

GESTIÓN CLÍNICA

1. Aspectos generales

1C

Medios para el desarrollo de las funciones de un servicio de oftalmología. Recursos humanos y materiales: infraestructura tecnológica. Cartera de servicios

Nicolás Toledano Fernández¹, Ofelia Espí Simal²,
Susana Perucho Martínez¹, Rafael Carpio Bailén³

¹ Doctor en Medicina y Cirugía. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

² Licenciada en Ciencias Económicas y Empresariales. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

³ Licenciado en Medicina y Cirugía. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.



1C. Medios para el desarrollo de las funciones de un servicio de Oftalmología. Recursos humanos y materiales: infraestructura tecnológica. Cartera de servicios

Nicolás Toledano Fernández, Ofelia Espí Simal, Susana Perucho Martínez, Rafael Carpio Bailén

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES. INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA

Para que un servicio de Oftalmología pueda desempeñar las funciones para las que fue creado es necesario que disponga de una dotación adecuada de recursos humanos (RRHH) y materiales (<RRMM), además de una infraestructura tecnológica acorde a las necesidades de la población a la que atiende.

Recursos humanos

Los diferentes servicios de Oftalmología de nuestro país disponen de una dotación en personal que depende del nivel asistencial del hospital al que corresponde (no es lo mismo un hospital terciario que un primario), las características de la población a la que atiende (envejecimiento, dispersión, decisiones políticas, posibilidad de acceder a la sanidad privada...) y el tipo de asistencia que presta (pública, concertada o privada).

En la sanidad privada la contratación de personal médico se basa en criterios de rentabilidad y productividad y los criterios de selección se realizan a gusto de los gestores pudiendo seleccionar el perfil, el salario y los incentivos, así como la jornada laboral de los trabajadores en función de las necesidades de la empresa. Sin embargo, esto no sucede en la sanidad pública. En dicha sanidad, los jefes de servicio y los gestores no pueden jugar con el salario ni la jornada laboral puesto que ambas vienen condicionadas por el desarrollo consensuado y posterior aplicación de acuerdos y/o convenios colectivos condensados con los agentes sociales (sindicatos) y los responsables de RRHH de las diferentes conserjerías de Sanidad. Tampoco existe una clara posibilidad de ofrecer incentivos económicos medio de unos acuerdos previos con los representantes sindicales. Tampoco existe una clara posibilidad de ofrecer incentivos económicos. Por lo tanto, nos encontramos ante un sistema de competencia imperfecta en el cual los diferentes hospitales no pueden competir entre ellos en base a los salarios ofertados a los trabajadores, la selección de personal es muy rígida y basada en ofertas públicas de empleo (OPE). En este sentido, los jefes de Servicio y sus personas de confianza tienen que liderar equipos de personas, sabiendo gestionar su nivel de motivación, poniendo en práctica distintas teorías motivacionales y manejando otros tipos de incentivos distintos a los económicos (reconocimiento, posibilidad de inclusión en grupos punteros de investigación, docencia, patología compleja...)

Aunque existen tres tipos de relaciones contractuales en la sanidad pública (personal estatutario, personal funcionario y personal laboral), en general, todas comparten los mismos problemas de rigidez a la hora de seleccionar al personal y a la hora de ofrecer unas condiciones económicas. Hay que tener en cuenta que, en un sistema público de salud, existe la necesidad de generar una provisión de servicios sanitarios de calidad que contenga una demanda potencialmente ilimitada en un contexto de recursos escasos, y todo ello cumpliendo unos criterios de solvencia financiera (capacidad de pagar las obligaciones contraídas), de sostenibilidad (lograr el equilibrio económico de forma

1C. Medios para el desarrollo de las funciones de un servicio de Oftalmología. Recursos humanos y materiales: infraestructura tecnológica. Cartera de servicios

Nicolás Toledano Fernández, Ofelia Espí Simal, Susana Perucho Martínez, Rafael Carpio Bailén

sostenida en el tiempo), y de eficiencia (poder cumplir con los objetivos con los medios disponibles y el menor coste posible).

Aunque existen una serie de recomendaciones de diferentes organismos oficiales en cuanto al número de oftalmólogos necesarios por cada 100.000 habitantes atendidos, estas recomendaciones rara vez se cumplen y las dotaciones de los hospitales dependen más de otros muchos factores como demanda de la población, cartera de servicios, patología derivada...

En una situación ideal para el cálculo de la plantilla, además de la estimación de la demanda, se deberían analizar tres variables:

- Determinar la actividad en las distintas áreas y secciones (Consulta hospitalaria, consulta ambulatoria, quirófano, urgencias....).
- Determinar el tiempo necesario por cada actividad.
- Asignar el tiempo de actividad asistencial.

En condiciones normales, existe un Jefe de Servicio que diseña, junto con la Dirección del Hospital, la plantilla inicial del servicio. Si se trata de un servicio nuevo, habitualmente, se parte de una dotación mínima de RRHH y, en función de la demanda, esta dotación se va incrementando. El personal seleccionado para iniciar la actividad de un servicio nuevo viene derivado de la convocatoria de una OPE cuyas características se describen más adelante. En nuestra especialidad, en la mayoría de los centros, se trabaja por secciones o unidades siendo las más clásicas Polo Anterior, Glaucoma, Estrabismo y Neuro-oftalmología, Retina Médico-quirúrgica y Oculoplástica. Lo aconsejable es que cada una de esas secciones cuente con 1-2 facultativos. Además, cada servicio deberá cubrir una serie de sesiones quirúrgicas asignadas así como atención especializada en Centros de Especialidades Periféricas (CEP) o ambulatorios y atención asistencial continuada (urgencias). El personal no médico, esto es, enfermería o auxiliar de enfermería dependen de la Dirección de Enfermería por lo que no pueden, en principio, ser seleccionados por el Jefe de Servicio.

Es función del Jefe de Servicio distribuir y organizar la plantilla para dar atención a cada una de las parcelas anteriormente mencionadas (consultas, quirófano, urgencias y CEP). En las primeras etapas de un servicio recién constituido, la demanda es muy importante, si bien la mayoría de las consultas van a ser primeras visitas. A medida que el servicio va envejeciendo, la demanda de primeras visitas se suele estabilizar pero se van incrementando el número de consultas sucesivas por lo que la relación sucesivas/primeras visitas va aumentando.

Cuando el número de revisiones o la lista de espera quirúrgica o de consultas o la demanda se incrementa, el servicio inicialmente diseñado con una plantilla determinada puede tener problemas para dar cobertura a toda la actividad que se le solicita. En ese momento, el Jefe de Servicio puede plantear un incremento de plantilla, que puede ser estructural o coyuntural.

Siempre es más fácil para los gestores la aplicación de medidas de tipo coyuntural como la instauración de un programa de sesiones quirúrgicas extraordinarias que se realizan con carácter voluntario y con una contraprestación, a cambio, en forma de re-

1C. Medios para el desarrollo de las funciones de un servicio de Oftalmología. Recursos humanos y materiales: infraestructura tecnológica. Cartera de servicios

Nicolás Toledano Fernández, Ofelia Espí Simal, Susana Perucho Martínez, Rafael Carpio Bailén

compensación económica o de libranzas. Otra medida de carácter coyuntural puede ser la contratación de personal por un tiempo limitado (cobertura temporal de una baja o una excedencia, contrato de obra y servicios o contratos para lista de espera).

Más complicado es un incremento estructural de la plantilla. Para ello, el Jefe de Servicio debe elaborar un informe muy bien documentado, exponiendo las razones por las que solicita el incremento de plantilla y que se debe basar en el estudio y valoración de diferentes indicadores y criterios objetivos como, por ejemplo, porcentaje de sobrecarga de las agendas diseñadas, lista de espera en consultas, lista de espera quirúrgica... que es presentado a la Dirección del hospital. En estos casos, es de gran utilidad contar con un cuadro de mandos bien estructurado donde queden reflejados todos los datos de actividad del servicio organizado por agendas, tipo de actividad (consultas, cirugías, urgencias..) de manera diaria, mensual y anual. Desgraciadamente, no en todos los hospitales estos cuadros de mando están actualizados y además, la información recogida de la actividad de otros servicios de similares características al nuestro, o directamente no se dispone de ella o es de muy difícil acceso, lo que hace complicado poder comprobar si nuestro servicio está infra o supradotado de personal. Inicialmente, los incrementos estructurales de plantilla se cubren con personal interino. Esta interinidad puede estar justificada por un incremento estructural de plantilla o por la coberturas de plazas (bajas indefinidas, jubilaciones, traslados, excedencias voluntarias...). Todas las plazas de interinos de los diferentes hospitales se suman a la bolsa de plazas ofertadas en las diferentes OPE.

Una vez que la Dirección ha evaluado y ha aceptado la ampliación de plantilla, este incremento debe ser comunicado a la Función Pública de la correspondiente Comunidad Autónoma que es la que debe dar el visto bueno final. En base a las peticiones solicitadas por los diferentes hospitales y, teniendo en cuenta el presupuesto del que dispone la Conserjería correspondiente de Sanidad, esas plazas se suman a una convocatoria pública de empleo (OPE), cuyas bases deben ser negociadas con los interlocutores sociales (sindicatos) y publicadas regularmente. Es fundamental que en cada convocatoria queden recogidas las características de los diferentes procesos y los baremos de puntuación de cada una de las fases de la convocatoria, siempre bajo los criterios de igualdad, capacidad, méritos, transparencia y objetividad. Estas convocatorias, pueden tener diferentes modalidades pero, normalmente, incluyen un concurso de méritos donde puntúa la antigüedad de tiempo trabajado, las publicaciones y comunicaciones realizadas, trabajos de investigación, docencia...y una prueba que puede ser un examen de conocimiento o de casos clínicos o una entrevista de trabajo. En cualquier caso, los procesos selectivos tendrán carácter abierto y garantizarán la libre concurrencia.

Desgraciadamente, todas estas OPE, salvo excepciones presentan una serie de inconvenientes comunes como la imposibilidad, en muchas ocasiones, de convocar plazas con un perfil determinado (por ejemplo, un retinólogo o un estrabólogo), la imposibilidad de conocer, a priori, las plazas que salen convocadas (es decir, hospital al que opta el candidato) y los criterios de asignación de esas plazas una vez que sale la lista de candidatos que han pasado el proceso de selección. Además estas OPE deberían ir acompañadas

1C. Medios para el desarrollo de las funciones de un servicio de Oftalmología. Recursos humanos y materiales: infraestructura tecnológica. Cartera de servicios

Nicolás Toledano Fernández, Ofelia Espí Simal, Susana Perucho Martínez, Rafael Carpio Bailén

de un proceso previo de concurso de traslados, donde los facultativos con plaza ya en el sistema público, podrían optar a un traslado a otro centro bien por motivos de cercanía o de mejora profesional. Este concurso de traslados, también debería guiarse por los mismos principios de igualdad, capacidad y méritos que una OPE, si bien aquí primarían criterios de antigüedad.

Las comisiones de servicio son una herramienta de la que dispone el sistema público de sanidad para poder dotar a un servicio de personal especializado, para desarrollar una función específica en una parcela concreta de la actividad de manera temporal o con carácter indefinido, que no puede ser cubierta por los medios tradicionales (por ejemplo, una OPE). Mediante esta comisión de servicio, un determinado facultativo que presta servicios en un determinado hospital pasa a prestar sus servicios en otro hospital durante un tiempo determinado, previo acuerdo de los jefes de servicios y las respectivas gerencias de ambos centros.

En los últimos años, con los nuevos modelos de gestión, se han intentado dar pasos hacia una mayor agilidad a la hora de contratar a profesionales médicos y poder gestionar cada centro, más libremente, las necesidades de personal. Sin embargo, las crisis económicas pasadas y las futuras han supuesto una intervención, por parte de las autoridades políticas, de esa autonomía de gestión con lo cual, en el momento actual, no existen grandes diferencias entre los diferentes sistemas de atención pública (hospitales estatutarios, empresas públicas, fundaciones...) a excepción de la modalidad de concesiones en donde la empresa adjudicataria de la concesión tiene libertad de contratación, en función de sus necesidades y sus posibilidades económicas.

Últimamente, se ha producido un interés en incluir optometristas clínicos en las plantillas de los servicios de Oftalmología. Sin embargo, los perfiles que deben cumplir dichos optometristas, así como sus funciones y su relación laboral con los hospitales se encuentran en este momento en revisión y estudio.

Recursos materiales

Del mismo modo que ocurre con los recursos humanos, la dotación de recursos materiales es fundamental para poder desarrollar la actividad clínica con un mínimo de garantías y de seguridad para los pacientes.

Los recursos materiales incluyen tanto el aparataje de consultas, como los diferentes medios diagnósticos y quirúrgicos, así como el fungible necesario para el funcionamiento de dichos medios.

Es fundamental, cuando se crea un nuevo servicio de Oftalmología, que el Jefe de dicho servicio intente dotarlo lo mejor posible pues es, en esta fase, donde los gestores son más proclives a destinar fondos suficientes para la puesta en marcha del servicio ya que se parte de un presupuesto denominado «en base cero», liberado de análisis coste-beneficio o coste-utilidad, que si serán fundamentales en los años siguientes, cuando se quiera mejorar o aumentar la dotación de cualquier tipo. Una vez que la actividad

1C. Medios para el desarrollo de las funciones de un servicio de Oftalmología. Recursos humanos y materiales: infraestructura tecnológica. Cartera de servicios

Nicolás Toledano Fernández, Ofelia Espí Simal, Susana Perucho Martínez, Rafael Carpio Bailén

asistencial comienza, ya es mucho más difícil la adquisición de nuevo material de consulta, diagnóstico o quirúrgico.

Como en el caso anterior, en la sanidad privada, la dotación de las consultas, los medios diagnósticos y el aparataje quirúrgico dependen de la relación coste-beneficio. Por lo tanto, salvo casos excepcionales, la compra de dicho material sólo va a depender de los beneficios económicos que puedan reportar las inversiones y de las posibilidades económicas de la empresa. Por otro lado, salvo excepciones, la empresa privada no está obligada a tener que ofrecer una asistencia integral, por lo que es frecuente que muchas de las clínicas se especialicen en parcelas muy concretas de la actividad (cirugía refractiva, cirugía de vítreo-retina, cirugía estética palpebral...) donde el rendimiento económico puede ser mayor.

Esta situación no está contemplada en la sanidad pública, donde, al margen de la estratificación de la atención en escalones (hospitales terciarios, hospitales de segundo y primer nivel) que permite al usuario de dicha sanidad ser trasladado a otro centro que disponga de los medios diagnósticos o terapéuticos no disponibles, se tiende a que cada hospital intente ofrecer una atención lo más integral posible que dependerá de lo más o menos amplia que sea su cartera de servicios, ofreciendo una cobertura básica lo suficientemente potente como para que las derivaciones a otros centros sean las mínimas y, dentro de lo posible, referidas a patologías o medios diagnósticos o terapéuticos de alta complejidad.

La adquisición de recursos materiales en la sanidad pública está regida por una serie de procesos administrativos que hacen que sea mucho más rígida que en la sanidad privada y que derivan de la aplicación de la **LEY 9/2017, DE 8 DE NOVIEMBRE, DE CONTRATOS DEL SECTOR PÚBLICO**. En otras palabras, no se puede adquirir ningún recurso material, salvo excepciones muy contadas, que no conlleve un concurso público.

Los principios básicos, como en la contratación de recursos humanos, que inspiran la ley son los de publicidad, transparencia, concurrencia, igualdad y proporcionalidad.

Existen varios tipos de concursos, en la administración pública, que se pueden llevar a cabo para la adquisición de diferente tipo de material, siendo los más frecuentes los siguientes:

Procedimiento abierto: Es el procedimiento más habitual. Es un procedimiento abierto y general, que no precisa justificación. Estos procedimientos pueden ser armonizados y no armonizados, en función de las cuantías de licitación que en el caso de armonizado se ha de publicar en los boletines oficiales del Estado y de la Comunidad Europea. Los procedimientos armonizados se realizan para compras mayores de 200.000 euros y permiten plazos más amplios para la presentación de ofertas, pueden ser recurridos de diferentes formas y son de libre competencia. Son procedimientos muy rigurosos. Por otro lado, los no armonizados, son menos rigurosos, conllevan plazos de licitación más cortos y sólo permiten recursos administrativos.

Procedimiento abierto simplificado y simplificado abreviado: Se trata de procedimientos que permiten aligerar las cargas administrativas, mediante la reducción de los plazos de licitación y se pueden utilizar en función de las cuantías previstas, que no sue-

1C. Medios para el desarrollo de las funciones de un servicio de Oftalmología. Recursos humanos y materiales: infraestructura tecnológica. Cartera de servicios

Nicolás Toledano Fernández, Ofelia Espí Simal, Susana Perucho Martínez, Rafael Carpio Bailén

len superar los 30.000 euros. Son los más utilizados para las compras en caso de déficits ocasionales de material protésico (p.e. lentes intraoculares).

Procedimiento restringido: Adecuado para la contratación de servicios intelectuales de especial complejidad. Deben ser convocadas, al menos 5 empresas y sólo podrán presentar proposiciones las empresas seleccionadas. Se utilizan para la contratación de programas o sistemas informáticos o de explotación de datos.

Procedimiento con negociación: Es un procedimiento de carácter extraordinario. Es aquel que recae en un solo licitador tras un proceso de negociación con uno o varios candidatos. No requiere necesariamente publicidad. Se puede elegir sin publicidad cuando hay una **licitación anterior** que ha quedado **desierta** o en circunstancias especiales, como la **exclusividad** del bien (ejemplo, medicamentos exclusivos).

Contratos menores: No pueden superar una determinada cuantía y su duración no debe ser mayor aun año. Es equivalente a la compra directa. Las características de este tipo de contratos va cambiando regularmente, tanto en cuantía como en número de casas comerciales implicadas.

Procedimiento de asociación para la innovación: Cuando las obras, productos o servicios innovadores para el ente contratante no estén disponibles en el mercado (programas informáticos, software...).

Tramitación de urgencia o emergencia: Es un procedimiento que sólo se emplea en aquellas situaciones en las que el plazo de tramitación ordinaria conlleve vulneración y detrimento del interés público. Los plazos se reducen a la mitad del ordinario. Requieren una justificación exhaustiva y una declaración del gerente del centro justificando la necesidad de este tipo de procedimiento (p.e. compra de respiradores durante la pandemia Covid).

A pesar de los diferentes tipos de procedimientos que se pueden emplear para la adquisición de material, la forma más habitual y regular de adquisición de material es mediante un concurso público por el procedimiento abierto. Este tipo de procedimiento, con el que se tiene que familiarizar el Jefe del Servicio consta de una serie de etapas que comprenden:

Procedimiento de Gestión de Expedientes (Tabla 1)

El procedimiento se inicia con el envío por parte del servicio al área de Suministros de un informe en el que se especifica la necesidad de adquirir un determinado aparataje o instrumental. Si se trata de un material nuevo, aparte del informe justificativo en el cual se debe incluir la causa de la necesidad, las indicaciones, el coste-beneficio, la necesidad o no de material fungible asociado, las diferentes casas comerciales y modelos en el mercado y el coste aproximado del equipo, dicha solicitud debe ser aprobada por la Comisión de Homologación o por el Órgano establecido en el Centro (p.e. Comisión de Compras).

Si se trata de una reposición de material fungible, suele ser la propia área de Suministros quien avisa al Jefe de Servicio del vencimiento del concurso anterior y de las cantidades consumidas en el tiempo transcurrido durante el último concurso. Estas cantidades consumidas es importante conocerlas con el fin de poder elaborar un nuevo concurso con cifras realistas.

1C. Medios para el desarrollo de las funciones de un servicio de Oftalmología. Recursos humanos y materiales: infraestructura tecnológica. Cartera de servicios

Nicolás Toledano Fernández, Ofelia Espí Simal, Susana Perucho Martínez, Rafael Carpio Bailén

Aprobada la solicitud se procede al inicio del expediente en donde en función del importe del bien a adquirir se habrá que optar por el tipo de expediente:

- Procedimiento Abierto:
 - Armonizado.
 - No Armonizado.
 - Simplificado.
 - Simplificado abreviado.

- Compra menor.

O bien en función de la naturaleza del bien a adquirir se habrá que optar por el tipo de expediente

- Procedimiento Negociado sin Publicidad.
- Procedimiento Negociado con Publicidad.

Generalmente se utilizan cuando existe exclusividad de producción en una empresa, por ejemplo, medicamentos exclusivos, o bien por haber licitado en procedimiento abiertos.

Para la ejecución de un expediente se ha de elaborar dos documentos:

El servicio que solicita la necesidad, elabora las **características técnicas necesarias para realizar el Pliego de Prescripciones Técnicas (PPT)**. Este trámite es fundamental y debe ser realizado por el Jefe de Servicio o por la persona en la que él delegue ya que es la plasmación de las necesidades reales del servicio. Como no se pueden realizar concursos «ad hoc» para una determinada casa comercial, ya que se estaría vulnerando el derecho de igualdad y publicidad, se ha de ser muy preciso en la descripción de las características técnicas para que reflejen lo más fielmente posible las necesidades a cubrir. Esto requiere un estudio previo de las ofertas existentes en el mercado y un estudio detallado de sus características técnicas y de sus utilidades. Otra parte muy importante, a la hora de elaborar los pliegos, es la inclusión de las mejoras y de las donaciones. En el primer caso, mejoras, se establecerá que la empresa adjudicataria del concurso deberá ceder al hospital un determinado material (aparataje de consulta, equipo diagnóstico...) que pasará a ser propiedad del mismo. En el caso de las donaciones, la empresa adjudicataria cederá temporalmente un determinado equipo que se utilizará durante el tiempo de vigencia que tenga el concurso. La empresa adjudicataria, además, se responsabilizará del mantenimiento y de las averías que pudiera tener dicho equipo.

En segundo lugar, se elabora un **Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares**: Es la **base normativa y particular** que ha de regir en el contrato que se pretende formalizar, ha de contener la información básica, por ejemplo:

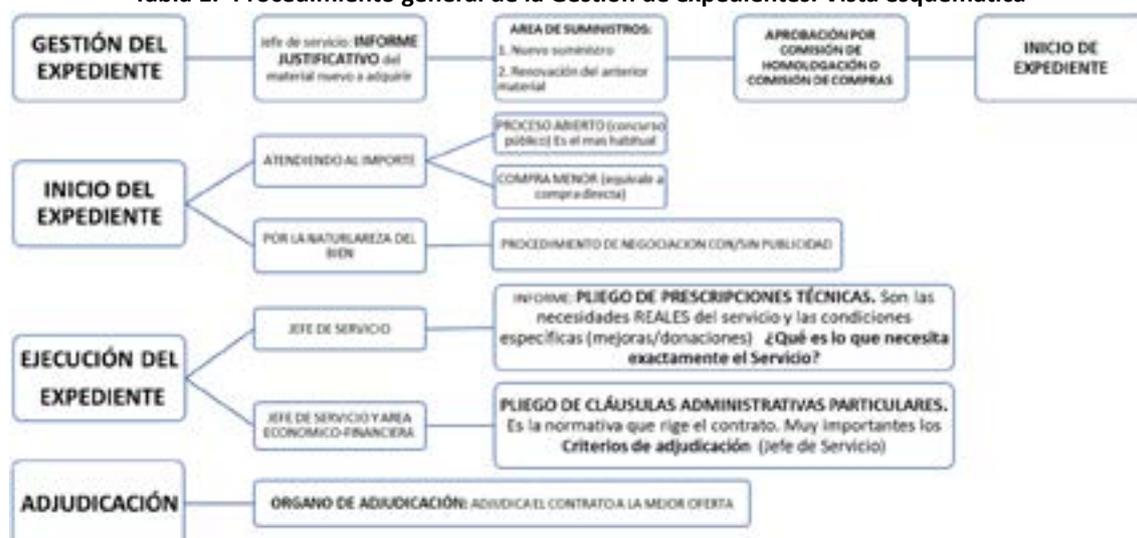
- Órgano de Contratación.
- Base Imponible e impuestos del expediente.
- Servicio responsable del mismo.
- Solvencia técnica y económica solicitada a los licitadores.
- Duración del contrato.
- Posibles prórrogas y modificaciones del contrato.
- Criterios de adjudicación.

1C. Medios para el desarrollo de las funciones de un servicio de Oftalmología. Recursos humanos y materiales: infraestructura tecnológica. Cartera de servicios

Nicolás Toledano Fernández, Ofelia Espí Simal, Susana Perucho Martínez, Rafael Carpio Bailén

Los **criterios de adjudicación** son fundamentales, ya que determinarán el equipo a adquirir. Por ese motivo, es muy importante definir los criterios de adjudicación, que son económicos y técnicos y que pueden ser objetivos o subjetivos. A cada uno de estos criterios se les debe dar una determinada puntuación. Estos criterios técnicos deben ser definidos por el responsable del servicio. Los **criterios relacionados con los costes (Criterio precio)** son elaborados por el área económico-financiera e incluyen una serie de fórmulas matemáticas que comparan los importes de las ofertas presentadas, Cada vez más, el peso de estos criterios es mayor, por lo que desgraciadamente el informe técnico con los criterios objetivos y subjetivos elaborados por el Jefe de Servicio tiene un impacto cada vez menor en la decisión final de la adquisición de un equipo. Por su parte, los **criterios cualitativos**, se refieren a aspectos técnicos no recogidos en el PPT y que complementan los mínimos solicitados, pueden ser evaluables de forma automática por aplicación de fórmulas y que respondan a criterios objetivos (Si/No) o criterios cuya cuantificación dependa de un juicio de valor emitido por el responsable del servicio.

Tabla 1. Procedimiento general de la Gestión de expedientes. Vista esquemática



Adjudicación: El órgano de contratación adjudicará el contrato al licitador que, en su conjunto, presente la mejor oferta, según los criterios establecidos en el apartado anterior. Con la publicidad se inician los plazos para la presentación de recursos por los licitadores.

Plazo de recursos: Existen dos tipos de recursos a la Resolución de Adjudicación aplicables en función del importe del expediente:

- Recurso especial en materia de contratación con carácter potestativo en el plazo de 15 días hábiles contados desde el día siguiente a publicación. Se paraliza la Adjudicación y resuelve el Tribunal de la Contratación de la Contratación Pública.
- Recurso de reposición en el plazo un mes, con carácter potestativo, resuelve la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia, los Juzgados de lo Contencioso-Administrativo de Madrid, y no paraliza la Resolución de Adjudicación.

Una vez que se resuelve el concurso, el hospital **formaliza un contrato** con la empresa adjudicataria, que no podrá realizarse antes de 15 días tras la publicación de la notificación

1C. Medios para el desarrollo de las funciones de un servicio de Oftalmología. Recursos humanos y materiales: infraestructura tecnológica. Cartera de servicios

Nicolás Toledano Fernández, Ofelia Espí Simal, Susana Perucho Martínez, Rafael Carpio Bailén

de las empresas adjudicatarias debido a que pueden interponerse recursos contra la resolución. El contrato **se ejecutará** con arreglo a las cláusulas incluidas en el PPT y la empresa a la que se le adjudica la compra de material o equipamiento será responsable de la calidad de los bienes que entregue, así como de los errores o defectos del material que presentara.

Una vez adjudicado un concurso, pueden existir **causas de posibles resolución** que incluyen los siguientes motivos:

- La muerte o incapacidad sobrevenida del contratista individual o la extinción de la personalidad jurídica de la sociedad contratista,
- La declaración de concurso o la declaración de insolvencia en cualquier otro procedimiento.
- El mutuo acuerdo entre la Administración y el contratista.
- La demora en el cumplimiento de los plazos por parte del contratista.
- La demora en el pago por parte de la Administración,
- El incumplimiento de la obligación principal del contrato (p.e., que el equipo o el material presentado no cumpla con las condiciones técnicas exigidas en el concurso. Es decir, la empresa adjudicataria aseguró tener un equipo o material conforme a las características del PPT que luego no coincide con el aportado al hospital). En este último caso es preceptivo la elaboración de un informe técnico por parte del Jefe de Servicio en el que se expliquen los motivos por los que el equipo o el material suministrado no cumple con las características técnicas descritas en el PPT.

La resolución del contrato se acordará por el órgano de contratación de oficio o a instancia del contratista.

CARTERA DE SERVICIOS

Una vez más, la cartera de servicios de la Sanidad Privada y la de la Salud Pública difieren considerablemente. Mientras en la Sanidad Privada, la cartera de servicios dependerá de los medios y de la rentabilidad que se pretende conseguir, en la Sanidad Pública esta cartera de servicios viene regulada por una Ley de Sanidad.

La Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

La Cartera contiene los **servicios básicos y comunes**, necesarios para llevar a cabo una **atención sanitaria adecuada, integral y continuada a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud**.

La Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud debe garantizar la atención integral y la continuidad de la asistencia prestada a los usuarios, independientemente del nivel asistencial en el que se les atiende en cada momento.

El Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones diferencia:

1C. Medios para el desarrollo de las funciones de un servicio de Oftalmología. Recursos humanos y materiales: infraestructura tecnológica. Cartera de servicios

Nicolás Toledano Fernández, Ofelia Espí Simal, Susana Perucho Martínez, Rafael Carpio Bailén

- La **cartera común básica de servicios asistenciales**, cubiertos de forma completa por financiación pública.
- La **cartera común suplementaria** que incluye aquellas prestaciones cuya previsión se realiza mediante dispensación ambulatoria y está sujeta a **aportación del usuario**. (Prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, prestación con productos dietéticos y transporte sanitario no urgente).
- La **cartera común de servicios accesorios**.

Por lo tanto, esta cartera de servicios viene definida, de manera muy general por ley. Sin embargo, al estar en nuestro país la Sanidad transferida a las Comunidades Autónomas cada una de ellas, a su vez, tiene su propia cartera de servicios y cada hospital, su propia cartera, dependiendo del grado de complejidad del mismo (p.e algunos hospitales incluyen en su cartera de servicios cirugía de la retinopatía del prematuro debido a que cuentan con un apoyo pediátrico, anestesiológico y de reanimación de los que otros hospitales no disponen).

La ampliación de la cartera de servicios debe ser propuesta por un servicio a la Dirección Gerencia, indicando en qué consiste, para qué se hace, qué incremento de coste supone y qué beneficios se obtienen en términos de mejora de la salud. Si la Gerencia admite esa ampliación, debe remitirse su solicitud a la Conserjería de Salud con el correspondiente informe y será la Conserjería la que, finalmente, determine si procede o no el implementar esa ampliación de la cartera.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albizu, E. y Landeta, J. (2013). Dirección Estratégica de los Recursos Humanos. Madrid: Ed. Pirámide.
2. Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dusault G, Fogstad H, Fronteira I, Lozano R, Nyongator F, Pablos-Méndez A, Quain EE; Starrs A, Tangcharoensathien V. Human resources for health and universal health coverage; fostering equality and effective coverage. Bull World Health Organ 2013; 9: 853-863.
3. Cometto G, Buchan J, Dusault G. Developing the health workforce for universal health coverage. Bull World Health Organ 2020; 98: 109-116.
4. Tulchinsky TH, Varavikova EA. Human resources for health. The new public health 2014: 729-770.
5. Chiavenato, I. (2000). Administración de recursos humanos. México: McGraw-Hill.
6. Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-7788>.
7. Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1997-9021>.
8. Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud. Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/rd29-2000.html.
9. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Jefatura del Estado «BOE» núm. 98, de 24 de abril de 2012 Referencia: BOE-A-2012-5403.
10. Real Decreto 1591/2009, del 16 de octubre de 2009, por el que se regulan los Productos Sanitarios.
11. Real Decreto 1616/2009, del 26 de octubre de 2009, por el que se regulan los Productos Sanitarios Implantables Activos.
12. Circular Nº3/2012, Recomendaciones aplicables en la Asistencia Técnica de Productos Sanitarios en los Centros sanitarios.
13. Norma UNE 209001-2002. Guía para la Gestión y Mantenimiento de Productos Sanitarios Activos no Implantables (PSANI).