

**INFORMACION DEL SMC**



*Recobremos el placer de ser médicos*



# Boletín Informativo SMC-CESM

<http://www.sindicatomedico.es/>



**MEDICOS**

que defienden a los

**MEDICOS**

**TABLON DE ANUNCIOS DEL SMC-CESM**

**No es que no cambie nada... Si. La cosa está cambiando... A peor.**

**Recibimos con agrado la noticia de la “amortización-agregación” de la plaza de gerente del SCS ya que, en**

**principio, parecía “propio” eliminar gastos  
superfluos e intentar ganar en eficacia y flexibilidad.  
Craso error. No aprenderemos nunca:  
HEMOS DUPLICADO LA INEFICACIA Y LA FALTA DE  
TRASPARENCIA.  
Parece difícil. Muy difícil. Pero se ha conseguido.**

## OPINIONES

### Compromiso de todos

*Por Javier García Alegria, ex presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y coordinador del proyecto Compromiso por la Calidad de las Sociedades Médicas en España*

La toma de decisiones eficiente por parte de los clínicos es un compromiso ético que está reflejado en diversos códigos profesionales. Buscar la respuesta con la mejor relación de coste-eficacia o coste-utilidad es una obligación de los médicos, y de los sanitarios en general, con los pacientes y con la sociedad en su conjunto. Si esta es una **premisa profesional permanente**, adquiere mayor relevancia en el contexto actual de crisis económica, y en un sistema de salud mayoritariamente público, como sucede en España.

Existen numerosas evidencias de que **determinadas prácticas diagnósticas, perfiles de cuidados sanitarios y tratamientos, algunos de ellos de muy alto coste, no aportan un valor añadido relevante para el enfermo**. Estas actuaciones son ineficientes, innecesarias o, sencillamente, están contraindicadas. La reducción de estas prácticas es una medida de eficiencia que no tiene repercusión en los resultados de salud, por no generar ningún beneficio para los pacientes ni para la sociedad.

La *Carta del Profesionalismo*, publicada por la **European Federation of Internal Medicine y American Board of Internal Medicine**, y suscrita por numerosas sociedades científicas e instituciones, incluye nuestros compromisos profesionales con una atención sanitaria de mayor calidad, la seguridad clínica, la reducción del uso incorrecto de los recursos sanitarios, una distribución justa de los recursos finitos, y una asistencia basada en una gestión racional y eficaz de unos recursos limitados. Por otra parte, el **Código de Deontología y Ética Médica** de nuestro país, refleja que el médico “está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición”.

Las sociedades científicas y profesionales tienen el compromiso, y la obligación, de orientar a sus miembros, a las autoridades sanitarias, y a los ciudadanos, acerca de cómo mejorar la atención sanitaria. Recientemente en algunos países occidentales, como Estados Unidos o el Reino Unido, se han desarrollado iniciativas institucionales para **mejorar la eficiencia clínica**.

---

Entre ellas están *Choosing Wisely*, del American Board of Internal Medicine, *Do not do* del National Institute for Clinical Excellence (NICE), o *Less is More*, de la American Medical Association. Hace unos meses **la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) tuvo la iniciativa de presentar a las autoridades ministeriales un proyecto de mejora** de la eficiencia, en donde pudieran participar un amplio abanico de sociedades científico-médicas de nuestro país.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad finalmente aprobó y ha iniciado el proyecto que se denomina ***Compromiso por la Calidad de las Sociedades Médicas en España***. El mismo se enmarca en las actividades de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud y será coordinado de forma conjunta por la Subdirección General de Calidad y Cohesión, por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, del que forma parte GuíaSalud y por la propia SEMI. El día 30 de abril se hizo su presentación oficial en un acto al que asistieron numerosos representantes de sociedades nacionales, y el día 20 de mayo se hizo una segunda ronda con otro grupo.

El objetivo principal del mismo es **disminuir el uso de intervenciones médicas innecesarias**, entendiendo por tales aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias. Los objetivos secundarios son la reducción de la variabilidad en la práctica clínica, contribuir a difundir entre los médicos y los pacientes la necesidad y el compromiso con un uso adecuado de recursos sanitarios y, finalmente, promover la seguridad clínica evitando la iatrogenia secundaria.

El trabajo, ya avanzado, requiere la **revisión de guías clínicas basadas en la evidencia**, con un soporte metodológico adecuado que presta GuíaSalud, la revisión por parte de un grupo de expertos designados por cada una de las sociedades de estas evidencias preseleccionadas y la inclusión de sugerencias de otras fuentes, y finalmente la realización de una técnica Delphi con una escala de puntuación y jerarquización. Al final cada sociedad propondrá 5 recomendaciones de *no hacer*. Estas recomendaciones serán seleccionadas según un criterio de priorización basado en su impacto clínico y económico, tendrán un enunciado sencillo, tendrán una evidencia científica sólida con unas mínimas referencias bibliográficas, y contarán con el aval de cada sociedad. **Las primeras conclusiones, para su presentación y difusión pública, están previstas para final de este año.** Un segundo grupo de sociedades las presentarán el año que viene. En principio se tiene la intención de mantener este proyecto vivo, y, por tanto, renovar y ampliar el número de recomendaciones con el tiempo.

La importancia de las conclusiones radica en que estas serán seleccionadas y avaladas por las propias sociedades médicas, pues estas encarnan el rigor y la actualización del conocimiento científico. **Las conclusiones están dirigidas a los profesionales, a los pacientes y a las autoridades y directivos sanitarios.** Tienen un gran valor de orientación, de modificación de la praxis, al ser prácticas desaconsejadas, que creemos tendrán un impacto sustancial en la reducción de costes o en un uso alternativo de los recursos sanitarios. Los documentos finales serán ampliamente difundidos, para que sirvan en la ayuda a la toma de decisiones compartida entre médicos y pacientes.

Se trata de un proyecto incluyente y abierto, de un verdadero compromiso de todos para mejorar la asistencia sanitaria en España.

Hasta estas fechas han mostrado su adhesión a este proyecto las siguientes sociedades médicas, ordenadas alfabéticamente:

- 
1. Asociación Española de Biopatología Médica
  2. Asociación Española de Cirujanos
  3. Asociación Española de Pediatría
  4. Asociación Española de Urología
  5. Alergología e Inmunología Clínica
  6. Anatomía Patológica
  7. Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor
  8. Angiología y Cirugía Vascul ar
  9. Bioquímica Clínica y Patología Molecular
  10. Cardiología
  11. Cirugía Ortopédica y Traumatología
  12. Cirugía Plástica, Reparadora y Estética
  13. Cirugía Torácica y Cardiovascular
  14. Endocrinología y Nutrición
  15. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica
  16. Geriatria y Gerontología
  17. Hematología y Hemoterapia
  18. Medicina de Familia y Comunitaria
  19. Medicina Geriátrica
  20. Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias
  21. Medicina Interna
  22. Medicina Nuclear e Imagen Molecular
  23. Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene
  24. Médicos de Atención Primaria
  25. Médicos Generales y de Familia



- 
26. Nefrología
  27. Neumología y Cirugía Torácica
  28. Neurología
  29. Oftalmología
  30. Oncología Médica
  31. Oncología Radioterápica
  32. Patología Digestiva
  33. Psiquiatría
  34. Radiología Médica
  35. Rehabilitación y Medicina Física
  36. Reumatología

## ¿Tiene sentido la prescripción enfermera si todavía se nos considera legalmente como auxiliares del médico?

*Ante el debate recurrente sobre la prescripción enfermera, el presidente del Consejo Valenciano de Enfermería reclama, como paso previo, la derogación de la normativa preconstitucional que regula la labor de la enfermería y que, como se pone de manifiesto en recientes pronunciamientos judiciales, está sometida al médico.*

**04/07/2013, José Antonio Ávila**

La llamada "prescripción" enfermera, por diversos motivos, viene cobrando actualidad informativa de forma periódica en relación al hecho de su regulación y, sin embargo, sigue sin estar despejado de obstáculos e incongruencias el contexto jurídico donde debe desarrollarse. Cuestión esta a la que, por parte de quienes tienen la obligación de normalizar la profesión enfermera de acuerdo a los tiempos sanitarios actuales, se le debiera prestar la atención capital que se merece, pues de lo contrario de nada valdrá todo el esfuerzo que se viene realizando, ya no sólo en pro de regular la capacidad prescriptora de Enfermería, sino también para otros avances competenciales en la profesión enfermera, los cuales se pueden ver afectados y puestos en entredicho. En este sentido, considero necesario y urgente el abordar, de forma definitiva y concluyente, la final derogación del antiguo Estatuto del Personal Auxiliar Sanitario y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social, de 26 de abril de 1973, ya que la Ley 55/2003 de 16 de noviembre, del Estatuto Marco del Personal estatuario de los servicios de salud y el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del



---

Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, lo han hecho parcialmente, dejando temporalmente en vigor los artículos comprendidos entre el 57 y 69, los cuales afectan directamente al colectivo de Enfermería.

Hago esta observación a raíz de la Sentencia 458/2012, de 21 de mayo, del Tribunal Superior de Justicia (TSJ) de la Comunidad Valenciana y del Auto de la Audiencia Provincial de Madrid de 31 de mayo. En ambos casos, el tribunal no analiza la vigencia actual de los artículos mencionados, sino que da por supuesto su aplicabilidad.

En el primer caso, se confirmaba una resolución de la Generalitat Valenciana que sancionó a una enfermera por administrar antitérmicos y suero fisiológico a un paciente sin prescripción facultativa. El tribunal consideró que esta conducta suponía un "notorio incumplimiento de las funciones o de las normas reguladoras del funcionamiento del servicio" teniendo en cuenta lo establecido en el Estatuto de 1973, en cuanto el mismo atribuye al personal de Enfermería ejercer las funciones del auxiliar del médico, cumplimentando las instrucciones que por escrito o verbalmente reciban de aquél, la terapéutica prescrita por los facultativos encargados de la asistencia, así como aplicar la medicación correspondiente.

En el caso de Madrid, la sección 6ª de la Audiencia Provincial tuvo que dilucidar una cuestión de competencias profesionales entre una enfermera y una matrona en relación a la vigilancia de la monitorización fetal, resolviendo la Sala que era competencia exclusiva de la matrona. Hasta aquí, todo parece normal; sin embargo hay que señalar que, para llegar a esta conclusión, el tribunal tuvo que remitirse al ya citado Estatuto preconstitucional en donde se regulan las obligaciones y funciones de ambas profesionales.

Esta situación anacrónica respecto a las competencias y funciones de las enfermeras lastra cualquier desarrollo profesional que pueda emprender la profesión enfermera y, por tanto, debe ser corregida de forma prioritaria. La solución de esta situación debe ser un objetivo conjunto y de primer orden para la recién constituida Mesa Estatal de la Profesión Enfermera, tras la firma de un acuerdo de colaboración entre el Consejo General de Enfermería y el Sindicato SATSE, a los que, desde la Comunidad Valenciana, se brinda todo el apoyo de su Organización Colegial para luchar contra este escenario profesional anómalo en el que, según pronunciamientos judiciales, todavía está inmersa la Enfermería como consecuencia de la vigencia de normas que datan de hace 40 años.

Es urgente dejar definitivamente sin efecto todo el antiguo Estatuto del Personal Sanitario de 1973, propiciando la promulgación de una Norma, la cual debe ser a nivel estatal para evitar situaciones diferentes, que recoja la verdadera y actual dimensión de las funciones y competencias de Enfermería.

**José Antonio Ávila es Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunitat Valenciana (CECOVA)**

**NOTICIAS C E S M**

---

## Los médicos APD y de Cupo y Zona del País Vasco podrán seguir siendo funcionarios

Pese a que el RD 12/2012 impone su estaturización o integración en las administraciones sanitarias antes del 31 de diciembre

El real decreto 16/2012 sobre “medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS” establece que los médicos funcionarios de Asistencia Pública Domiciliaria (APD) y de Cupo y Zona deben optar antes del 31 de diciembre de este año por convertirse en estatutarios o integrarse en las administraciones sanitarias en igualdad de condiciones que el resto de los facultativos.

Sin embargo, los afectados, unos 3.500 en toda España, mantienen la esperanza de que el Gobierno atienda su deseo de que se anule esta imposición o bien les permita seguir en sus actuales puestos hasta la edad de jubilación. De hecho, el PP ya ha dejado caer en la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados que está dispuesto a introducir cambios en la norma.

Se trata de una disposición favorable que parece corroborar el [acuerdo al que ha llegado el Ejecutivo central con el País Vasco](#), en virtud del cual se reinterpreta el artículo 10.4 del citado real decreto y se garantiza que estos médicos podrán continuar siendo funcionarios el próximo 1 de enero.

La resolución que ha publicado en el BOE el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas señala textualmente que “respecto al artículo 10. Cuatro, ambas partes coinciden en que este artículo debe entenderse en el sentido de que el plazo que se fija, el 31 de diciembre de 2013, lo es para que los funcionarios afectados o bien opten voluntariamente por integrarse como personal estatutario en las Instituciones sanitarias de titularidad pública adscritas o dependientes de cada uno de los servicios de salud, y efectivamente se integren, o bien para que opten por permanecer en activo en su actual situación, en los cuerpos y escalas en los que ostenten la condición de funcionarios”.

Fuentes: CESM.

---

## **Sanidad acuerda con el Foro de la Profesión Médica instar a las comunidades del PP a dejar a los APD en su puesto hasta la jubilación**

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha llegado a un compromiso verbal con los miembros del Foro de la Profesión Médica por el cual instará a las comunidades gobernadas por el Partido Popular a seguir la vía escogida por País Vasco para dar salida al conflicto de los médicos titulares (APD) y los de cupo y zona. Esto es: mantenerles con las mismas condiciones laborales actuales hasta su jubilación ante la imposibilidad de cubrir sus plazas en el sistema público. El acuerdo todavía está por oficializar y podría formar parte del documento de consenso saliente del acuerdo marco entre Ministerio y Foro de la Profesión.

Según fuentes implicadas en la negociación consultadas por REDACCIÓN MÉDICA el Ministerio está confiado en que las comunidades 'afines' sigan su consejo y espera que otras como Andalucía, Asturias o Canarias (que han recurrido el 16/2012 ante el Tribunal Constitucional) también adopten una postura favorable a esta solución, en la que las comunidades tienen la última palabra.

Fuentes: REDACCIÓN MÉDICA, 03-06-2013

<http://www.redaccionmedica.com/noticia/sanidad-instara-a-las-ccaa-del-pp-a-dejar-a-los-apd-en-su-puesto-hasta-la-jubilacion-7092>

## **Madrid: El sindicato demanda ante el TSJ el Plan de Ordenación de Recursos Humanos**

AMYTS-CESM expone **seis razones** de peso

La Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid (AMYTS-CESM) presentó ayer ante la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid una demanda contra el Plan de Ordenación de Recursos Humanos (RRHH) elaborado por la Consejería de Sanidad.

<http://www.sindicatomedico.es/>



---

AMYTS ha mostrado reiteradamente su rechazo a esta norma desde su imposición, que no negociación, en la Mesa Sectorial de Sanidad celebrada el pasado 4 de marzo.

Las razones por las que AMYTS recurre el Plan de Ordenación de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad (*herramienta que la Consejería pretende utilizar para recolocar y despedir al personal de la sanidad pública movilizado como consecuencia de la privatización de la gestión de los 6 hospitales públicos actualmente en licitación*) son las siguientes:

**1.- Movilidad por razón del servicio.** AMYTS no puede admitir en ningún caso la movilidad por razón del servicio. La defensa de los derechos laborales de los profesionales es el fin principal de esta asociación profesional, y por ello mostrará siempre su disconformidad con la movilización forzosa de personal toda vez que entiende que esta es una merma de los derechos de los mismos. En ninguna circunstancia puede dar conformidad a la Administración en estos movimientos. Falta información sobre planificación estratégica a corto, medio y largo plazo.

**2.- Jubilación.** AMYTS ha manifestado siempre su deseo de que se permita a los profesionales la posibilidad de prorrogar la edad de jubilación de forma voluntaria hasta los 70 años, siempre que las condiciones de salud lo permitieran, y desarrolle actividad asistencial. Los profesionales son el principal capital del Servicio Madrileño de Salud. En las circunstancias actuales, con jubilaciones en 2013 de aproximadamente un 10% de facultativos, y en los próximos cinco años de otro 20%, con tasas de reposición mínimas, la pérdida de facultativos en el sistema será muy elevada, lo que se traducirá inexorablemente en un incremento de las listas de espera, una disminución de la calidad y un deterioro del sistema.

**3.- Alianzas estratégicas.** Unido íntimamente al punto primero, movilidad por razón del servicio, se encuentran las denominadas alianzas estratégicas. Esta medida da libertad para mover personal de centros públicos hacia centros privatizados, y por tanto se producirían dos de las principales medidas que rechazamos: la movilidad forzosa y la privatización.

**4.- Integración de cupo y zona.** Se contempla en el plan de ordenación de RRHH la ejecución de una de las medidas que contiene el Real decreto Ley 16/2012, que entendemos es una modificación unilateral de las condiciones laborales de los sanitarios que accedieron a las plazas de esta denominación, con unas condiciones que deben ser respetadas.

**5.- Funcionarios.** Igualmente afectados por el Real decreto Ley 16/2012, se dice por parte de la Administración que se paraliza la ejecución de lo que se contempla en el Decreto por estar pendiente de recursos ante el Tribunal Constitucional. En todo caso reiteramos lo dicho para los Cupo y Zona.

---

6.- Falta de concreción en relación a concursos de traslados y selección y provisión de plazas.

## Andalucía pone en marcha su plan de vacaciones más restrictivo

En el **hospital de Jerez**, por ejemplo, sólo se **contratará a cinco médicos** - En **Córdoba** se sustituirá **sólo el 2%** de los que se van de vacaciones

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) puso en marcha ayer en sus centros el plan de vacaciones más restrictivo de los últimos años, en un momento además en el que se arrastra ya una larga etapa de recortes. Un plan de vacaciones que ha generado además las quejas de los sindicatos no sólo por la tardanza con la que se les presentó sino también por un contenido que -afirman- adolece de transparencia. (...) Los contratos que se harán para sustituciones son al 75% y por ejemplo en el hospital de Jerez resulta llamativo que sólo se van a contratar cinco médicos para sustituir a los que se van de vacaciones: dos en Urgencias, uno en Pediatría, uno en Hematología y uno en UCI, según indica al DIARIO DE JEREZ el representante del **Sindicato Médico, Rafael Iglesias**. "Si en el centro hay unos 400 médicos y van cogiendo sus vacaciones a lo largo de estos tres próximos meses, los que se quedan o hacen el trabajo del resto o lógicamente se cierran quirófanos y consultas porque no hay personal". (...)

Por otra parte, en Córdoba (según señala a [ABC](#) citando a fuentes sindicales, entre ellas la de CESM-Córdoba) el ente público sólo tiene previsto cubrir el 2% de las vacaciones de médicos durante los meses de julio, agosto y septiembre.

A ello se unen unas listas de espera que, a falta de datos oficiales, los representantes sindicales presumen ya que se han disparado en el último año, incumpléndose muy probablemente los decretos de garantías de los que la Consejería de Salud tanto ha alardeado como ejemplo de eficacia y transparencia.

**Antonio Martín**, delegado del **Sindicato Médico en el Clínico**, pone como ejemplo para MÁLAGA HOY las listas de espera de Cirugía Cardíaca de su hospital que están "en el límite del decreto".

Además, no todas las patologías están amparadas por los topes de espera. Hay muchas que están fuera de decreto, de modo que esos pacientes pueden aguardar incluso más de un año para una operación. Tampoco estos datos se facilitan. Pero los que por su dolencia tienen derecho a los plazos máximos, no siempre son atendidos dentro de esos límites. Porque si se niegan a ser asistidos en un centro privado concertado pierden esa garantía. Aunque mantienen su puesto en la lista de espera, quedan excluidos del derecho a ser atendidos en el plazo tope fijado en los decretos. "¿Entonces la libre elección [de especialista y hospital] dónde está?", reflexionó el delegado del **Sindicato Médico**. Desde los sindicatos se apunta que esta penalización supone castigar a aquellos pacientes que confían en la sanidad pública.

**Fuentes:** DIARIO DE JEREZ, 02-07-2013; MÁLAGA HOY, 02-07-2013

<http://www.diariodejerez.es/articulo/jerez/1556705/sas/pone/marcha/su/plan/vacaciones/mas/restrictivo.html>

<http://www.malagahoy.es/articulo/malaga/1556764/sas/sigue/sin/publicar/unas/listas/espera/estan/peor/nunca.html#>

## NOTICIAS GENERALES

ACTA  SANITARIA

### Admitida la candidatura de Antonio Gutiérrez al Colegio de Médicos de Sevilla

El Pleno de Presidentes del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos en su sesión celebrada este miércoles, 3 de julio de 2013, resolvió estimar el Recurso de Alzada interpuesto por el Dr. D. Antonio Gutiérrez Martín, ordenando a la Junta Electoral del Real e Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Sevilla que proclame la candidatura de Don Antonio Gutiérrez Martín, como idónea, dando las instrucciones precisas para que continúe la campaña electoral hasta consumir el plazo de los quince días previstos estatutariamente. Fijándose el día de las elecciones para el 18 de julio, ajustándose a las normas electorales previstas en dichos Estatutos, sin dilación y sin nuevos aplazamientos.

**DIARIO MEDICO**COM

## El Foro pide concreción en la solución de los APD

**Sanidad no se ha pronunciado oficialmente, pero hay un compromiso del PP de que los médicos prorroguen su situación laboral hasta que se jubilen**

MADRID **ALICIA SERRANO** alicia.serrano@diariomedico.com

El Sindicato Médico de Euskadi (SME) y el consejo colegial del País Vasco han tomado la delantera al resto de autonomías en la búsqueda de una solución a la integración forzosa en el régimen estatutario de los médicos titulares (APD) y de los de cupo y zona, regulada por el Real Decreto 16/2012. Como ya adelantó DM, la fórmula consensuada entre el sindicato, el consejo y la consejería permitirá que los médicos afectados puedan continuar como están hasta su jubilación, y la medida se podrá extender al resto de autonomías (ver DM del 29-IV-2013).

La solución liderada por el País Vasco no satisface al Foro de la Profesión. "Se trata de una medida que no zanja el problema... Las leyes no hay que interpretarlas, como parece que nos piden en esta ocasión, sino hacerlas bien", se lamenta Francisco Miralles, portavoz del Foro y secretario general de CESM.

Lo cierto es que el Ministerio de Sanidad no se ha pronunciado oficialmente sobre esta cuestión y, según un portavoz ministerial, sus responsables insisten en que "no se ha cambiado el Real Decreto 16/2012".

### INCERTIDUMBRE

"Sanidad ha dado su compromiso a las regiones de que los médicos afectados no se tienen que integrar forzosamente en el régimen estatutario y que pueden seguir igual hasta su jubilación, y Jesús Aguirre, el portavoz de Sanidad del Grupo Popular en el Senado, dice que no vamos a tener ningún problema... Lo que no sabemos es si ese compromiso se va a poder mantener en unos años", explica Antonio Fernández-Pro, vocal de Administraciones Públicas de la OMC. El grupo de trabajo de Recursos Humanos que está negociando con Sanidad y que está capitaneado por Miralles, se ha marcado como "prioritario" negociar con el Ministerio una solución más tangible para los 7.000 médicos afectados, de los cuales 3.000 son APD, según diversos cálculos.



### RESPALDO DE LA CONSEJERA

## El Ifimav aspira a convertirse en instituto de investigación sanitaria

La acreditación corre a cargo del Instituto de Salud Carlos III



### Redacción. Santander

La consejera de Sanidad y Servicios Sociales, María José Sáenz de Buruaga, ha destacado este miércoles que el Instituto de Formación e Investigación Marqués de Valdecilla (Ifimav) presenta credenciales suficientes para ser miembro de pleno derecho de la élite de la investigación biomédica en España.

---

Para el Gobierno regional, ha dicho la vicepresidenta, lograr la acreditación del Ifimav como Instituto de Investigación Sanitaria por parte del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) constituye “un reto” y “un objetivo estratégico del que hoy estamos más cerca que nunca”.

Sáenz de Buruaga ha inaugurado, en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, el curso “La investigación en salud en el marco del Plan Estatal de Investigación Científica, Técnica y de Innovación”, que organiza el ISCIII en colaboración con el propio Ifimav.

Una vez que el Gobierno le ha dotado de personalidad jurídica propia cuyo objeto social sea compatible con un instituto de investigación sanitaria; que se ha firmado un acuerdo con la Universidad de Cantabria para la constitución de dicha fundación; y que se ha conformado el patronato de la nueva entidad, el Ifimav está a punto de convertirse en la “Fundación-Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla”.

Estos “hitos relevantes” que se han llevado a cabo en los últimos meses evidencian “el claro liderazgo y la inequívoca apuesta institucional por la investigación y la innovación en el entorno Valdecilla”, según la vicepresidenta, que ha advertido de que, sin la integración del Hospital Valdecilla y la Universidad de Cantabria, no habría instituto de investigación sanitaria, y ha recordado que durante muchos años no existió una integración efectiva en este sentido.

La nueva entidad, ha señalado la consejera, logrará así un marchamo de calidad que certificará su pertenencia al club de excelencia de la investigación biomédica “y nos colocará en una situación muy ventajosa a la hora de competir en la captación de proyectos y financiación”.

Y al mismo tiempo estará preparada para cumplir con los fines que la normativa marca para los institutos de investigación sanitaria, entre ellos, aproximar la investigación básica, clínica y de servicios sanitarios; crear un entorno asistencial, docente e investigador de calidad para estudiantes y profesionales; y constituir un espacio idóneo para la captación de talento y la ubicación de las grandes instalaciones científico-tecnológicas.

La consejera de Sanidad ha afirmado que Cantabria no va a desaprovechar la ocasión de subir a este tren que lleva directamente al desarrollo, ahora que la comunidad autónoma “es ya un nicho de gran potencial científico”, porque la investigación traslacional es “una de las claves de futuro para nuestra sanidad”.

“Consciente de que la potenciación de la investigación es un elemento tractor de desarrollo y crecimiento socioeconómico al que Cantabria no puede renunciar”, la potenciación de la investigación biomédica y de la innovación constituye “una de las líneas estratégicas de la acción de este Gobierno”, ha asegurado la vicepresidenta, que ha estado acompañada en la mesa inaugural del curso por el director del ISCIII, Antonio Andreu; el director gerente del Ifimav, Galo Peralta; y el vicerrector de Internacionalización de la UIMP, Sebastián Coll.

En un contexto como el actual de gran dificultad financiera, el Gobierno de Cantabria ha apostado con decisión por preservar las políticas sanitarias y, muy específicamente, la actividad investigadora en el ámbito de la salud.

Porque existe una relación directa e incuestionable entre la capacidad de un país de generar conocimiento e innovar y su desarrollo económico y social, “también en investigación biomédica



estamos poniendo las bases de una sociedad moderna que ahora más que nunca necesita ser articulada sobre fórmulas sostenibles y de futuro”, ha afirmado María José Sáenz de Buruaga.

### Acuerdos con el CSIC

La consejera ha destacado la importancia del protocolo suscrito por la Consejería de Sanidad y la Universidad para establecer una fórmula de colaboración que permita vertebrar y coordinar las estructuras de la investigación biomédica en Cantabria, específicamente con el Instituto de Biomedicina y Biotecnología (Ibbtec), para lo cual es preciso alcanzar acuerdos con el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).

El Ifimav, futura fundación Instituto Marqués de Valdecilla cuyo centro matriz es el Hospital Valdecilla, cuenta con un presupuesto de 6 millones de euros y está integrado por 30 grupos de investigación –15 de ellos consolidados– en los que trabajan 500 personas, de las cuales 59 son investigadores principales. Mantiene activos 110 proyectos de investigación.

Los equipos del Ifimav se agrupan en seis grandes áreas donde tienen cabida las enfermedades y procesos de mayor interés científico por su prevalencia y su impacto en salud, social, sanitario y económico: Cáncer, Neurociencias, Trasplante, Infección en inmunidad, Metabolismo, envejecimiento y hábitos de vida y Epidemiología y Salud Pública.

Para reforzar su apoyo a los investigadores, el instituto se ha dotado de una nueva sede con laboratorios, un área tecnológica donde destacan sus potentes microscopios y un biobanco. Ha puesto en marcha la Unidad de Ensayos Clínicos de Valdecilla y concede casi un millón de euros anuales en ayudas a proyectos de investigación. En paralelo, ha consolidado una estructura organizativa fuerte.

El curso “La investigación en salud en el marco del Plan Estatal de Investigación Científica, Técnica y de Innovación” celebra su octava edición en un momento de gran trascendencia, cuando se pone en marcha la nueva Estrategia Española de Ciencia, Tecnología e Innovación, de la que derivan el nuevo Plan Estatal y la Acción Estratégica en Salud.

## Muface se ‘cuela’ en la reunión entre CSI-F y Administraciones Públicas del PP

No estaba previsto que así fuera, pero finalmente la no renovación del concierto de **Muface, Mugeju e Isfas** para 2014 ha tenido su parcela de protagonismo en la reunión mantenida entre el presidente de la **Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSI-F)**, **Miguel Borra**, y el secretario nacional de Acción Sindical, **Eliseo Moreno**, con el portavoz adjunto del Grupo Popular en el Congreso, **Rafael Merino**; el portavoz de Administraciones Públicas, **Juan José Matarí**, y el portavoz adjunto del área, **José Alberto Martín-Toledano**. Durante el encuentro, los miembros del sindicato han transmitido su gran “gran preocupación” ante la situación surgida y que ya criticó duramente por entender que un nuevo concierto conllevaría una congelación de las primas con la que se comprometería el futuro del modelo a medio plazo. Los miembros del **Grupo Popular**, por su parte, han querido calmar esta inquietud comprometiéndose a trasladar al **Gobierno** su postura para que la valore. . .



## Los médicos APD y de Cupo y Zona del País Vasco podrán seguir siendo funcionarios

Madrid (04/07/2013) - Redacción

**Pese a que el RD 12/2012 impone su estaturización o integración en las administraciones sanitarias antes del 31 de diciembre**

El Real Decreto 16/2012 sobre medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS establece que los médicos funcionarios de Asistencia Pública Domiciliaria (APD) y de Cupo y Zona deben optar antes del 31 de diciembre de este año por convertirse en estatutarios o integrarse en las administraciones sanitarias en igualdad de condiciones que el resto de los facultativos, tal y como publica CESM.

Sin embargo, los afectados, unos 3.500 en toda España, mantienen la esperanza de que el Gobierno atienda su deseo de que se anule esta imposición o bien les permita seguir en sus actuales puestos hasta la edad de jubilación. De hecho, el PP ya ha dejado caer en la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados que está dispuesto a introducir cambios en la norma.

Se trata de una disposición favorable que parece corroborar el acuerdo al que ha llegado el Ejecutivo central con el País Vasco, en virtud del cual se reinterpreta el artículo 10.4 del citado Real Decreto y se garantiza que estos médicos podrán continuar siendo funcionarios el próximo 1 de enero.

La resolución que ha publicado en el BOE el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas señala textualmente que "respecto al artículo 10. Cuatro, ambas partes coinciden en que este artículo debe entenderse en el sentido de que el plazo que se fija, el 31 de diciembre de 2013, lo es para que los funcionarios afectados o bien opten voluntariamente por integrarse como personal estatutario en las Instituciones sanitarias de titularidad pública adscritas o dependientes de cada uno de los servicios de salud, y efectivamente se integren, o bien para que opten por permanecer en activo en su actual situación, en los cuerpos y escalas en los que ostenten la condición de funcionarios".