

## **RESOLUCIÓN POR LA QUE SE ESTABLECEN LOS MODELOS DE CERTIFICACIÓN DE MÉRITOS DE CARRERA PROFESIONAL EN EL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD.**

Con fecha 29 de noviembre de 2017 se publicó en el BOC el Acuerdo por el que se regula el Sistema de Carrera Profesional del personal sanitario de los subgrupos A1 y A2 de Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud, adoptado en el seno de la Mesa Sectorial de Personal de Instituciones Sanitarias con las organizaciones sindicales UGT, CSI-F, SATSE, CC.OO. y ATI con fecha 31 de octubre de 2017 y aprobado por el Consejo de Gobierno con fecha 16 de noviembre de 2017.

Dicho Acuerdo, en vigor desde el 30 de noviembre de 2017, establece un nuevo baremo de méritos para el acceso a los diferentes grados de carrera profesional, distinto del regulado en el Acuerdo anterior que éste deroga.

La experiencia durante varios años en la baremación de los méritos de carrera profesional, ha puesto de manifiesto la existencia de múltiples y distintos tipos de certificados incluso entre las distintas gerencias del propio Servicio Cántabro de Salud. Las dificultades a la hora de determinar quién y cómo debe certificarse un determinado mérito, hacen necesario ordenar y normalizar esta tarea mediante el establecimiento de modelos de certificados, que al mismo tiempo que permitan verificar todos los ítems descritos para cada uno de los méritos, faciliten y agilicen el trabajo de prebaremación a la unidad de recursos humanos responsable de la misma.

En todo caso, en esta resolución, no se establecen modelos de certificación de todos los méritos del baremo de carrera profesional sino de aquellos que, por sus características, difícilmente pueden emitirse de manera directa y que además requieren de una descripción precisa tanto de las unidades de medida del mérito como de la propia actividad que se certifica.

Por ello en virtud de las competencias atribuidas en el artículo 10.I) del Estatuto del Servicio Cántabro de Salud aprobado por la disposición adicional primera de la Ley de Cantabria 10/2001, de 28 de diciembre, de Creación del Servicio Cántabro de Salud,

### **RESUELVO**

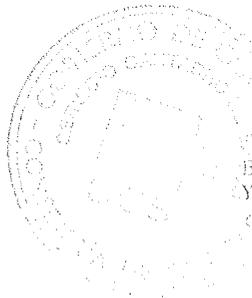
**Primero.** Establecer los modelos de certificación de méritos para carrera profesional del Servicio Cántabro de Salud que figuran en el Anexo.

**Segundo.** Las certificaciones de méritos deberán ser firmadas por las personas indicadas en cada uno de los modelos, de acuerdo con lo previsto en el Acuerdo, sin perjuicio de poder aplicar, si fuera necesario, el régimen de suplencias previsto en la Orden SAN/23/2016, de 13 de mayo, por la que se establece el régimen de suplencias

de los Directores Gerentes de Atención Primaria y de Atención Especializada del Servicio Cántabro de Salud (BOC 25-5).

**Tercero.** Las gerencias no podrán certificar los méritos en ningún otro modelo que no sea el previsto en esta resolución para cada uno de los méritos descritos.

**Cuarto.** Quienes ya tuvieran certificados sus méritos en modelo distinto al regulado en esta resolución podrán aportarlos en las convocatorias de carrera derivadas del Acuerdo en vigor. Dichas certificaciones serán tenidas en cuenta siempre que las mismas estén firmadas por el órgano competente señalado en el Acuerdo para cada uno de los méritos y siempre que consten en la misma todos los ítems necesarios para la correcta validación del mérito. En caso contrario el mérito no podrá ser tenido en cuenta por lo que el interesado deberá solicitar una nueva certificación en el modelo correspondiente al órgano competente.



Santander a 22 de febrero de 2018

El director gerente del  
Servicio Cántabro de Salud,

Por ausencia,  
EL SUBDIRECTOR DE RR. HH.  
Y COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA  
(B.O.C. n.º 140 de 19-07-2004)

Fdo.: Julián Pérez Gil

Fdo.: Alfonso Romano Casanovas

## ANEXO

### Índice del Anexo.

#### **Méritos Bloque B.**

Mérito B.5.- Estancias Externas.

#### **Méritos Bloque C.**

Mérito C.1.1.- Docencia académica de pregrado. Formación de grado. (*Colaborador en prácticas formativas*)

Mérito C.1.2.- Docencia académica de postgrado. Formación especializada. (*Tutor principal*)

Mérito C.1.2.- Docencia académica postgrado. Formación especializada. (*Colaborador docente*)

Mérito C.1.4.- Docencia sesiones clínicas.

Mérito C.3.3.- Participación en grupos de trabajo, comisiones y/o grupos de mejora relacionados con la organización.

Mérito C.3.4.- Implantación de nuevos servicios o técnicas incorporadas a la cartera de servicios.

Mérito C.3.5.- Participación en la elaboración de planes de cuidados, programas asistenciales, protocolos y guías clínicas.

Mérito C.3.6.- Asunción de funciones de coordinación mediante programas especiales.

Mérito C.3.7.- Participación en comités y/o comisiones clínicas o relacionadas con la organización de los Centros de Instituciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Mérito C.3.10.- Autocobertura facultativa e intensificación de actividad asistencial en Atención Primaria (*personal sanitario del subgrupo de clasificación A1*)

Mérito C.3.10.- Autocobertura facultativa e intensificación de actividad asistencial en Atención Primaria (*personal sanitario del subgrupo de clasificación A2*)

Mérito C.3.11.- Transmisión de información y continuidad de cuidados.

Mérito C.3.12.- Desarrollo de actividad asistencial fuera del ámbito del nombramiento en Atención Especializada.

Mérito C.3.13.- Desarrollo de actividad asistencial fuera del ámbito del nombramiento en Atención Primaria.

Mérito C.3.14.- Modificación voluntaria de trabajo.

**MERITO B.5. Estancias externas.**

D. ...., director gerente de la Gerencia.....  
del Servicio .....de Salud,

**CERTIFICA:**

Que, D....., con dni....., ha sido autorizado para efectuar una estancia externa de formación, requerida por las necesidades asistenciales del (*Centro/Unidad/Equipo*)....., en el (*Centro/Servicio*)..... acreditado para la docencia nacional e internacional, durante el periodo comprendido desde (*día/mes /año*) hasta (*día/mes/año*).

Fecha y firma.

**MERITO C.1.1. Docencia académica de pregrado. Formación de grado.**  
(*Colaborador en prácticas formativas*)

D....., responsable de la Unidad de Formación de la Gerencia.....del Servicio .....de Salud,

**CERTIFICA.**

Que, D....., con dni....., ha colaborado en la formación práctica de alumnos de grado en ciencias de la salud (*indicar tipo de grado; enfermería, medicina...*), no disponiendo de nombramiento como profesor o colaborador honorífico, durante el período desde (*día/mes/año*) hasta (*día/mes /año*).

Fecha y firma.

**MERITO C.1.2 Docencia académica postgrado. Formación especializada. (Tutor principal)**

D....., director gerente de la Gerencia.....del Servicio .....de Salud,

**CERTIFICA.**

Que, D....., con dni....., ostenta nombramiento como tutor principal conforme a la normativa de formación especializada en ciencias de la salud por el sistema de residencia, como tutor de personal residente, durante los cursos .....

Fecha y firma.

**MERITO C.1.2. Docencia académica postgrado. Formación especializada. (Colaborador docente)**

D....., director gerente de la Gerencia.....del Servicio .....de Salud,

**CERTIFICA.**

Que, D....., con dni....., ha participado como colaborador docente en la formación de residentes (*indicar subgrupo A1 o A2 sanitario*)....., sin tener nombramiento como tutor principal, en el (*Servicio/Unidad/Centro*).....durante el período desde (*día/mes/año*) hasta (*día/mes/año*).

Fecha y firma.

**MERITO C.1.4 Docencia sesiones clínicas.**

D....., responsable de la comisión  
(científica/docente) .....de la Gerencia .....del  
Servicio .....de Salud,

**CERTIFICA.**

Que, D....., con dni....., ha participado como  
ponente en sesiones clínicas del ámbito del (*centro sanitario/servicio/área/unidad*)  
.....durante .....horas, en el período comprendido desde (*día/mes*  
*/año*) hasta el (*día/mes/año*)

Fecha y firma.

**MERITO C.3.3. Participación en grupos de trabajo, comisiones y/o grupos de mejora relacionados con la organización.**

D....., responsable de la entidad organizadora del (*indicar nombre del grupo/comisión*).....del (*indicar Servicio de Salud/Consejería competente en materia de Sanidad, de* .....)

**CERTIFICA.**

Que, D....., con dni....., ha participado en  
(*indicar denominación grupo de trabajo/comisión/grupo de mejora*)..... relacionado con  
la mejora de la organización sanitaria y la calidad asistencial, durante el periodo desde  
(*día/mes/año*) hasta (*día /mes /año*).

Fecha y firma.

**MERITO C.3.4. Implantación de nuevos servicios o técnicas incorporadas a la cartera de servicios.**

D....., director gerente de la Gerencia  
.....del Servicio .....de Salud.

**CERTIFICA.**

Que, D....., con dni....., ha participado durante el periodo desde (*día/mes/año*) hasta (*día/mes/año*) en el programa de implantación del nuevo (*indicar servicio/técnica*).....que se ha incorporado a la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Fecha y firma.

**MERITO C.3.5. Participación en la elaboración de planes de cuidados, programas asistenciales, protocolos y guías clínicas.**

D....., director gerente de la Gerencia  
.....del Servicio .....de Salud.

**CERTIFICA.**

Que, D....., con dni....., ha participado durante el periodo desde (*día/mes/año*) hasta (*día/mes/año*) en la elaboración de (*indicar la denominación de los planes de cuidados estandarizados/programas asistenciales/protocolos/guías clínicas*)

Fecha y firma.

**MERITO C.3.6. Asunción de funciones de coordinación mediante programas especiales.**

D....., director gerente de la Gerencia .....del Servicio .....de Salud.

**CERTIFICA.**

Que, D....., con dni....., ha desempeñado desde (día/mes/año) hasta(día/mes/año) funciones de coordinador del programa especial(*indicar denominación*), autorizado mediante Acuerdo del Consejo de Gobierno.

Fecha y firma.

**MERITO C.3.7. Participación en comités y/o comisiones, clínicas o relacionadas con la organización de los Centro de Instituciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud.**

D....., director gerente de la Gerencia .....del Servicio .....de Salud.

**CERTIFICA.**

Que, D....., con dni....., ha participado en el (*indicar denominación del comité/comisión del Anexo II del Acuerdo, apartado C.3.7*) relacionado con la organización del (*indicar denominación del Centro*) habiendo asistido, al menos, a dos reuniones durante el año .....

Fecha y firma.

*(Nota aclaratoria de la certificación. No incluir en la certificación)  
La incorporación de nuevos comités o comisiones baremables requerirá la autorización mediante resolución de la subdirección de recursos humanos)*

**MERITO C.3.10. Autocobertura facultativa e intensificación de la actividad asistencial en atención primaria. (Subgrupo A1 sanitario)**

D....., director gerente de la Gerencia de Atención Primaria .....del Servicio .....de Salud.

**CERTIFICA.**

Que, D....., con dni....., ha efectuado autocobertura, en los términos previstos en la disposición adicional quinta de la Ley 5/2011, de 29 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas, durante (*indicar el número de días*) en el periodo comprendido desde (*día/mes/año*) hasta (*día/mes/año*).

Fecha y firma.

**MERITO C.3.10. Autocobertura facultativa e intensificación de actividad asistencial en atención primaria. (Subgrupo A2 sanitario)**

D....., director gerente de la Gerencia de Atención Primaria del Servicio .....de Salud.

**CERTIFICA.**

Que, D....., con dni....., ha tenido intensificación de la actividad asistencial, en el EAP (*indicar el nombre del Equipo*), durante (*indicar el número de horas*) horas, en el período comprendido desde (*día/mes/año*) hasta (*día/mes/año*), dado que en la jornadas correspondientes consta que no se ha sustituido un tercio, al menos, de sus profesionales.

Fecha y firma.

**MERITO C.3.11. Transmisión de información y continuidad de cuidados.**

D....., director gerente de la Gerencia de Atención Especializada .....del Servicio .....de Salud.

**CERTIFICA.**

Que, D....., con dni....., ha participado en la transmisión de la información clínica necesaria para el desempeño de sus competencias y la debida garantía de la continuidad de los cuidados de la organización del (*indicar la denominación del Hospital/centro asistencia*) durante el período desde (*día/mes/año*) hasta el (*día/mes/año*).

Fecha y firma.

**MERITO C.3.12. Desarrollo de actividad asistencial fuera del ámbito del nombramiento en atención especializada.**

D....., director gerente de la Gerencia de Atención Especializada .....del Servicio .....de Salud.

**CERTIFICA.**

Que, D....., con dni....., ha desarrollado actividad asistencial fuera del ámbito de su nombramiento por participación en el (*indicar denominación programa de gestión compartida/programa especial/ ó la situación sobrevenida*) debidamente autorizado durante (*indicar número de días*).....en el período comprendido desde (*día/mes/año*) hasta (*día/mes/año*)

Fecha y firma.

**MERITO C.3.13. Desarrollo de actividad asistencial fuera del ámbito del nombramiento en atención primaria.**

D....., director gerente de la Gerencia de Atención Primaria del Servicio .....de Salud.

**CERTIFICA.**

Que, D....., con dni....., ha desarrollado actividad asistencial fuera del ámbito de su nombramiento por participación en el ( *indicar denominación programa de gestión compartida/programa especial/ ó la situación sobrevenida*) debidamente autorizado durante (*indicar número de días*).....en el período comprendido desde (*día/mes/año*)hasta (*día/mes/año*)

Fecha y firma.

**MERITO C.3.14. Modificación voluntaria de trabajo.**

D....., director gerente de la Gerencia de Atención .....del Servicio .....de Salud.

**CERTIFICA.**

Que, D....., con dni....., ha modificado voluntariamente su jornada, a petición de la Gerencia por razones organizativas y asistenciales, durante(*indicar número de días*)....., en el período comprendido desde (*día/mes/año*) hasta (*día/mes año*)

Fecha y firma.