



## 2.2. CURSOS, OPOSICIONES Y CONCURSOS

### SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD

**CVE-2025-4118** *Resolución PJSS/SCS/3/2025, por la que se convoca la provisión de un puesto de Jefe/a de Servicio de Psiquiatría de la Gerencia de Atención Especializada Áreas III y IV: Hospital Comarcal Sierrallana.*

Visto lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley de Cantabria 9/2010, de 23 de diciembre, de personal estatutario de Instituciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria y la Orden SAN/5/2014, de 26 de febrero, por la que se regula el procedimiento de provisión y evaluación de los puestos de Jefatura de Servicio y de Sección de Atención Especializada.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5.2 f) de la Ley de Cantabria 9/2010, de 23 de diciembre, de personal estatutario de Instituciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

#### DISPONGO

Primero.- Convocar la provisión de un puesto de Jefe de Servicio de Atención Especializada que se relaciona en el Anexo I, con arreglo a las siguientes,

#### BASES

Base 1ª. Requisitos de participación.

Podrán participar en la presente convocatoria el personal facultativo con nombramiento como personal estatutario fijo en el Sistema Nacional de Salud, titulares de plazas vinculadas, o personal funcionario de carrera que reúna los requisitos a la fecha de terminación del plazo de presentación de solicitudes:

a) Estar en posesión del título de licenciado o de grado, así como del título de especialista en Psiquiatría, o el título equivalente que habilite para el ejercicio de la especialidad.

b) Haber desempeñado plaza de la especialidad objeto de la convocatoria en los Servicios Jerarquizados de la Seguridad Social, o plaza en Hospitales con programas acreditados para la docencia por la Comisión Nacional de la especialidad correspondiente, por un período mínimo de tres años.

Los periodos citados podrán haber sido desempeñados de forma continua o discontinua, en diferentes servicios y hospitales, si bien se contabilizará como uno sólo los periodos de tiempo en los que se haya desempeñado simultáneamente más de una plaza.

Base 2ª. Solicitudes de participación.

Quienes deseen formar parte de la presente convocatoria, presentarán su solicitud en el modelo normalizado que se acompaña como Anexo II, en el plazo de un mes contado desde el día siguiente a la publicación de la presente convocatoria en el Boletín Oficial de Cantabria. Dicho modelo normalizado se encuentra a disposición de los interesados en la página web [www.saludcantabria.es](http://www.saludcantabria.es).



Las solicitudes de participación irán dirigidas al Director Gerente del Servicio Cántabro de Salud, pudiendo presentarse por cualquiera de los medios que establece la normativa de procedimiento administrativo vigente.

Base 3ª. Documentación a aportar.

Junto a la solicitud, los aspirantes deberán acompañar la siguiente documentación acreditativa del cumplimiento de los requisitos de participación:

- a) Copia auténtica del Documento Nacional de Identidad
- b) Copia auténtica o certificación acreditativa de su nombramiento como personal estatutario fijo en el Sistema Nacional de Salud, titulares de plazas vinculadas, o personal funcionario de carrera.
- c) Copia auténtica de la titulación académica exigida en la convocatoria.
- d) Certificación acreditativa, de tiempo de servicios prestados en plaza de la especialidad correspondiente en los Servicios Jerarquizados de la Seguridad Social, o plaza en Hospitales con programas acreditados para la docencia por la Comisión Nacional de la especialidad correspondiente.

No obstante lo anterior, no resultará precisa la presentación de dicha documentación cuando tales documentos o datos obren en los archivos o bases de datos del Servicio Cántabro de Salud, siempre que el aspirante haga constar su autorización en el modelo de solicitud.

Asimismo, junto a la solicitud, los aspirantes deberán acompañar la siguiente documentación acreditativa de los méritos a valorar:

a) Currículum profesional, que responderá al modelo normalizado previsto en el Anexo III de la presente convocatoria, y documentación acreditativa de los méritos alegados. A efectos de la presente convocatoria, únicamente se valorarán los méritos acreditados hasta el día de la publicación en el "Boletín Oficial de Cantabria" de dicha convocatoria, incluido el día de publicación. Cuando los méritos obren en archivos del Servicio Cántabro de Salud, podrá solicitarse la aportación de oficio por la Administración, indicando el concreto mérito y la unidad en la que obra. De no ser así, deberá aportarse por el interesado.

b) Proyecto técnico de gestión de la unidad asistencial.

Base 4ª. Procedimiento de valoración de méritos.

La valoración de los méritos para la adjudicación de la plaza se efectuará de acuerdo con lo establecido en los artículos 8 y 9 de la Orden SAN/5/2014, de 26 de febrero, por la que se regula el procedimiento de provisión y evaluación de los puestos de Jefatura de Servicio y de Sección de Atención Especializada, en relación con el baremo incluido en el Anexo que se adjunta a la misma.

Base 5ª. Adjudicación.

Para resultar adjudicatario del puesto convocado será necesario alcanzar una puntuación mínima de 32 puntos en la primera fase y de 48 puntos en la segunda.

Base 6ª. Comisión de Valoración.

En relación con el artículo 7 de la Orden SAN/5/20214, de 26 de febrero, por la que se regula el procedimiento de provisión y evaluación de los puestos de Jefatura de Servicio y Sección de Atención Especializada, la Comisión de Valoración que actuará en el proceso de provisión queda configurada como sigue:



— Presidente/a: Director/a Gerente de la Gerencia de Atención Especializada de las Áreas III y IV: Hospital Comarcal Sierrallana, o persona en quien delegue en función de la plaza.

— Vocales:

- Director/a Médico/a de la Gerencia de Atención Especializada de las Áreas III y IV: Hospital Comarcal Sierrallana, o persona que designe la Dirección Gerencia en función de la plaza.

- A propuesta de la Gerencia de Atención Especializada de las Áreas III y IV: Hospital Comarcal Sierrallana:

Titular: Celso Iglesias García (Jefe de Servicio Psiquiatría Hospital Valle del Nalón, Asturias).

Suplente: Jesús Ángel Artal Simón (Jefe de Servicio Psiquiatría HUMV, Santander, Cantabria)

- A propuesta de la Comisión Mixta de la Gerencia de Atención Especializada de las Áreas III y IV: Hospital Comarcal Sierrallana:

Titular: Ana Isabel Gómez Martínez (FEA de Psiquiatría Hospital Sierrallana, Torrelavega, Cantabria).

Suplente: María Pilar García Pelayo (FEA de Psiquiatría Hospital Sierrallana, Torrelavega, Cantabria).

- Designado por el Director Gerente del Servicio Cántabro de Salud, de un hospital diferente al del puesto convocado:

Titular: José Andrés Gómez del Barrio (FEA de Psiquiatría, HUMV, Santander, Cantabria).

Suplente: Jana González Gómez (Jefa de Sección de Psiquiatría Hospital de Laredo, Laredo, Cantabria).

— Secretario/a:

Titular: Irene Barrio Marañón.

Suplente: Fernando Agúndez de la Cruz.

En supuesto de ausencia o vacante de director gerente, las designaciones atribuidas al mismo arriba indicadas corresponderá efectuarlas al titular de la Dirección Gerencia del Servicio Cántabro de Salud.

Segundo.- Contra la presente resolución, que pone fin a la vía administrativa, cabe interponer directamente recurso contencioso administrativo ante el Juzgado de lo Contencioso Administrativo de Santander en el plazo de dos meses a contar desde el día siguiente al de su notificación o bien, con carácter potestativo, recurso de reposición ante el mismo órgano que ha dictado la presente resolución en el plazo de un mes a contar desde el día siguiente a su notificación.

Santander, 8 de mayo de 2025.

El consejero de Salud

(Por delegación de competencias, según Resolución de 9 de diciembre de 2024),

el director gerente del Servicio Cántabro de Salud,

Luis Miguel Carretero Alcántara.



## ANEXO I

| DENOMINACIÓN                         | GRUPO/<br>SUBGRUPO | NIVEL | GERENCIA   | CÓDIGO<br>PLANTILLA |
|--------------------------------------|--------------------|-------|--|---------------------|
| JEFE/A DE SERVICIO<br>DE PSIQUIATRÍA | A/A1               | 28    | GERENCIA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA<br>ÁREAS III Y IV: HOSPITAL COMARCAL<br>SIERRALLANA | 2136P73000001VW     |



| REGISTRO DE ENTRADA |
|---------------------|
|                     |

## ANEXO II

### SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN PROCEDIMIENTOS DE PROVISIÓN DE PUESTOS DE JEFATURA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Los datos en esta solicitud podrán ser mecanizados para su tratamiento por la Administración Sanitaria de Cantabria. Según LOPD 15/1999 del 13 de diciembre. Vd. puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los mismos, dirigiéndose al responsable del fichero: Secretaría General de la Consejería de Sanidad de Cantabria, c/ Federico Vial 13 (C.P. 39009) a través del Servicio de Personal Sanitario.

| DECLARANTE/SUJETO PASIVO   |        |                       |                 |      |  |        |                    |      |            |           |
|--|--------|-----------------------|-----------------|------|--|--------|--------------------|------|------------|-----------|
| <b>IMPORTANTE: ANTES DE CONSIGNAR LOS DATOS, LEA LAS INSTRUCCIONES ANEXAS A ESTE DOCUMENTO</b>   |        |                       |                 |      |  |        |                    |      |            |           |
| PRIMER APELLIDO  |        | SEGUNDO APELLIDO      |                 |      | NOMBRE   |        |                    | DNI  |            |           |
|  |        |                       |                 |      |  |        |                    |      |            |           |
| DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN  |        |                       |                 |      |  |        |                    |      |            |           |
| TIPO DE VÍA  | NOMBRE |                       |                 |      | Nº   | BLOQUE | ESC                | PISO | LETRA      | LOCALIDAD |
|  |        |                       |                 |      |  |        |                    |      |            |           |
| PROVINCIA  |        | COD. POST.            | PRIMER TELÉFONO |      | SEGUNDO TELÉFONO   |        | CORREO ELECTRÓNICO |      |            |           |
|  |        |                       |                 |      |  |        |                    |      |            |           |
| ORDEN CONVOCATORIA:  |        |                       |                 | SAN/ |  |        | Nº BOC:            |      | FECHA BOC: |           |
| El abajo firmante SOLICITA ser admitido al procedimiento a que se refiere la presente instancia.   |        |                       |                 |      |  |        |                    |      |            |           |
| PUESTO AL QUE OPTA   |        |                       |                 |      |  |        |                    |      |            |           |
|  |        |                       |                 |      |  |        |                    |      |            |           |
| <p>De acuerdo con el artículo 28 de la ley 39/2015, en caso de Oponerse a que el órgano convocante verifique de oficio el cumplimiento de los requisitos de participación, marque la casilla <input type="checkbox"/> debiendo, en este caso, aportar los documentos acreditativos correspondientes.</p> <p>a) documento nacional de identidad.<br/> b) nombramiento como personal estatutario fijo en el Sistema Nacional de Salud, titulares de plazas vinculadas, o personal funcionario de carrera.<br/> c) titulación académica exigida.<br/> d) servicios prestados en plaza de la especialidad en los Servicios Jerarquizados de la Seguridad Social, o plaza en Hospitales con programas acreditados para la docencia por la Comisión Nacional de la especialidad correspondiente.</p> |        |                       |                 |      |  |        |                    |      |            |           |
| <p><b>DOCUMENTACION QUE SE APORTA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Proyecto técnico de gestión de la unidad asistencial.</li> <li>Currículum profesional, en el modelo normalizado (Anexo III), al que se acompaña documentación acreditativa de los méritos alegados. Si la documentación acreditativa de los méritos alegados, ha sido entregada con anterioridad y obra en cualquier órgano o unidad de la Administración, a efectos de su valoración en la presente convocatoria, deberá hacerse constar la fecha y el órgano o dependencia donde fueron entregados.</li> </ul>   |        |                       |                 |      |  |        |                    |      |            |           |
| MERITO ALEGADO   |        | FECHA DE PRESENTACIÓN |                 |      | ÓRGANO O DEPENDENCIA (Indicar también el tipo de proceso: carrera, OPE...) |        |                    |      |            |           |
|  |        |                       |                 |      |  |        |                    |      |            |           |
|  |        |                       |                 |      |  |        |                    |      |            |           |
|  |        |                       |                 |      |  |        |                    |      |            |           |
|  |        |                       |                 |      |  |        |                    |      |            |           |
|  |        |                       |                 |      |  |        |                    |      |            |           |
| FECHA  |        |                       |                 |      | FIRMA  |        |                    |      |            |           |
|  |        |                       |                 |      |  |        |                    |      |            |           |

DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD

CVE-2025-4118



## INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN PROCEDIMIENTOS DE PROVISIÓN DE PUESTOS DE JEFATURA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

**1.- DECLARANTE:** Cumplimente todos sus datos personales cuidadosamente con LETRA MAYÚSCULA sin omitir ninguno de los datos pedidos y siguiendo las instrucciones.

### 2.- INFORMACIÓN ADICIONAL:

- **Convocatoria:** Introduzca los datos de referencia de la Convocatoria publicada:
  - Orden que identifica la Convocatoria
  - Nº BOC en que se publica la Convocatoria
  - Fecha de publicación de la convocatoria en el BOC
  
- **Puesto al que opta:** Escriba el nombre del puesto al que opta de acuerdo con el Anexo I de la Convocatoria.

### 3.- DOCUMENTOS:

- **Documentación acreditativa de los requisitos de participación:** No será necesaria la presentación de la documentación acreditativa del cumplimiento de los requisitos de participación anteriormente señalada, en los términos del artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Si la persona interesada se opone expresamente a la consulta, deberá presentar:

- a) Copia compulsada del Documento Nacional de Identidad
- b) Copia compulsada, o certificación acreditativa, de su nombramiento como personal estatutario fijo en el Sistema Nacional de Salud, titulares de plazas vinculadas, o personal funcionario de carrera.
- c) Copia compulsada de la titulación académica exigida en la convocatoria.
- d) Copia compulsada, o certificación acreditativa, de tiempo de servicios prestados en plaza de la especialidad correspondiente en los Servicios Jerarquizados de la Seguridad Social, o plaza en Hospitales con programas acreditados para la docencia por la Comisión Nacional de la especialidad correspondiente.

La no aportación de la mencionada documentación, será causa para requerirle de conformidad con lo dispuesto en el artículo 68.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo de las Administraciones Públicas.

- **Documentación que se aporta:** En todo caso se debe aportar: Proyecto Técnico de Gestión y Curriculum Profesional conforme al Anexo III. Si la documentación acreditativa de los méritos alegados, ha sido entregada con anterioridad y obra en cualquier órgano o unidad de la Administración, a efectos de su valoración en la presente convocatoria, deberá cumplimentarse el Anexo II haciendo constar la fecha y el órgano o dependencia donde fueron entregados.

**4.- FECHA Y FIRMA:** No olvide fechar y firmar su solicitud.





| 4.- ACTIVIDAD INVESTIGADORA                 |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
| 4.1.- Comunicaciones aceptadas a Congresos  |   |                                  |
| CONGRESOS NACIONALES                        |   | TÍTULO DE LA COMUNICACIÓN        |
| 1.  |   |                                  |
| 2.  |   |                                  |
| 3.  |   |                                  |
| 4.  |   |                                  |
| 5.  |   |                                  |
| CONGRESOS INTERNACIONALES                   |   | TÍTULO DE LA COMUNICACIÓN        |
| 1.  |   |                                  |
| 2.  |   |                                  |
| 3.  |   |                                  |
| 4.  |   |                                  |
| 5.  |   |                                  |
| 4.2.- Ponencias en Congresos                |   |                                  |
| CONGRESOS NACIONALES                        |   | TÍTULO DE LA PONENCIA            |
| 1.  |   |                                  |
| 2.  |   |                                  |
| 3.  |   |                                  |
| 4.  |   |                                  |
| 5.  |   |                                  |
| CONGRESOS INTERNACIONALES                   |   | TÍTULO DE LA PONENCIA            |
| 1.  |   |                                  |
| 2.  |   |                                  |
| 3.  |   |                                  |
| 4.  |   |                                  |
| 5.  |   |                                  |
| 4.3.- Publicaciones periódicas              |   |                                  |
| TÍTULO DE LA REVISTA CON ISSN               | INDEX<br>SI - NO                                  | TÍTULO DEL ARTÍCULO              |
| 1.  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                  |
| 2.  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                  |
| 3.  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                  |
| 4.  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                  |
| 5.  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                  |
| 4.4.- Libros o capítulos de libros con ISBN |   |                                  |
| TÍTULO DEL LIBRO                            |   | TÍTULO DEL CAPÍTULO (en su caso) |
| 1.  |   |                                  |
| 2.  |   |                                  |
| 3.  |   |                                  |
| 4.  |   |                                  |
| 5.  |   |                                  |





|   |   |   |
|---|---|---|
|  |  | <b>RESÚMEN DEL<br/>CURRÍCULUM PROFESIONAL<br/>PUESTOS DE JEFATURA DE<br/>ATENCIÓN ESPECIALIZADA</b> |
|---|---|---|

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE | DNI |
|-----------------|------------------|--------|-----|
|                 |                  |        |     |

**CURRÍCULUM PROFESIONAL****1.- FORMACIÓN UNIVERSITARIA**

|  |                             |                             |  |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--|
| 1.1.- Grado de Doctor                    |                             |                             |  |
| Especificar:                             |                             |                             |  |
| 1.2.- Calificación de Doctor "Cum Laude" | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |  |

**2.- FORMACIÓN ESPECIALIZADA**

|   |
|---|
| 2.1.- Periodo completo de formación especializada como residente en centro nacional o extranjero, reconocido por el Ministerio <input type="checkbox"/> |
| 2.2.- Título de especialista a través de otra vía <input type="checkbox"/>  |

**3.- ACTIVIDAD ASISTENCIAL**

|  |                 |  |
|--|-----------------|--|
| Tiempo trabajado en la misma categoría y especialidad en el SS del Sistema Nacional de Salud o equivalentes UE o EEE | Número de meses |  |
|--|-----------------|--|

**4.- ACTIVIDAD INVESTIGADORA**

|  | Primer firmante número total | Siguientes firmantes número total |
|--|------------------------------|-----------------------------------|
| 4.1.- Comunicaciones aceptadas a Congresos                   |                              |                                   |
| Congresos Nacionales   |                              |                                   |
| Congresos Internacionales                                    |                              |                                   |
| 4.2.- Ponencias en Congresos                                 |                              |                                   |
| Congresos Nacionales   |                              |                                   |
| Congresos Internacionales                                    |                              |                                   |
| 4.3.- Publicaciones periódicas                               |                              |                                   |
| Por artículo en revista con ISSN no indexada                 |                              |                                   |
| Por artículo en revista con ISSN indexada                    |                              |                                   |
| 4.4.- Libros o capítulos de libros con ISBN                  |                              |                                   |
| Por capítulo de libro (máximo 3 capítulos de un mismo libro) |                              |                                   |
| Por libro completo   |                              |                                   |

**5.- EXPERIENCIA Y FORMACIÓN EN GESTIÓN**

|  |  |  |
|--|--|--|
| 5.1.- Experiencia en puesto de Jefe de Servicio/Sección de Atención Especializada o puestos directivos de servicios de salud (periodos no coincidentes con apartado 3) | Número de meses completos                  |  |
|  | Número de créditos de Formación Continuada |  |
|  | Número de créditos ECTS                    |  |
|  | Número de horas otros cursos               |  |
| 5.2.- Discente en cursos de formación continua o postgrado en dirección y gestión de servicios sanitarios  |  |  |

