



Los convenios singulares con entidades privadas sin ánimo de lucro en el Sistema Sanitario de Euskadi

José Antonio Arratibel Arrondo

Interventor

Oficina de Control Económico

Gobierno Vasco/Eusko Jaurlaritzza

Resumen: Las distintas legislaciones de las CCAA coinciden en articular la novedosa acción concertada con centros sanitarios privados sin ánimo de lucro, incluyendo la figura del convenio de vinculación, como fórmula diferenciada del tradicional sistema concertado de contratación pública. En el ámbito de la CA de Euskadi la provisión de las prestaciones sanitarias aseguradas con carácter público se realiza, con carácter general, con recursos de titularidad pública adscritos a Osakidetza (Servicio Vasco de Salud). Junto a estas estructuras de titularidad pública existen otras, de titularidad privada sin ánimo de lucro, que, con carácter más sustitutorio que complementario, desarrollan también actividades sanitarias conforme a fórmulas de colaboración público-privadas. Nos referimos, en particular, a la figura del convenio singular sanitario (sustitutorios), antaño regulados tanto en el TRLGSS como en la LGS, adaptados y actualizados por las distintas legislaciones de las CCAA en el marco de la denominada acción concertada. En este trabajo pretendo analizar, fundamentalmente, la articulación jurídica del convenio de vinculación sanitaria diseñado en el ámbito del Sistema Sanitario de Euskadi, entendido este como todos los recursos sanitarios públicos de la CAE, en el que se incluyen los centros sanitarios privados sin ánimo de lucro y financiación pública.

Palabras Clave: Convenio singular sanitario, convenio de vinculación, prestaciones sanitarias, entidades sanitarias sin ánimo de lucro, colaboración público-privada sanitaria.

Abstract: The different legislations of the Autonomous Communities coincide in articulating the new concerted action with non-profit private health centers, including the figure of the linking agreement, as a differentiated formula from the traditional concerted public contracting system. In the scope of the CA of the Euskadi, the provision of publicly insured health benefits is generally carried out with publicly owned resources assigned to Osakidetza (Basque Health Service). Along with these publicly owned structures, there are others, privately owned and not for profit, which, with a more substitute than complementary nature, also carry out health activities in accordance with public-private collaboration formulas. We refer, in particular, to the figure of the singular sanitary agreement (substitutes), formerly regulated both in the TRLGSS and in the LGS, adapted and updated by the different laws of the CCAA in the framework of the so-called concerted action. In this work intend to analyze, fundamentally, the legal articulation of the healthcare link agreement designed within the scope of the Euskadi Health System, understood as all public healthcare resources in the CAE, which includes private healthcare centers without profit motive and public financing.

Keywords: Singular health agreement, linkage agreement, health benefits, non-profit health entities, public-private health collaboration.



I. Introducción

En un trabajo anterior publicado en esta Revista (2020 n° 75) analizaba la naturaleza jurídica de la denominada acción concertada sanitaria en el novedoso panorama jurídico de las CCAA. De su análisis, concluimos que estamos ante una nueva vía de gestión pública específica para las entidades sin ánimo de lucro denominada acción concertada sanitaria. Tiene su origen en la jurisprudencia y normativa comunitaria (Directiva 2014/24/UE), así como en su posterior de trasposición al ordenamiento jurídico español mediante la LCSP de 2017. Afirmábamos que LCSP no ha establecido un régimen uniforme ya que las CCAA son competentes, en gran medida, para regular las formas de gestión de los servicios sanitarios propios. Analizamos las bases jurídicas generales de la acción concertada y, muy en especial, las normas que han sido dictadas hasta la fecha por las CCAA. Concluimos que este nuevo marco jurídico permite la adquisición de prestaciones sanitarias, por parte de la Administración Sanitaria, al margen de las normas de contratación, articulada sobre la actualización del nuevo concepto jurídico de acción concertada. Pero, es la normativa autonómica la que ha desarrollado esta adecuación del concepto de “acción concertada”, que es considerada como una forma de gestión alternativa a la gestión directa o indirecta de los servicios públicos no

económicos, que realizan entidades sin ánimo de lucro en el ámbito de los servicios sanitarios.

Las distintas legislaciones de las CCAA coinciden en articular la novedosa acción concertada con centros sanitarios sin ánimo de lucro, incluyendo en su regulación los convenios de vinculación, como fórmulas diferenciadas de las modalidades de contratación pública utilizables para la gestión de un servicio público con medios ajenos a la propia Administración. Por tanto, todas ellas han restringido su aplicación al conjunto de entidades sin ánimo de lucro.

Pues bien, en este trabajo pretendo avanzar en el análisis jurídico iniciado en el número 75 de esta revista y complementarla con el estudio de los efectos jurídicos que ha desplegado esta nueva institución en el caso particular del Sistema Sanitario de Euskadi. A tal fin, analizaremos las normas jurídicas que sustenta la nueva acción concertada sanitaria en Euskadi y su expresión real y práctica plasmada en el concepto jurídico de convenio singular.

La denominada acción concertada para la prestación a las personas de servicios de carácter sanitario, a través de entidades privadas sin ánimo de lucro se extiende a la Comunidad Autónoma de Euskadi (en adelante CAE) de forma limitada mediante la publicación del Decreto 127/2018, de 4 de septiembre, sobre requisitos y procedimiento para la suscripción de convenios específicos de vinculación con centros sanitarios de titularidad privada, sin ánimo de lucro, para la provisión de servicios sanitarios. La norma ha sido publicada con posterioridad a la transposición de la Directiva 2014/24/UE que recoge la posibilidad de prestación de servicios sanitarios bajo fórmulas excluidas del marco general de contratos de las administraciones públicas. La propia norma configura la acción concertada como un instrumento organizativo de naturaleza no contractual, adoptando (en este caso) la forma de convenio.

Curiosamente la exposición de motivos de la norma se refiere al nuevo concepto jurídico de acción concertada ya que reconoce expresamente que la normativa autonómica se sustenta en la *“posibilidad de prestaciones de servicios sanitarios bajo fórmulas excluidas del marco general de contratos de las administraciones públicas prevista en la Directiva 2014/24/ UE que ha sido traspuesta mediante la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de contratos del sector público.”*

No obstante, a pesar de ello, la normativa autonómica vasca no ha desarrollado las posibilidades que ofrece la nueva concepción jurídica de la acción concertada, regulando únicamente el denominado convenio de vinculación, cuya finalidad es la configuración de un mecanismo de colaboración entre el sector público y privado mediante la integración organizativa de los recursos de este sector para una utilización más eficaz y eficiente de los mismos en el sector público sanitario.

II. La colaboración privada en el Sistema Sanitario Vasco

Tradicionalmente el sistema sanitario vasco ha precisado de la colaboración de instituciones de titularidad privada para completar su propio dispositivo de centros, servicios y establecimientos sanitarios en orden a la provisión de los servicios y las prestaciones de esta naturaleza. La demanda creciente de la asistencia sanitaria ha originado una insuficiencia de recursos sanitarios públicos y, en especial, los recursos especializados hospitalarios.

En este sentido, las instituciones vascas iniciaron un Plan Estratégico en el área sanitaria, más conocido como *Osasuna Zainduz - Estrategias de cambio para la Sanidad Vasca*, respaldado por el Parlamento Vasco¹. Finalizado el periodo de reflexión del Plan, el Parlamento Vasco ha aprobado la Ley 8/1997, de 26 de junio, de ordenación sanitaria de Euskadi (en adelante LOSE), basada en la consideraciones nacidas del Plan Estratégico².

La configuración de Osakidetza (Servicio Vasco de Salud) supone la delimitación última de los detalles y opciones con los que se afronta el objetivo que fundamentalmente presidió la reforma, esto es, el cambio del modelo de gestión de nuestros servicios públicos sanitarios. Asimismo, se evidencia con soluciones concretas la intención de perseverar en la idea de reforzar el modelo público y universal con que cuenta la Sanidad Vasca sin perjuicio de la colaboración de instituciones y empresas de titularidad pública. La provisión de servicios sanitarios es definida como una actividad de carácter instrumental por la que se ofrece a las personas un recurso organizado y homologado con objeto de proporcionarles prestaciones sanitarias dirigidas a la promoción, preservación y restablecimiento de su estado de salud. Esta provisión de las prestaciones aseguradas con carácter público se realiza, con carácter general, mediante el modelo de gestión directa, esto es, con recursos de titularidad pública adscritos Osakidetza-Servicio vasco de salud, conforme a los principios de universalidad, solidaridad, equidad, calidad de los servicios y participación ciudadana.

No obstante, junto a este modelo de gestión existen otros recursos de titularidad privada, que, con carácter comple-

mentario desarrollan también actividades comprendidas dentro de esa función provisor de servicios sanitarios conforme a las fórmulas de colaboración acordadas con la administración sanitaria. No es objeto de este trabajo el superado contrato de gestión de servicios público en la modalidad de concierto sanitario (cuya revisión como contrato de servicios o de concesión de servicios, en función de la transferencia de riesgo se recoge en la nueva LCSP), sino otros instrumentos de carácter convencional (al margen del contrato) definidos en el marco jurídico del sistema sanitario de Euskadi³. Me refiero a los convenios especiales y convenios singulares para la provisión de servicios sanitarios. Por su novedad, sí haremos referencia a la denominada acción concertada como forma de gestión de servicios alternativa a la gestión directa o indirecta de los servicios públicos, no económicos, que realizan entidades sin ánimo de lucro. Estos acuerdos de acción concertada son instrumentos organizativos de naturaleza no contractual a través de los cuales las administraciones públicas pueden organizar la prestación de servicios sanitarios dirigidos a las personas.

La diferencia última entre ambas figuras convencionales descansa, fundamentalmente, en la titularidad pública o privada de los recursos sanitarios destinados a la provisión de la asistencia sanitaria. Los convenios especiales (art. 19 y 21.1b) de la LOSE) responden a la primera de ellas mediante la suscripción de contratos-programa para articular las relaciones entre la Administración Sanitaria Vasca y sus entes instrumentales públicos. Por el contrario, los convenios singulares, (arts. 66 y 67 Ley 14/1986 General de Sanidad, LOSE y Decreto 127/2018, de 4 de septiembre, sobre requisitos y procedimiento para la suscripción de convenios específicos de vinculación con centros sanitarios de titularidad privada, sin ánimo de lucro, para la provisión de servicios sanitarios) responde a la segunda de ellas, mediante la suscripción de convenios específicos de vinculación para articular las relaciones entre la Administración Sanitaria Vasca y determinados centros sanitarios de titularidad privada

Pues bien, veamos cómo se articulan, desde un punto de vista jurídico, los convenios específicos por el que la administración sanitaria de Euskadi puede organizar determinadas actividades sanitarias, con carácter sustitutorio, prestadas por centros sanitarios de titularidad privada sin ánimo de lucro.

1. En relación a las estrategias planteadas al Parlamento Vasco puede consultarse "Osasuna Zainduz. Estrategias de cambio para la Sanidad Vasca." Ed. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 1993.

2. Con la aprobación de los Estatutos Sociales en virtud del Decreto 255/1997, de 11 de noviembre, por el que se establecen los Estatutos Sociales del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud se dictó la primera disposición de desarrollo de la LOSE y probablemente una de las más importantes manifestaciones que deberán existir para plasmar sus postulados de política sanitaria.

3. Conforme a las últimas Directivas, la externalización de los servicios sanitarios que no implique transferencia de riesgo operacional al contratista se articula a través de un contrato de servicios, sometido a la Directiva 2014/24/UE si el contrato es igual o superior a los 750.000 euros. Si no concurre esa transferencia del riesgo operacional al contratista, el contrato sería un contrato de concesión de servicios, sometido a la Directiva 2014/23/UE si la cuantía es igual o superior a los 5.225.000 euros. Teniendo en cuenta que ambas Directivas establecen un régimen especial y más flexible para los "servicios especiales," entre los que se incluye el servicio sanitario

III. Marco jurídico vasco del convenio de vinculación

Ya hemos señalado que la provisión de las prestaciones aseguradas con carácter público se realiza, con carácter general, con recursos de titularidad pública adscritos a Osakidetza, conforme a los principios de universalidad, solidaridad, equidad, calidad de los servicios y participación ciudadana.

Junto a estas estructuras de titularidad pública existen otras, de titularidad privada, que, con carácter complementario desarrollan también actividades comprendidas dentro de esa función provisor de servicios sanitarios conforme a las fórmulas de colaboración acordadas con la administración sanitaria. La fórmula que, con carácter general, se viene utilizando para instrumentalizar esta colaboración es el concierto sanitario.

Sin embargo, no es ésta la única forma de colaboración posible del sector privado en la prestación del servicio público. De hecho, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (en adelante LGS), además de la vía del concierto, configura otro instrumento, no contractual, por el que las administraciones sanitarias pueden organizar determinadas actividades sanitarias, con carácter más sustitutorio que complementario, prestadas por centros sanitarios de titularidad privada, sin ánimo de lucro.

Esta otra forma de colaboración, denominada convenio singular, se encuentra regulada en los artículos 66 y 67 de la citada Ley 14/1986 y configurada como norma no básica. No obstante, no se ha regulado con rango de Ley en la normativa propia sanitaria de Euskadi y su aplicación supone de hecho una aplicación supletoria de la normativa no básica del Estado. La parca regulación reglamentaria autonómica ha seguido, miméticamente, la regulación contenida en las normas reglamentarias dictadas por la Administración de Estado⁴.

En este sentido, tanto los centros sanitarios privados vinculados que se arrastraron en el momento de la transferencia de las competencias sanitaria, así como los de nueva impronta derivados de las necesidades complementarias de Osakidetza han determinado una manera específica de vincularse al

Sistema Sanitario de Euskadi, entendido este, como todos los recursos sanitarios públicos de la CAE, en el que se incluyen los centros sanitarios con financiación pública.

Esta financiación pública de centros sanitarios de titularidad privada se materializó históricamente, con carácter general, mediante los conciertos sanitarios, cuya finalidad consistió en pactar con el sector privado, a cambio de un precio, la prestación de determinadas actividades o servicios sanitarios que, con circunstancialmente, no pueden ser atendidos por los servicios de titularidad pública.

Al margen de este mecanismo contractual, se desarrolló en el ámbito sanitario de Euskadi otra herramienta, denominada convenio de vinculación, cuya finalidad ha sido siempre la configuración de un mecanismo de colaboración entre el sector público y privado mediante la integración organizativa de sus recursos para una utilización más eficaz y eficiente de los mismos. Su finalidad es la integración organizativa y operativa de los centros privados vinculados al objeto de optimizar la utilización de los recursos sanitarios y atender las necesidades asistenciales detectadas en áreas previamente calificadas como prioritarias en los distintos Planes de salud aprobados por el Gobierno Vasco. Por tanto, no se trata, de adquirir, a cambio de un precio previamente establecido, determinadas prestaciones sanitarias que se producen en centros de titularidad privada. Se trata de regular la integración de determinados centros prestadores de la actividad asistencial en la red asistencial pública, de tal modo que a los referidos centros integrados se les aplicará un régimen de organización y funcionamiento similar al de los centros de titularidad pública. Así mismo, los centros vinculados quedarán sujetos a un régimen de control financiero, de gestión, de sistema de admisión, de garantía de derechos y de actividad asistencial similar a los centros de titularidad pública.

Por tanto, el actual marco jurídico de los convenios especiales de la CAE parte condicionada por el mecanismo de transferencia de las competencias en materia sanitaria, que se materializó en el propio traspaso de las funciones y servicios de la Entidad Gestora del INSALUD a la CAE y su referencia a los convenios especiales⁵. Ha esto hay que añadir, el marco jurídico propio que ha mantenido y desarrollado los convenios especiales sanitarios en CAE, tal como apuntamos seguidamente.

4. Ver, la evolución de la regulación de los convenios sanitarios en el ordenamiento jurídico español en: ARRATIBEL ARRONDO, J.A.: "Análisis de la naturaleza Jurídica de la acción concertada sanitario de las CCAA." Auditoría pública: revista de los Organos Autónomos de Control Externo, ISSN 1136-517X, N.º. 75, 2020, págs. 137-160.

5. Como referencia histórico-jurídica a la transferencia de la competencia de la sanidad al primer Gobierno Vasco (1937) y los paralelismos y divergencias jurídicas se puede consultar mi trabajo ARRATIBEL ARRONDO, J.A.: "La legislación Sanitaria Vasca en el Primer Gobierno Provisional Vasco: guerra civil y exilio." Real Sociedad Bascongada de Amigos del País. Año 1998.



A. Subrogación de convenios transferidos

La configuración del marco jurídico sanitario específico de Euskadi arranca con el Real Decreto 1536/1987, de 6 de noviembre sobre traspaso a la Comunidad Autónoma del País Vasco de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD).

La Comisión Mixta prevista en la Disposición Transitoria Segunda del Estatuto de Autonomía para el País Vasco y de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 2339/1980, de 26 de septiembre, adoptó en su reunión del día 17 de junio de 1987, acuerdo sobre traspaso de las funciones y servicios en materia de asistencia sanitaria prestada por el Instituto Nacional de la Salud. Este Acuerdo se plasma en el Real Decreto 1536/1987, de 6 de noviembre sobre traspaso a la Comunidad Autónoma del País Vasco de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD).

El citado Decreto en su artículo segundo dispone:

“En consecuencia, quedan traspasados a la Comunidad Autónoma del País Vasco las funciones y servicios, así como los bienes, derechos, obligaciones, personal y créditos presupuestarios correspondientes, en los términos que resultan del propio acuerdo y de las relaciones anexas”.

El Anexo del RD 1536/1987 establece en varias ocasiones el traspaso de la entidad gestora a la CAPV al delimitar los servicios e instituciones que se traspasan. Veamos:

En primer lugar, el apartado B del Anexo, determina que la Comunidad Autónoma asume, con referencia a su ámbito territorial, las funciones y servicios correspondientes a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social prestada por el INSALUD. Asimismo, en iguales términos, asume las funciones y servicios correspondientes a la Administración del Estado y los servicios de la Seguridad Social asociados al Instituto Nacional de la Salud.

En segundo lugar, el subapartado B.1 señala que entre aquellos se comprenden los siguientes:

- Las funciones y servicios correspondientes a los centros y establecimientos sanitarios asistenciales, administrativos, direcciones provinciales del INSALUD en el País Vasco, así como los atribuidos a los servicios centrales de dicha Entidad gestora.
- Las funciones y servicios correspondientes a los Ministerios de Sanidad y Consumo, y de Trabajo y Seguridad Social, en cuanto se refieran a la dirección, organización, vigilancia, tutela e inspección de las funciones y servicios a que se refiere el apartado anterior.

- Las funciones y servicios que se prestan a la Entidad Gestora, Instituto Nacional de la Salud, por los Servicios de la Seguridad Social.
- Todas aquellas funciones y servicios que se refieran a los Conciertos y Convenios para la prestación de servicios sanitarios con Entidades e Instituciones Sanitarias o Asistenciales. Desde la fecha de efectividad del traspaso, la Comunidad Autónoma del País Vasco se subroga en los Conciertos y Convenios en vigor.

En definitiva, este subapartado B.1 del Anexo del RD 1536/1987 en relación a los convenios especiales que el Estado mantenía en la CAE estableció: por un lado, el traspaso de las funciones y servicios relacionadas con los Convenios para la prestación de servicios sanitarios con Entidades e Instituciones Sanitarias o Asistenciales, por otro, la CAE se subrogaba en todos los Convenios en vigor⁶:

Por tanto, la primera norma jurídica que contribuye a la edificación del marco jurídico de la figura del convenio sanitario en Euskadi es la propia norma reguladora del traspaso del INSALUD a la CAE. Y ello se concreta en la obligatoriedad de que la CAE se subrogase en todos los convenios suscritos por el INSALUD y que estuvieran en vigor⁶. La CAE se subroga en la posición jurídica que tenía el Estado para dar continuidad a los convenios singulares suscritos con anterioridad al traspaso.

B. Antecedentes de los Convenios de Vinculación propios

Teniendo en cuenta los términos de la transferencia, corresponde al legislador de la CAE determinar la fórmula organizativa institucional que recoja las funciones de asistencia sanitaria, en base a su propia legislación autonómica⁷. La fórmula elegida será la encargada de gestionar la asistencia sanitaria de la CAE, a la cual se le han asignado los derechos y obligaciones de los servicios sanitarios del Sistema de

Seguridad Social. En este sentido, las normas propias de la CAE que han dado continuidad a los convenios singulares en al CAE han sido básicamente:

En primer lugar, hay que señalar que el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza se crea con anterioridad a la transferencia del INSALUD, mediante la Ley 10/1983, de 19 de mayo, de creación del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza⁸. Por tanto, la gestión de los convenios singulares transferidos correspondió a este Organismo Autónomo que mantuvo los concertos singulares suscritos por el INSALUD aplicando las normas reglamentarias dictadas por la Administración del Estado por mor de la propia cláusula de subrogación. En este sentido, el art. 23 de la Ley 10/1983, de 19 de mayo, de creación del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza ya preveía la figura del convenio con los centros sanitarios y hospitalarios privados, por lo que la subrogación de los convenios del INSALUD, además, contaban con un respaldo legal que preveía su desarrollo reglamentario⁹.

En segundo lugar, el desarrollo reglamentario se llevó a cabo a través del Decreto 82/1989, de 4 de abril, por el que se regula el marco al que deben ajustarse los convenios de vinculación que suscriban los centros sanitarios del sector privado sin ánimo de lucro. La razón principal que impulsó el referido Decreto fue la de garantizar la viabilidad económica de las instituciones sanitarias sin ánimo de lucro que a lo largo de la historia habían venido cubriendo una parte de las necesidades sociales y asistenciales que las distintas administraciones no habían podido atender. La norma pretendía, básicamente, establecer un mecanismo de financiación de la actividad asistencial desarrollada por los centros vinculados distinto del mecanismo de financiación previsto para los concertos sanitarios.

El análisis jurídico de las normas que sustentaron la figura de convenio de vinculación (Ley 10/1983, de 19 de mayo, LGS y Decreto 82/1989) nos permite afirmar que las notas características de la regulación de los convenios de vinculación sanitarios vascos se centraron en:

6. Los convenios singulares subrogados más importantes fueron aquellos que el INSALUD mantenía con órdenes religiosas y fundaciones sin ánimos de lucro al carecer de una estructura de atención hospitalaria pública propia suficiente en Euskadi y para ciertas prestaciones concretas (hospitales psiquiátricos de larga estancia, atención geriátrica, oncológica.).

7. STC de 23 de julio de 1985 señala que la elaboración de normas generales incumbe al Estado, pero no en relación con los actos de aplicación de las mismas que son competencias de las CCAA. El mismo TC ha aclarado que el desarrollo de las normas básicas del estado en estas materias debe ser realizado por Leyes autonómicas, y no directamente por Reglamentos de las mismas, de acuerdo con el sistema general de distribución competencial básica y de ejercicio (TSJ Navarra, Sentencia de 7 de noviembre de 1989).

8. Además, hay que tener en cuenta que algunas competencias sanitarias como las relativas a los servicios de salud pública fueron transferidas con anterioridad a por el Real Decreto 2209/1979, y por el Real Decreto 2768/1980, en cumplimiento de lo previsto en artículo 18 del Estatuto de Autonomía.

9. El art. 23 de la Ley 10/1983, de 19 de mayo, de creación del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza disponía que "a los efectos de asegurar la plenitud de la asistencia sanitaria y de conseguir el funcionamiento coordinado de la totalidad de los recursos sanitarios del País Vasco, el Servicio Vasco de Salud-OSAKIDETZA podrá establecer convenios con los centros sanitarios y hospitalarios privados, así como con otro tipo de entidades y organizaciones de prestaciones de servicios sanitarios. Estos convenios tendrán carácter complementario y se ajustarán a la planificación general, dentro de las normas aprobadas por el Gobierno a tal efecto."

Primero. Se define el concepto jurídico de convenio de vinculación. Si bien los art. 66 y 67 de la LGS los denomina convenios especiales, la base conceptual y jurídica del convenio de vinculación se encuentra en el propio art. 67.1 de la LGS, al señalar que la vinculación a la red pública de los hospitales generales del sector privado se realizará mediante convenios singulares. No obstante, el convenio de vinculación vasco amplió su ámbito de aplicación ya que los define como aquellos que se establezcan con Centros Sanitarios y/o Hospitales sin ánimo de lucro. Por tanto, introduce una novedad con respecto a las normas preexistentes al incorporar la posibilidad de suscribir convenios especiales mediante la vinculación de otros centros sanitarios privados y sin ánimo de lucro que no sean hospitales generales.

Segundo. Se reconoce expresamente la subrogación de los convenios especiales tradicionalmente suscritos por el INSALUD. Se hace un reconocimiento de la labor asistencial que históricamente han cubierto estos centros hospitalarios y se reconoce que deben preservar su presencia social sin que la figura de la vinculación altere sus señas de identidad.

Tercero. Se introduce el concepto de Red de Asistencia Sanitaria de Utilización Pública (RASUP). Complementa al concepto de convenio de vinculación. La Red es definida por el conjunto de centros sanitarios a través de los cuales Osakidetza atiende a la población con independencia de la titularidad patrimonial de los mismos. Hacen referencia, especialmente, a los centros o instituciones sanitarias sin ánimo de lucro. Sus características las podemos resumir en los siguientes principios:

- **Incorporación reglada:** se establece un procedimiento de incorporación de los Centros Sanitarios y/o Hospitales privados a la RASUP, siguiendo básicamente el procedimiento establecido en los art. 66 y 67 de la LGS y con la debida adecuación en el procedimiento de los órganos competentes en materia sanitaria de la CAE
- **Coordinación de la RASUP.** La actividad de los Centros Sanitarios y/o Hospitales vinculados se ajusta a las decisiones de planificación de los servicios sanitarios públicos que adopte el Osakidetza, con el fin de conseguir el funcionamiento coordinado de la RASUP.
- **Suficiencia financiera.** Se garantiza el coste anual del Hospital vinculado previsto en el presupuesto del ejercicio correspondiente. En caso de que el coste anual presupuestado resulte insuficiente para hacer frente al coste anual definitivo de los servicios y prestaciones vinculados la Administración Sanitaria se compromete a aportar la diferencia resultante entre el coste anual definitivo y el coste anual presupuestado.

- **Dirección colegiada.** Los órganos de gobierno y dirección del Hospital vinculado son paritarios entre representantes del Hospital y la Administración Sanitaria. En todo Hospital concertado se crean dos órganos: la Junta de Gobierno (máximas funciones en materia presupuestaria y financiera, personal, convenio colectivo, plantillas y representación frente a terceros) y el Director del Hospital nombrado a propuesta de la Junta por la titularidad del Hospital.

- **Carácter estructural del convenio.** Si bien se fija en un año la duración de los convenios de vinculación se dispone una prórroga tácita del mismo.

- **Comisión paritaria de incidencias.**

Cuarto. Causas de extinción: Además de la causa general derivada del mutuo acuerdo, se delimita las causas de resolución por incumplimiento de cualquiera de las partes: no respetar el principio de gratuidad del sistema vasco sanitario, establecer otros servicios sanitarios sin autorización previa, no adaptar la jornada laboral al sistema sanitario vasco, infringir con carácter grave la legislación de la seguridad social o haciendas forales, lesionar derechos constitucionales fundamentales y cualesquiera otras que se deriven de las obligaciones establecidas en la LGS y las normas sanitarias de Euskadi.

C. Los convenios sanitarios específicos en Euskadi

La actual LOSE no hace referencia a los convenios singulares sanitarios. No obstante, su artículo 17 determina, con carácter general, que la provisión de servicios sanitarios es una actividad de carácter instrumental por la que se ofrece a las personas un recurso organizado y homologado con objeto de proporcionarles prestaciones sanitarias dirigidas a la promoción, preservación y restablecimiento de su estado de salud. Esta provisión de las prestaciones se realiza, con carácter general, con recursos de titularidad pública adscritos Osakidetza, conforme a los principios de universalidad, solidaridad, equidad, calidad de los servicios y participación ciudadana, sin perjuicio de la colaboración del sector privado en la prestación del servicio público.

Junto a este concepto, la LOSE define el de Sistema Sanitario de Euskadi como el configurado por todos los recursos sanitarios públicos de la CAE, en el que se incluyen los centros sanitarios con financiación pública, entre los que están los centros sanitarios de titularidad privada vinculados mediante un régimen especial de convenio. En este sentido, su artículo 30, al regular las *“Relaciones jurídicas con instituciones privadas para la provisión de servicios sanitarios”*, establece una condición previa en todas las

relaciones entre el Departamento de Sanidad y cualquier entidad privada para la provisión de servicios sanitarios: ha de instrumentalizarse, previa homologación, de acuerdo con lo que al respecto establecen la legislación general básica y la presente ley.

La denominada acción concertada para la prestación a las personas de servicios de carácter sanitario, a través de entidades privadas sin ánimo de lucro se extiende a la CAE de forma limitada mediante la publicación de del Decreto 127/2018, de 4 de septiembre, sobre requisitos y procedimiento para la suscripción de convenios específicos de vinculación con centros sanitarios de titularidad privada, sin ánimo de lucro, para la provisión de servicios sanitarios. La norma ha sido publicada con posterioridad a la transposición de la Directiva 2014/24/UE que recoge la posibilidad de prestación de servicios sanitarios bajo fórmulas excluidas del marco general de contratos de las administraciones públicas. La propia norma configura la acción concertada como un instrumento organizativo de naturaleza no contractual, adoptando (en este caso) la forma de convenio.

El contenido de la norma es muy pormenorizado, quizá por que regula, únicamente, una de las figuras posibles de la acción concertada, esto es, bajo la forma de convenio singular. Consta de 29 artículos (Objeto, integración con los servicios sanitarios de titularidad pública, régimen de funcionamiento de los centros sanitarios vinculados, titularidad de las instalaciones del centro sanitario, titularidad de las relaciones

laborales, requisitos de los centros sanitarios para solicitar la vinculación, tramitación electrónica de los procedimientos, autorización del Consejo de Gobierno, aprobación y suscripción, financiación de las actividades del centro vinculado, determinación del presupuesto anual, facturación mensual, información mensual, regularización anual al cierre del ejercicio, financiación de las inversiones, adquisición de bienes y servicios de cualquier naturaleza, incompatibilidades para la obtención de subvenciones, terceras personas responsables del pago de la actividad asistencial, órganos de gobierno del centro sanitario vinculado: órgano rector -funciones, composición y régimen de funcionamiento- y director/a del centro sanitario vinculado, representación equilibrada y régimen de cooficialidad, contenido del convenio, acceso a las historias clínicas, causas de extinción y resolución de incidencias). Además, dos disposiciones transitorias, una disposición final y una derogatoria.

Las peculiaridades más importantes que aporta la normativa vasca a la acción concertada, en nuestra opinión, son las siguientes:

En primer lugar, se reconoce expresamente que la normativa sobre la que se sustenta se encuentra en la *“posibilidad de prestaciones de servicios sanitarios bajo fórmulas excluidas del marco general de contratos de las administraciones públicas prevista en la Directiva 2014/24/ UE que ha sido traspuesta mediante la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de contratos del sector público”*.



En segundo lugar, al margen de los mecanismos contractuales, el Decreto pretende desarrollar otra herramienta, denominada convenio de vinculación, cuya finalidad es la configuración de un mecanismo de colaboración entre el sector público y privado mediante la integración organizativa de sus recursos para una utilización más eficaz y eficiente de los mismos.

En tercer lugar, la finalidad es la integración organizativa y operativa de los centros vinculados al objeto de optimizar la utilización de los recursos sanitarios y atender las necesidades asistenciales detectadas en áreas previamente calificadas como prioritarias en el Plan de Salud vasco.

En cuarto lugar, el objeto no es comprar prestaciones sanitarias sino regular la integración de determinados centros prestadores de la actividad asistencial en la red asistencial pública, de tal modo que a los referidos centros integrados se les aplica un régimen de organización y funcionamiento similar al de los centros de titularidad pública. Así mismo, los centros vinculados quedarán sujetos a un régimen de control financiero, de gestión, de sistema de admisión, de garantía de derechos y de actividad asistencial similar a los centros de titularidad pública.

Hasta la fecha se ha suscrito un convenio de esta naturaleza para la prestación de servicios sanitarios oncológicos (convenio de vinculación, suscrito el 27-12-18, entre el departamento de salud y la fundación sin ánimo de lucro Onkologikoa Fundazioa)¹⁰.

IV. El Convenio de Vinculación

La ordenación de los convenios de vinculación con centros sanitarios de titularidad privada y sin ánimo de lucro se articula sobre la base de tres conceptos jurídicos que la delimitan y sustentan, a partes iguales, y sin su concurrencia previa carecerían de virtualidad y cobertura jurídica. En mi opinión son las siguientes: en primer lugar, delimitación jurídica de los siguientes conceptos: a) normas relativas a la definición de Sistema Sanitario de Euskadi (regulación y financiación del sistema y provisión de servicios sanitarios), b) normas relativas a la definición del concepto de jurídico de estructuras sanitarias como servicio de interés público y sus relaciones jurídicas con instituciones privadas para la provisión de servicios sanitarios. En segundo lugar, se ha recurrido

al concepto jurídico de convenio de vinculación sanitario regulado en los artículos 66 y 67 de la Ley 14/1986 General de Sanidad, a pesar de no ser normativa básica, para colmar el vacío legal existente en el ordenamiento jurídico sanitario de Euskadi, ya que la LOSE no hace ninguna mención a los convenios de vinculación¹¹. Por último, el convenio tiene una limitación territorial ya que únicamente se pueden suscribir convenios de vinculación con centros sanitarios de titularidad privada y sin ánimo de lucro ubicados en la CAE¹².

IV.1. Principios sobre los que se sustentan

La condición sine qua non necesaria para la suscripción de un convenio de vinculación tiene que responder a dos condiciones previas: la primera, que existan necesidades asistenciales detectadas en áreas calificadas como prioritarias en el Plan de Salud de Euskadi; y, la segunda, que existan recursos sanitarios de titularidad privada, en la CAE, que puedan atender tales necesidades de manera más eficiente y eficaz mediante actuaciones integradoras.

Estos principios básicos que debe cumplir todo convenio de vinculación se traducen en la práctica en una suerte de Integración con los servicios sanitarios de titularidad pública con las siguientes características y delimitaciones que seguidamente trataré de explicitar:

A. Integración con los servicios sanitarios de titularidad pública. Significa la adecuación de las actividades a las decisiones que, en materia de planificación de los servicios sanitarios públicos, se adopten por los órganos del Departamento de Salud y por Osakidetza, al objeto de conseguir su funcionamiento integrado. Esto se traduce en los siguientes niveles de integración: a) asistencial: entendida como la coordinación de prácticas clínicas; b) clínica, en cuanto al funcionamiento de equipos multidisciplinares provenientes de distintos centros sanitarios, y, c) funcional, en cuanto a la configuración de una estructura común que permita la gestión compartida del proyecto clínico.

B. Sometimiento a los principios de igualdad, subsidiariedad, complementariedad, optimización y coordinación en la utilización de los recursos públicos y privados, y deben adecuarse a las líneas estratégicas que establezca el Departamento competente en materia de sanidad, en desarrollo de las previsiones del Plan de salud.

10. Publicado en el BOPV nº 15, de 22-01-10. (RESOLUCIÓN 169/2018, de 28 de diciembre, del Director de la Secretaría del Gobierno y de Relaciones con el Parlamento, por la que se dispone la publicación del Convenio de vinculación suscrito con la Fundación Onkologikoa Fundazioa, para la provisión de servicios sanitarios).

11. Dentro de marco previsto en el Título II, Capítulos III y IV, y en el Título IV de la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi y en los artículos 66 y 67 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.,

12. Decimos esto porque, tradicionalmente, la CAE mantuvo la adhesión de los convenios de vinculación suscritos por el INSALUD con centros sanitarios cuyo ámbito de territorial estaba fuera de la Euskadi.



C. Régimen jurídico de derecho privado. El régimen de funcionamiento de los centros sanitarios vinculados se rige por el derecho privado sin que exista ningún tipo de publicación desde un punto de vista jurídico, estricto sensu¹³. Por tanto, los ámbitos laboral, fiscal, patrimonial y contable se rigen por el derecho privado. De ahí, que estos centros sanitarios vinculados pueden prestar, además de la actividad asistencial convenida con el Departamento de Salud, otras actividades asistenciales, de carácter privado, por cuenta de otros garantes. En todo caso, estas otras actividades de carácter privado deben tener un carácter suplementario y de la misma no podrá derivarse alteración alguna del normal funcionamiento de la actividad convenida. La titularidad de las instalaciones del centro sanitario corresponde a la persona física o jurídica titular del centro sanitario vinculado y, por tanto, mantiene la titularidad de los centros, servicios e instalaciones en los que se presta la actividad convenida con el departamento de Salud. En este sentido, los convenios de vinculación que se suscriban deben identificar los centros e instalaciones afectadas.

La titularidad de las relaciones laborales corresponde a la persona física o jurídica titular del centro sanitario y, por tanto, mantiene la titularidad de las relaciones laborales con

su personal, sin perjuicio de que en cada convenio específico se puedan establecer mecanismos de colaboración entre el personal sanitario dependiente de Osakidetza el personal del centro sanitario vinculado.

Por tanto, en mi opinión, no se trata de una publicación de dichos centros sino de la adscripción para su utilización pública de dichos centros. La utilización del término “publicación” puede generar una interpretación errónea con la finalidad normativa que es más bien la adscripción de medios a la planificación pública, sin que exista trasvase alguno en la titularidad y su gestión.

IV.2. Requisitos para solicitar y procedimiento para la suscripción

El requisito para solicitar la suscripción de un convenio de vinculación es la previa homologación. Supone que los centros sanitarios deben acreditar el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- Disponga de la pertinente autorización sanitaria y se halle inscrita en el Registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la CAE.
- Ausencia de ánimo de lucro, así como el cumplimiento de la normativa fiscal, laboral y social.
- Cumplir la normativa sobre incompatibilidades entre el sector público y el privado que establezca la legislación sobre incompatibilidades del personal al servicio de las administraciones públicas. Afecta tanto, a las personas titulares del centro como por las personas que trabajan en el centro sanitario,
- Declaración jurada, que el centro sanitario no ha sido sancionado administrativa ni penalmente por incurrir en discriminación por razón de sexo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley 4/2005, de 18 de febrero, de Igualdad de Mujeres y Hombres.
- Experiencia asistencial de calidad contrastada, mediante indicadores de proceso o de resultado, en áreas de actividad declaradas de actuación prioritaria en el Plan de Salud aprobado por el Gobierno Vasco.

Estos requisitos deben mantenerse durante la vigencia del convenio de vinculación.

13. Algunos autores se refieren a la publicación de los centros vinculados, así: DOMÍNGUEZ MARTÍN, M.: (2019). “Los contratos de prestación de servicios a las personas. Repensando las formas de gestión de los servicios sanitarios públicos tras las Directivas de contratos de 2014 y la Ley 9/2017 de contratos del Sector Público”. Revista General de Derecho Administrativo (Yuste, enero 2019).

El procedimiento para la suscripción consta, básicamente, de las siguientes fases administrativas:

1. Inicio a instancia de parte. Se debe acompañar de la siguiente documentación acreditativa: a) Personalidad y de capacidad de obrar de la persona que suscribe la solicitud. b) La homologación correspondiente. c) Memoria de las instalaciones, equipamientos y de profesionales del centro sanitario. d) Cartera de servicios y prestaciones del centro, así como un informe detallado de los beneficios operativos, asistenciales y de optimización del uso de recursos, derivados de la vinculación. e) Auditoría financiera del centro sanitario cuya fecha de elaboración no supere los 6 meses previos a la solicitud de vinculación y declaración jurada de que no se han modificado las circunstancias que se reflejan en la auditoría aportada. g) Propuesta de modelo de contabilidad de costes para seguimiento del gasto generado por la actividad privada (método de obtención de los costes directos, indirectos y estructurales) y de los criterios de imputación utilizados para los costes de los servicios indirectos.

Las personas jurídicas interesadas en iniciar el procedimiento deben formular la solicitud y realizar los trámites pertinentes utilizando medios electrónicos. Las personas físicas pueden optar en todo momento si sus relaciones con la administración se realizan o no por medios electrónicos.

2. Informe previo de la Administración Sanitaria. En este informe debe constar la siguiente información: a) Cartera de servicios y prestaciones: es adecuada para atender las necesidades asistenciales consideradas de actuación prioritaria en el Plan de Salud vigente. b) Disponibilidad presupuestaria. c) Justificación de la utilización más eficiente e integradora de los recursos existentes. En especial, que permita una respuesta más eficaz a las necesidades detectadas, así como el desarrollo de estrategias integradas de investigación, innovación y despliegue tecnológico.

Además, debe contar la solicitud de un informe de la Administración Sanitaria a Osakidetza relativo a los extremos siguientes: a) Existencia de necesidades asistenciales no cubiertas por los medios públicos propios, en cuanto a las prestaciones que propone convenir el centro solicitante. b) Efectos podrían derivarse de la suscripción del convenio de vinculación propuesto.

3. Informe definitivo de la Administración Sanitaria en vista a la documentación incorporada al expediente. El informe puede ser favorable o desfavorable. En caso de que sea favorable, se inicia la tramitación a la que se incorpora el informe jurídico correspondiente sobre la adecuación de la propuesta al ordenamiento jurídico vigente, la memoria del servicio de presupuestos sobre el alcance y repercusión económica del convenio propuesto y el informe interventor de la Oficina de Control Económico.

4. Autorización previa del Consejo de Gobierno.
5. Aprobación y suscripción del convenio de vinculación. El titular del departamento competente en materia de sanidad es el competente para la suscripción del convenio de vinculación.

IV.3. Financiación

La Administración Sanitaria financia el coste anual de la asistencia sanitaria del centro vinculado previsto en el presupuesto anual del correspondiente ejercicio quedando excluidos los gastos derivados de la asistencia sanitaria que se preste en régimen privado. Esta financiación se somete, con carácter anual a una auditoría externa financiera y de gestión.

No obstante, la gestión de las aportaciones económicas del Departamento de Salud se efectúa por el Osakidetza de forma integrada, es decir, dentro de los correspondientes al contrato-programa que se encuentre vigente con la Dirección General de Osakidetza, o con aquella otra organización de servicios que, acorde con la correspondiente vinculación, fije su Consejo de Administración.

La cuestión más importante es cómo se determina el presupuesto anual, sobre todo del primer año. El procedimiento, básicamente, es el siguiente:

- **Presupuesto ordinario anual.** Antes de la conclusión del mes de septiembre, el Órgano rector debe aprobar el presupuesto ordinario del ejercicio siguiente y debe contener la siguiente información: la cartera de servicios, la actividad prevista para cada una de las prestaciones, los costes estimados para cada una de ellas y los criterios para la derivación de pacientes. Es el límite del importe global máximo de la financiación a otorgar al centro sanitario vinculado.
- **Modificación del presupuesto ordinario.** Durante el transcurso del ejercicio, cualquier decisión que conlleve un cambio en la cartera de servicios del centro sanitario vinculado, en los criterios de derivación de pacientes, en las condiciones laborales con implicación salarial o de otros condicionantes con relevancia económica, que incidan de manera relevante en los costes, debe ser adoptada por el Órgano rector del centro sanitario vinculado y debe acompañarse del cálculo de las implicaciones económicas de dichos cambios.
- **Presupuesto final anual.** La materialización de los referidos acuerdos requiere la previa modificación en el presupuesto del Departamento de Salud y la adecuación del tope de financiación acordado para el centro sanitario vinculado, mediante el presupuesto final anual.

- **El flujo de financiación se efectúa mediante la presentación por parte del centro sanitario vinculado de la factura mensual por los servicios prestado el mes anterior con la información complementaria sobre cada una de las prestaciones y el coste de las mismas.** Para cada inicio de ejercicio Osakidetza libra un anticipo por el importe correspondiente a una doceava parte del presupuesto aprobado para dicho ejercicio económico. A este flujo de financiación, junto a la información antes señalada se añade la información detallada sobre los siguientes extremos: a) Ingresos de carácter público, b) Ingresos de carácter privado, c) Detalle de gastos por cuenta contable, según estructura acordada, d) Detalle del gasto incurrido para la actividad privada calculado conforme al modelo de contabilidad de costes.
- **Al cierre del ejercicio se procede a la regularización anual.** Esta regularización consiste, básicamente, en que dentro del mes de enero del ejercicio siguiente al cierre y con los datos reales se obtiene la diferencia entre la facturación correspondiente a la actividad realizada y el importe abonado en las doce mensualidades. La financiación del ejercicio tiene como tope el coste real incurrido por el centro sanitario vinculado, excluidos los costes de amortización y deducida la facturación por la actividad privada desarrollada.
- **Limites respecto a las inversiones y a la adquisición de bienes y servicios.** Respecto de las inversiones en edificios, instalaciones, mobiliario, instrumental y todo tipo de aparatos, incluso los que se instalen unidos al inmueble de una manera permanente que se realicen con cargo a la organización vinculada son de la titularidad de la persona física o jurídica titular del centro sanitario. La titularidad de las inversiones que se realicen con cargo a las aportaciones de Osakidetza corresponde al citado Ente Público, sin que en ningún caso se produzca una accesión. Estos bienes deben ser identificados en un inventario y pueden ser retirados del centro sanitario a la conclusión del convenio, indemnizando, en su caso, a la persona titular del centro sanitario por los deterioros que pudiese sufrir la construcción por dicha causa. Así mismo, puede acordarse de que tales elementos, por el coste o deterioro de su separación queden para uso y disfrute permanente del centro sanitario vinculado, en cuyo caso deberá procederse a la compensación correspondiente.

Por último, se limita el derecho a percibir ciertas subvenciones declarando las correspondientes incompatibilidades. En este sentido, los centros sanitarios vinculados no pueden percibir subvenciones destinadas a satisfacer las actividades o servicios asistenciales objeto del convenio. Con carácter general, salvo que la propia convocatoria de ayudas establezca lo contrario, no se consideran incluidas dentro del objeto del convenio de vinculación las actividades referidas a I+D+i.

IV.4. Órganos de gestión y coordinación

Preceptivamente los órganos de gobierno del centro sanitario vinculado para la gestión de la actividad asistencial ha de contar con los siguientes órganos de dirección:

A. El Órgano rector. Es el órgano superior de dirección y gestión del centro sanitario, siendo su funciones, básicamente, las siguientes: a) Aprobación: presupuesto del centro, los balances y cuentas del centro, la memoria anual de actividades, modificaciones en la estructura de los servicios asistenciales e instalaciones en general, plantilla propia del centro, así como la autorización de la contratación de personal y el establecimiento de los criterios y procedimiento para su selección, convenio del personal del centro, salvo que le resulte de aplicación otro de ámbito superior, enajenación de material o de productos, así como la baja de material inventariable; b) Adopción de los acuerdos: para la implementación de las medidas que, en su caso, determine la auditoría externa financiera y de gestión, que debe realizarse anualmente, para la realización de las obras de conservación y mantenimiento precisas para el funcionamiento del centro, para la reclamación y defender en juicio, o fuera de él, y ante cualquier Tribunal o Autoridad, los bienes, derechos o acciones que correspondan al centro sanitario, pudiendo transigir, someter a arbitraje y, en su caso, desistir de las acciones o recursos que se ejerciten; c) proponer a la persona titular del centro vinculado la designación y el cese del director o directora del centro; d) la elaboración del reglamento de régimen interior del centro.

El Órgano rector está compuesto por 6 miembros y su designación corresponde a la persona titular del centro vinculado. No obstante, 2 personas han de ser a propuesta del Departamento de Salud y 1 persona a propuesta de Osakidetza y 3 personas a propuesta de la persona titular del centro vinculado.

El régimen de funcionamiento es el propio de un órgano colegiado definido en los arts. 9, 15 a 18 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. Así, las normas que regula la normativa de la CAE para tal situación las podemos resumir en las siguientes: ha de contar con un/a Presidente o Presidenta que debe ser elegido por el Órgano rector de entre sus miembros. Para su debido funcionamiento se exige la aprobación expresa de las normas internas de funcionamiento. El Presidencia convoca al Órgano rector, por iniciativa propia, o a petición de la mitad de sus miembros, al menos, una vez cada trimestre. La convocatoria, salvo casos de urgencia apreciada por su Presidente/a, debe remitirse con, al menos 48 horas de antelación, fijando el orden de los asuntos a tratar. No obstante, no se precisa la convocatoria si, estando presentes todos sus miembros, deciden, por unanimidad, celebrar la reunión. Respecto

al quorum establece que queda válidamente constituido cuando concurren a la reunión, al menos, tres de sus componentes. A las reuniones del Órgano rector asistirá con voz, pero sin voto, el Director o Directora del centro vinculado. Los acuerdos han de adoptarse por mayoría de los miembros concurrentes, ostentando la Presidencia, en caso de empate, voto de calidad. No obstante, la delegación permanente de facultades del Órgano rector requerirá el voto favorable de, al menos, cuatro de sus componentes.

El órgano rector requiere de una representación equilibrada de hombres y mujeres, según los criterios expuestos en la Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de Mujeres y Hombres.

B. Director/a del centro sanitario vinculado. Es designado y cesado por la persona titular del centro, a propuesta del Órgano rector, y bajo la dependencia de este, desarrolla las funciones siguientes: a) Asumir la representación oficial del centro sanitario. b) Ejercer la jefatura superior de todos los servicios y del personal del centro y la del personal adscrito a este por Osakidetza, si lo hubiere. c) Contratar al personal de la plantilla del centro sanitario. d) La gestión ordinaria de los asuntos que conciernan a la administración del centro. e) Elaborar, para su aprobación por el Órgano rector, la propuesta de necesidades del centro, el proyecto de presupuesto, los documentos contables y la memoria

anual de actividades. f) Elaborar con carácter trimestral, para su presentación al Órgano rector, un informe sobre la evolución económica y de actividad del centro. g) Ordenar los gastos y pagos que, en todo caso, deberán ser autorizados conjuntamente con la persona que designe el Órgano rector. h) Contratar las obras autorizadas por el Órgano rector y aquellas otras que se precisen con carácter urgente, dando cuenta de ello al Presidente o Presidenta del Órgano rector. i) Representar al centro sanitario en toda clase de acciones y recursos, de acuerdo con las instrucciones del Órgano rector. j) En general, ejercer todas las funciones que le atribuya la legislación vigente y aquellas otras que le sean delegadas por el Órgano rector.

IV.5. Contenido del convenio de vinculación

Todos los convenios de vinculación deben contener un mínimo indispensable por las partes que los suscriben que las podemos agrupar en tres contenidos básicos:

A. Relativos a los requisitos para la suscripción, financiación, funcionamiento y acceso:

- a) Órganos competentes para su suscripción: debe identificar a las partes que lo suscriben, así como la capacidad jurídica y de obrar de cada una de ellas.



- b) Objeto del convenio. Se han de identificar la totalidad de los servicios vinculados, los recursos humanos y materiales y las prestaciones del centro sanitario.
- c) La homologación, informes definitivos del Departamento de Salud, y autorización y aprobación del Consejo de Gobierno para proceder a la suscripción del convenio.
- d) La identificación de la población, con derecho a la asistencia sanitaria pública cuyo garante es el Departamento de Salud, adscrita al centro sanitario.
- e) Las normas de acceso a los servicios y prestaciones sanitarias, en las que se deberá acreditar el cumplimiento de los principios de igualdad y gratuidad.
- f) La financiación del convenio. En su caso, deberá contemplar el régimen de revisión o actualización de precios.
- g) El procedimiento para el control económico financiero por parte del Departamento de Salud y Osakidetza, que debe ser compatible con el sistema utilizado por el citado Ente Público.
- h) La configuración de los órganos de gobierno del centro sanitario y sus funciones.



B. Relativos a la titularidad de las relaciones laborales y de las instalaciones. Las relaciones laborales del personal del centro recaen en la persona titular del centro vinculado. En relación con el personal de la plantilla del centro vinculado, el convenio puede contemplar los compromisos siguientes:

- El compromiso de adoptar de mutuo acuerdo las medidas que, respetando la normativa que sea aplicable, tiendan a mejorar y coordinar la atención sanitaria mediante el desplazamiento temporal de profesionales entre el centro vinculado y las organizaciones de servicios sanitarios de Osakidetza por motivos de necesidad asistencial o de formación continuada.
- La participación en programas comunes de formación continuada, investigación y, en general, de las políticas para el desarrollo del conocimiento.
- La participación en los programas de desarrollo de nuevas tecnologías, así como la facilidad de acceso a la utilización de medios diagnósticos y terapéuticos en el conjunto de las organizaciones sanitarias de Osakidetza.
- La participación en los programas de mejora de infraestructuras de comunicación orientados a asegurar la calidad y homogeneidad en los sistemas de registro e información.

En relación a la titularidad de las instalaciones, el centro vinculado asume por su cuenta las obligaciones y deudas que tengan su origen en hechos o prestaciones anteriores a la entrada en vigor del convenio. El compromiso del mantenimiento integral y de la conservación de los edificios, instalaciones y equipamientos en óptimas condiciones durante la totalidad de su vida útil, y de realización de las reposiciones que se acuerden.

C. Relativos al plazo de vigencia, causas de extinción resolución de conflictos. Se han de fijar como causa de extinción de los convenios de vinculación: a) El mutuo acuerdo entre las partes firmantes. b) El vencimiento del plazo de vigencia, previa denuncia por cualquiera de las partes con la antelación prevista. c) El incumplimiento grave de cuestiones que afecten a elementos esenciales del convenio por cualquiera de las dos partes. Además, son causa de denuncia del convenio de vinculación, por parte del Departamento de Salud y de Osakidetza, entre otras, las siguientes:

- a) La prestación de asistencia sanitaria objeto del convenio, contraviniendo el principio de gratuidad e igualdad en el acceso para las personas usuarias del Sistema Sanitario de Euskadi.
- b) Las infracciones, calificadas como graves, en materia legislación fiscal, social y laboral.

- c) El incumplimiento del régimen de incompatibilidades del personal al servicio de las administraciones públicas.
- d) El incumplimiento de la legislación vigente en materia de contratación pública.
- e) La conculcación de los derechos reconocidos a las personas usuarias de los servicios sanitarios del Sistema Sanitario de Euskadi.
- f) En general, la conculcación grave de la LOSE.

En relación a la resolución de incidencias. Para la resolución de las incidencias derivadas de la actividad convenida que puedan plantearse se ha de constituir una comisión paritaria integrada por seis personas, de los cuales tres serán designadas por la persona titular del Departamento competente en materia de sanidad y las otras tres serán designadas por la persona titular del centro sanitario vinculado.

IV.6. Duración

Los convenios de vinculación tienen una duración de tres años. No obstante, el primer convenio de vinculación que se suscriba puede ser prorrogado tácitamente por periodo de un año con el fin de efectuar una evaluación y revisión del mismo. Una vez evaluado y revisado favorablemente puede aprobarse un nuevo convenio de vinculación cuya vigencia será de tres años y sus prórrogas anuales operarán tácitamente, salvo denuncia de una de las partes con, al menos, seis meses de antelación a su finalización.

Estas prórrogas se realizarán, en todo caso, con arreglo a los créditos consignados en cada momento en los presupuestos del Departamento de Salud y siempre que conste la referida evaluación anual favorable realizada por el Órgano rector.

V. Conclusiones

Primera. La modificación del marco jurídico relativo a la denominada acción concertada sanitaria ha contribuido a la actualización del convenio de vinculación en el sistema sanitario de Euskadi. Ambos, suponen la adquisición de prestaciones sanitarias por parte de la Administración al margen de las normas de contratación (LCSP) articuladas sobre la actualización del concepto de acción concertada, como una forma de gestión alternativa a la gestión directa o indirecta de los servicios públicos no económicos, que realizan entidades sin ánimo de lucro en el ámbito de los servicios sanitarios.

Segunda. La LGSS como la LGS también regularon la posibilidad de colaboración de sujetos privados en la prestación del servicio público sanitario a través de un sistema de vinculación de centros privados y sin ánimo de

lucro a la red sanitaria pública, mediante los denominados convenios singulares al margen de la normativa de contratación pública. Recordamos que esta normativa no se configura cómo básica y, por tanto, ha de entenderse como normativa supletoria. De este cuerpo normativo arranca la ordenación del concepto de vinculación contenida en el Real Decreto 1536/1987, de 6 de noviembre sobre traspaso a la Comunidad Autónoma del País Vasco de las funciones y servicios del INSALUD (subrogación de convenios de vinculación transferidos). En un primer momento, la Administración Sanitaria de Euskadi mantiene en vigor los convenios transferidos; en un segundo momento, dotado de normativa autonómica propia (Ley 10/1983, de 19 de mayo, de creación de Osakidetza y Decreto 82/1989, de 4 de abril, por el que se regula el marco al que deben ajustarse los convenios de vinculación que suscriban los centros sanitarios del sector privado sin ánimo de lucro) decide mantener e implementar los convenios de vinculación; en un tercer período (en los años 90) se rechaza el modelo de convenio de vinculación para afianzar el modelo de compra de servicios sanitarios vía contratación pública; por último, en la actualidad se ha vuelto a rescatar esta técnica de gestión mediante la nueva regulación de la vinculación en el ámbito de aplicación de la LOSE y Decreto 127/2018, de 4 de septiembre, sobre requisitos y procedimiento para la suscripción de convenios específicos de vinculación.

Tercera. En virtud de la Directiva Europea 2014/24/UE y subsiguiente adaptación al ordenamiento jurídico español, mediante la vigente LCSP 9/2017, se abre paso a una nueva vía de gestión con las entidades sin ánimo de lucro denominada acción concertada. La influencia de esta nueva forma de gestión sanitaria se reconoce expresamente en la exposición de motivos del Decreto 127/2018, de 4 de septiembre sobre requisitos y procedimiento para la suscripción de convenios específicos de vinculación, que recoge la posibilidad de prestaciones de servicios sanitarios bajo fórmulas excluidas del marco general de contratos de las administraciones públicas prevista en la Directiva 2014/24/ UE que ha sido traspuesta mediante la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de contratos del sector público.

Cuarta. El convenio de vinculación no se encuentra expresamente regulado en la LOSE. La propia exposición de motivos del Decreto 27/2018 prevé la aplicación supletoria de las normas contenidas en los artículos 66 y 67 de la citada LGS ya que su utilización por la Administración sanitaria no contraviene el vigente ordenamiento jurídico. Esta aplicación supletoria y voluntaria de la CAE se vuelve a recoger expresamente en su parte dispositiva al señalar que *“tiene por objeto la regulación de los requisitos y del procedimiento para la suscripción de los convenios de vinculación con centros sanitarios de titularidad privada y sin ánimo de lucro, ubicados en la Comunidad Autónoma de Euskadi, dentro de marco previsto (...) en los artículos 66 y 67 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad”*



Por tanto, nos permite confirmar la aplicación de la normativa supletoria estatal por parte de CAE, en la regulación de los convenios de vinculación sanitarios, sin que se hubiera efectuado una regulación propia al efecto, tal y como lo han hecho otras CCAA. En mi opinión, se hace preciso una regulación propia con rango de ley, tal y como lo han hecho otras CCAA, que regule la nueva acción concertada sanitaria en el ámbito de la CAE y recoja todas las posibilidades que el ordenamiento jurídico ofrece a la colaboración con entidades sanitarias privadas sin ánimo de lucro, que operan en la CAE.

Quinta. Existe una gran coincidencia entre la normativa reguladora de la acción concertada y la reguladora de los convenios de vinculación sanitario: ambos se limitan a entidades sin ánimo de lucro, de forma que su retribución se limita al reintegro de costes y siempre en el marco del principio de eficiencia presupuestaria, tal y como establece la Disposición adicional cuadragésima octava de la LCSP. Las entidades que cumplan las condiciones previamente fijadas por la administración sanitaria pueden acceder a la gestión de estos servicios, siempre que se garantice una publicidad suficiente y se ajuste a los principios de transparencia y no discriminación.

Las distintas leyes emanadas por las CCAA corroboran esta identidad al regular en la misma norma y bajo los mismos requisitos los mecanismos de concertación para la prestación

de servicios sanitarios mediante: a). Acuerdos de acción concertada (considerados como instrumentos organizativos de naturaleza no contractual, a través de los cuales las CCAA pueden gestionar la prestación a las personas de servicios de carácter sanitario cuya financiación, acceso y control sean de su competencia) y/o b). Convenios de vinculación de centros sanitarios a la red pública (considerados como instrumentos de gestión a través de los cuales un hospital, cuya titularidad corresponde a una entidad privada sin ánimo de lucro, queda vinculado a la red pública de atención sanitaria, concretándose en el convenio los derechos y obligaciones de las partes, las condiciones de prestación del servicio y el régimen establecido de contraprestaciones).

Sexta. Las condiciones sine qua non de todo convenio de vinculación son: la primera, que existan necesidades asistenciales detectadas en áreas calificadas como prioritarias en el Plan de Salud de Euskadi; y, la segunda, que existan recursos sanitarios de titularidad privada y sin ánimo de lucro, en la CAE, que puedan atender tales necesidades de manera más eficiente y eficaz mediante actuaciones integradoras.

Séptima. Los principios sobre los que se sustentan los convenios de vinculación son: a) Integración con los servicios sanitarios de titularidad pública (asistencial, clínica y funcional); b) Igualdad, subsidiariedad, complementariedad, optimización y coordinación en la utilización de los recursos

públicos y privados; régimen jurídico de derecho privado. De los centros vinculados. De ahí, que pueden prestar, además de la actividad asistencial convenida con Osakidetza-Servicio vasco de salud, otras actividades asistenciales, de carácter privado, por cuenta de otros garantes. La titularidad de las instalaciones del centro sanitario corresponde a la persona física o jurídica titular del centro sanitario vinculado y, por tanto, mantiene la titularidad de los centros, servicios e instalaciones en los que se presta la actividad convenida con Osakidetza-Servicio vasco de salud. La titularidad de las relaciones laborales corresponde también a la persona física o jurídica titular del centro sanitario. Por tanto, no estamos de acuerdo con los autores que opinan que estamos ante una auténtica publicación de estos centros sanitarios privados.

Octavo. El requisito previo para solicitar la suscripción de un convenio de vinculación es la previa homologación. Supone que los centros sanitarios deben acreditar el cumplimiento de los siguientes requisitos: autorización sanitaria y se halle inscrita en el Registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la CAE, ausencia de ánimo de lucro, así como el cumplimiento de la normativa fiscal, laboral y social; cumplir la normativa sobre incompatibilidades entre el sector público y el privado del personal al servicio de las Administraciones Públicas. Afecta tanto, a las personas titulares del centro como por las personas que trabajan en el centro sanitario; declaración jurada de no incurrir en discriminación por razón de sexo (Ley 4/2005, de 18 de febrero, de Igualdad de Mujeres y Hombres); experiencia asistencial de calidad contrastada, mediante indicadores de proceso o de resultado, en áreas de actividad declaradas de actuación prioritaria en el Plan de Salud Vasco. Estos requisitos deben mantenerse durante la vigencia del convenio de vinculación.

Novena. El procedimiento para la suscripción consta, básicamente, de las siguientes fases administrativas: 1. Inicio a instancia de parte de los centros privados sin ánimo de lucro. 2. Informe previo de la Administración Sanitaria sobre la necesidad detectada según el Plan de Salud, disponibilidad y justificación de la utilización de los recursos existentes. 3. Informe definitivo de la Administración Sanitaria en vista a la documentación incorporada al expediente. El informe puede ser favorable o desfavorable. En caso de que sea favorable, se inicia la tramitación a la que se incorpora el informe jurídico correspondiente sobre la adecuación de la propuesta al ordenamiento jurídico vigente, la memoria del servicio de presupuestos sobre el alcance y repercusión económica del convenio propuesto y el informe interventor de la Oficina de Control Económico. 4. Autorización previa del Consejo de Gobierno. 6. Aprobación y suscripción del convenio de vinculación.

Décima. Financiación. Se financia el coste anual de la asistencia sanitaria del centro vinculado previsto en el presupuesto anual del correspondiente ejercicio, quedando excluidos los gastos derivados de la asistencia sanitaria que se preste en régimen privado. Esta financiación se debe someter, con carácter anual a una auditoría externa financiera y de gestión.

El procedimiento para determinar el presupuesto anual, básicamente, es el siguiente: a) El Órgano rector debe aprobar el presupuesto ordinario del ejercicio siguiente y debe contener la siguiente información: cartera de servicios, actividad prevista para cada una de las prestaciones, costes estimados para cada una de ellas y criterios para la derivación de pacientes. Es el límite del importe global máximo de la financiación a otorgar al centro sanitario vinculado; b) Posibilidad de modificación del presupuesto ordinario por motivos tasados: cambios en la cartera de servicios del centro sanitario vinculado, en los criterios de derivación de pacientes, en las condiciones laborales con implicación salarial o de otros condicionantes con relevancia económica, que incidan de manera relevante en los costes. Requiere la previa modificación del presupuesto y la adecuación del tope de financiación acordado para el centro sanitario vinculado; c) Presupuesto final anual como consecuencia de las modificaciones efectuadas.

El flujo de financiación se articula mediante la presentación de una factura mensual por los servicios prestado el mes anterior con la información complementaria sobre cada una de las prestaciones y el coste de las mismas. Para cada inicio de ejercicio se efectúa un anticipo por el importe correspondiente a una doceava parte del presupuesto aprobado para dicho ejercicio económico. A este flujo de financiación, junto a la información señalada se añade la información detallada sobre los siguientes extremos: a) Ingresos de carácter público, b) Ingresos de carácter privado, c) Detalle de gastos por cuenta contable, según estructura acordada, d) Detalle del gasto incurrido para la actividad privada calculado conforme al modelo de contabilidad de costes.

Al cierre del ejercicio se procede a la regularización anual. Esta regularización consiste, básicamente, en que dentro del mes de enero del ejercicio siguiente al cierre y con los datos reales se obtiene la diferencia entre la facturación correspondiente a la actividad realizada y el importe abonado en las doce mensualidades. La financiación del ejercicio tiene como tope el coste real incurrido por el centro sanitario vinculado, excluidos los costes de amortización y deducida la facturación por la actividad privada desarrollada.

Las inversiones y la adquisición de bienes y servicios que se realicen con cargo al centro sanitario vinculado son de la titularidad del centro sanitario. La titularidad de las inversiones

que se realicen con cargo a las aportaciones de Osakidetza corresponde al citado Ente Público.

Por último, se limita el derecho a percibir ciertas subvenciones declarando las correspondientes incompatibilidades ya que no pueden percibir subvenciones destinadas a satisfacer las actividades o servicios asistenciales objeto del convenio.

Undécima. Los órganos de gobierno son dos: el Órgano Rector (órgano colegiado superior de dirección y gestión del centro sanitario) y el Director/a del centro (designado y cesado por la persona titular del centro, a propuesta del Órgano rector).

Las funciones del primero las podemos agrupar en: a) Económico-financieras (aprobación del presupuesto, balances y cuentas memoria y auditoria del centro; b) Personal (aprobación de la plantilla propia del centro, autorización de la contratación de personal y los criterios y procedimiento para su selección y convenio del personal, proponer el nombramiento de director/a; c) Inversiones (estructura de los servicios asistenciales e instalaciones en general, enajenación de material o de productos, baja de material inventariarlo, obras de conservación y mantenimiento);

Es un órgano colegiado compuesto por 6 miembros y su designación corresponde a la persona titular del centro vinculado. No obstante, 2 personas han de ser a propuesta del Departamento de Salud y 1 persona a propuesta de Osakidetza y 3 personas a propuesta de la persona titular del centro vinculado.

Las funciones del segundo las podemos agrupar en: a) Administrar y representar al centro; b) Jefatura de personal (incluso del personal estatutario adscrito, contratar al personal de la plantilla, c) Propuestas y ejecución de actividad económico-financieras, inversiones y contrataciones; e) informar al órgano rector (informes, seguimientos etc.)

Duodécima. Todos los convenios de vinculación deben contener un mínimo indisponible por las partes que los suscriben que se pueden agrupar en tres contenidos: A. Relativos a los requisitos para la suscripción, financiación, funcionamiento y acceso: órganos competentes para su suscripción, objeto del convenio, homologación, identificación de la población asistida, normas de acceso, financiación, control económico financiero por parte de la administración, órganos de gobierno. B. Relativos a la titularidad de las instalaciones y de las relaciones laborales. La titularidad de las instalaciones y de las relaciones laborales del personal del centro recaen en la persona titular del centro vinculado. C. Relativos al plazo de vigencia, causas de extinción resolución de conflictos. D. Duración: tres años.

VI. Bibliografía

- **Arratibel Arrondo, José Antonio: (1998).** “La legislación Sanitaria Vasca en el Primer Gobierno Provisional Vasco: guerra civil y exilio.” Real Sociedad Bascongada de Amigos del País.
 - (2000): “El nuevo régimen jurídico de gestión del sistema nacional de salud y del sistema sanitario vasco,” en Revista Vasca de Administración Pública.
 - (2007): “Límites jurídicos a la huida del Derecho Público de los entes instrumentales del Sistema Nacional de Salud.” Noticias jurídicas.com, 2007.
 - (2013): “Determinación de los elementos jurídicos motivadores en la concertación de prestaciones sanitarias.” Auditoría pública: revista de los Órganos Autónomos de Control Externo, ISSN 1136-517X, Nº. 60, 2013, págs. 43-56.
 - (2020): “Análisis de la naturaleza Jurídica de la accion concertada sanitario de las CCAA.” Auditoría pública: revista de los Órganos Autónomos de Control Externo, ISSN 1136-517X, Nº. 75, 2020, págs. 137-160.
- **Bauzá Martorell, F.J.: (2018).** “Convenios con particulares: límites entre contrato, convenio y subvención.” Número 48 de la Revista General de Derecho Administrativo (Yuste, mayo 2018).
- **Cueto Pérez, M. (2018).** “La continuidad del concierto sanitario tras la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público,” en *Libro Homenaje al Profesor Ángel Menéndez Rexach*, 2018.
- **Domínguez Martín, M.: (2019).** “Los contratos de prestación de servicios a las personas. Repensando las formas de gestión de los servicios sanitarios públicos tras las Directivas de contratos de 2014 y la Ley 9/2017 de contratos del Sector Público.” Revista General de Derecho Administrativo (Yuste, enero 2019).
- **Domínguez Simón, A.: (2007).** “El contrato de gestión de servicio público en la modalidad de concierto” Revista derecho y salud, Volumen 21, Extraordinario XIX Congreso.
- **Gomez Marti, M.: (1997).** “El contrato-programa del hospital universitario de canarias aproximación al régimen

jurídico de los conciertos sanitarios”, en Revista Derecho y Salud, volumen 5, número 1 Barcelona

- **Lafarga Traver, J. L. (2006).** Mesa de trabajo “convenios singulares y contratos. volumen 14, marzo 2006 Extraordinario XIV Congreso Derecho y Salud,
- **Lopez Benitez, M. (2011).** “¿Sirve la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas para la contratación de los servicios sanitarios? Algunas reflexiones a propósito de los contratos sobre servicios y bienes sanitarios.” Revista Derecho y Salud (enero-junio 2011) vol. 9, nº 1, págs. 51-52. Ed Asociación juristas para la salud.
- **Manent Alonso, L.:** “El desconcierto de la acción concertada”. Actualidad administrativa: 2019 / coord. por Luis Moll Fernández-Fígares; Enrique Ortega Burgos (dir.), 2019, ISBN 9788413131375, págs. 547-574
- **Martín Martín J.J. (2003).** “Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias”. Fundación Alternativas. Documento de Trabajo 14.
- **Peman Gavin, J. (1996).** “Hacia nuevas formas de gestión de los servicios sanitarios ”; en la obra colectiva “Reforma y liberalización económica. Los Decretos-Leyes de junio de 1996. Ed. Civetas, Madrid