantidad íntegra correspondiente, que se retribuirá por tanto en el mes en que se efectúen, incluyendo la parte proporcional que hasta el momento correspondía y se incluía en las pagas extraordinarias. Conforme a lo anterior, a partir de la fecha de entrada en vigor del presente Acuerdo no se realizará asignación alguna por las guardias en pagas extraordinarias. Se mantiene el actual prorrateo de vacaciones y la retribución de las guardias en la situación de Incapacidad Temporal.

La previsión anterior no supondrá modificación alguna en el régimen de retribución de guardias de aplicación al personal residente.

Las guardias que sobrepasen la tercera mensual se retribuirán con un incremento adicional de 10% sobre los valores establecido en el Anexo III para las guardias de presencia física o localizada, tanto en el caso de que se trate de guardia laborable como festiva.

6. Los servicios de localización se compensarán con un 50% del importe fijado para las guardias de presencia física, con obligación de acudir al centro cuando se fuera requerido.

7. Las guardias médicas localizadas que requieran la presencia del/la facultativo en el Hospital en dos o más ocasiones, así como aquellas otras que impliquen una permanencia de cuatro o más horas en el mismo tendrán, a efectos retributivos, la consideración de guardias de presencia física.

8. Se reconoce la realización de los módulos de guardia para aquellos otros colectivos que los vienen realizando en aquellas Organizaciones en que están así establecidas por considerarse necesarias, en tanto se mantenga la organización del servicio en este sentido. Todo ello sin perjuicio de su actualización en el mismo porcentaje que con carácter general se establezca para los restantes conceptos retributivos de guardias.

9. Guardias del personal facultativo residente en formación.

Con efectos del día 01-01-2008 el personal facultativo residente en formación percibirá la retribución correspondiente a atención continuada / guardias en función de

los siguientes porcentajes respecto del valor hora de guardia percibido por los médicos de plantilla de Osakidetza, tanto laborable como festiva:

Facultativo R1	55%
Facultativo R2	60%
Facultativo R3	70%
Facultativo R4	80%
Facultativo R5	80%

Estos mismos porcentajes resultarán de aplicación en los años sucesivos.

No obstante, y siempre que la cantidad resultante fuera superior a la más arriba indicada, la retribución del valor hora de guardia de presencia física del personal facultativo residente en formación se atenderá, como valor mínimo garantizado para el año 2008, a las siguientes cuantías:

R1: 11,50 euros; R2: 13,50 euros; R3: 15,50 euros; R4: 17, 50 euros; R5: 17,50 euros

**10.** Las guardias tanto de presencia física como localizadas, realizadas durante de los días 24, 25 y 31 de diciembre, así como el día 1 de enero, se retribuirán por el doble de su valor.

La previsión anterior resulta igualmente de aplicación a las guardias realizadas en dichos días por el personal residente en formación.

**11.** Los/as Directores Gerentes de los Hospitales podrán analizar, y en su caso pactar, con las Unidades o Servicios la conversión de actuales guardias de presencia física en guardias localizadas. La diferencia económica resultante se compensará mediante la realización proporcional de los módulos de atención continuada, cuya realización será en todo caso voluntaria.

**12.** Se acuerda constituir una Comisión Técnica de guardias, integrada por los firmantes del Acuerdo que analizará el actual sistema de Atención Continuada existente en cada uno de los hospitales de Osakidetza, con el fin de explorar y proponer mejoras o alternativas al modelo actual.

Dicha Comisión estará compuesta por representantes de Osakidetza y de las centrales sindicales firmantes del Acuerdo.

### **Jornada Complementaria (Servicio de Atención Continuada).**

1. Cuando se trate de la prestación de servicios de atención continuada y con el fin de garantizar la adecuada atención permanente a los usuarios y usuarias de las Organizaciones sanitarias de Osakidetza, el personal de determinadas categorías o unidades desarrollará una jornada complementaria en la forma que se establezca a través de la programación funcional de la correspondiente organización de servicios.

2. El número máximo de guardias mensuales que con carácter general se deberán realizar será de tres (3) en el caso de un/una facultativo especialista, con las excepciones derivadas de las necesarias adaptaciones, adecuaciones y oportuna racionalización de los efectivos que componen cada una de las Unidades y de la demanda asistencial de las mismas. De forma voluntaria podrá superarse dicho límite cuando así se lo oferte la Dirección del Hospital y acepte el/la facultativo, siempre que se cumpla la normativa vigente.

El personal residente en formación estará obligado a realizar las horas de jornada complementaria que el programa formativo establezca para el curso correspondiente. En este caso, este personal no podrá realizar más de siete guardias al mes, todo ello dentro del programa formativo establecido para el curso correspondiente.

3. Se establece un módulo de prestación de servicios de atención continuada para sábados, domingos y festivos, con una duración de 24 horas ininterrumpidas, sin menoscabo de los refuerzos que sean necesarios para el pase de visita y el alta de los pacientes, con lo que la jornada ordinaria para el personal facultativo especialista en régimen de guardias queda fijado en siete horas, de lunes a viernes.

Asimismo, en sábados, domingos y festivos, el personal residente en formación prestará servicios de atención continuada conforme a un módulo de 24 horas ininterrumpidas.

4. La jornada complementaria no tendrá en ningún caso la condición ni el tratamiento establecido para las horas extraordinarias. En consecuencia, no estará afectada por las limitaciones que respecto a la realización de horas extraordinarias establecen o puedan establecer otras normas y disposiciones, y su compensación o retribución específica son las que expresamente se fijan en el anexo correspondiente del presente Acuerdo.

5. Las guardias de presencia física realizadas por el personal facultativo, se compensarán por módulo de horas de prestación de servicios, conforme a los importes establecidos en el Anexo III, 2. Las fracciones de módulos se adecuarán en todo caso proporcionalmente.

La retribución de las guardias incluirá la cantidad íntegra correspondiente, que se retribuirá por tanto en el mes en que se efectúen, incluyendo la parte proporcional que hasta el momento correspondía y se incluía en las pagas extraordinarias. Conforme a lo anterior, no se realizará asignación alguna por las guardias en pagas extraordinarias. Se mantiene el actual prorrateo de vacaciones y la retribución de las guardias en la situación de Incapacidad Temporal.

La previsión anterior no supondrá modificación alguna en el régimen de retribución de guardias de aplicación al personal residente.

Las guardias que sobrepasen la tercera mensual se retribuirán con un incremento adicional de 10% sobre los valores establecido en el Anexo III para las guardias de presencia física o localizada, tanto en el caso de que se trate de guardia laborable como festiva.

6. Los servicios de localización se compensarán con un 50% del importe fijado para las guardias de presencia física, con obligación de acudir al centro cuando se fuera requerido.

7. Las guardias médicas localizadas que requieran la presencia del/la facultativo en el Hospital en dos o más ocasiones, así como aquellas otras que impliquen una permanencia de cuatro o más horas en el mismo tendrán, a efectos retributivos, la consideración de guardias de presencia física.

8. Se reconoce la realización de los módulos de guardia para aquellos otros colectivos que los vienen realizando en aquellas Organizaciones en que están así establecidas por considerarse necesarias, en tanto se mantenga la organización del servicio en este sentido. Todo ello sin perjuicio de su actualización en el mismo porcentaje que con carácter general se establezca para los restantes conceptos retributivos de guardias.

#### 9. Guardias del personal facultativo residente en formación.

El personal facultativo residente en formación percibirá la retribución correspondiente a atención continuada / guardias en función de los siguientes porcentajes respecto del valor hora de guardia percibido por los médicos de plantilla de Osakidetza, tanto laborable como festiva:

Facultativo R1	55%
Facultativo R2	60%
Facultativo R3	70%
Facultativo R4	80%
Facultativo R5	80%

Estos mismos porcentajes resultarán de aplicación en los años sucesivos.

No obstante, y siempre que la cantidad resultante fuera superior a la más arriba indicada, la retribución del valor hora de guardia de presencia física del personal facultativo residente en formación se atenderá, como valor mínimo garantizado a las siguientes cuantías:

R1: 11,50 euros; R2: 13,50 euros; R3: 15,50 euros; R4: 17, 50 euros; R5: 17,50 euros

10. Las guardias tanto de presencia física como localizadas, realizadas durante de los días 24, 25 y 31 de diciembre, así como el día 1 de enero, se retribuirán por el doble de su valor.

La previsión anterior resulta igualmente de aplicación a las guardias realizadas en dichos días por el personal residente en formación.

11. Los/as Directores Gerentes de las organizaciones de servicios podrán analizar, y en su caso pactar, con las Unidades o Servicios la conversión de actuales guardias de presencia física en guardias localizadas. La diferencia económica resultante se compensará mediante la realización proporcional de los módulos de atención continuada, cuya realización será en todo caso voluntaria.

#### **Artículo 29. Duración máxima conjunta de los tiempos de trabajo.**

La duración máxima conjunta de los tiempos de trabajo correspondientes a la jornada ordinaria y a la jornada complementaria será de cuarenta y ocho horas semanales de trabajo efectivo de promedio en cómputo semestral.

En el caso del personal residente en formación, la duración máxima de la jornada, sumando jornada ordinaria y jornada complementaria, será la que se establece conforme a los siguientes periodos de progresiva aplicación:

a) Jornada máxima de 58 horas semanales de promedio en cómputo anual hasta el 31 de julio de 2007.

b) Jornada máxima de 56 horas semanales de promedio en cómputo anual entre el 1 de agosto de 2007 y el 31 de julio de 2008.

c) A partir del 1 de agosto de 2008, la jornada máxima será de 48 horas semanales en cómputo anual.

La jornada laboral del personal residente en formación asegurará el cumplimiento de los programas formativos. Dentro de las posibilidades organizativas y funcionales de cada centro, se procurará disponer la jornada de los residentes de forma que la ordenación del tiempo de trabajo no perjudique la formación.

No serán tomados en consideración para la duración máxima conjunta de los tiempos de trabajo correspondientes a la jornada ordinaria y a la jornada complementaria, los períodos de localización, salvo que el personal sea requerido para la prestación de un trabajo o servicio efectivo, caso en que se computará como jornada tanto la duración del trabajo desarrollado como los tiempos de desplazamiento, computándose este tiempo de desplazamiento por un máximo de media hora.

En ningún caso se computarán a estos efectos las jornadas ordinarias no realizadas efectivamente, en cuanto tiempo que el personal no permanece en su Organización de servicios a disposición del centro y en el ejercicio efectivo de sus actividades y funciones.

El período de vacación anual retribuida y los períodos de baja por enfermedad serán neutros para el cálculo del promedio indicado.

### **Duración máxima conjunta de los tiempos de trabajo.**

La duración máxima conjunta de los tiempos de trabajo correspondientes a la jornada ordinaria y a la jornada complementaria será de cuarenta y ocho horas semanales de trabajo efectivo de promedio en cómputo semestral.

La jornada laboral del personal residente en formación asegurará el cumplimiento de los programas formativos. Dentro de las posibilidades organizativas y funcionales de cada centro, se procurará disponer la jornada de los residentes de forma que la ordenación del tiempo de trabajo no perjudique la formación.

No serán tomados en consideración para la duración máxima conjunta de los tiempos de trabajo correspondientes a la jornada ordinaria y a la jornada complementaria, los períodos de localización, salvo que el personal sea requerido para la prestación de un trabajo o servicio efectivo, caso en que se computará como jornada tanto la duración del trabajo desarrollado como los tiempos de desplazamiento, computándose este tiempo de desplazamiento por un máximo de media hora.

En ningún caso se computarán a estos efectos las jornadas ordinarias no realizadas efectivamente, en cuanto tiempo que el personal no permanece en su Organización de servicios a disposición del centro y en el ejercicio efectivo de sus actividades y funciones.

El período de vacación anual retribuida y los períodos de baja por enfermedad serán neutros para el cálculo del promedio indicado.

### **Artículo 30. Jornada y descansos diarios.**

1. El tiempo de trabajo correspondiente a la jornada ordinaria no excederá de doce horas ininterrumpidas.

No obstante, mediante la programación funcional de las Organizaciones de servicios de Osakidetza se podrán establecer jornadas ordinarias de hasta veinticuatro horas para determinados servicios o unidades sanitarias, con carácter excepcional y cuando así lo aconsejen razones organizativas o asistenciales.

2. El personal tendrá derecho a un período mínimo de descanso ininterrumpido de doce horas entre el fin de una jornada ordinaria y el comienzo de la siguiente.

Igualmente, generará este mismo derecho la realización de jornada complementaria mediante la prestación de servicios de atención continuada en la

modalidad de presencia física, con una duración igual o superior a 12 horas. En ningún caso dicho descanso podrá tener la consideración de tiempo de trabajo como jornada ordinaria ni como jornada complementaria, no considerándose, por tanto, a efectos del cómputo de la jornada anual de mil quinientas noventa y dos horas.

3. El descanso entre jornadas de trabajo previsto en el número anterior se reducirá, en los términos que exija la propia causa que lo justifica, en los siguientes supuestos:

a) En el caso de trabajo a turnos, cuando el personal cambie de equipo y no pueda disfrutar del período de descanso diario entre el final de la jornada de un equipo y el comienzo de la jornada siguiente.

b) Cuando se sucedan, en un intervalo inferior a doce horas, tiempos de trabajo correspondientes a jornada ordinaria y/o jornada complementaria.

4. En los supuestos previstos en el número anterior, será de aplicación el régimen de compensación por medio de descansos alternativos establecidos en el artículo 32.

5. Respecto del personal residente en formación, entre el final de una jornada y el comienzo de la siguiente, deberá mediar como mínimo, un periodo de descanso continuo de 12 horas.

En todo caso, después de 24 horas de trabajo ininterrumpido, bien sea de jornada ordinaria que se hubiera establecido excepcionalmente, bien sea de jornada complementaria, bien sea de tiempos conjuntos de ambos, el residente tendrá un descanso continuo de 12 horas, salvo en casos de especial interés formativo según criterio de su tutor o en casos de problemas organizativos insuperables. En estos supuestos, se aplicará el régimen de descansos alternativos establecidos en el artículo 32.

### **Jornada y descansos diarios.**

1. El tiempo de trabajo correspondiente a la jornada ordinaria no excederá de doce horas ininterrumpidas.

No obstante, mediante la programación funcional de las Organizaciones de servicios de Osakidetza se podrán establecer jornadas ordinarias de hasta veinticuatro horas para determinados servicios o unidades sanitarias, con carácter excepcional y cuando así lo aconsejen razones organizativas o asistenciales.

2. El personal tendrá derecho a un período mínimo de descanso ininterrumpido de doce horas entre el fin de una jornada ordinaria y el comienzo de la siguiente. Igualmente, generará este mismo derecho la realización de jornada complementaria mediante la prestación de servicios de atención continuada en la modalidad de presencia física, con una duración igual o superior a 12 horas. En ningún caso dicho descanso podrá tener la consideración de tiempo de trabajo como jornada ordinaria ni como jornada complementaria, no considerándose, por tanto, a efectos del cómputo de la jornada anual de mil quinientas noventa y dos horas.

3. El descanso entre jornadas de trabajo previsto en el número anterior se reducirá, en los términos que exija la propia causa que lo justifica, en los siguientes supuestos:

a) En el caso de trabajo a turnos, cuando el personal cambie de equipo y no pueda disfrutar del período de descanso diario entre el final de la jornada de un equipo y el comienzo de la jornada siguiente.

b) Cuando se sucedan, en un intervalo inferior a doce horas, tiempos de trabajo correspondientes a jornada ordinaria y/o jornada complementaria.

4. En los supuestos previstos en el número anterior, será de aplicación el régimen de compensación por medio de descansos alternativos establecidos en el artículo 32.

5. Respecto del personal residente en formación, entre el final de una jornada y el comienzo de la siguiente, deberá mediar como mínimo, un periodo de descanso continuo de 12 horas.

En todo caso, después de 24 horas de trabajo ininterrumpido, bien sea de jornada ordinaria que se hubiera establecido excepcionalmente, bien sea de jornada complementaria, bien sea de tiempos conjuntos de ambos, el residente tendrá un descanso continuo de 12 horas, salvo en casos de especial interés formativo según criterio de su tutor o en casos de problemas organizativos insuperables. En estos supuestos, se aplicará el régimen de descansos alternativos establecidos.

#### **Artículo 31. Descanso semanal.**

1. El personal tendrá derecho a un período mínimo de descanso ininterrumpido con una duración de veinticuatro horas semanales, período que se incrementará con el mínimo de descanso diario de doce horas previsto en el artículo 30.

2. El período de referencia para el cálculo del período de descanso establecido en el número anterior será de dos meses.

3. En el caso de que no se hubiera disfrutado del tiempo mínimo de descanso semanal en el período establecido en el número anterior, se producirá una compensación a través del régimen de descansos alternativos previstos en el artículo siguiente.

#### **Descanso semanal.**

1. El personal tendrá derecho a un período mínimo de descanso ininterrumpido con una duración de veinticuatro horas semanales, período que se incrementará con el mínimo de descanso diario de doce horas.

2. El período de referencia para el cálculo del período de descanso establecido en el número anterior será de dos meses.

3. En el caso de que no se hubiera disfrutado del tiempo mínimo de descanso semanal en el período establecido en el número anterior, se producirá una compensación a través del régimen de descansos alternativos.

#### **Artículo 32. Régimen de descansos alternativos.**

1. Cuando no se hubiera disfrutado de los períodos de descanso diarios establecidos en el presente Acuerdo, se tendrá derecho a su compensación mediante

descansos alternativos cuya duración total no podrá ser inferior a la reducción experimentada.

2. La compensación señalada en el número anterior se entenderá producida cuando se haya disfrutado, en cómputo trimestral, un promedio semanal de noventa y seis horas de descanso, incluyendo los descansos semanales disfrutados, computando para ello todos los períodos de descanso de duración igual o superior a doce horas consecutivas.

3. El disfrute de los descansos compensatorios previstos en este artículo no podrá ser sustituido por compensación económica, salvo en los casos de finalización de la relación de servicios.

### **Régimen de descansos alternativos.**

1. Cuando no se hubiera disfrutado de los períodos de descanso diarios, se tendrá derecho a su compensación mediante descansos alternativos cuya duración total no podrá ser inferior a la reducción experimentada.

2. La compensación señalada en el número anterior se entenderá producida cuando se haya disfrutado, en cómputo trimestral, un promedio semanal de noventa y seis horas de descanso, incluyendo los descansos semanales disfrutados, computando para ello todos los períodos de descanso de duración igual o superior a doce horas consecutivas.

3. El disfrute de los descansos compensatorios no podrá ser sustituido por compensación económica, salvo en los casos de finalización de la relación de servicios.

### **Artículo 33. Carácter de los períodos de descanso.**

Los períodos de descanso diario y semanal, así como en su caso, los descansos alternativos, no tendrán el carácter ni la consideración de trabajo efectivo, ni podrán ser, en ningún caso, tomados en consideración para el cumplimiento de la jornada ordinaria de trabajo determinada en el artículo 27.

### **Carácter de los períodos de descanso.**

Los períodos de descanso diario y semanal, así como en su caso, los descansos alternativos, no tendrán el carácter ni la consideración de trabajo efectivo, ni podrán ser, en ningún caso, tomados en consideración para el cumplimiento de la jornada ordinaria de trabajo.

### **Artículo 34. Calendario laboral.**

En todas las Organizaciones de servicios se establecerán anualmente, previa negociación entre la Dirección y los representantes del personal, los calendarios de días laborables anuales y los horarios de trabajo, tomándose como base las horas de prestación de servicios establecidas en el cómputo anual.

### **Calendario laboral.**

En todas las Organizaciones de servicios se establecerán anualmente, previa negociación entre la Dirección y los representantes del personal, los calendarios de días laborables anuales y los horarios de trabajo, tomándose como base las horas de prestación de servicios establecidas en el cómputo anual.

### **Artículo 35. Carteleras de trabajo.**

1. Las carteleras de trabajo específicas negociadas en cada Unidad tendrán carácter obligatorio bimestral, pudiendo procederse a la modificación de las mismas exclusivamente por necesidades graves, urgentes o imprevisibles, las cuales se pondrán en conocimiento de la representación del personal.

2. Las Organizaciones de servicios de Osakidetza desarrollarán alternativas que permitan una mejora de las condiciones de trabajo del personal que presta sus servicios en régimen de turno rotatorio en centros hospitalarios, adecuando los criterios de elaboración de las carteleras de trabajo. A tal efecto y garantizando la adecuada cobertura asistencial, podrán desarrollarse alguno de los siguientes mecanismos:

a) Compensación como horas de trabajo efectivo en sustitución de los pluses por trabajo en noches y festivos, estimadas a partir del coste horario de la categoría y de las cuantías establecidas para dichos pluses.

b) Liberación de jornadas de trabajo nocturno y/o en festivos, incluidas en la cartelera de trabajo, y computadas como reducción de jornada, con los efectos económicos que se deriven.

c) Implantación de mecanismos que favorezcan la libranza en fines de semana, mediante fórmulas alternativas de organización y de contratación.

### **Carteleras de trabajo.**

1. Las carteleras de trabajo específicas negociadas en cada Unidad tendrán carácter obligatorio bimestral, pudiendo procederse a la modificación de las mismas exclusivamente por necesidades graves, urgentes o imprevisibles, las cuales se pondrán en conocimiento de la representación del personal.

2. Las Organizaciones de servicios de Osakidetza desarrollarán alternativas que permitan una mejora de las condiciones de trabajo del personal que presta sus servicios en régimen de turno rotatorio en centros hospitalarios, adecuando los criterios de elaboración de las carteleras de trabajo. A tal efecto y garantizando la adecuada cobertura asistencial, podrán desarrollarse alguno de los siguientes mecanismos:

a) Compensación como horas de trabajo efectivo en sustitución de los pluses por trabajo en noches y festivos, estimadas a partir del coste horario de la categoría y de las cuantías establecidas para dichos pluses.

b) Liberación de jornadas de trabajo nocturno y/o en festivos, incluidas en la cartelera de trabajo, y computadas como reducción de jornada, con los efectos económicos que se deriven.

c) Implantación de mecanismos que favorezcan la libranza en fines de semana, mediante fórmulas alternativas de organización y de contratación.

### **Artículo 36. Compensación por horas en exceso.**

Las horas en exceso realizadas por el personal en día laborable, superiores a su jornada ordinaria, como consecuencia de la prolongación de trabajo efectivo, y que no tengan el carácter de jornada complementaria por la prestación de servicios de atención continuada, cuando por necesidades graves, urgentes o imprevisibles les fueran encomendadas por sus superiores para la realización de tareas de carácter inaplazable, darán derecho, previa la oportuna justificación, a una compensación a razón de hora y media por cada hora trabajada.

Las horas en exceso realizadas durante el período nocturno o en día festivo se compensarán a razón de dos horas por cada hora trabajada.

Dicha compensación se contabilizará mensualmente, pudiendo disfrutarse la misma en el trimestre siguiente a la fecha del cómputo. La elección del momento del disfrute deberá acordarse entre el personal y la Dirección de su Organización de servicios respectiva.

La aplicación de estas compensaciones quedará en todo caso supeditada al efectivo cumplimiento de la jornada anual pactada.

#### **Compensación por horas en exceso.**

Las horas en exceso realizadas por el personal en día laborable, superiores a su jornada ordinaria, como consecuencia de la prolongación de trabajo efectivo, y que no tengan el carácter de jornada complementaria por la prestación de servicios de atención continuada, cuando por necesidades graves, urgentes o imprevisibles les fueran encomendadas por sus superiores para la realización de tareas de carácter inaplazable, darán derecho, previa la oportuna justificación, a una compensación a razón de hora y media por cada hora trabajada.

Las horas en exceso realizadas durante el período nocturno o en día festivo se compensarán a razón de dos horas por cada hora trabajada.

Dicha compensación se contabilizará mensualmente, pudiendo disfrutarse la misma en el trimestre siguiente a la fecha del cómputo. La elección del momento del disfrute deberá acordarse entre el personal y la Dirección de su Organización de servicios respectiva.

La aplicación de estas compensaciones quedará en todo caso supeditada al efectivo cumplimiento de la jornada anual pactada.

### **Artículo 37. Control horario.**

Existirá un sistema de control horario, de obligado cumplimiento en todas las Organizaciones de servicios dependientes del Ente Público, a los debidos efectos de verificar el cumplimiento de la jornada por parte del personal de Osakidetza.

#### **Control horario.**

Existirá un sistema de control horario, de obligado cumplimiento en todas las Organizaciones de servicios dependientes del Ente Público, a los debidos efectos de verificar el cumplimiento de la jornada por parte del personal de Osakidetza.

### **Artículo 38. Vacaciones.**

1. El personal tendrá derecho a disfrutar durante cada año completo de servicio de una vacación retribuida de 28 días laborales, computándose los sábados como laborales.

2. Para los que no alcancen el año de servicio la duración vacacional será proporcional al tiempo de servicio transcurrido desde la fecha de su ingreso o reingreso hasta el 31 de Diciembre del mismo año.

3. Las vacaciones no podrán ser compensadas, ni en todo ni en parte, en metálico, excepto cuando durante el transcurso del año se produzca la extinción de la relación de empleo, o sea declarado/a el/la trabajador/a en la situación de excedencia o de suspensión de funciones y aún no haya disfrutado o contemplado en su total disfrute el período vacacional.

4. En los supuestos excepcionales a que se refiere el apartado anterior, el personal tendrá derecho a que se le abone la parte proporcional de vacaciones que le queden por disfrutar, según el número de meses trabajados en lo que lleve de año. En caso de que la causa de extinción de la relación de empleo sea el fallecimiento del/la trabajador/a, el referido abono se realizará a sus derechohabientes.

5. Las vacaciones se disfrutarán preferentemente en los meses de Junio, Julio, Agosto y/o Septiembre. Dentro de los cuatro primeros meses del año, se fijará el calendario de vacaciones y los turnos se distribuirán respetando los acuerdos adoptados por el personal, dentro de cada una de las Unidades.

De no alcanzarse acuerdo en la distribución de los turnos de vacaciones se utilizará un sistema de rotación que asigne a cada miembro de la Unidad un orden de prioridad con el que tendrá derecho a elegir su turno de vacaciones.

6. En el caso de producirse nuevas incorporaciones por traslado voluntario de personal procedente de otras Instituciones, o de otras Unidades de la misma Organización de servicios, se respetará la programación de vacaciones en ese año y se acoplará dicho personal a las necesidades asistenciales de la unidad de destino para el disfrute de sus vacaciones.

7. Como principio general el disfrute de las vacaciones se realizará de manera ininterrumpida. No obstante podrá fraccionarse su disfrute en cuatro períodos.

Lo señalado anteriormente se deberá efectuar sin perjuicio de la obligación de realizar la recuperación horaria consiguiente, al objeto de lograr el cuadro de las horas de trabajo efectivo anual acordadas.

Tanto el fraccionamiento, como el disfrute de vacaciones fuera de los meses entre Junio y Septiembre, se producirá a petición del personal y previo informe favorable de la Dirección de Recursos Humanos de la Organización de servicios en el que figure adscrito el/la trabajador/a. Su concesión o denegación justificada quedará al criterio de la mencionada Dirección.

8. Una vez autorizadas las fechas de vacaciones de un/a trabajador/a, si fueran denegadas por razones consideradas urgentes e ineludibles, tendrá derecho al abono de los gastos que por tal motivo se le hubiesen causado, previa presentación de documentos justificativos de los mismos, siempre que no exista negligencia por parte del personal en la asunción de dichos gastos.

9. Cuando, por necesidades del servicio, la Dirección de Recursos Humanos de la Organización de servicios correspondiente modifique al personal la fecha de disfrute de sus vacaciones ya establecidas en el calendario, deberá compensar a los/as afectados/as con una ampliación de su período vacacional de 2 días laborables.

En este caso la Dirección sólo podrá modificar un máximo del 50% del período acordado.

**Decreto 106/2008, de 3 de junio:**

*Apartado 16 f): Artículo 38.9. “En el supuesto de que por necesidades del servicio la Dirección modifique al personal la fecha de disfrute de sus vacaciones, ya establecidas en el calendario, la compensación de los dos días laborables será computada en horas efectivas de trabajo.”*

10. En el supuesto de que estando disfrutando las vacaciones el personal iniciara una situación de IT el conjunto vacacional quedará interrumpido. El período dejado de disfrutar se iniciará posteriormente previo acuerdo con la Dirección de la Organización de servicios.

11. Las vacaciones se disfrutarán necesariamente dentro del año natural, salvo en el supuesto previsto en el artículo 44.3.

**12. Vacaciones del personal residente:**

a) El personal sanitario en formación como especialistas mediante residencia tendrá derecho a disfrutar de unas vacaciones retribuidas de 28 días laborables, computándose los sábados como laborables.

b) El período de disfrute se fijará atendiendo primordialmente al cumplimiento del programa docente y a las necesidades asistenciales del Servicio o Unidad en la que esté realizando sus funciones.

c) Como principio general el disfrute de las vacaciones se realizará dentro del periodo formativo del contrato en vigor, debiendo asignarse la parte proporcional de vacaciones al año natural que corresponda. El fraccionamiento se producirá a petición del personal residente y previo informe favorable del coordinador o responsable de la Unidad Docente de la Organización de servicios en la que figure adscrito el/la residente. Su concesión o denegación justificada quedará a criterio de la Dirección.

Lo señalado anteriormente se deberá efectuar sin perjuicio de la obligación de realizar la recuperación horaria consiguiente, al objeto de lograr el cuadro de las horas de trabajo efectivo anual acordadas.

En el supuesto de que estando disfrutando las vacaciones el residente iniciara una situación de IT, el conjunto vacacional quedará interrumpido. El período dejado de disfrutar se iniciará posteriormente previo acuerdo con la Dirección de la Organización de servicios.

**Vacaciones.**

1. El personal tendrá derecho a disfrutar durante cada año completo de servicio de una vacación retribuida de 28 días laborales, computándose los sábados como laborales.

2. Para los que no alcancen el año de servicio la duración vacacional será proporcional al tiempo de servicio transcurrido desde la fecha de su ingreso o reingreso hasta el 31 de Diciembre del mismo año.

3. Las vacaciones no podrán ser compensadas, ni en todo ni en parte, en metálico, excepto cuando durante el transcurso del año se produzca la extinción de la relación de empleo, o sea declarado/a el/la trabajador/a en la situación de excedencia o de suspensión de funciones y aún no haya disfrutado o contemplado en su total disfrute el período vacacional.

4. En los supuestos excepcionales a que se refiere el apartado anterior, el personal tendrá derecho a que se le abone la parte proporcional de vacaciones que le queden por disfrutar, según el número de meses trabajados en lo que lleve de año. En caso de que la causa de extinción de la relación de empleo sea el fallecimiento del/la trabajador/a, el referido abono se realizará a sus derechohabientes.

5. Las vacaciones se disfrutarán preferentemente en los meses de Junio, Julio, Agosto y/o Septiembre. Dentro de los cuatro primeros meses del año, se fijará el calendario de vacaciones y los turnos se distribuirán respetando los acuerdos adoptados por el personal, dentro de cada una de las Unidades.

De no alcanzarse acuerdo en la distribución de los turnos de vacaciones se utilizará un sistema de rotación que asigne a cada miembro de la Unidad un orden de prioridad con el que tendrá derecho a elegir su turno de vacaciones.

6. En el caso de producirse nuevas incorporaciones por traslado voluntario de personal procedente de otras Instituciones, o de otras Unidades de la misma Organización de servicios, se respetará la programación de vacaciones en ese año y se acoplará dicho personal a las necesidades asistenciales de la unidad de destino para el disfrute de sus vacaciones.

7. Como principio general el disfrute de las vacaciones se realizará de manera ininterrumpida. No obstante podrá fraccionarse su disfrute en cuatro períodos.

Lo señalado anteriormente se deberá efectuar sin perjuicio de la obligación de realizar la recuperación horaria consiguiente, al objeto de lograr el cuadro de las horas de trabajo efectivo anual acordadas.

Tanto el fraccionamiento, como el disfrute de vacaciones fuera de los meses entre Junio y Septiembre, se producirá a petición del personal y previo informe favorable de la Dirección de Recursos Humanos de la Organización de servicios en el que figure adscrito el/la trabajador/a. Su concesión o denegación justificada quedará al criterio de la mencionada Dirección.

8. Una vez autorizadas las fechas de vacaciones de un/a trabajador/a, si fueran denegadas por razones consideradas urgentes e ineludibles, tendrá derecho al abono de los gastos que por tal motivo se le hubiesen causado, previa presentación de documentos justificativos de los mismos, siempre que no exista negligencia por parte del personal en la asunción de dichos gastos.

9. Cuando, por necesidades del servicio, la Dirección de Personal de la Organización de servicios correspondiente modifique al personal la fecha de disfrute de sus vacaciones ya establecidas en el calendario, deberá compensar a los/as afectados/as con una ampliación de su período vacacional de 2 días laborables.

En este caso la Dirección sólo podrá modificar un máximo del 50% del período acordado.

En el supuesto de que por necesidades del servicio la dirección modifique al personal la fecha de disfrute de sus vacaciones, ya establecidas en el calendario, la compensación de los dos días laborables será computada en horas efectivas de trabajo.

10. En el supuesto de que estando disfrutando las vacaciones el personal iniciara una situación de IT el conjunto vacacional quedará interrumpido. El período dejado de disfrutar se iniciará posteriormente previo acuerdo con la Dirección de la Organización de servicios.

11. Las vacaciones se disfrutarán necesariamente dentro del año natural, salvo en el supuesto referido a la posibilidad de acumulación de las vacaciones a la licencia por gestación, alumbramiento, lactancia, adopción y acogimiento, así como en el supuesto de que finalizado el año natural se produzca la imposibilidad del disfrute del período vacacional, total por hallarse previamente el trabajador en situación de incapacidad temporal al inicio de su disfrute, o parcialmente por haberse interrumpido el disfrute de las vacaciones ya iniciado el mismo, en cuyo caso podrá disfrutarse el período dejado de disfrutar dentro del año en que se produzca el alta médica, previo acuerdo con la Dirección de la Organización de Servicios correspondiente.

12. Vacaciones del personal residente:

a) El personal sanitario en formación como especialistas mediante residencia tendrá derecho a disfrutar de unas vacaciones retribuidas de 28 días laborables, computándose los sábados como laborables.

b) El período de disfrute se fijará atendiendo primordialmente al cumplimiento del programa docente y a las necesidades asistenciales del Servicio o Unidad en la que esté realizando sus funciones.

c) Como principio general el disfrute de las vacaciones se realizará dentro del período formativo del contrato en vigor, debiendo asignarse la parte proporcional de vacaciones al año natural que corresponda. El fraccionamiento se producirá a petición del personal residente y previo informe favorable del coordinador o responsable de la Unidad Docente de la Organización de Servicios en la que figure adscrito el/la residente. Su concesión o denegación justificada quedará a criterio de la Dirección.

Lo señalado anteriormente se deberá efectuar sin perjuicio de la obligación de realizar la recuperación horaria consiguiente, al objeto de lograr el cuadro de las horas de trabajo efectivo anual acordadas.

En el supuesto de que estando disfrutando las vacaciones el residente iniciara una situación de IT, el conjunto vacacional quedará interrumpido. El período dejado de disfrutar se iniciará posteriormente previo acuerdo con la Dirección de la Organización de servicios.

**3.- VACACIONES. (Art 38)** 1.- Para el año 2015 el personal tendrá derecho a disfrutar durante cada año completo de servicios de una vacación retribuida de 28 días laborales, computándose los sábados como laborales. Con carácter básico, el mes de agosto de 2015 se utiliza como referencia para el cómputo de las horas correspondientes al periodo vacacional.

2.- Las vacaciones del año 2015 se disfrutarán con anterioridad al 1 de enero de 2016.

3.- Para los que no alcancen el año de servicios la duración vacacional será proporcional al tiempo de servicios transcurrido desde la fecha de su ingreso o reingreso hasta el 31 de diciembre del mismo año, o, en su caso, finalización en la organización de servicios

## **TÍTULO IV LICENCIAS Y PERMISOS**

### **Artículo 39. Criterios de distinción entre licencias y permisos.**

- Licencias: se denominan así las ausencias de trabajo, tipificadas y justificadas en la correspondiente norma. Deberán solicitarse mediante escrito dirigido a la Dirección de Recursos Humanos de la Organización de servicios correspondiente, con una antelación mínima de 10 días, salvo que se determine otro plazo en la regulación correspondiente o concurran causas excepcionales que deberán ser justificadas posteriormente.

- Carácter de las licencias: las licencias se configuran como un derecho del personal, de una ausencia retribuida del trabajo, por las causas y duración tipificadas en la norma. Su resolución, siempre que se solicite en tiempo y forma, no podrá ser demorada ni denegada y tendrá que resultar practicable al solicitante. Al ser concebida como derecho del personal, sólo causas graves, urgentes o imprevisibles justificarán su denegación. En el supuesto de denegación, el/la trabajador/a deberá ser informado/a por escrito de las causas que la motivan.

- Permisos: al contrario que en el supuesto de las licencias, la concesión de permisos corresponderá a la Dirección de la Organización de servicios correspondiente, previo informe del/la responsable de la Unidad solicitante.

1. El personal incluido en el ámbito de este Acuerdo tendrá derecho a una licencia retribuida por el tiempo y los motivos que a continuación se detallan: a) Licencia por enfermedad o accidente.

b) Licencia por gestación, alumbramiento, lactancia, adopción y acogimiento.

c) Licencia por paternidad.

d) Licencia por matrimonio propio o de parientes e inicio de convivencia estable.

e) Licencia por enfermedad grave, hospitalización o fallecimiento de parientes.

f) Licencia por deberes inexcusables de carácter público o personal.

g) Licencia por traslado o mudanza del domicilio habitual.

h) Licencia por asuntos particulares.

i) Licencia por ejercicio de funciones de representación sindical o de personal.

j) Licencia por nacimiento de hijos prematuros o que por cualquier otra causa deban permanecer hospitalizados a continuación del parto.

k) Licencia para el cuidado de un familiar en primer grado por razones de enfermedad muy grave.

2. Asimismo podrán concederse los permisos que a continuación se describen y de acuerdo con las normas que en ellos se establecen. Estos son: a) Asistencia a exámenes.

b) Asistencias a cursos y congresos.

c) Autorización para la realización de estudios de perfeccionamiento profesional.

d) Acudir a consultas, tratamientos y exploraciones de tipo médico.

e) Permiso por asuntos propios.

f) Autorización de colaboración con Organizaciones no Gubernamentales.

g) Permiso por reducción de jornada.

h) Permiso sin sueldo de un año.

i) Permiso para atender a familiares con enfermedad crónica o problemas de movilidad.

j) Permiso para cuidado de menores o minusválidos físicos, psíquicos o sensoriales y de parientes hasta 2.º grado.

k) Permiso por violencia de género.

Al personal residente en formación no le resultarán de aplicación los permisos contenidos en las letras e), f), g) y h) del anterior apartado segundo.

## LICENCIAS Y PERMISOS

### Criterios de distinción entre licencias y permisos.

- Licencias: se denominan así las ausencias de trabajo, tipificadas y justificadas en la correspondiente norma. Deberán solicitarse mediante escrito dirigido a la Dirección de Recursos Humanos de la Organización de servicios correspondiente, con una antelación mínima de 10 días, salvo que se determine otro plazo en la regulación correspondiente o concurran causas excepcionales que deberán ser justificadas posteriormente.

- Carácter de las licencias: las licencias se configuran como un derecho del personal, de una ausencia retribuida del trabajo, por las causas y duración tipificadas en la norma. Su resolución, siempre que se solicite en tiempo y forma, no podrá ser demorada ni denegada y tendrá que resultar practicable al solicitante. Al ser concebida como derecho del personal, sólo causas graves, urgentes o imprevisibles justificarán su denegación. En el supuesto de denegación, el/la trabajador/a deberá ser informado/a por escrito de las causas que la motivan.

- Permisos: al contrario que en el supuesto de las licencias, la concesión de permisos corresponderá a la Dirección de la Organización de servicios correspondiente, previo informe del/la responsable de la Unidad solicitante.

1. El personal incluido en el ámbito de este Acuerdo tendrá derecho a una licencia retribuida por el tiempo y los motivos que a continuación se detallan:

a) Licencia por enfermedad o accidente.

b) Licencia por gestación, alumbramiento, lactancia, adopción y acogimiento.

c) Licencia por paternidad.

d) Licencia por matrimonio propio o de parientes e inicio de convivencia estable.

- e) Licencia por enfermedad grave, hospitalización o fallecimiento de parientes.
- f) Licencia por deberes inexcusables de carácter público o personal.
- g) Licencia por traslado o mudanza del domicilio habitual.
- h) Licencia por asuntos particulares.
- i) Licencia por ejercicio de funciones de representación sindical o de personal.
- j) Licencia por nacimiento de hijos prematuros o que por cualquier otra causa deban permanecer hospitalizados a continuación del parto.
- k) Licencia para el cuidado de un familiar en primer grado por razones de enfermedad muy grave.

2. Asimismo podrán concederse los permisos que a continuación se describen y de acuerdo con las normas que en ellos se establecen. Estos son:

- a) Asistencia a exámenes.
  - b) Asistencias a cursos y congresos.
  - c) Autorización para la realización de estudios de perfeccionamiento profesional.
  - d) Acudir a consultas, tratamientos y exploraciones de tipo médico.
  - e) Permiso por asuntos propios.
  - f) Autorización de colaboración con Organizaciones no Gubernamentales.
  - g) Permiso por reducción de jornada.
  - h) Permiso sin sueldo de un año.
  - i) Permiso para atender a familiares con enfermedad crónica o problemas de movilidad.
  - j) Permiso para cuidado de menores o minusválidos físicos, psíquicos o sensoriales y de parientes hasta 2º grado.
  - k) Permiso por violencia de género.
- Al personal residente en formación no le resultarán de aplicación los permisos contenidos en las letras e), f), g) y h) del anterior apartado segundo.
- l) Permiso por bautizos y comuniones
  - m) Permiso por cuidado de menores afectados/as por cáncer u otra enfermedad grave

#### **Artículo 40. Incompatibilidad entre licencias y permisos.**

Salvo en el supuesto de compatibilidad entre la licencia de lactancia y la reducción de jornada para el cuidado de menores, en ningún otro caso podrá simultanearse el disfrute de más de una de las modalidades de licencias y permisos previstos en los artículos siguientes.

Durante el período de disfrute de las vacaciones reglamentarias no se podrá hacer uso de las licencias o permisos retribuidos.

#### **Incompatibilidad entre licencias y permisos.**

Salvo en el supuesto de compatibilidad entre la licencia de lactancia y la reducción de jornada para el cuidado de menores, en ningún otro caso podrá simultanearse el disfrute de más de una de las modalidades de licencias y permisos previstos en los artículos siguientes. Durante el período de disfrute de las vacaciones reglamentarias no se podrá hacer uso de las licencias o permisos retribuidos.

#### **Artículo 41. Reingreso al puesto de trabajo en licencias y permisos.**

Transcurrido el período de disfrute de las licencias y permisos correspondientes al personal, deberán reintegrarse inmediatamente a sus respectivos puestos de trabajo y justificar su ausencia en su caso, so pena de incurrir en responsabilidad disciplinaria.

### **Reingreso al puesto de trabajo en licencias y permisos.**

Transcurrido el período de disfrute de las licencias y permisos correspondientes al personal, deberán reintegrarse inmediatamente a sus respectivos puestos de trabajo y justificar su ausencia en su caso, so pena de incurrir en responsabilidad disciplinaria.

### **Artículo 42. Licencia por enfermedad o accidente.**

El personal, en el supuesto de Incapacidad Temporal por enfermedad o accidentes que le impida el normal desarrollo de sus funciones, siempre y cuando este extremo venga avalado por parte de baja de los servicios de asistencia sanitaria o justificante del Servicio Médico de Empresa previo al parte de baja, tendrá derecho a licencia hasta el alta médica correspondiente, sin perjuicio de no superar el período máximo de contratación determinado.

El personal en situación de Incapacidad Temporal por enfermedad o accidente, percibirá el 100% de las retribuciones que conforme a su cartelera le correspondan para el período de que se trate ([Anulado por la ley 6/2011\\*](#)), hasta el tope máximo de tiempo que sea efectiva la prestación por parte de la Seguridad Social.

Si durante el transcurso de la licencia por enfermedad o accidente el personal que la viniera disfrutando se dedicase a cualquier actividad lucrativa, no percibirá remuneración alguna e incurrirá en responsabilidad disciplinaria, con obligación de devolver lo indebidamente percibido.

Las Organizaciones de servicios de Osakidetza, mediante reconocimiento a cargo de sus Servicios de Prevención, podrán hacer seguimiento y verificar el estado de enfermedad o accidente del personal, al objeto de conocer el mismo, prestarle la ayuda necesaria y conseguir su total y pronta recuperación. El personal vendrá obligado a acudir a las citaciones efectuadas por el Servicio Médico de Empresa desde el primer día en que se encuentren en situación de Incapacidad Temporal. La inasistencia no justificada a estas consultas a partir del veintiún día de IT, supondrá en todo caso la pérdida de la garantía establecida en el segundo párrafo de este artículo, previo trámite de audiencia por escrito efectuado al personal interesado.

Previo informe favorable del Servicio de Prevención correspondiente, una vez finalizada la situación de Incapacidad Temporal y siempre que durante la misma la persona afectada hubiera solicitado la declaración de algún grado de invalidez permanente, tendrá derecho a la percepción del importe señalado en el segundo párrafo de este artículo hasta que fuera dada de alta médica con o sin declaración de invalidez o por fallecimiento. En los supuestos en que fuera declarada la invalidez permanente en los grados de incapacidad permanente total, absoluta o gran invalidez, el citado derecho se extenderá hasta el día anterior a la fecha de efectos económicos expresada en la resolución del INSS.

A este objeto, la solicitud para hacer efectivo este derecho habrá de ser formulada en el improrrogable plazo de un mes a contar desde la fecha de alta o de notificación de la resolución declarativa del grado de invalidez, o en su caso, denegatoria de la misma por ser previsible su curación, o de la fecha del óbito.

Si la declaración de invalidez hubiera sido instada una vez transcurrido el plazo máximo de permanencia en situación de Incapacidad Temporal, solamente podrá ser

reconocido el derecho a la percepción del mencionado importe a partir del día en que se produjo aquella solicitud.

#### **Licencia por enfermedad o accidente.**

Previo informe favorable del Servicio de Prevención correspondiente, una vez finalizada la situación de incapacidad temporal y siempre que durante la misma la persona afectada hubiera solicitado la declaración de algún grado de invalidez permanente, tendrá derecho a la percepción del importe señalado en el segundo párrafo de este artículo hasta que fuera dada de alta médica con o sin declaración de invalidez o por fallecimiento. En los supuestos en que fuera declarada la invalidez permanente en los grados de incapacidad permanente total, absoluta o gran invalidez, el citado derecho se extenderá hasta el día anterior a la fecha de efectos económicos expresada en la resolución del INSS.

A este objeto, la solicitud para hacer efectivo este derecho habrá de ser formulada en el improrrogable plazo de un mes a contar desde la fecha de alta o de notificación de la resolución declarativa del grado de invalidez, o en su caso, denegatoria de la misma por ser previsible su curación, o de la fecha del óbito.

Si la declaración de invalidez hubiera sido instada una vez transcurrido el plazo máximo de permanencia en situación de incapacidad temporal, solamente podrá ser reconocido el derecho a la percepción del mencionado importe a partir del día en que se produjo aquella solicitud.

(\*) La Ley 6/2011, de 23 de diciembre, por la que se aprobaron los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Euskadi para el ejercicio 2012, suspendió los acuerdos, convenios y pactos en los que se recogieran mejoras voluntarias de las prestaciones en las situaciones de incapacidad temporal (artículo 19.11). El Decreto 3/2014, de 28 de enero, actualmente en vigor, modifica las medidas de reducción de gasto público en desarrollo de la Ley 6/2011

DECRETO 3/2014, de 28 de enero, para la aprobación de las retribuciones y mejoras voluntarias en situaciones de incapacidad temporal y durante el disfrute de determinados permisos, para el personal empleado público al servicio del sector público de la Comunidad Autónoma de Euskadi. (BOPV 30 enero 2014)

Artículo 2.– Retribuciones del personal empleado público al servicio del sector público de la Comunidad Autónoma de Euskadi incluido en el Régimen General de Seguridad Social en las situaciones de incapacidad temporal por contingencias comunes.

El personal empleado público adscrito al Régimen General de la Seguridad Social verá complementadas las prestaciones de la Seguridad Social hasta alcanzar los siguientes porcentajes de sus retribuciones:

- 1.– Durante los tres primeros días, el cincuenta por cien (50%).
- 2.– Desde el cuarto hasta el vigésimo, ambos inclusive, el setenta y cinco por cien (75%).
- 3.– A partir del vigésimo primero, inclusive, el cien por cien (100%).

Artículo 4.– Supuestos excepcionales de percepción del cien por cien (100%) de las retribuciones por el personal empleado público al servicio del sector público de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

El personal incluido en el ámbito de aplicación de este Decreto percibirá el cien por cien (100%) de las retribuciones o un complemento hasta dicho cien por cien (100%), en los siguientes supuestos:

a) En los permisos por parto, adopción, acogimiento, paternidad, riesgo durante el embarazo o riesgo durante la lactancia natural.

Estos supuestos continuarán regulándose por lo que disponen los acuerdos reguladores o convenios colectivos de condiciones de trabajo del personal empleado público al servicio del sector público de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

b) Cuando la situación de incapacidad temporal derive de contingencias profesionales.

c) En los procesos de incapacidad temporal que sean consecuencia directa del estado de gestación.

d) En los procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes que generen hospitalización o intervención quirúrgica.

#### **Artículo 43. Licencia para concurrir a exámenes prenatales y técnicas de preparación al parto.**

Las trabajadoras embarazadas tendrán derecho a una licencia por el tiempo necesario, con derecho a remuneración, para la realización de exámenes prenatales y técnicas de preparación al parto, previa solicitud y posterior autorización por parte de la Dirección de Personal de su Organización de servicios, debiendo justificar en todo caso la necesidad de su realización dentro de la jornada de trabajo.

#### **Licencia para concurrir a exámenes prenatales y técnicas de preparación al parto.**

Las trabajadoras embarazadas tendrán derecho a una licencia por el tiempo necesario, con derecho a remuneración, para la realización de exámenes prenatales y técnicas de preparación al parto, previa solicitud y posterior autorización por parte de la Dirección de Personal de su organización de servicios, debiendo justificar en todo caso la necesidad de su realización dentro de la jornada de trabajo.

#### **Artículo 44. Licencia por gestación, alumbramiento, lactancia, adopción y acogimiento.**

1. Las trabajadoras tendrán derecho a disfrutar de la correspondiente licencia por gestación o alumbramiento con una duración limitada de 17 semanas ininterrumpidas, ampliables en dos semanas más en el supuesto de discapacidad del hijo y, por cada hijo a partir del segundo, en los supuestos de parto múltiple, siempre que 6 semanas sean inmediatamente posteriores al parto, pudiendo hacer uso de éstas el padre para el cuidado del hijo o hija en caso de fallecimiento de la madre. Dicha licencia podrá disfrutarse a jornada completa o a tiempo parcial, cuando las necesidades del servicio lo permitan, y en los términos que reglamentariamente se determinen.

Si una vez agotado el período total de licencia la mujer trabajadora continuase necesitando asistencia sanitaria y se encontrase incapacitada para incorporarse al normal desempeño de su trabajo, pasará a la situación de IT debida a enfermedad común, debiendo observar al efecto los trámites pertinentes.

No obstante lo anterior, y sin perjuicio de las seis semanas inmediatamente posteriores al parto de descanso obligatorio para la madre, en el caso de que la madre y el padre trabajen, ésta, al iniciarse el periodo de descanso por maternidad, podrá optar por que el otro progenitor disfrute de una parte determinada e ininterrumpida del periodo de descanso posterior al parto, bien de forma simultánea o sucesiva con el de la

madre. El otro progenitor podrá seguir disfrutando del permiso de maternidad inicialmente cedido, aunque en el momento previsto para la reincorporación de la madre al trabajo, ésta se encuentre en situación de Incapacidad Temporal.

En los casos de parto prematuro y en aquellos en que, por cualquier otra causa, el neonato deba permanecer hospitalizado a continuación del parto, este permiso se ampliará en tantos días como el neonato se encuentre hospitalizado, con un máximo de trece semanas adicionales.

En los supuestos de adopción o acogimiento, tanto preadoptivo como permanente o simple, tendrá una duración de diecisiete semanas ininterrumpidas. Este permiso se ampliará en dos semanas más en el supuesto de discapacidad del menor adoptado o acogido y por cada hijo, a partir del segundo, en los supuestos de adopción o acogimiento múltiple.

El cómputo del plazo se contará a elección del trabajador, a partir de la decisión administrativa o judicial de acogimiento o a partir de la resolución judicial por la que se constituya la adopción sin que en ningún caso un mismo menor pueda dar derecho a varios periodos de disfrute de este permiso.

En el caso de que ambos progenitores trabajen, el permiso se distribuirá a opción de los interesados, que podrán disfrutarlo de forma simultánea o sucesiva, siempre en periodos ininterrumpidos.

En los casos de disfrute simultáneo de periodos de descanso, la suma de los mismos no podrá exceder de las diecisiete semanas o de las que correspondan en caso de discapacidad del hijo o parto múltiple.

Este permiso podrá disfrutarse a jornada completa o a tiempo parcial, cuando las necesidades de servicio lo permitan, y en los términos que reglamentariamente se determinen.

Si fuera necesario el desplazamiento previo de los progenitores al país de origen del adoptado, en los casos de adopción o acogimiento internacional, se tendrá derecho, además, a un permiso de hasta dos meses de duración, percibiendo durante este periodo exclusivamente las retribuciones básicas.

Con independencia del permiso de hasta dos meses previsto en el párrafo anterior y para el supuesto contemplado en dicho párrafo, el permiso por adopción o acogimiento, tanto preadoptivo como permanente o simple, podrá iniciarse hasta cuatro semanas antes de la resolución judicial por la que se constituya la adopción o la decisión administrativa o judicial de acogimiento.

Los supuestos de adopción o acogimiento, tanto preadoptivo como permanente o simple, previstos en este artículo serán los así establecidos legalmente, debiendo tener el acogimiento simple una duración no inferior a un año.

Durante el disfrute de la licencia por gestación, alumbramiento, lactancia, adopción o acogimiento, se podrá participar en los cursos de formación que convoque Osakidetza.

En los casos anteriores, el tiempo transcurrido durante el disfrute de estas licencias se computará como de servicio efectivo a todos los efectos, garantizándose la plenitud de derechos económicos durante todo el periodo de duración de la licencia, y, en su caso, durante los periodos posteriores al disfrute de ésta, si de acuerdo con la normativa aplicable, el derecho a percibir algún concepto retributivo se determina en función del periodo de disfrute del permiso.

Habiendo hecho uso de la licencia por gestación, alumbramiento, lactancia, adopción o acogimiento, se tendrá derecho, una vez finalizado el periodo de licencia, a reintegrarse a su puesto de trabajo en términos y condiciones que no les resulten menos

favorables al disfrute de la licencia, así como a beneficiarse de cualquier mejora en las condiciones de trabajo a las que hubiera podido tener derecho durante su ausencia.

Los efectos de la mejora directa de las prestaciones establecida en el artículo 42, tendrán igualmente aplicación y, en los mismos términos, al período de maternidad.

2. Asimismo, la mujer trabajadora tendrá derecho a una pausa de una hora en su trabajo que podrá dividir en dos fracciones cuando la destine a la lactancia natural o artificial de cada hijo o hija menor de 12 meses. La mujer, por su voluntad, podrá sustituir este derecho por una reducción de su jornada ordinaria de trabajo en una hora con la misma finalidad al comienzo o al final de la misma.

El derecho a la pausa o reducción en la jornada laboral para el caso de lactancia artificial podrá hacerse extensivo al padre, previa solicitud y justificación por parte de éste, que deberá acreditar la condición de trabajadora de la madre y su renuncia o imposibilidad para disfrutar de la licencia.

La trabajadora podrá optar entre hacer uso de la licencia a que se refiere el párrafo anterior o acumular el tiempo resultante a la licencia por gestación, alumbramiento y lactancia, a razón de una hora por cada día laborable conforme a la cartelera que para tal período tenga establecida.

Este derecho será extensivo al cónyuge o compañero de la mujer trabajadora.

Asimismo, el personal sanitario femenino tendrá opción a no realizar guardias y noches durante los tres meses anteriores al parto y los tres meses posteriores desde la incorporación tras el disfrute de la licencia por gestación, alumbramiento y lactancia.

Alternativamente, podrá optar por la no realización en los 6 meses posteriores a su incorporación.

***Decreto 106/2008, de 3 de junio:***

*Apartado 8 c): “Aplicación del artículo 44,2, sobre licencia por gestación, a todo el personal femenino (no solo al personal sanitario) en relación con la opción de no realizar guardias y noches durante los tres meses anteriores y posteriores al parto.”*

3. El período de disfrute de vacaciones podrá ser acumulado por la madre o el padre, según proceda, a la licencia por gestación, alumbramiento, lactancia, adopción y acogimiento, aún habiendo expirado ya el año natural a que tal período corresponda.

4. Los trabajadores de Osakidetza podrán disfrutar de una licencia de un día en caso de alumbramiento de sus descendientes en primer grado de consanguinidad o afinidad, que deberá disfrutarse dentro del período de hospitalización.

**Licencia por gestación, alumbramiento, lactancia, adopción y acogimiento.**

1. Las trabajadoras tendrán derecho a disfrutar de la correspondiente licencia por gestación o alumbramiento con una duración limitada de 18 semanas ininterrumpidas, ampliables en dos semanas más en el supuesto de discapacidad del hijo y, por cada hijo a partir del segundo, en los supuestos de parto múltiple, siempre que 6 semanas sean inmediatamente posteriores al parto, pudiendo hacer uso de éstas el padre para el cuidado del hijo o hija en caso de fallecimiento de la madre. Dicha licencia podrá disfrutarse a jornada completa o a tiempo parcial, cuando las necesidades del servicio lo permitan, y en los términos que reglamentariamente se determinen.

Si una vez agotado el período total de licencia la mujer trabajadora continuase necesitando asistencia sanitaria y se encontrase incapacitada para incorporarse al normal desempeño de su trabajo, pasará a la situación de IT debida a enfermedad común, debiendo observar al efecto los trámites pertinentes.

No obstante lo anterior, y sin perjuicio de las seis semanas inmediatamente posteriores al parto de descanso obligatorio para la madre, en el caso de que la madre y el padre trabajen, ésta, al iniciarse el periodo de descanso por maternidad, podrá optar por que el otro progenitor disfrute de una parte determinada e ininterrumpida del periodo de descanso posterior al parto, bien de forma simultánea o sucesiva con el de la madre. El otro progenitor podrá seguir disfrutando del permiso de maternidad inicialmente cedido, aunque en el momento previsto para la reincorporación de la madre al trabajo, ésta se encuentre en situación de incapacidad temporal.

En los casos de parto prematuro y en aquellos en que, por cualquier otra causa, el neonato deba permanecer hospitalizado a continuación del parto, este permiso se ampliará en tantos días como el neonato se encuentre hospitalizado, con un máximo de trece semanas adicionales.

En los supuestos de adopción o acogimiento, tanto preadoptivo como permanente o simple, tendrá una duración de 18 semanas ininterrumpidas. Este permiso se ampliará en dos semanas más en el supuesto de discapacidad del menor adoptado o acogido y por cada hijo, a partir del segundo, en los supuestos de adopción o acogimiento múltiple.

El cómputo del plazo se contará a elección del trabajador, a partir de la decisión administrativa o judicial de acogimiento o a partir de la resolución judicial por la que se constituya la adopción sin que en ningún caso un mismo menor pueda dar derecho a varios periodos de disfrute de este permiso.

En el caso de que ambos progenitores trabajen, el permiso se distribuirá a opción de los interesados, que podrán disfrutarlo de forma simultánea o sucesiva, siempre en periodos ininterrumpidos.

En los casos de disfrute simultáneo de periodos de descanso, la suma de los mismos no podrá exceder de las 18 semanas o de las que correspondan en caso de discapacidad del hijo o parto múltiple.

Este permiso podrá disfrutarse a jornada completa o a tiempo parcial, cuando las necesidades de servicio lo permitan, y en los términos que reglamentariamente se determinen.

Si fuera necesario el desplazamiento previo de los progenitores al país de origen del adoptado, en los casos de adopción o acogimiento internacional, se tendrá derecho, además, a un permiso de hasta dos meses de duración, percibiendo durante este periodo exclusivamente las retribuciones básicas.

Con independencia del permiso de hasta dos meses previsto en el párrafo anterior y para el supuesto contemplado en dicho párrafo, el permiso por adopción o acogimiento, tanto preadoptivo como permanente o simple, podrá iniciarse hasta cuatro semanas antes de la

resolución judicial por la que se constituya la adopción o la decisión administrativa o judicial de acogimiento.

Los supuestos de adopción o acogimiento, tanto preadoptivo como permanente o simple, previstos en este artículo serán los así establecidos legalmente, debiendo tener el acogimiento simple una duración no inferior a un año.

Durante el disfrute de la licencia por gestación, alumbramiento, lactancia, adopción o acogimiento, se podrá participar en los cursos de formación que convoque Osakidetza.

En los casos anteriores, el tiempo transcurrido durante el disfrute de estas licencias se computará como de servicio efectivo a todos los efectos, garantizándose la plenitud de derechos económicos durante todo el periodo de duración de la licencia, y, en su caso, durante los periodos posteriores al disfrute de ésta, si de acuerdo con la normativa aplicable, el derecho a percibir algún concepto retributivo se determina en función del periodo de disfrute del permiso.

Habiendo hecho uso de la licencia por gestación, alumbramiento, lactancia, adopción o acogimiento, se tendrá derecho, una vez finalizado el periodo de licencia, a reintegrarse a su puesto de trabajo en términos y condiciones que no les resulten menos favorables al disfrute de la licencia, así como a beneficiarse de cualquier mejora en las condiciones de trabajo a las que hubiera podido tener derecho durante su ausencia.

Los efectos de la mejora directa de las prestaciones establecida en el artículo 42, tendrán igualmente aplicación y, en los mismos términos, al período de maternidad.

2. Asimismo, la mujer trabajadora tendrá derecho a una pausa de una hora en su trabajo que podrá dividir en dos fracciones cuando la destine a la lactancia natural o artificial de cada hijo o hija menor de 12 meses. La mujer, por su voluntad, podrá sustituir este derecho por una reducción de su jornada ordinaria de trabajo en una hora con la misma finalidad al comienzo o al final de la misma.

El derecho a la pausa o reducción en la jornada laboral para el caso de lactancia artificial podrá hacerse extensivo al padre, previa solicitud y justificación por parte de éste, que deberá acreditar la condición de trabajadora de la madre y su renuncia o imposibilidad para disfrutar de la licencia.

La trabajadora podrá optar entre hacer uso de la licencia a que se refiere el párrafo anterior o acumular el tiempo resultante a la licencia por gestación, alumbramiento y lactancia, a razón de una hora por cada día laborable conforme a la cartelera que para tal período tenga establecida.

Este derecho será extensivo al cónyuge o compañero de la mujer trabajadora.

Asimismo, el personal femenino tendrá opción a no realizar guardias y noches durante los tres meses anteriores al parto y los tres meses posteriores desde la incorporación tras el disfrute de la licencia por gestación, alumbramiento y lactancia.

Alternativamente, podrá optar por la no realización en los 6 meses posteriores a su incorporación.

3. El período de disfrute de vacaciones podrá ser acumulado por la madre o el padre, según proceda, a la licencia por gestación, alumbramiento, lactancia, adopción y acogimiento, aún habiendo expirado ya el año natural a que tal período corresponda.

4. Los trabajadores de Osakidetza podrán disfrutar de una licencia de un día en caso de alumbramiento de sus descendientes en primer grado de consanguinidad o afinidad, que deberá disfrutarse dentro del período de hospitalización.

#### **Artículo 45. Licencia de paternidad por nacimiento, acogimiento o adopción.**

Tendrá una duración de quince días naturales, a disfrutar por el padre o el otro progenitor a partir de la fecha del nacimiento, de la decisión administrativa o judicial de acogimiento o de la resolución judicial por la que se constituya la adopción.

La Administración abonará los subsidios complementarios a la prestación de paternidad del INSS para que el trabajador perciba el 100% de las retribuciones según su cartelera durante ese periodo. Cuando el empleado no tenga derecho a las prestaciones económicas, la Administración no realizará ningún abono, sin perjuicio de la autorización del permiso.

Esta licencia es independiente del disfrute compartido de la licencia por gestación, alumbramiento, lactancia, adopción y acogimiento del artículo 44.

El tiempo transcurrido durante el disfrute de esta licencia se computará como de servicio efectivo a todos los efectos, garantizándose la plenitud de derechos económicos durante todo el periodo de duración de la licencia de paternidad por nacimiento, acogimiento o adopción, y, en su caso, durante los periodos posteriores al disfrute de ésta, si de acuerdo con la normativa aplicable, el derecho a percibir algún concepto retributivo se determina en función del periodo de disfrute de la licencia.

Habiendo hecho uso de la licencia de paternidad por nacimiento, acogimiento o adopción, se tendrá derecho, una vez finalizado el periodo de licencia, a reintegrarse a su puesto de trabajo en términos y condiciones que no les resulten menos favorables al disfrute de la licencia, así como a beneficiarse de cualquier mejora en las condiciones de trabajo a las que hubiera podido tener derecho durante su ausencia.

#### **Licencia de paternidad por nacimiento, acogimiento o adopción.**

Tendrá una duración de 21 días naturales, a disfrutar por el padre o el otro progenitor a partir de la fecha del nacimiento, de la decisión administrativa o judicial de acogimiento o de la resolución judicial por la que se constituya la adopción.

La Administración abonará los subsidios complementarios a la prestación de paternidad del INSS para que el trabajador perciba el 100% de las retribuciones según su cartelera durante ese periodo. Cuando el empleado no tenga derecho a las prestaciones económicas, la Administración no realizará ningún abono, sin perjuicio de la autorización del permiso.

Esta licencia es independiente del disfrute compartido de la licencia por gestación, alumbramiento, lactancia, adopción y acogimiento.

El tiempo transcurrido durante el disfrute de esta licencia se computará como de servicio efectivo a todos los efectos, garantizándose la plenitud de derechos económicos

durante todo el periodo de duración de la licencia de paternidad por nacimiento, acogimiento o adopción, y, en su caso, durante los periodos posteriores al disfrute de ésta, si de acuerdo con la normativa aplicable, el derecho a percibir algún concepto retributivo se determina en función del periodo de disfrute de la licencia.

Habiendo hecho uso de la licencia de paternidad por nacimiento, acogimiento o adopción, se tendrá derecho, una vez finalizado el periodo de licencia, a reintegrarse a su puesto de trabajo en términos y condiciones que no les resulten menos favorables al disfrute de la licencia, así como a beneficiarse de cualquier mejora en las condiciones de trabajo a las que hubiera podido tener derecho durante su ausencia.

#### **Artículo 46. Licencia por matrimonio propio o de parientes e inicio de convivencia estable.**

1. Por razón de matrimonio propio, el personal tendrá derecho a una licencia de 20 días naturales de duración, que podrá disfrutar con anterioridad o posterioridad a su celebración, incluyendo dicha fecha en ese período, debiendo aportar justificante acreditativo mediante Certificado del Registro Civil o anotación en el Libro de Familia.

Esta licencia se podrá acumular al período vacacional con anterioridad o posterioridad a su disfrute, comunicándolo con un plazo mínimo de un mes de antelación a la Dirección de la Organización en la que preste sus servicios.

2. Igualmente tendrá derecho a esta licencia el personal que inicie una convivencia estable en pareja (uniones no matrimoniales), siempre que se acredite mediante certificado de convivencia expedido por el Ayuntamiento del Municipio donde estuvieran domiciliados, o en su caso mediante certificación del Registro Municipal de Uniones civiles, cuando éste existiera.

3. No podrá disfrutarse de una nueva licencia por matrimonio o inicio de convivencia estable hasta tanto no haya transcurrido un período de cuatro años, y en ningún caso cuando los miembros que formen la pareja sean los mismos.

4. Cuando el matrimonio lo contraigan los familiares hasta segundo grado por consanguinidad o por afinidad o de la pareja que conviva de forma estable con el solicitante, éste tendrá derecho a una licencia de un día natural, que se ampliará a 3 días naturales si la celebración se efectuase a más de 150 kms. del lugar de residencia del empleado, debiendo presentar asimismo documento justificativo.

#### **Licencia por matrimonio propio o de parientes e inicio de convivencia estable.**

1. Por razón de matrimonio propio, el personal tendrá derecho a una licencia de 20 días naturales de duración, que podrá disfrutar con anterioridad o posterioridad a su celebración, incluyendo dicha fecha en ese período, debiendo aportar justificante acreditativo mediante Certificado del Registro Civil o anotación en el Libro de Familia. Esta licencia se podrá acumular al período vacacional con anterioridad o posterioridad a su disfrute, comunicándolo con un plazo mínimo de un mes de antelación a la Dirección de la Organización en la que preste sus servicios.

2. Igualmente tendrá derecho a esta licencia el personal que inicie una convivencia estable en pareja (uniones no matrimoniales), siempre que se acredite mediante

certificado de convivencia expedido por el Ayuntamiento del Municipio donde estuvieran domiciliados, o en su caso mediante certificación del Registro Municipal de Uniones civiles, cuando éste existiera.

3. No podrá disfrutarse de una nueva licencia por matrimonio o inicio de convivencia estable hasta tanto no haya transcurrido un período de cuatro años, y en ningún caso cuando los miembros que formen la pareja sean los mismos.

4. Cuando el matrimonio lo contraigan los familiares hasta segundo grado por consanguinidad o por afinidad o de la pareja que conviva de forma estable con el solicitante, éste tendrá derecho a una licencia de un día natural, que se ampliará a 3 días naturales si la celebración se efectuase a más de 150 kms. del lugar de residencia del empleado, debiendo presentar asimismo documento justificativo.

#### **Artículo 47. Licencia por enfermedad grave, hospitalización o fallecimiento de parientes.**

1. La licencia a que tendrá derecho el personal por este concepto, contiene los siguientes períodos de duración:

a) Cónyuge, compañero/a o hijo:

Cinco días naturales. Dos días hábiles más, si los hechos que lo motivan se producen a más de 150 kms. del lugar de residencia del solicitante.

b) Familiares dentro del primer grado de consanguinidad o afinidad: Tres días hábiles. Dos días hábiles más, si los hechos que lo motivan se producen a más de 150 kms. del lugar de residencia del solicitante.

c) Familiares dentro del segundo grado, o de grado más lejano siempre que haya convivencia estable debidamente acreditada:

Tres días naturales en caso de fallecimiento. Dos días hábiles en caso de hospitalización o enfermedad grave. En ambos casos, dos días hábiles más, si los hechos que lo motivan se producen a más de 150 kms. del lugar de residencia del solicitante.

En los casos de hospitalización, deberá aportarse certificado que justifique dicha circunstancia.

En todos los supuestos anteriores de hospitalización o enfermedad grave, se tendrá derecho a una segunda licencia de 2 días naturales, sin la ampliación, pasados 30 días consecutivos desde la finalización de la primera licencia.

2. En los casos de operaciones quirúrgicas que no precisen hospitalización, tanto de cónyuge, compañero, hijo como de familiares hasta 2.º grado de consanguinidad o afinidad o de grado aún más lejano si mediara convivencia estable debidamente acreditada, el trabajador dispondrá de una licencia de un día.

#### **Decreto 106/2008, de 3 de junio:**

*Apartado 16 r): La referencia a los días hábiles contenida en el artículo 47.1, apartados a) y b), del Acuerdo, en relación a la licencia por enfermedad grave,*

*hospitalización o fallecimiento de parientes se entenderá realizada a los días efectivos de trabajo según cartelera, para el personal con sistema de trabajo a turnos.*

### **Licencia por enfermedad grave, hospitalización o fallecimiento de parientes.**

1. La licencia a que tendrá derecho el personal por este concepto, contiene los siguientes períodos de duración:

a) Cónyuge, compañero/a o hijo:

Cinco días naturales. Dos días hábiles más, si los hechos que lo motivan se producen a más de 150 kms. del lugar de residencia del solicitante.

b) Familiares dentro del primer grado de consanguinidad o afinidad:

Tres días hábiles. Dos días hábiles más, si los hechos que lo motivan se producen a más de 150 kms. del lugar de residencia del solicitante.

c) Familiares dentro del segundo grado, o de grado más lejano siempre que haya convivencia estable debidamente acreditada:

Tres días naturales en caso de fallecimiento. Dos días hábiles en caso de hospitalización o enfermedad grave. En ambos casos, dos días hábiles más, si los hechos que lo motivan se producen a más de 150 kms. del lugar de residencia del solicitante.

En los casos de hospitalización, deberá aportarse certificado que justifique dicha circunstancia.

En todos los supuestos anteriores de hospitalización o enfermedad grave, se tendrá derecho a una segunda licencia de 2 días naturales, sin la ampliación, pasados 30 días consecutivos desde la finalización de la primera licencia.

La referencia a los días hábiles se entenderá realizada a los días efectivos de trabajo según cartelera, para el personal con sistema de trabajo a turnos.

2. En los casos de operaciones quirúrgicas que no precisen hospitalización, tanto de cónyuge, compañero, hijo como de familiares hasta 2º grado de consanguinidad o afinidad o de grado aún más lejano si mediara convivencia estable debidamente acreditada, el trabajador dispondrá de una licencia de un día.

3. Los días de licencia se deben entender referidos a la jornada normalizada diaria de 7 horas.

### **Artículo 48. Licencia por cumplimiento de deberes inexcusables de carácter público o personal.**

1. Para el cumplimiento de deberes inexcusables de carácter público o personal, los trabajadores tendrán derecho a una licencia por el tiempo necesario para su cumplimiento, siempre y cuando no puedan efectuarse fuera del horario de trabajo.

2. En todo caso, a los efectos del Acuerdo se considerarán deberes inexcusables de carácter público o personal los siguientes:

a) Citaciones de Juzgados, Comisarías, Gobiernos Civiles o Militares, Revista Militar y de Armas, DNI, Pasaporte, Certificados y Registros en Centros Oficiales.

b) Acompañamiento a parientes minusválidos físicos, psíquicos o sensoriales hasta 2.º grado de consanguinidad o afinidad, en la realización de trámites puntuales en razón de su estado.

c) Examen o renovación del carné de conducir.

d) Requerimientos y trámites notariales.

e) Trámites necesarios en Organismos Oficiales.

f) La asistencia a las reuniones de los Órganos de Gobierno y Comisiones dependientes de los mismos de que formen parte en su calidad de cargo electivo como concejal, concejala, diputado, diputada, juntero, juntera, parlamentario o parlamentaria.

### **Licencia por cumplimiento de deberes inexcusables de carácter público o personal.**

1. Para el cumplimiento de deberes inexcusables de carácter público o personal, los trabajadores tendrán derecho a una licencia por el tiempo necesario para su cumplimiento, siempre y cuando no puedan efectuarse fuera del horario de trabajo.

2. En todo caso, a los efectos del Acuerdo se considerarán deberes inexcusables de carácter público o personal los siguientes:

a) Citaciones de Juzgados, Comisarías, Gobiernos Civiles o Militares, Revista Militar y de Armas, DNI, Pasaporte, Certificados y Registros en Centros Oficiales.

b) Acompañamiento a parientes minusválidos físicos, psíquicos o sensoriales hasta 2.º grado de consanguinidad o afinidad, en la realización de trámites puntuales en razón de su estado.

c) Examen o renovación del carné de conducir.

d) Requerimientos y trámites notariales.

e) Trámites necesarios en Organismos Oficiales.

f) La asistencia a las reuniones de los Órganos de Gobierno y Comisiones dependientes de los mismos de que formen parte en su calidad de cargo electivo como concejal, concejala, diputado, diputada, juntero, juntera, parlamentario o parlamentaria.

### **Artículo 49. Licencia por traslado o mudanza del domicilio habitual.**

Con motivo de efectuarse el traslado o mudanza del domicilio habitual del personal, éste tendrá derecho a una licencia de 2 días naturales de duración, dentro del plazo de un mes natural a contar desde la fecha de empadronamiento en el nuevo domicilio, debiendo justificarlo mediante la presentación del oportuno certificado de empadronamiento.

Esta licencia será de aplicación al personal de Osakidetza que lleve prestando servicios durante un período superior a un año en ese puesto.

Artículo 50. Licencia por asuntos particulares.

El personal tendrá derecho, previa solicitud con veinte días naturales de antelación, al disfrute de seis días laborables cada año natural, con un límite máximo de 42 horas. Para los que no alcancen el año de servicio, dicho disfrute será proporcional al tiempo de servicio transcurrido desde la fecha de su ingreso o reingreso hasta el 31 de diciembre del mismo año.

En todo caso, esta licencia no podrá ser disfrutada simultáneamente por más del 50% del personal que componga la plantilla habitual de la categoría correspondiente que preste servicios en cada uno de los distintos turnos de trabajo establecidos en la Unidad.

Además de lo anterior, y con su misma naturaleza, los trabajadores de Osakidetza tendrán derecho al disfrute de dos días adicionales de licencia por asuntos particulares al cumplir el sexto trienio, incrementándose en un día adicional por cada trienio cumplido a partir del octavo. El derecho a su disfrute nacerá partir del día siguiente al del cumplimiento del trienio correspondiente.

### **Licencia por traslado o mudanza del domicilio habitual.**

Con motivo de efectuarse el traslado o mudanza del domicilio habitual del personal, éste tendrá derecho a una licencia de 2 días naturales de duración, dentro del plazo de un mes natural a contar desde la fecha de empadronamiento en el nuevo domicilio, debiendo justificarlo mediante la presentación del oportuno certificado de empadronamiento.

Esta licencia será de aplicación al personal de Osakidetza que lleve prestando servicios durante un período superior a un año en ese puesto.

Los días de licencia se deben entender referidos a la jornada normalizada diaria de 7 horas.

#### **Artículo 50.- Licencia por asuntos particulares.**

El personal tendrá derecho, previa solicitud con veinte días naturales de antelación, al disfrute de seis días laborables cada año natural, con un límite máximo de 42 horas. (Modificado\*) Para los que no alcancen el año de servicio, dicho disfrute será proporcional al tiempo de servicio transcurrido desde la fecha de su ingreso o reingreso hasta el 31 de diciembre del mismo año.

En todo caso, esta licencia no podrá ser disfrutada simultáneamente por más del 50% del personal que componga la plantilla habitual de la categoría correspondiente que preste servicios en cada uno de los distintos turnos de trabajo establecidos en la Unidad. Además de lo anterior, y con su misma naturaleza, los trabajadores de Osakidetza tendrán derecho al disfrute de dos días adicionales de licencia por asuntos particulares al cumplir el sexto trienio, incrementándose en un día adicional por cada trienio cumplido a partir del octavo (\*\*). El derecho a su disfrute nacerá partir del día siguiente al del cumplimiento del trienio correspondiente.

### **Licencia por asuntos particulares.**

1.- El personal tendrá derecho, previa solicitud con 20 días naturales de antelación, a 4 días de permiso por asuntos particulares, cuantificados en 30 horas que computará como trabajo efectivo y que se deducirán de la jornada que corresponda conforme a los diferentes regímenes de trabajo. Para los que no alcancen el año de servicio, dicho disfrute será proporcional al tiempo de servicio transcurrido desde la fecha de ingreso o reingreso hasta el 31 de diciembre del mismo año.

El personal que no hubiese disfrutado del día adicional de permiso por asuntos particulares correspondiente al año 2013 dentro del periodo de tiempo habilitado el pasado año, podrá disfrutar del mismo dentro del año 2014, por lo que el total de días de permiso ascenderá, en este supuesto, a cinco días, cuantificado en 37 horas y 30 minutos, que computará como trabajo efectivo.

En todo caso, esta licencia no podrá ser disfrutada simultáneamente por más del 50% del personal que componga la plantilla habitual de la categoría correspondiente que preste servicios en cada uno de los distintos turnos establecidos en la Unidad.

2.- Adicionalmente, el personal podrá disponer, con carácter voluntario y a título individual, de 3 días adicionales, en concepto de permiso recuperado, cuantificado en 22 horas y 30 minutos, como tiempo adicional a realizar por encima de la jornada anual efectiva, que será incluida en sus respectivas carteleras de trabajo.

(\*)Este artículo fue modificado por el Decreto 351/2013, que a su vez ha sido modificado por el Decreto 17/2015.

1.- En base al desarrollo del “DECRETO 17/2015, de 17 de febrero, por el que se establece la jornada de trabajo anual para el año 2015 para el personal funcionario, estatutario y laboral de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Euskadi” el horario para los trabajadores de Osakidetza para el año 2015 es el siguiente:

## **2.- LICENCIA POR ASUNTOS PARTICULARES.**

El personal tendrá derecho al disfrute de 37 horas 30 minutos laborales durante el año, previa solicitud con 20 días de antelación. Para los que no alcancen el año de servicio, dicho disfrute será proporcional al tiempo de servicio transcurrido.

En todo caso, esta licencia no podrá ser disfrutada simultáneamente por más del 50% del personal que componga el Servicio o Subdirección al que el/la trabajador/a se encuentre adscrito.

(\*\*)El disfrute de días adicionales a partir del octavo trienio fue derogado por el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y el fomento de la competitividad.

### **Artículo 51.- Licencia por ejercicio de funciones de representación sindical o del personal.**

1.- El personal que ejerza funciones de representación sindical o del personal, al amparo de lo establecido en el Acuerdo, tendrá derecho a disfrutar de la correspondiente licencia de conformidad con las circunstancias, plazos, requisitos y prescripciones que establezca la normativa vigente y las estipulaciones contenidas en el presente Acuerdo.

2.- En todo caso, el personal que forme parte de la Mesa Negociadora Sectorial de Sanidad tendrá derecho a una licencia retribuida por el tiempo necesario para asistir a cuantas reuniones oficialmente convocadas por el/la Secretario/a de la Mesa conlleve la substanciación de la negociación colectiva, con la obligación, por su parte, de dar cuenta, previamente, a su respectivo jefe inmediato, de las ausencias del trabajo al objeto de acudir a dichas reuniones.

### **Licencia por ejercicio de funciones de representación sindical o del personal.**

1. El personal que ejerza funciones de representación sindical o del personal, al amparo de lo establecido en el Acuerdo, tendrá derecho a disfrutar de la correspondiente licencia de conformidad con las circunstancias, plazos, requisitos y prescripciones que establezca la normativa vigente y las estipulaciones contenidas en el presente Acuerdo.

2. En todo caso, el personal que forme parte de la Mesa Negociadora Sectorial de Sanidad tendrá derecho a una licencia retribuida por el tiempo necesario para asistir a cuantas reuniones oficialmente convocadas por el/la Secretario/a de la Mesa conlleva la substanciación de la negociación colectiva, con la obligación, por su parte, de dar cuenta, previamente, a su respectivo jefe inmediato, de las ausencias del trabajo al objeto de acudir a dichas reuniones.

**Artículo 52.– licencia para atender el cuidado de un familiar de primer grado por razones de enfermedad muy grave.**

Por ser preciso atender el cuidado de un familiar de primer grado, el trabajador tendrá derecho a solicitar una reducción de hasta el cincuenta por ciento de la jornada laboral, con carácter retribuido, por razones de enfermedad muy grave y por el plazo máximo de un mes. Si hubiera más de un titular de este derecho por el mismo hecho causante, el tiempo de disfrute de esta reducción se podrá prorratear entre los mismos, respetando en todo caso, el plazo máximo de un mes.

**Licencia para atender el cuidado de un familiar de primer grado por razones de enfermedad muy grave.**

Por ser preciso atender el cuidado de un familiar de primer grado, el trabajador tendrá derecho a solicitar una reducción de hasta el cincuenta por ciento de la jornada laboral, con carácter retribuido, por razones de enfermedad muy grave y por el plazo máximo de un mes. Si hubiera más de un titular de este derecho por el mismo hecho causante, el tiempo de disfrute de esta reducción se podrá prorratear entre los mismos, respetando en todo caso, el plazo máximo de un mes.

**Artículo 53.– licencia por nacimiento de hijos prematuros o que por cualquier otra causa deban permanecer hospitalizados a continuación del parto.**

Por nacimiento de hijos prematuros o que por cualquier otra causa deban permanecer hospitalizados a continuación del parto, el trabajador tendrá derecho a ausentarse del trabajo durante un máximo de dos horas diarias, percibiendo las retribuciones íntegras. Asimismo, tendrán derecho a reducir su jornada de trabajo hasta un máximo de dos horas, con la disminución proporcional de sus retribuciones.

**Licencia por nacimiento de hijos prematuros o que por cualquier otra causa deban permanecer hospitalizados a continuación del parto.**

Por nacimiento de hijos prematuros o que por cualquier otra causa deban permanecer hospitalizados a continuación del parto, el trabajador tendrá derecho a ausentarse del trabajo durante un máximo de dos horas diarias, percibiendo las retribuciones íntegras. Asimismo, tendrán derecho a reducir su jornada de trabajo hasta un máximo de dos horas, con la disminución proporcional de sus retribuciones.

**Artículo 54. Permiso por asistencia a exámenes.**

El personal tendrá derecho al permiso necesario para concurrir a exámenes académicos en centros oficiales u homologados, a razón de 1 día natural por cada prueba de examen a efectuar, tanto en convocatorias ordinarias como extraordinarias, y presentando siempre el correspondiente justificante. Dicho permiso se ampliará a 2 días naturales si el examen se realiza a más de 150 kms. del lugar de residencia del/la trabajador/a. Este permiso será retribuido.

Con carácter general, el/la solicitante que se encuentre trabajando en turno nocturno inmediatamente anterior al examen, podrá optar entre su disfrute durante la jornada nocturna mencionada o durante el día del examen. En ningún caso dicho permiso podrá suponer el disfrute de más de un turno.

***Decreto 106/2008, de 3 de junio:***

*Apartado 16 g): Incluir la licencia por acudir a la realización del examen MIR o EIR.*

**Permiso por asistencia a exámenes.**

El personal tendrá derecho al permiso necesario para concurrir a exámenes académicos en centros oficiales u homologados, a razón de 1 día natural por cada prueba de examen a efectuar, tanto en convocatorias ordinarias como extraordinarias, y presentando siempre el correspondiente justificante. Dicho permiso se ampliará a 2 días naturales si el examen se realiza a más de 150 kms. del lugar de residencia del/la trabajador/a. Este permiso será retribuido.

Con carácter general, el/la solicitante que se encuentre trabajando en turno nocturno inmediatamente anterior al examen, podrá optar entre su disfrute durante la jornada nocturna mencionada o durante el día del examen. En ningún caso dicho permiso podrá suponer el disfrute de más de un turno.

En este permiso se incluye la realización del examen MIR o EIR.

**Artículo 55. Permiso para asistencia a Cursos y Congresos.**

1. Podrá concederse al personal un permiso para la asistencia a congresos, cursos, cursillos, seminarios, simposiums, encuentros, certámenes, coloquios, conferencias, reuniones, jornadas y demás eventos de carácter científico o de interés para la gestión y administración de los servicios sanitarios, por un máximo anual de 15 días naturales, de acuerdo con las necesidades de servicio, previa autorización de la Dirección de la Organización de servicios a que pertenezca el personal interesado.

En el supuesto de denegación de este permiso, el/la solicitante deberá ser informado/a por escrito de los motivos que la justifican.

2. No obstante, y en supuestos excepcionales tales que conlleven prestigio nacional o internacional, presidencia de mesas redondas o congresos y demás eventos o actividades de interés para la Organización de servicios correspondiente, dicho período de quince días naturales podrá ser ampliado a criterio de la Dirección de la Organización de servicios en que el/la solicitante preste su servicio.

3. El permiso, solicitado por iniciativa e interés del/la trabajador/a, podrá ser concedido por la Dirección, teniendo el carácter de permiso retribuido, pero sin derecho al devengo de indemnización alguna, por ningún concepto. Los gastos de inscripción, dietas, viajes y estancia, correrán a cargo del/la solicitante. En aquellos permisos de duración prolongada, se podrá pactar con el/la interesado/a su permanencia en la Administración por un período determinado.

4. De igual modo, y con carácter excepcional, la Dirección de la Organización de servicios correspondiente podrá conceder bolsas de ayuda a participantes como ponentes en Congresos y Reuniones de carácter internacional, nacional de interés general para la Institución, relevancia científica o consideración de actividad formativa relevante.

En estos casos, el/la solicitante deberá presentar copia del Proyecto, trabajo o comunicación a presentar y certificación de haber sido admitido/a para su presentación oral en los mismos.

#### **Permiso para asistencia a Cursos y Congresos.**

1. Podrá concederse al personal un permiso para la asistencia a congresos, cursos, cursillos, seminarios, simposiums, encuentros, certámenes, coloquios, conferencias, reuniones, jornadas y demás eventos de carácter científico o de interés para la gestión y administración de los servicios sanitarios, por un máximo anual de 15 días naturales, de acuerdo con las necesidades de servicio, previa autorización de la Dirección de la Organización de servicios a que pertenezca el personal interesado.

En el supuesto de denegación de este permiso, el/la solicitante deberá ser informado/a por escrito de los motivos que la justifican.

2. No obstante, y en supuestos excepcionales tales que conlleven prestigio nacional o internacional, presidencia de mesas redondas o congresos y demás eventos o actividades de interés para la Organización de servicios correspondiente, dicho período de quince días naturales podrá ser ampliado a criterio de la Dirección de la Organización de Servicios en que el/la solicitante preste su servicio.

3. El permiso, solicitado por iniciativa e interés del/la trabajador/a, podrá ser concedido por la Dirección, teniendo el carácter de permiso retribuido, pero sin derecho al devengo de indemnización alguna, por ningún concepto. Los gastos de inscripción, dietas, viajes y estancia, correrán a cargo del/la solicitante. En aquellos permisos de duración prolongada, se podrá pactar con el/la interesado/a su permanencia en la Administración por un período determinado.

4. De igual modo, y con carácter excepcional, la Dirección de la Organización de servicios correspondiente podrá conceder bolsas de ayuda a participantes como ponentes en Congresos y Reuniones de carácter internacional, nacional de interés general para la Institución, relevancia científica o consideración de actividad formativa relevante.

En estos casos, el/la solicitante deberá presentar copia del Proyecto, trabajo o comunicación a presentar y certificación de haber sido admitido/a para su presentación oral en los mismos.

#### **Artículo 56. Autorización para la realización de estudios de perfeccionamiento profesional.**

1. Para la realización de estudios de perfeccionamiento profesional que Osakidetza considere como prioritarios para la mejora de la calidad asistencial de su servicio, la Dirección de la Organización de servicios respectiva podrá conceder al

personal funcionario de carrera o estatutario fijo, que cuente con un año de antigüedad en el puesto que venga desempeñando, una autorización para la realización de los mismos que no podrá exceder al equivalente a dos cursos académicos.

2. Se considera la formación lingüística para la acreditación de los perfiles lingüísticos de Osakidetza como una clase de estudios de perfeccionamiento profesional para la mejora de la calidad de los servicios.

3. El disfrute de esta autorización no dará derecho a la percepción de retribución alguna por ningún concepto, ni a las cotizaciones que correspondan a Osakidetza.

4. A los efectos de este artículo, se reconoce al personal autorizado el derecho a la reserva del puesto de trabajo, así como al cómputo de este período a efectos de antigüedad.

### **Autorización para la realización de estudios de perfeccionamiento profesional.**

1. Para la realización de estudios de perfeccionamiento profesional que Osakidetza considere como prioritarios para la mejora de la calidad asistencial de su servicio, la Dirección de la Organización de servicios respectiva podrá conceder al personal funcionario de carrera o estatutario fijo, que cuente con un año de antigüedad en el puesto que venga desempeñando, una autorización para la realización de los mismos que no podrá exceder al equivalente a dos cursos académicos.

2. Se considera la formación lingüística para la acreditación de los perfiles lingüísticos de Osakidetza como una clase de estudios de perfeccionamiento profesional para la mejora de la calidad de los servicios.

3. El disfrute de esta autorización no dará derecho a la percepción de retribución alguna por ningún concepto, ni a las cotizaciones que correspondan a Osakidetza.

4. A los efectos de este artículo, se reconoce al personal autorizado el derecho a la reserva del puesto de trabajo, así como al cómputo de este período a efectos de antigüedad.

### **Artículo 57. Permiso para acudir a consultas, tratamientos y exploraciones de tipo médico.**

El personal tendrá derecho a un permiso para acudir, por necesidades propias, a consultas, tratamientos y exploraciones de tipo médico durante la jornada de trabajo, cuando las asistencias estén debidamente justificadas y los Centros donde se efectúen no tengan establecidas horas de consulta que permitan acudir a ellos fuera de horas de trabajo.

La duración del mismo, con carácter general, será como máximo de 4 horas, salvo casos excepcionales debidamente acreditados.

Dicho permiso será retribuido.

### **Permiso para acudir a consultas, tratamientos y exploraciones de tipo médico.**

El personal tendrá derecho a un permiso para acudir, por necesidades propias, a consultas, tratamientos y exploraciones de tipo médico durante la jornada de trabajo, cuando las asistencias estén debidamente justificadas y los Centros donde se efectúen no tengan establecidas horas de consulta que permitan acudir a ellos fuera de horas de trabajo.

La duración del mismo, con carácter general, será como máximo de 4 horas, salvo casos excepcionales debidamente acreditados.

Dicho permiso será retribuido.

#### **Artículo 58. Permiso por asuntos propios.**

1. El personal incluido en el ámbito de aplicación del artículo 2.1 de este Acuerdo, podrá solicitar la concesión de un permiso por asuntos propios. Este permiso sólo podrá solicitarse después de haber transcurrido un año del ingreso, o reingreso en su caso, en el servicio activo. A estos efectos el personal del apartado d) del artículo 2.1 deberá llevar prestando servicios por un período superior a un año en el puesto que venga desempeñando y dé origen a la petición.

2. Los permisos concedidos por asuntos propios no darán lugar a retribución alguna, y su duración acumulada no podrá exceder de cuatro meses cada dos años.

En los casos en que el permiso se solicite para la realización de estudios oficiales, se podrán conceder hasta tres meses continuados por una sola vez y con una periodicidad anual.

3. La concesión de este permiso estará subordinada a las necesidades del servicio.

4. Asimismo se concederá permiso para visitar a parientes hasta 2.º grado de consanguinidad o afinidad que estuvieran cumpliendo penas privativas de libertad, por el tiempo que resulte necesario para ello, siempre y cuando las visitas no puedan efectuarse fuera del horario de trabajo.

El tiempo disfrutado en virtud del permiso contemplado en este apartado, no dará derecho a retribución alguna, salvo que por la Dirección de la Organización de servicios correspondiente se permita la recuperación horaria, atendiendo a las necesidades del servicio.

#### **Permiso por asuntos propios.**

1. El personal incluido en el ámbito de aplicación del artículo 2.1 del Acuerdo de condiciones de trabajo de Osakidetza 2007-2009, podrá solicitar la concesión de un permiso por asuntos propios. Este permiso sólo podrá solicitarse después de haber transcurrido un año del ingreso, o reingreso en su caso, en el servicio activo. A estos efectos el personal del apartado d) del artículo 2.1 deberá llevar prestando servicios por un período superior a un año en el puesto que venga desempeñando y dé origen a la petición.

2. Los permisos concedidos por asuntos propios no darán lugar a retribución alguna, y su duración acumulada no podrá exceder de cuatro meses cada dos años.

En los casos en que el permiso se solicite para la realización de estudios oficiales, se podrán conceder hasta tres meses continuados por una sola vez y con una periodicidad anual.

3. La concesión de este permiso estará subordinada a las necesidades del servicio.

4. Asimismo se concederá permiso para visitar a parientes hasta 2.º grado de consanguinidad o afinidad que estuvieran cumpliendo penas privativas de libertad, por el tiempo que resulte necesario para ello, siempre y cuando las visitas no puedan efectuarse fuera del horario de trabajo.

El tiempo disfrutado en virtud del permiso contemplado en este apartado, no dará derecho a retribución alguna, salvo que por la Dirección de la Organización de servicios correspondiente se permita la recuperación horaria, atendiendo a las necesidades del servicio.

#### **Artículo 59. Autorización de colaboración con Organizaciones No Gubernamentales.**

El personal fijo de plantilla, así como el personal interino y temporal incluido en el ámbito de aplicación del Acuerdo que acredite una antigüedad mínima de un año, podrá solicitar una autorización para participar en programas de ayuda y colaboración con otros países, cuando así sea requerido por alguna Organización No Gubernamental.

La concesión de la autorización, que corresponderá a la Dirección de Recursos Humanos de la Organización de servicios correspondiente, estará condicionada a las necesidades del servicio, pudiendo denegarse por escrito cuando su autorización conlleve problemas organizativos a la Organización en la que preste servicios el personal interesado.

La duración máxima de la autorización será de dos años, pudiéndose conceder una prórroga de hasta dos años más, previo informe favorable de la Organización de servicios en la que preste servicios el/la solicitante e informe de la Organización No Gubernamental justificativo de continuar el programa de colaboración sanitaria que dio origen a la autorización inicial.

Concedida una autorización, las sucesivas autorizaciones sólo podrán concederse una vez transcurrido un período mínimo de prestación de servicios equivalente al período de la autorización anterior. En todo caso deberá mediar un período mínimo de prestación de servicios de un año entre dos autorizaciones.

Transcurrido el plazo autorizado el/la solicitante deberá reincorporarse a su puesto de trabajo. En caso de no producirse la reincorporación pasará a situación de excedencia voluntaria por interés particular siempre que reúna los requisitos exigidos en el presente Acuerdo.

El disfrute de esta autorización no dará derecho a la percepción de retribución alguna por ningún concepto.

Durante el permiso, se mantendrá al trabajador/a en situación de alta en la Seguridad Social, con las cotizaciones que correspondan a Osakidetza, siempre que el mismo/a no tenga otro sistema de alta con cargo a la ONG correspondiente, y siempre dentro de la limitación de la duración de su vinculación laboral.

Será declarado en situación de servicios especiales, o asimilable en el supuesto de personal interino o temporal, el personal que sea autorizado por períodos superiores a

seis meses, con el límite para el personal interino y temporal de la duración de sus respectivos nombramientos.

A los efectos de este artículo, se reconoce al personal autorizado el derecho a la reserva del puesto de trabajo, así como al cómputo de este período a efectos de antigüedad.

La concesión del permiso requiere que la Organización No Gubernamental que solicite la colaboración del/la solicitante figure inscrita en el Registro de Asociaciones sin ánimo de lucro de la Comunidad Autónoma del País Vasco o del Estado.

### **Autorización de colaboración con Organizaciones No Gubernamentales.**

El personal fijo de plantilla, así como el personal interino y temporal incluido en el ámbito de aplicación del Acuerdo que acredite una antigüedad mínima de un año, podrá solicitar una autorización para participar en programas de ayuda y colaboración con otros países, cuando así sea requerido por alguna Organización No Gubernamental.

La concesión de la autorización, que corresponderá a la Dirección de Recursos Humanos de la Organización de servicios correspondiente, estará condicionada a las necesidades del servicio, pudiendo denegarse por escrito cuando su autorización conlleve problemas organizativos a la Organización en la que preste servicios el personal interesado.

La duración máxima de la autorización será de dos años, pudiéndose conceder una prórroga de hasta dos años más, previo informe favorable de la Organización de servicios en la que preste servicios el/la solicitante e informe de la Organización No Gubernamental justificativo de continuar el programa de colaboración sanitaria que dio origen a la autorización inicial.

Concedida una autorización, las sucesivas autorizaciones sólo podrán concederse una vez transcurrido un período mínimo de prestación de servicios equivalente al período de la autorización anterior. En todo caso deberá mediar un período mínimo de prestación de servicios de un año entre dos autorizaciones.

Transcurrido el plazo autorizado el/la solicitante deberá reincorporarse a su puesto de trabajo. En caso de no producirse la reincorporación pasará a situación de excedencia voluntaria por interés particular siempre que reúna los requisitos exigidos en el presente Acuerdo.

El disfrute de esta autorización no dará derecho a la percepción de retribución alguna por ningún concepto.

Durante el permiso, se mantendrá al trabajador/a en situación de alta en la Seguridad Social, con las cotizaciones que correspondan a Osakidetza, siempre que el mismo/a no tenga otro sistema de alta con cargo a la ONG correspondiente, y siempre dentro de la limitación de la duración de su vinculación laboral.

Será declarado en situación de servicios especiales, o asimilable en el supuesto de personal interino o temporal, el personal que sea autorizado por períodos superiores a

seis meses, con el límite para el personal interino y temporal de la duración de sus respectivos nombramientos.

A los efectos de este artículo, se reconoce al personal autorizado el derecho a la reserva del puesto de trabajo, así como al cómputo de este período a efectos de antigüedad.

La concesión del permiso requiere que la Organización No Gubernamental que solicite la colaboración del/la solicitante figure inscrita en el Registro de Asociaciones sin ánimo de lucro de la Comunidad Autónoma del País Vasco o del Estado.

#### **Artículo 60. Permiso por reducción de jornada.**

El personal fijo, podrá solicitar la concesión de un permiso de reducción de su jornada laboral, con arreglo a las siguientes condiciones:

1. Con carácter general, el porcentaje de reducción de jornada será del 50%. Los porcentajes de reducción de jornada distintos del general, se determinarán por libre acuerdo entre la Dirección de la Organización de servicios y el/la solicitante.

2. En todo caso, la concesión de este permiso estará condicionada a la disponibilidad organizativa de la Organización de servicios correspondiente, y no podrá implicar un deterioro en el nivel y calidad del servicio prestado.

3. La concesión de la reducción de jornada se realizará por un período mínimo de 6 meses, prorrogable por períodos de igual duración. Todo ello sin perjuicio de la terminación con anterioridad al plazo establecido en función de la concurrencia de cuestiones de tipo organizativo que así lo aconsejen, o motivadas por el incumplimiento de las condiciones pactadas.

4. Al objeto de facilitar la aplicación de este permiso se podrá recurrir a la movilidad funcional, de manera que el personal beneficiario pueda cumplir el tiempo efectivo de presencia de su jornada reducida en unidad distinta a la que esté adscrito. En estos supuestos, el personal interesado percibirá las retribuciones correspondientes al destino efectivamente desempeñado.

5. Las condiciones concretas de prestación horaria de la jornada reducida se negociarán con el/la solicitante en cada Organización de servicios y se incluirán en su cartelera de trabajo, en función de las circunstancias concurrentes a cada supuesto.

Serán objeto de pacto, entre otras, las cuestiones referidas a banda horaria, descansos, vacaciones, festivos y excedentes de jornada, así como las circunstancias que pudieran derivarse como consecuencia de circunstancias excepcionales.

6. La concesión de la reducción de jornada será incompatible con el desarrollo de cualquier otra actividad, sea o no remunerada, durante el horario objeto de la reducción.

7. La concesión de este permiso conllevará la reducción de retribuciones en todos sus conceptos.

#### **Permiso por reducción de jornada.**

El personal fijo, podrá solicitar la concesión de un permiso de reducción de su jornada laboral, con arreglo a las siguientes condiciones:

1. Con carácter general, el porcentaje de reducción de jornada será del 50%. Los porcentajes de reducción de jornada distintos del general, se determinarán por libre acuerdo entre la Dirección de la Organización de servicios y el/la solicitante.
2. En todo caso, la concesión de este permiso estará condicionada a la disponibilidad organizativa de la Organización de servicios correspondiente, y no podrá implicar un deterioro en el nivel y calidad del servicio prestado.
3. La concesión de la reducción de jornada se realizará por un período mínimo de 6 meses, prorrogable por períodos de igual duración. Todo ello sin perjuicio de la terminación con anterioridad al plazo establecido en función de la concurrencia de cuestiones de tipo organizativo que así lo aconsejen, o motivadas por el incumplimiento de las condiciones pactadas.
4. Al objeto de facilitar la aplicación de este permiso se podrá recurrir a la movilidad funcional, de manera que el personal beneficiario pueda cumplir el tiempo efectivo de presencia de su jornada reducida en unidad distinta a la que esté adscrito. En estos supuestos, el personal interesado percibirá las retribuciones correspondientes al destino efectivamente desempeñado.
5. Las condiciones concretas de prestación horaria de la jornada reducida se negociarán con el/la solicitante en cada Organización de servicios y se incluirán en su cartelera de trabajo, en función de las circunstancias concurrentes a cada supuesto. Serán objeto de pacto, entre otras, las cuestiones referidas a banda horaria, descansos, vacaciones, festivos y excedentes de jornada, así como las circunstancias que pudieran derivarse como consecuencia de circunstancias excepcionales.
6. La concesión de la reducción de jornada será incompatible con el desarrollo de cualquier otra actividad, sea o no remunerada, durante el horario objeto de la reducción.
7. La concesión de este permiso conllevará la reducción de retribuciones en todos sus conceptos.

#### **Artículo 61. Permiso sin sueldo de un año.**

El personal fijo con al menos quince años de antigüedad reconocida en Osakidetza podrá solicitar la concesión de un permiso no retribuido de un año de duración, no prorrogable en su caso hasta transcurrir nuevamente dicho período de quince años en activo.

Esta regla no será de aplicación al personal con más de treinta años de servicios prestados, el cual podrá disfrutar de un nuevo permiso sin necesidad de que transcurran otros quince años entre un permiso y otro.

La concesión de este permiso estará supeditada a las necesidades de servicio de la Organización de servicios correspondiente.

En esta situación, el personal tendrá el derecho a la reserva del puesto de trabajo, así como al cómputo de las cotizaciones en materia de Seguridad Social.

**Decreto 106/2008, de 3 de junio:**

*Apartado 8 d): Se establece un permiso sin sueldo de hasta un año por cada período completo de quince años de servicios en Osakidetza, pudiendo alcanzarse hasta un máximo de dos años por treinta años de servicios, a disfrutar durante los dos años inmediatamente anteriores a la jubilación total del trabajador a los 65 años, llevándose a efecto durante dicho periodo de hasta dos años la cotización completa en Seguridad Social conforme a las bases de cotización anteriores a la concesión de dicho permiso.*

**Permiso sin sueldo de un año.**

El personal fijo con al menos quince años de antigüedad reconocida en Osakidetza podrá solicitar la concesión de un permiso no retribuido de un año de duración, no prorrogable en su caso hasta transcurrir nuevamente dicho período de quince años en activo.

Esta regla no será de aplicación al personal con más de treinta años de servicios prestados, el cual podrá disfrutar de un nuevo permiso sin necesidad de que transcurran otros quince años entre un permiso y otro.

La concesión de este permiso estará supeditada a las necesidades de servicio de la Organización de servicios correspondiente.

En esta situación, el personal tendrá el derecho a la reserva del puesto de trabajo, así como al cómputo de las cotizaciones en materia de Seguridad Social.

El personal podrá solicitar un permiso sin sueldo de hasta un año por cada período completo de quince años de servicios en Osakidetza, pudiendo alcanzarse hasta un máximo de dos años por treinta años de servicios, a disfrutar durante los dos años inmediatamente anteriores a la jubilación total del trabajador a los 65 años, llevándose a efecto durante dicho periodo de hasta dos años la cotización completa en Seguridad Social conforme a las bases de cotización anteriores a la concesión de dicho permiso.

**Artículo 62. Permiso para atender a familiares con enfermedad crónica o problemas de movilidad.**

El personal que tenga que atender a un o una familiar hasta 2.º grado de consanguinidad o afinidad, o aún de grado más lejano si mediara convivencia, por tener dificultades de movilidad o padecer una enfermedad grave continuada, acreditada por informe médico, dispondrá de un permiso retribuido de hasta cincuenta horas anuales. Con carácter general, el tiempo máximo de uso diario de este crédito horario será de dos horas y su disfrute habrá de realizarse siempre coincidiendo con alguna de las entradas o salidas al trabajo.

No obstante, podrá pactarse en cartelera otras fórmulas de disfrute de dicho permiso.

**Permiso para atender a familiares con enfermedad crónica o problemas de movilidad.**

El personal que tenga que atender a un o una familiar hasta 2.º grado de consanguinidad o afinidad, o aún de grado más lejano si mediara convivencia, por tener dificultades de

movilidad o padecer una enfermedad grave continuada, acreditada por informe médico, dispondrá de un permiso retribuido de hasta cincuenta horas anuales. Con carácter general, el tiempo máximo de uso diario de este crédito horario será de dos horas y su disfrute habrá de realizarse siempre coincidiendo con alguna de las entradas o salidas al trabajo.

No obstante, podrá pactarse en cartelera otras fórmulas de disfrute de dicho permiso.

### **Artículo 63. Permiso por cuidado de menores o minusválidos psíquicos, físicos o sensoriales y de parientes hasta 2.º Grado.**

El personal que, por razones de guarda legal, tenga a su cuidado directo algún menor de doce años o minusválido físico, psíquico o sensorial que no desempeñe actividad retribuida, tendrá derecho a una reducción de la jornada ordinaria de trabajo, entre al menos un tercio y un máximo de la mitad de su duración, con la consiguiente reducción proporcional de sus retribuciones en todos sus conceptos.

Tendrá el mismo derecho, con la debida reducción proporcional de retribuciones, quien precise encargarse del cuidado directo de un familiar, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, que por razones de edad, accidente o enfermedad no pueda valerse por sí mismo, y que no desempeñe actividad retribuida.

Las condiciones concretas de prestación horaria de este permiso se negociarán con el/la solicitante en su correspondiente Organización de servicios y se incluirán en su cartelera de trabajo, en función de las circunstancias concurrentes en cada supuesto.

La concesión de este permiso es compatible con el disfrute del permiso para atender a familiares con enfermedad crónica o problemas de movilidad establecido en el artículo 62, si bien el número de horas a disfrutar en virtud de dicho permiso deberá sufrir la correspondiente reducción proporcional.

### **Permiso por cuidado de menores o minusválidos psíquicos, físicos o sensoriales y de parientes hasta 2º grado.**

El personal que, por razones de guarda legal, tenga a su cuidado directo algún menor de doce años o minusválido físico, psíquico o sensorial que no desempeñe actividad retribuida, tendrá derecho a una reducción de la jornada ordinaria de trabajo, entre al menos un tercio y un máximo de la mitad de su duración, con la consiguiente reducción proporcional de sus retribuciones en todos sus conceptos.

Tendrá el mismo derecho, con la debida reducción proporcional de retribuciones, quien precise encargarse del cuidado directo de un familiar, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, que por razones de edad, accidente o enfermedad no pueda valerse por sí mismo, y que no desempeñe actividad retribuida.

Las condiciones concretas de prestación horaria de este permiso se negociarán con el/la solicitante en su correspondiente Organización de Servicios y se incluirán en su cartelera de trabajo, en función de las circunstancias concurrentes en cada supuesto.

La concesión de este permiso es compatible con el disfrute del permiso para atender a familiares con enfermedad crónica o problemas de movilidad, si bien el número de

horas a disfrutar en virtud de dicho permiso deberá sufrir la correspondiente reducción proporcional.

#### **Artículo 64. Permiso por violencia de género.**

Las faltas de asistencia de las trabajadoras víctimas de violencia de género, totales o parciales, tendrán la consideración de justificadas por el tiempo y en las condiciones en que así lo determinen los servicios sociales de atención o de salud según proceda.

Asimismo, las trabajadoras víctimas de violencia sobre la mujer, para hacer efectiva su protección o su derecho de asistencia social integral, tendrán derecho a la reducción de la jornada con disminución proporcional de la retribución, o la reordenación del tiempo de trabajo, a través de la adaptación del horario, de la aplicación del horario flexible o de otras formas de ordenación del tiempo de trabajo que sean aplicables. Las condiciones concretas de prestación horaria de este permiso se negociarán con la solicitante en su correspondiente Organización de servicios y se incluirán en su cartelera de trabajo, en función de las circunstancias concurrentes en cada supuesto.

#### **Permiso por violencia de género.**

Las faltas de asistencia de las trabajadoras víctimas de violencia de género, totales o parciales, tendrán la consideración de justificadas por el tiempo y en las condiciones en que así lo determinen los servicios sociales de atención o de salud según proceda.

Asimismo, las trabajadoras víctimas de violencia sobre la mujer, para hacer efectiva su protección o su derecho de asistencia social integral, tendrán derecho a la reducción de la jornada con disminución proporcional de la retribución, o la reordenación del tiempo de trabajo, a través de la adaptación del horario, de la aplicación del horario flexible o de otras formas de ordenación del tiempo de trabajo que sean aplicables. Las condiciones concretas de prestación horaria de este permiso se negociarán con la solicitante en su correspondiente Organización de Servicios y se incluirán en su cartelera de trabajo, en función de las circunstancias concurrentes en cada supuesto.

#### **Permiso por bautizos y comuniones**

En caso de bautizo o comunión de hijo/a o nieto/a, el padre, la madre y el abuelo/a tendrán derecho a permiso en el día en que concurra el mencionado evento, cuando coincida con un día planificado de trabajo, o la víspera se haya planificado turno de noche.

#### **Permiso por cuidado de menores afectados/as por cáncer u otra enfermedad grave**

El personal tendrá derecho, siempre que ambos progenitores, adoptantes o acogedores de carácter preadoptivo o permanente trabajen, a una reducción de la jornada de trabajo de al menos la mitad de la duración de aquélla, percibiendo las retribuciones íntegras, para el cuidado, durante la hospitalización y tratamiento continuado, del hijo menor de edad afectado por cáncer o por cualquier otra enfermedad grave que implique un ingreso hospitalario (o situación protegida asimilable) de larga duración y requiera la

necesidad de su cuidado directo, continuo y permanente acreditado por el informe del servicio Público de Salud u órgano administrativo sanitario de la Comunidad Autónoma o, en su caso, de la entidad sanitaria concertada correspondiente y, como máximo, hasta que el menor cumpla los 18 años.

Cuando concurren en ambos progenitores, adoptantes o acogedores de carácter preadoptivo o permanente, por el mismo sujeto y hecho causante, las circunstancias necesarias para tener derecho a este permiso o, en su caso, puedan tener la condición de beneficiarios de la prestación establecida para este fin en el Régimen de la Seguridad Social que les sea de aplicación, el trabajador tendrá derecho a la percepción de las retribuciones íntegras durante el tiempo que dure la reducción de su jornada de trabajo, siempre que el otro progenitor, adoptante o acogedor de carácter preadoptivo o permanente, sin perjuicio del derecho a la reducción de jornada que le corresponda, no cobre sus retribuciones íntegras en virtud de este permiso o como beneficiario de la prestación establecida para este fin en el Régimen de la Seguridad Social que le sea de aplicación. En caso contrario, sólo se tendrá derecho a la reducción de jornada, con la consiguiente reducción de retribuciones.

Cuando las dos personas progenitoras presten servicios en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, se podrá limitar su ejercicio simultáneo por razones fundadas en el correcto funcionamiento del servicio.

Así mismo, podrá solicitar el permiso la persona trabajadora de Osakidetza- Servicio vasco de salud que constituya una familia monoparental con el/la menor, entendiéndose por tal aquellos casos en los que hay una única persona progenitora, adoptante o acogedora.

El personal laboral de Osakidetza-Servicio vasco de salud podrá beneficiarse de este permiso siempre que cumpla los requisitos establecidos en el art.37.5 del RD Legislativo. 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprobó el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

## **TEMA 8: DECRETO 67/2003, DE 18 DE MARZO, DE NORMALIZACIÓN DEL USO DEL EUSKERA EN OSAKIDETZA: OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN.**

**BIBLIOGRAFÍA: ARTÍCULOS 1 Y 2 DEL DECRETO 67/2003, DE 18 DE MARZO, DE NORMALIZACIÓN DEL USO DEL EUSKERA EN OSAKIDETZA.**

### **Decreto 67/2003, de 18 de marzo, de normalización del uso del euskera en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.**

*Artículo 1 Objeto del Decreto*

1.- El objeto del presente Decreto es establecer las bases que han de regular el Plan de Normalización del Uso del Euskera en Osakidetza-Servicio vasco de salud, -o «Plan de Euskera de Osakidetza-Servicio vasco de salud»-, cuyo fin es la progresiva incorporación del euskera tanto a las relaciones orales y escritas que con carácter habitual Osakidetza-Servicio vasco de salud mantiene con la población en la prestación de servicios sanitarios como a la totalidad de los procesos que como ente público conforman su actividad.

2.- Esta incorporación progresiva será evaluada transcurridos tres años desde el inicio del Plan. Para ello, Osakidetza-Servicio vasco de salud elaborará un informe sobre el cumplimiento de objetivos, que será remitido a la Viceconsejería de Política Lingüística para su análisis y valoración.

3.- Este informe abarcará, entre otras determinaciones, el cumplimiento de los objetivos mínimos y prioridades de uso, los procesos de capacitación lingüística del personal y el grado de consecución de perfiles lingüísticos.

4.- En el sexto año desde el inicio del Plan, se realizará una evaluación general a fin de determinar el grado de cumplimiento del mismo, al tiempo que servirá de base para la elaboración del siguiente Plan.

#### *Artículo 2* *Ámbito de aplicación*

1.- El presente Decreto es de aplicación a la totalidad de efectivos de los diversos grupos profesionales aprobados por el Consejo de Gobierno para el Ente Público Osakidetza-Servicio vasco de salud.

2.- A los efectos de este Decreto, se establecen tres ámbitos para el desarrollo del proceso de normalización del uso del euskera en Osakidetza-Servicio vasco de salud:

### **langile abertzaleen batzordeak**

- - Atención primaria
- - Atención especializada
- - Servicios administrativos y generales

a) El ámbito de la atención primaria estará constituido por:

- - Medicina general.
- - Atención infantil no hospitalaria.
- - Enfermería de centros de salud, ambulatorios y consultorios.
- - Áreas de atención al cliente de centros de salud, ambulatorios y consultorios.
- - Puntos de atención continuada y unidades de emergencias.

b) El ámbito de la atención especializada estará constituido por:

- - Todos los servicios asistenciales a excepción de los contemplados en el apartado 2.a).
- - Las áreas de atención al cliente de las organizaciones de servicios de atención especializada.

c) El ámbito de los servicios administrativos y generales lo conformarán:

- - Los servicios administrativos y generales de las organizaciones de servicios sanitarios y de la Organización Central, y las áreas de atención al cliente de estos servicios administrativos.

**TEMA 9:** MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE CELADORES DE OSAKIDETZA: MOVILIDAD DE PACIENTES. MEDIOS MECANICOS PARA FACILITAR LA MOVILIDAD DE LOS PACIENTES. EL MANEJO DE LA CAMA/CAMILLA Y DE LA SILLA DE RUEDAS. OTROS MATERIALES, EQUIPOS O APARATOS. DICCIONARIO DE TERMINOS.

**BILIOGRAFIA:** MANUAL PARA EL PERSONAL DE CELADORES EN OSAKIDETZA.

MANUAL PARA EL PERSONAL CELADOR DE OSAKIDETZA

langile abertzaleen batzordeak

**TEMA 10:** MANUAL INFORMATIVO DEL SERVICIO DE PREVENCION DE OSAKIDETZA DE PREVENCION DE INCENDIOS, NATURALEZA DEL FUEGO, COMO SE PROVOCA, AGENTES EXTINTORES MAS HABITUALES, RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCION DE INCENDIOS, SITUACION DE EMERGENCIA. MANUAL INFORMATIVO DEL SERVICIO DE PREVENCION DE OSAKIDETZA: RIESGOS GENERALES PARA LOS TRABAJADORES DE OSAKIDETZA: SERVICIO DE PREVENCION, DEFINICIONES, RIESGOS GENERALES DEL MEDIO SANITARIO, RIESGOS ERGONOMICOS, RIESGOS PSICOSOCIALES. CARPETA ROJA DE PREVENCION: ACCIDENTES DE TRABAJO/INCIDENTE, ACTUACIONES A REALIZAR DEL TRABAJADOR Y DEL RESPONSABLE INMEDIATO, ACTUACIONES A REALIZAR ANTE UNA AGRESION.

**BIBLIOGRAFIA:** MANUAL INFORMATIVO DEL SERVICIO DE PREVENCION DE OSAKIDETZA DE PREVENCION DE INCENDIOS, NATURALEZA DEL FUEGO, COMO SE PROVOCA, AGENTES EXTINTORES MAS HABITUALES, RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCION DE INCENDIOS, SITUACION DE EMERGENCIA. MANUAL INFORMATIVO DEL SERVICIO DE PREVENCION DE OSAKIDETZA: RIESGOS

**GENERALES PARA LOS TRABAJADORES DE OSAKIDETZA: SERVICIO DE PREVENCIÓN, DEFINICIONES, RIESGOS GENERALES DEL MEDIO SANITARIO, RIESGOS ERGONOMICOS, RIESGOS PSICOSOCIALES. CARPETA ROJA DE PREVENCIÓN: ACCIDENTES DE TRABAJO/INCIDENTE, ACTUACIONES A REALIZAR DEL TRABAJADOR Y DEL RESPONSABLE INMEDIATO, ACTUACIONES A REALIZAR ANTE UNA AGRESIÓN. TODO ELLO ESTA PUBLICADO POR EL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE OSAKIDETZA.**

**TEMA 11: LA LEY ORGANICA 15/1999 DE 13 DE DICIEMBRE DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL. PRINCIPIOS DE LA PROTECCIÓN DE DATOS. DERECHOS DE LAS PERSONAS. (ARTICULO 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, Y 19)**

**BIBLIOGRAFIA: LA LEY ORGANICA 15/1999 DE 13 DE DICIEMBRE DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL. PRINCIPIOS DE LA PROTECCIÓN DE DATOS. DERECHOS DE LAS PERSONAS. (ARTICULO 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11Y 12).**

## **TÍTULO II**

### **Principios de la protección de datos**

#### *Artículo 4 Calidad de los datos*

1. Los datos de carácter personal sólo se podrán recoger para su tratamiento, así como someterlos a dicho tratamiento, cuando sean adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con el ámbito y las finalidades determinadas, explícitas y legítimas para las que se hayan obtenido.
2. Los datos de carácter personal objeto de tratamiento no podrán usarse para finalidades incompatibles con aquellas para las que los datos hubieran sido recogidos. No se considerará incompatible el tratamiento posterior de éstos con fines históricos, estadísticos o científicos.
3. Los datos de carácter personal serán exactos y puestos al día de forma que respondan con veracidad a la situación actual del afectado.
4. Si los datos de carácter personal registrados resultaran ser inexactos, en todo o en parte, o incompletos, serán cancelados y sustituidos de oficio por los correspondientes datos rectificados o completados, sin perjuicio de las facultades que a los afectados reconoce el artículo 16.

5. Los datos de carácter personal serán cancelados cuando hayan dejado de ser necesarios o pertinentes para la finalidad para la cual hubieran sido recabados o registrados.

No serán conservados en forma que permita la identificación del interesado durante un período superior al necesario para los fines en base a los cuales hubieran sido recabados o registrados.

Reglamentariamente se determinará el procedimiento por el que, por excepción, atendidos los valores históricos, estadísticos o científicos de acuerdo con la legislación específica, se decida el mantenimiento íntegro de determinados datos.

6. Los datos de carácter personal serán almacenados de forma que permitan el ejercicio del derecho de acceso, salvo que sean legalmente cancelados.

7. Se prohíbe la recogida de datos por medios fraudulentos, desleales o ilícitos.

#### *Artículo 5 Derecho de información en la recogida de datos*

1. Los interesados a los que se soliciten datos personales deberán ser previamente informados de modo expreso, preciso e inequívoco:

- 
- **a)** De la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información.
- 
- **b)** Del carácter obligatorio o facultativo de su respuesta a las preguntas que les sean planteadas.
- 
- **c)** De las consecuencias de la obtención de los datos o de la negativa a suministrarlos.
- 
- **d)** De la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.
- 
- **e)** De la identidad y dirección del responsable del tratamiento o, en su caso, de su representante.

Cuando el responsable del tratamiento no esté establecido en el territorio de la Unión Europea y utilice en el tratamiento de datos medios situados en territorio español, deberá designar, salvo que tales medios se utilicen con fines de trámite, un representante en España, sin perjuicio de las acciones que pudieran emprenderse contra el propio responsable del tratamiento.

2. Cuando se utilicen cuestionarios u otros impresos para la recogida, figurarán en los mismos, en forma claramente legible, las advertencias a que se refiere el apartado anterior.

**3.** No será necesaria la información a que se refieren las letras b), c) y d) del apartado 1 si el contenido de ella se deduce claramente de la naturaleza de los datos personales que se solicitan o de las circunstancias en que se recaban.

**4.** Cuando los datos de carácter personal no hayan sido recabados del interesado, éste deberá ser informado de forma expresa, precisa e inequívoca, por el responsable del fichero o su representante, dentro de los tres meses siguientes al momento del registro de los datos, salvo que ya hubiera sido informado con anterioridad, del contenido del tratamiento, de la procedencia de los datos, así como de lo previsto en las letras a), d) y e) del apartado 1 del presente artículo.

**5.** No será de aplicación lo dispuesto en el apartado anterior, cuando expresamente una ley lo prevea, cuando el tratamiento tenga fines históricos estadísticos o científicos, o cuando la información al interesado resulte imposible o exija esfuerzos desproporcionados, a criterio de la Agencia de Protección de Datos o del organismo autonómico equivalente, en consideración al número de interesados, a la antigüedad de los datos y a las posibles medidas compensatorias.

Asimismo, tampoco regirá lo dispuesto en el apartado anterior cuando los datos procedan de fuentes accesibles al público y se destinen a la actividad de publicidad o prospección comercial, en cuyo caso, en cada comunicación que se dirija al interesado se le informará del origen de los datos y de la identidad del responsable del tratamiento así como de los derechos que le asisten.

#### *Artículo 6 Consentimiento del afectado*

**1.** El tratamiento de los datos de carácter personal requerirá el consentimiento inequívoco del afectado, salvo que la ley disponga otra cosa.

**2.** No será preciso el consentimiento cuando los datos de carácter personal se recojan para el ejercicio de las funciones propias de las Administraciones públicas en el ámbito de sus competencias; cuando se refieran a las partes de un contrato o precontrato de una relación negocial, laboral o administrativa y sean necesarios para su mantenimiento o cumplimiento; cuando el tratamiento de los datos tenga por finalidad proteger un interés vital del interesado en los términos del artículo 7, apartado 6, de la presente Ley, o cuando los datos figuren en fuentes accesibles al público y su tratamiento sea necesario para la satisfacción del interés legítimo perseguido por el responsable del fichero o por el del tercero a quien se comuniquen los datos, siempre que no se vulneren los derechos y libertades fundamentales del interesado.

**3.** El consentimiento a que se refiere el artículo podrá ser revocado cuando exista causa justificada para ello y no se le atribuyan efectos retroactivos.

**4.** En los casos en los que no sea necesario el consentimiento del afectado para el tratamiento de los datos de carácter personal, y siempre que una ley no disponga lo contrario, éste podrá oponerse a su tratamiento cuando existan motivos fundados y legítimos relativos a una concreta situación personal. En tal supuesto, el responsable de fichero excluirá del tratamiento los datos relativos al afectado.

#### *Artículo 7 Datos especialmente protegidos*

1. De acuerdo con lo establecido en el apartado 2 del artículo 16 de la **CE**, nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias.

Cuando en relación con estos datos se proceda a recabar el consentimiento a que se refiere el apartado siguiente, se advertirá al interesado acerca de su derecho a no prestarlo.

2. Sólo con el consentimiento expreso y por escrito del afectado podrán ser objeto de tratamiento los datos de carácter personal que revelen la ideología, afiliación sindical, religión y creencias. Se exceptúan los ficheros mantenidos por los partidos políticos, sindicatos, iglesias, confesiones o comunidades religiosas y asociaciones, fundaciones y otras entidades sin ánimo de lucro, cuya finalidad sea política, filosófica, religiosa o sindical, en cuanto a los datos relativos a sus asociados o miembros, sin perjuicio de que la cesión de dichos datos precisará siempre el previo consentimiento del afectado.

3. Los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual sólo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga una ley o el afectado consienta expresamente.

4. Quedan prohibidos los ficheros creados con la finalidad exclusiva de almacenar datos de carácter personal que revelen la ideología, afiliación sindical, religión, creencias, origen racial o étnico, o vida sexual.

5. Los datos de carácter personal relativos a la comisión de infracciones penales o administrativas sólo podrán ser incluidos en ficheros de las Administraciones públicas competentes en los supuestos previstos en las respectivas normas reguladoras.

6. No obstante lo dispuesto en los apartados anteriores, podrán ser objeto de tratamiento los datos de carácter personal a que se refieren los apartados 2 y 3 de este artículo, cuando dicho tratamiento resulte necesario para la prevención o para el diagnóstico médicos, la prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios, siempre que dicho tratamiento de datos se realice por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta asimismo a una obligación equivalente de secreto.

También podrán ser objeto de tratamiento los datos a que se refiere el párrafo anterior cuando el tratamiento sea necesario para salvaguardar el interés vital del afectado o de otra persona, en el supuesto de que el afectado esté física o jurídicamente incapacitado para dar su consentimiento.

#### *Artículo 8 Datos relativos a la salud*

Sin perjuicio de lo que se dispone en el artículo 11 respecto de la cesión, las instituciones y los centros sanitarios públicos y privados y los profesionales correspondientes podrán proceder al tratamiento de los datos de carácter personal relativos a la salud de las personas que a ellos acudan o hayan de ser tratados en los mismos, de acuerdo con lo dispuesto en la legislación estatal o autonómica sobre sanidad.

#### *Artículo 9 Seguridad de los datos*

1. El responsable del fichero, y, en su caso, el encargado del tratamiento deberán adoptar las medidas de índole técnica y organizativas necesarias que garanticen la seguridad de los datos de carácter personal y eviten su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, habida cuenta del estado de la tecnología, la naturaleza de los datos almacenados y los riesgos a que están expuestos, ya provengan de la acción humana o del medio físico o natural.
2. No se registrarán datos de carácter personal en ficheros que no reúnan las condiciones que se determinen por vía reglamentaria con respecto a su integridad y seguridad y a las de los centros de tratamiento, locales, equipos, sistemas y programas.
3. Reglamentariamente se establecerán los requisitos y condiciones que deban reunir los ficheros y las personas que intervengan en el tratamiento de los datos a que se refiere el artículo 7 de esta Ley.

#### *Artículo 10 Deber de secreto*

El responsable del fichero y quienes intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos de carácter personal están obligados al secreto profesional respecto de los mismos y al deber de guardarlos, obligaciones que subsistirán aun después de finalizar sus relaciones con el titular del fichero o, en su caso, con el responsable del mismo.

#### *Artículo 11 Comunicación de datos*

1. Los datos de carácter personal objeto del tratamiento sólo podrán ser comunicados a un tercero para el cumplimiento de fines directamente relacionados con las funciones legítimas del cedente y del cesionario con el previo consentimiento del interesado.
2. El consentimiento exigido en el apartado anterior no será preciso:
  - **a)** Cuando la cesión está autorizada en una ley.
  - **b)** Cuando se trate de datos recogidos de fuentes accesibles al público.
  - **c)** Cuando el tratamiento responda a la libre y legítima aceptación de una relación jurídica cuyo desarrollo, cumplimiento y control implique necesariamente la conexión de dicho tratamiento con ficheros de terceros. En este caso la comunicación sólo será legítima en cuanto se limite a la finalidad que la justifique.
  - **d)** Cuando la comunicación que deba efectuarse tenga por destinatario al Defensor del Pueblo, el Ministerio Fiscal o los Jueces o Tribunales o el Tribunal de Cuentas, en el ejercicio de las funciones que tiene atribuidas. Tampoco será preciso el consentimiento cuando la comunicación tenga como destinatario a instituciones autonómicas con funciones análogas al Defensor del Pueblo o al Tribunal de Cuentas.
  - **e)** Cuando la cesión se produzca entre Administraciones públicas y tenga por objeto el tratamiento posterior de los datos con fines históricos, estadísticos o científicos.
  - **f)** Cuando la cesión de datos de carácter personal relativos a la salud sea necesaria para solucionar una urgencia que requiera acceder a un fichero o para realizar los estudios epidemiológicos en los términos establecidos en la legislación sobre sanidad estatal o autonómica.

3. Será nulo el consentimiento para la comunicación de los datos de carácter personal a un tercero, cuando la información que se facilite al interesado no le permita conocer la finalidad a que destinarán los datos cuya comunicación se autoriza o el tipo de actividad de aquel a quien se pretenden comunicar.

4. El consentimiento para la comunicación de los datos de carácter personal tiene también un carácter de revocable.

5. Aquel a quien se comuniquen los datos de carácter personal se obliga, por el solo hecho de la comunicación, a la observancia de las disposiciones de la presente Ley.

6. Si la comunicación se efectúa previo procedimiento de disociación, no será aplicable lo establecido en los apartados anteriores.

#### *Artículo 12 Acceso a los datos por cuenta de terceros*

1. No se considerará comunicación de datos el acceso de un tercero a los datos cuando dicho acceso sea necesario para la prestación de un servicio al responsable del tratamiento.

2. La realización de tratamientos por cuenta de terceros deberá estar regulada en un contrato que deberá constar por escrito o en alguna otra forma que permita acreditar su celebración y contenido, estableciéndose expresamente que el encargado del tratamiento únicamente tratará los datos conforme a las instrucciones del responsable del tratamiento, que no los aplicará o utilizará con fin distinto al que figure en dicho contrato, ni los comunicará, ni siquiera para su conservación, a otras personas.

En el contrato se estipularán, asimismo, las medidas de seguridad a que se refiere el artículo 9 de esta Ley que el encargado del tratamiento está obligado a implementar.

3. Una vez cumplida la prestación contractual, los datos de carácter personal deberán ser destruidos o devueltos al responsable del tratamiento, al igual que cualquier soporte o documentos en que conste algún dato de carácter personal objeto del tratamiento.

4. En el caso de que el encargado del tratamiento destine los datos a otra finalidad, los comunique o los utilice incumpliendo las estipulaciones del contrato, será considerado también responsable del tratamiento, respondiendo de las infracciones en que hubiera incurrido personalmente.

### **TÍTULO III**

## **Derechos de las personas**

#### **Artículo 13 Impugnación de valoraciones**

1. Los ciudadanos tienen derecho a no verse sometidos a una decisión con efectos jurídicos, sobre ellos o que les afecte de manera significativa, que se base únicamente en un tratamiento de datos destinados a evaluar determinados aspectos de su personalidad.

2. El afectado podrá impugnar los actos administrativos o decisiones privadas que impliquen una valoración de su comportamiento, cuyo único fundamento sea un tratamiento de datos de carácter personal que ofrezca una definición de sus características o personalidad.
3. En este caso, el afectado tendrá derecho a obtener información del responsable del fichero sobre los criterios de valoración y el programa utilizados en el tratamiento que sirvió para adoptar la decisión en que consistió el acto.
4. La valoración sobre el comportamiento de los ciudadanos, basada en un tratamiento de datos, únicamente podrá tener valor probatorio a petición del afectado.

#### **Artículo 14 Derecho de consulta al Registro General de Protección de Datos**

Cualquier persona podrá conocer, recabando a tal fin la información oportuna del Registro General de Protección de Datos, la existencia de tratamientos de datos de carácter personal, sus finalidades y la identidad del responsable del tratamiento. El Registro General será de consulta pública y gratuita.

#### **Artículo 15 Derecho de acceso**

1. El interesado tendrá derecho a solicitar y obtener gratuitamente información de sus datos de carácter personal sometidos a tratamiento, el origen de dichos datos, así como las comunicaciones realizadas o que se prevén hacer de los mismos.
2. La información podrá obtenerse mediante la mera consulta de los datos por medio de su visualización, o la indicación de los datos que son objeto de tratamiento mediante escrito, copia, telecopia o fotocopia, certificada o no, en forma legible e inteligible, sin utilizar claves o códigos que requieran el uso de dispositivos mecánicos específicos.
3. El derecho de acceso a que se refiere este artículo sólo podrá ser ejercitado a intervalos no inferiores a doce meses, salvo que el interesado acredite un interés legítimo al efecto, en cuyo caso podrán ejercitarlo antes.

*Véanse: – Artículo 45 LRJAP-PAC – Instrucción 6/2000, 4 diciembre, de la Dirección General de la Agencia Estatal de Administración Tributaria, de ejercicio de los derechos de acceso, rectificación y cancelación en Ficheros Automatizados de la Agencia Estatal de Administración Tributaria («B.O.E.» 24 enero 2001).*

Instrucción 6/2000 de 4 Dic. (ficheros automatizados de la AEAT)

L 30/1992 de 26 Nov. (régimen jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común)

#### **Artículo 16 Derecho de rectificación y cancelación**

1. El responsable del tratamiento tendrá la obligación de hacer efectivo el derecho de rectificación o cancelación del interesado en el plazo de diez días.
2. Serán rectificadas o canceladas, en su caso, los datos de carácter personal cuyo tratamiento no se ajuste a lo dispuesto en la presente Ley y, en particular, cuando tales datos resulten inexactos o incompletos.

3. La cancelación dará lugar al bloqueo de los datos, conservándose únicamente a disposición de las Administraciones públicas, Jueces y Tribunales, para la atención de las posibles responsabilidades nacidas del tratamiento, durante el plazo de prescripción de éstas. Cumplido el citado plazo deberá procederse a la supresión.

4. Si los datos rectificadas o cancelados hubieran sido comunicados previamente, el responsable del tratamiento deberá notificar la rectificación o cancelación efectuada a quien se hayan comunicado, en el caso de que se mantenga el tratamiento por este último, que deberá también proceder a la cancelación.

5. Los datos de carácter personal deberán ser conservados durante los plazos previstos en las disposiciones aplicables o, en su caso, en las relaciones contractuales entre la persona o entidad responsable del tratamiento y el interesado.

*Véanse: – Ley Orgánica reguladora del derecho de rectificación. – Artículos 10.2, 19 y 50 Ley sobre Función Pública Estadística. – Instrucción 6/2000, 4 diciembre, de la Dirección General de la Agencia Estatal de Administración Tributaria, de ejercicio de los derechos de acceso, rectificación y cancelación en Ficheros Automatizados de la Agencia Estatal de Administración Tributaria («B.O.E.» 24 enero 2001).*

Instrucción 6/2000 de 4 Dic. (ficheros automatizados de la AEAT)

LO 2/1984 de 26 Mar. (derecho de rectificación)

L 12/1989 de 9 May. (función estadística pública)

#### **Artículo 17 Procedimiento de oposición, acceso, rectificación o cancelación**

1. Los procedimientos para ejercitar el derecho de oposición, acceso, así como los de rectificación y cancelación serán establecidos reglamentariamente.

2. No se exigirá contra prestación alguna por el ejercicio de los derechos de oposición, acceso, rectificación o cancelación.

#### **Artículo 18 Tutela de los derechos**

1. Las actuaciones contrarias a lo dispuesto en la presente Ley pueden ser objeto de reclamación por los interesados ante la Agencia de Protección de Datos, en la forma que reglamentariamente se determine.

2. El interesado al que se deniegue, total o parcialmente, el ejercicio de los derechos de oposición, acceso, rectificación o cancelación, podrá ponerlo en conocimiento de la Agencia de Protección de Datos o, en su caso, del organismo competente de cada Comunidad Autónoma, que deberá asegurarse de la procedencia o improcedencia de la denegación.

3. El plazo máximo en que debe dictarse la resolución expresa de tutela de derechos será de seis meses.

4. Contra las resoluciones de la Agencia de Protección de Datos procederá recurso contencioso-administrativo.

#### **Artículo 19 Derecho a indemnización**

1. Los interesados que, como consecuencia del incumplimiento de lo dispuesto en la presente Ley por el responsable o el encargado del tratamiento, sufran daño o lesión en sus bienes o derechos tendrán derecho a ser indemnizados.

2. Cuando se trate de ficheros de titularidad pública, la responsabilidad se exigirá de acuerdo con la legislación reguladora del régimen de responsabilidad de las Administraciones públicas.

3. En el caso de los ficheros de titularidad privada, la acción se ejercitará ante los órganos de la jurisdicción ordinaria.

FIN DEL TEMARIO.

Los temas 9, 10, 12, 13,14,15,16 y 17 SE ENCUENTRAN EN LA CARPETA COMPRIMIDA.







