

Medicina y Médicos de Ciudad Real

*Boletín Informativo del Ilustre Colegio Oficial
de Médicos de la Provincia*

DIRECTOR:

D. JOSE LOPEZ PACIOS

Presidente del Colegio Oficial de Médicos

CONSEJO DE REDACCION:

Doctores VIDAL y CRESPO

COLABORADORES:

Todos los Médicos Colegiados

ADMINISTRACION:

La Junta Rectora del Colegio

DOMICILIO SOCIAL:

El Colegio: Plaza de la Provincia, 3

Teléfono 211432 - :- Ciudad Real

Sumario

EDITORIAL	5
Junta de Pleno	7
Festividad de Nuestra Patrona	10
Títulos de Colegiados Honoríficos	11
Fallo de Magistratura a favor de D. José Pizarro	12
Asamblea de Médicos Rurales	14
Reunión de la Comisión Permanente del C. General	15
Reglamentación de la iguala médica	17
Noticias	18
Centros de orientación familiar	21
La receta médica en un futuro no lejano	23
Información para médicos jóvenes españoles	24
Colegios Médicos y Sindicatos Médicos	28
Servicio de Epidemiología y Luchas Sanitarias	35
Sección del Automóvil	39

El intrusismo en nuestra profesión

Con motivo de la reciente concentración de Curanderos, en Barcelona, donde al parecer celebraron a modo de un congreso mundial, con un programa delimitado a unas pretensiones normalizadoras de su actividad, haciendo en este momento un alarde en España de presencia, sin contemplar para nada que aún en la Legislación vigente, el ejercicio de la magia y la curandería está penado por la Ley.

Y ello nos fuerza a realizar unas matizaciones y sobre todo centrar un problema que puede herir a más de uno.

En la mayoría de los países de Europa, el ejercicio normal de la curandería está autorizado en la práctica privada, a condición de que el que la cultiva, no supedita su ejercicio con la contraprestación económica, es decir, que mientras no cobren, o al menos no lo hagan de forma tarifada obligatoria, no entran en el campo de la profesionalidad, y en su consecuencia, si además no se anuncian como remedidores públicos en competencia con una profesión oficialmente reconocida, como es el caso de la profesión médica, protegida estatalmente, no entran, como digo, en el campo de la punible.

Aquí en España, donde la magia y la curandería tiene tantos adeptos —no olvidemos la ascendencia latina, primeros cultivadores del arte—, el curandero entra en el marco de lo ilegal cuando se demanda su actividad a instancias de parte, es decir, cuando se le denuncia, y ni que decir tiene que cuando el remedio por él aplicado va seguido de consecuencias no deseables.

Pero es que si solamente se reconoce la práctica no legal de la curandería, la pena se limita a una multa y nada más.

Debemos admitir y admitimos, que tal práctica tiene una muy numerosa serie de personas que acuden a ellos confiadas en unos resultados beneficiosos, y que de éstas, la mayoría o procede de enfermos desahuciados por la ciencia médica, o son fieles devotos de este arte mágico, y sus consecuencias, derivadas generalmente de supersticiones, entre los que se encuentran enfermos del psiquismo, compatibles con la convivencia social.

Pero no son sólo los curanderos los que deben considerarse como intrusos, si bien lo son por antonomasia, ya que está de moda la práctica ya habitual de una serie de actividades paramédicas, e incluso de auxiliaría profesional inicial, las que están haciendo seria competencia a los curanderos. Pero éstos, muchas veces la mayoría se encuentran protegidos por una titulación desgraciadamente concedida por la Administración, que si bien en su origen parece inocua, en su desarrollo de actividad o competencia, invade campos que jamás deberían

ser tolerados. Lo más grave para nosotros es que en sus anuncios propagandísticos aparecen vinculados a profesionales de la Medicina que los protegen.

Veamos como ejemplo primero, la actividad de los psicólogos, que amanecidos en una academia autorizada, con cursos regulares que imparten enseñanza de grado medio, al parecer, y que ostentan a su finalización una titularidad «reconocida» oficialmente, están invadiendo el campo médico de forma tan amenazadora que no podemos contemplar impasibles.

No olvidemos esas academias anunciadoras de la preparación de la «carrera de Auxiliares de Clínica», de donde salen con tan ínfima preparación, que por ignorancia hacen la guerra por su cuenta y tienen hasta su clientela a base de programar economía más baja que los titulados.

Los recuperadores sin título, los y las masajistas, las esteticienas y embellecedoras que prometen soluciones a ignorantes, y para más gravedad, protegidas en el gran negocio por profesionales de la Medicina, que lógicamente lo supeditan todo a unos ingresos que anteponen a su dignidad.

Como vemos, no todos son curanderos; el intrusismo tiene los tentáculos suficientes para empezar a preocupar, y de ello lo más lógico es tratar el problema en profundidad, es decir, aceptar lo que realmente debe ser aceptado, sin tomar posturas extremas o maximalistas sobre el tema, y dar una doctrina deontológica al tema, que no comprometa la esencia de nuestra profesión, ni sus fines, pero respetando la oportunidad de los que desean libremente ejercer el derecho de la determinación no infravaloradora.

Nosotros pensamos, aun a costa de exponernos a que alguno no comparta el parecer, ni la motivación, que el curandero verdadero, como tal, eludiendo de esta concepción a los que racionalmente se irrogan derechos bajo condicionado de legalidad no permisible ni concretada, que cualquier situación similar, debemos aceptarla en tanto en cuanto se quede únicamente limitada su actividad a unas prácticas extramédicas en cuya solución no entren en modo alguno terapia medicamentosa de fármacos, y sólo lo sean a través de remedios físicos y mágicos, no perciban de manera sistematizada y conocida o programada, unos emolumentos por su conocer, no dediquen la fruslería de su propaganda a la promoción pública, y se abstengan absolutamente en parangonar sus remedios a la capacidad terapéutica de sus remedios.

En los demás, no ya curanderos de oficio, sino de beneficio, jamás deberán ser aceptados si no constatan su actividad a la prescripción dirigida de un médico responsable, limitando su actividad a lo único que deban hacer, aconsejados, nunca con propia iniciativa.

JOSE LOPEZ PACIOS

Presidente

JUNTA DE PLENO

Proyecto de Acta de la Junta del Pleno celebrada en este Ilustre Colegio de Médicos de Ciudad Real, el día 16 de mayo de 1978, bajo la presidencia del Dr. D. José López Pacios.

MIEMBROS ASISTENTES

- D. José López Pacios, Presidente.
- D. Eduardo Rodríguez Arévalo, Vicepresidente.
- D. Darío Crespo Crespo, Secretario General.
- D. Marino Fernández-Bravo Beberide, Vicesecretario.
- D. Luis Corrales Céspedes, Representante Médicos Seguridad Social.
- D. Antonio Alemany Selfa, Representante Médicos Jubilados.
- D. Mauro Gallego Arroba, Presidente Comarcal de Piedrabuena.
- D. José de Diego Lozano, Presidente Comarcal de Infantes.
- D. Antonio Hernández García, Presidente Comarcal de Almodóvar.
- D. Antonio Cárdenas Benito, Praesidente Comarcal de Almagro.
- D. Mateo Pérez Sánchez, Presidente Comarcal de Daimiel.
- D. José Méndez Almaraz, Presidente Comarcal de Valdepeñas.
- D. Santos Martínez y Martínez-Conde, Presidente de Médicos Titulados.
- D. José Antonio Blanco Rodríguez, Representante Médicos Asistencia Colectiva.

En Ciudad Real, siendo las 17,35 d.l día 16 de mayo de 1978, se reúnen en los locales de este Ilustre Colegio de Médicos, los señores miembros de la Junta Directiva y Presidentes Comarcales relacionados.

Se da lectura al Acta de la sesión anterior, que ha sido publicada en el Boletín Informativo, y que es aprobada.

Por el Presidente, se da cuenta y son firmadas las altas de los señores médicos colegiados siguientes:

D. Agustín Jiménez Mañas, procedente de Madrid, con número de colegiado 1.711, con destino en Fontanarejo; doña Teresa Galán Sáinz, nuevo colegiado, con número 1.710, con destino en Puertollano; don Ramón Espinosa Lozano, nuevo colegiado, con número 1.716, con destino en Tomelloso; Chakib Matar Ghattas, nuevo colegiado, con número 1.715, con destino en Saceruela; doña Pilar Llanderas López, nuevo colegiado, con número 1.713, con destino en Ciudad Real; don Miguel Angel Serrano González, procedente de Madrid, con número de colegiado 1.712, con destino en Villamayor de Calatrava, y don Jesús Fontela Cob, procedente de Madrid, con número de colegiado 1.714, sin ejercicio.

Han causado baja los siguientes colegiados:

Don Antonio Angel Tortosa Sánchez, por traslado a Granada; doña Isabel Campos Sánchez, por traslado a Madrid; don Restituto Javier Moya Vázquez, por traslado a Córdoba; doña Esperanza Mora Artiaga, por traslado a Madrid; doña Concepción Barreda Mandillo, por traslado a Valladolid; don Carlos Domínguez Morales, por traslado a Albacete; don Julio Camarena Morínigo, por traslado a Cádiz; don Ramón García Noblejas Dávila, por traslado a Valencia; doña Pilar Gómez Calcerrada y Berrocal, por traslado a Badajoz; don Vic-

toriano Paz Malagon, por traslado a Teruel.

Acto seguido, se pasa al nombramiento de los Vocales, Titulares y Suplentes, que en representación del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real, han de formar parte de los Tribunales Calificadores de las Oposiciones a la Beneficencia Provincial, que a continuación se indican:

Especialidad de Corazón.—Titular: don José Antonio Blanco Rodríguez, de Ciudad Real; Suplente: don Félix Arroyo García-Cervigón, de Ciudad Real.

Especialidad de Tocoginecología.—Titular: don Santiago Menchén Arias, de Puertollano; Suplente: don Maximiliano Santos Laguna, de Valdepeñas.

Especialidad de Radiología.—Titular: don Juan José Reguillo Reguillo, de Valdepeñas; Suplente: don Juan José Gómez Colomo, de Ciudad Real.

Especialidad de Estomatología.—Titular: don Mateo Pérez Sánchez, de Daimiel; Suplente: don Felipe Velasco Gómez, de Ciudad Real.

Especialidad de Pediatría.—Titular: don Marino Fernández-Bravo Beberide, de Ciudad Real; Suplente: don Alfredo García Fernández, de Puertollano.

Especialidad de Medicina Interna: Titular: don Eduardo Rodríguez Arévalo, de Ciudad Real; Suplente: don Mauro Gallego Arroba, de Alcolea de Calatrava.

Especialidad de Psiquiatría.—Titular: don Miguel Angel Olivares Jiménez-Molero, de Puertollano; Suplente: don Macario Polo Hervás, de Ciudad Real.

Especialidad de Dermatología.—Titular: don César Martín-Duarte Delgado, de Puertollano; Suplente: don Ramón Mejía Cruz, de Valdepeñas.

Especialidad de Cirugía General.—Titular: don Antonio Hernández García, de Puertollano; Suplente: don Amado Hidalgo Pereira, de Puertollano.

Especialidad de Urología.—Titular: don Jesús Romero Ruiz, de Valdepeñas; Suplente: don Pedro Martínez Rodó, de Ciudad Real.

Especialidad de Anestesiista.—Titular: don Pedro Luis Fernández Luna, de Puertollano; Suplente: don Luis Corrales Céspedes, de Puertollano.

Especialidad de Oftalmología.—Titular: don Félix-Tomás López Gurpegui, de Valdepeñas; Suplente: don Edilberto Cervantes Domenech, de Puertollano.

El Sr. Presidente da lectura al Boletín de Información de la Secretaría del Consejo General de Colegios Médicos de España, el cual da cuenta del nombramiento, con carácter temporal, de Vicepresidente del Consejo, profesor Nuñez Puertas, por dimisión del Dr. Robredo. Con relación al citado nombramiento, no existe unanimidad en la Junta, mostrándose conformes ocho miembros de la Junta y disconformes seis, entre ellos el Presidente.

El Presidente da lectura a diversas cartas del Asesor Jurídico, don Luis Sánchez Morate Casal, relativas al Dr. Pizarro Ridaura, dando cuenta de la sentencia favorable para el citado médico, de la Magistratura de Trabajo y por la que se le reconoce su puesto y situación económica que tenía en la extinguida "Obra 13 de Julio" y a compatibilizarlas con sus funciones de médico de la Seguridad Social; con referencia a este asunto se acuerda, por iniciativa del señor Sánchez Morate, se informe de dicha sentencia a los que pueden verse afectados. También da lectura el señor Presidente de la carta del Asesor Jurídico, relativa a la sentencia favorable a favor del Dr. Camacho Jauregui, absolviendo al médico y condenando a la denunciante.

Se da lectura al escrito que varios señores médicos de Manzanares dirigen al señor Inspector Provincial de los Servicios Sanitarios de la Seguridad Social, comunicando que han sobrepasado en mucho el número de cartillas y rogando sea puesto en marcha el Servicio de Urgencia en dicha localidad, en provecho de los beneficiarios de la S. Social. Con relación a este asunto, se acuerda se escriba a los médicos de Manzanares y Alcázar de San Juan, comunicándoles trasladar su voluntad al I. N. P. que, a partir de determinado día, se abstendrán de realizar urgencias en Manzanares e intervenciones quirúrgicas en Alcázar, si continua la situación de sobrecarga de cartillas, dejando a salvo, por supuesto, aquellos casos urgentísimos que,

por deontología profesional, hayan de realizarse.

Se da lectura también al escrito de don Juan Aiarcón Domenech, referente al escrito recibido por el mismo del I. N. P. sobre recetas médicas, con relación al cual se le debe dar el verdadero sentido y concienciarse del asunto.

Por último el Presidente da cuenta de los asuntos siguientes: Escrito del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, comunicando que en la sesión celebrada el pasado día 6 del actual, se ha procedido al estudio de la Reglamentación de la Iguala Médica actualizada y ha acordado su aprobación y remisión a todos los Colegios provinciales; Saluda, al Presidente de este Ilustre Colegio de Médicos, de don Carlos Pijoan de Berristain, Presidente del Colegio de Médicos de Barcelona, adjuntando fotocopia de la moción previa que, por acuerdo de la Junta Directiva de dicho Colegio, se ha presentado al Pleno del Consejo General del día 21 de abril de 1978; Saluda del Presidente del Colegio de Médicos de Murcia trasladando acuerdos tomados por el Pleno de la Junta Directiva, respecto al cese del Dr. don Miguel Angel Pérez-Espejo Martínez en la Vocaría Nacional de Médicos Jóvenes; escrito del Presidente del Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos, Dr. Pérez del Bosque, comunicando la creación de un Comité Técnico de la Campaña Antitabaco; escrito del Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia comunicando su deseo de una convención de los Colegios Sanitarios de España (médicos, veterinarios y farmacéuticos) para tratar de la problemática específica sanitaria que va a incidir en la legislación sanitaria que se está elaborando; Saluda del Secretario General del Consejo de los Colegios Oficiales de Médicos de España, adjuntando proyecto de Acta núm. 316 de la sesión celebrada por la Comisión Permanente de este Consejo General, el día 17 de diciembre de 1977; Saluda del Secretario del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, remitiendo dos ejemplares del Proyecto de Acta de la Asamblea de Representantes Provinciales de Médicos de la Seguridad So-

cial; escrito del Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Badajoz, trasladando comunicación enviada al Consejo General proponiendo Asamblea conjunta de los Presidentes de todos los Colegios de España, tendente a la adopción de una actitud única con respecto a la Reforma Sanitaria que se está realizando; carta de la Junta de Damas de la Asociación Española Contra el Cáncer, comunicando la celebración de la "Campana contra el Cáncer", el pasado día 11 del actual en nuestra provincia; circular informativa del Colegio de Médicos de Avila, comunicando los acuerdos del Pleno tratados más importantes; Saluda del consejero nacional de Médicos Titulares del Consejo General, comunicando que habiendo sido nombrado para el cargo de delegado territorial del Ministerio de Sanidad para Burgos, se ofrece incondicionalmente en dicho cargo para cuantos asuntos se refieran a la clase médica; borrador de ante-proyecto del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social de Estatuto Jurídico de Personal Médico de la Seguridad Social; carta de don Isaac Galvez de Castro, director provincial del I. N. P. de Ciudad Real, relacionada con los Servicios Médicos de Alcázar de San Juan; diversos escritos, dirigidos por el señor Presidente de este Ilustre Colegio de Médicos al director provincial del I. N. P. y al Excmo. señor Gobernador Civil de la provincia relativos a los problemas sanitarios de la localidad de Alcázar de San Juan.

Finalmente se pasa a estudiar el problema de la Sección del Automóvil de este Colegio de Médicos, con relación a los perjuicios que está ocasionando a los señores médicos asociados, a causa de las dilaciones, por parte de Madrid, en las autorizaciones de pago de siniestros. Con relación a ello, el Sr. Presidente lee un escrito que ha dirigido a Previsión Sanitaria Nacional, en el que solicita la inmediata solución de este problema, dando fin a estas anomalías y, en el que da traslado de la carta que le envía el asesor jurídico, D. Luis Sánchez Morate Casal, en la que comunica debe darse un amplio margen decisorio al encargado de la Sección del Automóvil, en nuestro caso, el oficial mayor, que a pesar de poner un gran esfuerzo e interés, se ve

Fiesta de la Patrona

Este año, la festividad de la Virgen del Perpetuo Socorro, Patrona de los Médicos, que se celebrará en Ciudad Real, queremos que revista especial interés, porque va destinada a ensalzar las virtudes profesionales de nuestros Médicos Jubilados, a los que toda la Colegiación de nuestra Provincia rendirá el homenaje de cariño que, por primera vez reunirá en su honor a la más numerosa participación de compañeros de la Provincia.

A las 7'30 de la tarde se celebrará la misa de la Patrona, en la iglesia de San Pedro, joya del arte provincial, marco indispensable en su honor, a la que asistirán, como siempre, el más numeroso grupo de médicos, deseosos de demostrar su fervor, para seguidamente reunirnos, con la compañía de nuestras esposas, en el Hotel Castillos, en una cena de hermandad, que será este año de homenaje a nuestros jubilados.

Para todos ellos, nuestro Colegio solicitó del Consejo General la concesión del Título de Colegiados de Honor del Consejo de Colegios de España, título que les ha sido concedido y que solemnemente les será entregado en el transcurso de la cena.

Queremos que este acto sea de recuerdo impercedero para nuestros compañeros jubilados, aprovechando este momento para enviarles nuestra más sincera felicitación.

La Junta Directiva del Colegio de Médicos, al mismo tiempo que ruega a todos los compañeros que puedan, asistan a tan obligado acto, espera sinceramente esperanzado, que la fiesta de nuestra Patrona de este año, quede en el recuerdo de todos, y especialmente en los que han sido vocacionalmente nuestra más reciente preocupación.

LA JUNTA DIRECTIVA

mermada su capacidad decisoria en perjuicio de los señores médicos y del propio Colegio.

Y no habiendo más asuntos que tratar, se cierra la sesión, siendo las veinte

doras y treinta y siete minutos del día 16 de mayo de 1978.

EL SECRETARIO

V.º B.º
EL PRESIDENTE

Títulos de Colegiados Honoríficos concedidos por el Consejo General

A propuesta de la Junta Directiva del Colegio al Consejo General, han sido concedidos los Títulos de Colegiados Honoríficos a los siguientes compañeros:

D. Antonio Alemany Selfa, de Ciudad Real; don Miguel Aparicio Cabezas, de Valdepeñas; don Francisco Alvarez Ruiz de Castañeda, de Torralba de Calatrava; don Lorenzo Ballester Bañón, de Puertollano; don Jesús Baeza Cayón, de Valdepeñas; don Julián Bonilla de Mingo, de Ciudad Real; don Niceno Amador Blázquez Fernández - Barranquero, de Ciudad Real; don Vicente Cárdenas Sagra, de Almadén; don Lorenzo Cavanillas Avila, de Almadén; don Bienvenido Carrasco Carrasco, de Fuente el Fresno; don Pascual Crespo Campesino, de Ciupestino, de Ciudad Real; don José Estébanez López, de Piedrabuena; don José Fernández Herráiz, de Alcázar de San Juan; don Constancio Fernández Hernández, de Argamasilla de Cva.; don Antonio Fernández Lozano, de Daimiel; don Miguel García Quintana, de Arenas de San Juan; don Gregorio García de León Gonzalo, de Pozuelo de Calatrava; don Francisco J. Gómez Blanco, de Bolaños; don Pedro Julián Gómez Cabezas, de Moral de Calatrava; don Francisco A. Gómez Cañizáres, de Granátula de Calatrava; don Manuel Gómez Escobar, de Alcázar de San Juan; don Félix Gómez Sánchez, de Puertollano; don Flaviano González Arroyo, de Alcázar de San Juan; don Fidelo Herrera Descalzo, de Daimiel; D. Ernesto Huertas Múgica, de Valdepeñas; don Francisco Iznaola Casquete, de Herencia; don Manuel Jo-

rreto Múgica, de Almagro; don Sabas Lasanta Gómez, de Porzuna; don Honorio Leal Manjavacas, de Campo de Criptana; don Casimiro López Panadero, de Socuéllamos; don Pedro López Peláez Sánchez-Blanco, de Manzanares; don Francisco Lorenzo Auñón, de Villahermosa; don Gustavo Lozano Moreno, de Daimiel; don Angel Marchán Herreros, de Daimiel; don Enrique Marín Enciso, de Ciudad Real; don Ignacio Martínez Rovira, de Herencia; don Vicente Marzo Carsi, de Granátula de Calatrava; don Rafael Mazuecos Pérez-Pastor, de Alcázar de San Juan; don Julio Medina Oreiro, de Picón; don Eduardo Mora Soler, de Puertollano; don Santos Morales González, de La Solana; don Luis Morán Fernández Cañedo, de Cózar; don Cecilio Moreno Rubio, de Alcázar de San Juan; don José Montoya Ferroyosa, de Valdepeñas; don Tomás Quintanilla Garrido, de Alcázar de San Juan; don Vicente Real de León, de Calzada de Calatrava; don Julián Ruiz Moyano, de Malagón; don Angel Ruiz Valdepeñas Utrilla, de Daimiel; don Eulogio Sánchez García, de Fuente el Fresno; don Lorenzo Sánchez de León y Serrano, de Ciudad Real; don Manuel Sánchez Maceiras, de San Carlos del Valle; don Eusebio Seco Hernández, de Almodóvar del Campo; don José Salado Baza, de Montiel; don Juan Torres González, de Bolaños; don Eutiquiano Velasco Molinero, de Tomelloso; don Mariano Villagas L. de Guevara, de Villarrubia de los Ojos, y don Félix V. Luis Villalobos Villalobos.

Fallo de la Magistratura de Trabajo a favor de D. José Pizarro Ridaura

En Ciudad Real, a dos de mayo de mil novecientos setenta y ocho.

El Ilmo. Sr. D. Gonzalo Moliner Tamborero, Magistrado de Trabajo de esta provincia, habiendo visto los presentes autos de juicio verbal, seguidos entre partes de la una como actor José Pizarro Ridaura, representado por el Letrado D. Luis Sánchez Morate Casal, y de la otra como demandada Instituto Nacional de Previsión, representada por el Letrado don Carlos Calatayud Pérez, en reclamación dor Varios, y:

RESULTANDO: Que en 24 de febrero pasado, el hoy actor, acudió a esta Magistratura por medio de demanda que originó la incoación del expediente número 1.582/78, el que, tras exponer los fundamentos de hecho y derecho que consideraba aplicables, terminaba suplicando se dictara una Sentencia favorable de acuerdo con lo pedido en su escrito de demanda.

RESULTANDO: Que admitida la demanda, fueron citadas las partes a los actos de juicio, asistiendo las mismas. El demandante se ratificó en su demanda. La parte demandada se opuso en la forma que consta en Acta. Se practicó la prueba propuesta y en conclusiones las partes elevaron a definitivas sus pretensiones, de acuerdo con la reclamación.

RESULTANDO: Probado y así se declara:

1.º—Que el demandante José Pizarro Ridaura, médico, y cuyas demás circunstancias personales constan en autos, viene actuando en los servicios sanitarios de la Seguridad Social, dependiente del I. N. P., como médico titular de Asistencia Pública domiciliaria con nombramiento en propiedad en la localidad de Socuéllamos.

2.º—Que dicho demandante ha actuado como médico de zona de la Obra Sindical 18 de Julio desde el 6 de marzo de 1953, percibiendo una retribución mensual de 6.233'70 pesetas.

3.º—Que el demandante, cuando la Obra Sindical citada fue absorbida por la Seguridad Social, y dentro del plazo reglamentario, optó por conservar el régimen jurídico y económico anterior, lo que le fue denegado; y después de recurrir contra dicha resolución sin resultado positivo alguno, acudió a la presente vía jurisdiccional

RESULTANDO; Que en la tramitación de estas actuaciones, se han observado las prescripciones legales establecidas, excepto el plazo de señalamiento y el de dictar sentencia por el cúmulo de asuntos en tramitación.

CONSIDERANDO: Que a diferencia de lo que estimó el I. N. P. al fundar su negativa a lo solicitado por el hoy demandante, no aparece para nada en los autos que la condición de médico de Asistencia Pública domiciliaria fuera la determinante de su nombramiento para la Obra Sindical 18 de Julio sino que por el contrario, de los documentos aportados se deduce simplemente que durante más de veinte años trabajó para la Obra Sindical, por lo que de acuerdo con ello la situación del demandante es la de quien formando parte del personal médico de la Seguridad Social, por consiguiente y de acuerdo con lo previsto en el Decreto de 24 de julio de 1975 art. 5.º pasó a incorporarse al I. N. P., pudiendo ejercitar la opción contenida en el apartado 2.2 del art. 2.º de la Orden de 28 de junio de 1976, y como quiera que consta que optó dentro de plazo por compatibilizar tales funciones con las que ya prestaba, entendemos que su pretensión es ajustada a derecho y no existe óbice alguno para no admitirla por

estar dentro de las prescripciones contenidas en las disposiciones legales vigentes antes citadas.

VISTOS los preceptos invocados y demás disposiciones de pertinente y general aplicación:

FALLO: Que dando lugar a lo pedido por el demandante José Pizarro Ridaura debo declarar y declaro su derecho a conservar el régimen jurídico y económico que tenía en la extinguida Obra Sindical 18 de Julio, y a compatibilizar sus funciones con las que desempeña en los Servicios Sanitarios del I. N. P. condenando a dicho organismo a estar y

pasar por dicha resolución, a los efectos oportunos.

Notifíquese esta Sentencia a las partes, advirtiéndoles que contra la misma cabe el recurso de suplicación para ante el Tribunal Central de Trabajo, que habrán de anunciar necesariamente ante esta Magistratura, por comparecencia o por escrito, dentro de los cinco días siguientes al de la notificación; hallándose exento de la constitución del depósito a que se refiere el art. 181, por gozar del beneficio de pobreza.

Así por esta mi Sentencia, definitiva-mente juzgando, lo pronuncio, mando y firmo.

MUY IMPORTANTE

Sobre los diagnósticos en los partes de baja

Recientemente se viene dando la circunstancia de que las Mutualidades Laborales, rechazan los impresos de los partes de baja laboral transitoria, bajo disculpa de que no figura el diagnóstico en el recuadro para ello destinado, y lo anteponen como elemento indispensable para la percepción de las indemnizaciones económicas a los asegurados.

Por este motivo, no son pocos los que se acercan a las consultas en demanda del diagnóstico escrito en esos partes, pues han sido advertidos por su Mutualidad de que no les serán abonados los haberes hasta tanto no se rellene el cuadro por el médico, con el diagnóstico.

Nos dirigimos al I. N. P. en demanda de advertencia a esas Mutualidades, de que el diagnóstico figura únicamente en el original, y que si desean saber el diagnóstico, motivo y origen de la baja del trabajador, se dirijan ellos al

I. N. P., donde si saben éste, por contar con el original.

En su consecuencia, se advierte a todos los profesionales médicos de esta provincia, que el diagnóstico de baja de los partes que se han de entregar a la Inspección, se ponga **EXCLUSIVAMENTE EN EL ORIGINAL**, dejando en blanco los otros dos impresos, y que si algún trabajador, por rechazo de la Mutualidad lo solicita, se le encamine a la Inspección, donde en el original consta.

BAJO NINGUN CONCEPTO, SE PONGA EL DIAGNOSTICO EN LOS OTROS DOS IMPRESOS QUE NO SON ORIGINALES, y que van destinados a la empresa y al trabajador.

Ruego la mayor eficacia en el cumplimiento de estas advertencias, que por otro lado ya están solventadas en mucho tiempo atrás con el I. N. P., que lo aceptó.

ACCIDENTES DE TRABAJO INDIVIDUALES

Se advierte a todos los médicos colegiados que practican la asistencia a lesionados protegidos por pólizas individuales, suscritas en Compañías Mercantiles y Mutuas Patronales, que la tarificación de estos servicios, lo serán en la proporción del cien por cien de la que rige para accidentes de trabajo, denominados LEY.

Ello tiene su motivación en que la Tarifa de Accidentes de Trabajo es de única obligatoriedad para las Pólizas que cubren el servicio de accidentes de trabajo que por Ley son obligatorias, considerando las suscritas en Compañías Mercantiles o Mutuas Patronales, como seguros voluntarios, expresamente excluidos de la citada tarificación, y que para moderar su módulo, el Consejo General propuso que éstas lo fueran al 100 por cien, como índice valedero general, considerando que se trata más bien de una protección que sustrae la clientela privada del profesional.

CERTIFICADOS MEDICOS A LOS BENEFICIARIOS DE LA S. S.

Los médicos pertenecientes a la Seguridad Social, están obligados a reflejar en un certificado médico, a solicitud del beneficiario, las lesiones de que éste se está tratando en la Seguridad Social, así como de cualquier otra circunstancia con ello relacionada, para que éste pueda hacer de él el uso que le convenga.

Ahora bien, de ninguna forma el médico de la S. Social está obligado a redactar ningún certificado médico, ni para el asegurado ni para sus beneficiarios, que contenga situaciones no directamente dependientes de la enfermedad objeto de la asistencia.

En este sentido se advierte a todos los médicos colegiados que, cuando un asegurado solicite la confección de un certificado, por un médico de la S. Social, en el que se hayan de expresar situaciones que no se deriven de la asistencia prestada (vacunaciones, estado de salud para ingreso en centros, certificados preceptivos en escuelas, etcétera), no están obligados a su extensión, y si el asegurado o beneficiario insiste y se conviene su redacción, bajo condiciones económicas establecidas, **NUNCA EL CERTIFICADO SE DEBE EXTENDER EN LOS LOCALES DEL I. N. P. O AMBULATORIOS.**

Asamblea de Médicos Rurales

Ante las noticias extraoficiales del parón dado por el Ministro de Sanidad y Seguridad Social al proyecto de Servicios de Urgencia en el Medio Rural, la Asamblea Provincial de Médicos Titulares de Ciudad Real, reunida en el día de la fecha en el salón de actos del Colegio Oficial de Médicos, acuerda:

1.º Manifestar sus más profundos repulsa y disgusto.

2.º Urgir del representante nacional de Médicos Titulares la inmediata convocatoria de la Asamblea Nacional para tratar del problema y de la posible adopción de las medidas coercitivas que se estimen convenientes, entre las que esta Asamblea, agotada ya la paciencia de la clase médica rural, propugna las siguientes:

a) Que la Asamblea Nacional de Representantes provinciales de Médicos Titulares, se constituya en Asamblea permanente y se encierre en el Consejo General de Colegios Médicos hasta que por el Ministro de Sanidad y Seguridad Social se den garantías de que se seguirá adelante con el proyecto de Servicios de Urgencia.

b) Reforzar esta actitud con las siguientes medidas sucesivas y escalonadas:

1) A partir de las cinco de la tarde, enviar a Residencia con volante P-10 a todo enfermo que requiera asistencia. Si en un plazo razonable a acordar, el problema sigue en pie, se pasa a...

2) A partir de las cinco de la tarde, abandonar diariamente el servicio, dejando las urgencias cubiertas por el médico de turno, como en los fines de semana y, por supuesto, continuando con el envío sistemático de los enfermos a Residencia. Si aun así no se resuelve;

3) Abandono sistemático del servicio a partir de las cinco de la tarde. Simultáneamente, depositar en el Juzgado, inmediatamente de recibirlas, las cantidades que por urgencias asigna la Seguridad Social.

3.º Independientemente de todo esto, consultar con los asesores jurídicos de cada Colegio, o con el del Consejo General, y si se creyera conveniente, con un abogado laboralista, la procedencia de permanecer en servicio ininterrumpido y permanente, y las posibilidades de un recurso en este sentido.

Reunión de la Comisión Permanente del Consejo General

SE ACEPTA LA DIMISION DEL DR. ROBREDO, Y SE DESIGNA, CON CARACTER TEMPORAL, PARA ESTE CARGO AL PROFESOR NUÑEZ PUERTAS

En la mañana del día 6 de mayo, se ha reunido la Comisión Permanente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en la que, bajo la presidencia del doctor Pérez del Bosque, se han tratado de diversos asuntos que han merecido los siguientes acuerdos:

1.º Se dio cuenta del escrito de fecha 28 de abril pasado, sobre la dimisión del Vicepresidente primero del Consejo, doctor Robredo, acordándose aceptarla aún lamentando su decisión, y expresarle el agradecimiento por su dedicación y servicios prestados.

El Presidente expone la necesidad de cubrir la vacante, con carácter temporal, según dispone el artículo 13, apartado 4, del Reglamento de la Organización Médica Colegial, y propone para este puesto al profesor doctor don Adolfo Núñez Puertas, de Madrid. Los asistentes por unanimidad acuerdan aceptar la propuesta de la Presidencia, con lo que el profesor Núñez Puertas, pasará a ocupar, con carácter temporal, la Vicepresidencia primera del Consejo General.

Se aprueban las **propuestas de las Juntas Directivas** de Burgos, La Coruña, Guipúzcoa, Huelva, Las Palmas, Lugo, Madrid, Navarra, Santander, Soria y Valladolid, referentes a nombramientos y ceses de varios directivos y autorizando convocatorias de elección en algún Colegio.

También se examinaron **comunicaciones de los Colegios** de Alava, Alicante, Avila, Barcelona, Burgos, Cáceres, Cádiz, La Coruña, Castellón, Granada, Guipúzcoa, Jaén, Madrid, Murcia, Pontevedra, Santander, Sevilla, Valladolid y Vizcaya, señalando principalmente la petición de Alava, para establecer las Secciones Colegiales de Hospitales y del Colegio Universitario de Alava; Barcelona, comunicando el funcionamiento de una Asesoría Jurídica Laboral y sobre plazas a las que pueden

optar profesionales de distinta formación; Granada, comunicando imposición de sanción falta grave a un colegiado, y otro sobre Médicos analistas; Jaén, comunicando escrito enviado al Fiscal Jefe de la Audiencia sobre un presunto médico y solicitando gestiones para actualización de bolsa de trabajo; Madrid, sobre colegiación obligatoria para Médicos que ejercen cargos dependientes del Ministerio de Sanidad; Pontevedra y Sevilla, sobre cuota colegial extraordinaria; y Valladolid, solicitando gestión para que se envíe relación de farmacéuticos y auxiliares de Farmacia.

En comunicaciones diversas se examinaron escritos de la Sociedad Española de Reflexología y Auriculomedicina; de la Asociación de Hospitales Generales Provinciales y Psiquiátricos y de la Sociedad Española de Informática Médica.

También se examina la petición de la Sociedad Española de Medicina Rural (SEMER) sobre el IV Congreso Nacional de Medicina Rural.

La Permanente examinó el **Anteproyecto de Decreto para incluir en el Estatuto Jurídico de los Médicos un Capítulo VIII sobre Acción Social** que fue informado favorablemente, teniendo en cuenta el amplio beneficio que supone para los Médicos de la Seguridad Social.

Con esta Información se adjunta una copia de dicho Anteproyecto, para el debido conocimiento de los Presidentes Colegiales.

También se examinó la petición de la British Medical Association solicitando patrocinio del Consejo para la publicación de «Tú y tu bebé» que se acepta, con una aportación para el Patronato de Huérfanos de Médicos.

La Permanente acordó la actualización anual de la Reglamentación de la Iguala Médica de

conformidad con el nuevo salario mínimo interprofesional.

Se examinó el escrito de la Agrupación Nacional de Enfermedad y Asistencia Sanitaria de la Unión Española de Entidades Aseguradoras y de Capitalización (UNESPA), en la que comunica haber designado la Comisión que ha de negociar con los representantes del Consejo, sobre el aumento de haberes a los Médicos con contrato civil, al servicio de las Entidades, acordando completar la Comisión con los doctores Tortosa y Rodríguez Domínguez, dándoles amplias facultades para su gestión.

Se dio lectura, también, al escrito de Previsión Sanitaria Nacional, en el que comunica haber tomado posesión el Consejo de Administración de la siguiente forma:

Presidente: Doctor don José María Artamendi Muguerza.

Vicepresidente primero: Don Ernesto Marco Cañizares.

Vicepresidente segundo: Don Ignacio Galástegui Iturbe.

Vicepresidente tercero: Don Frumencio Sánchez Hernando.

Tesorero: Doctor don José Paz López.

Vicetesorero: Don Rafael Tijero González.

Contador: Don Jesús Martín Martínez-Conde.

Secretario: Doctor don Domingo Grañen Llanas.

Vicesecretario: Don Eugenio Laborda Rodríguez.

Vocales: Doctor don Jorge Pérez del Bosque, doctor don José Luis Gutiérrez Herrero, doctor don Juan Domenech Miró, doctor don Miguel Jiménez Gan, don Pedro J. García Vela, doctor don Luis Rivera Pérez, don José Antonio del Pozo del Olmo y don Leopoldo Tejada Jiménez.

Finalmente, el doctor don Marcos Reoyo Cuesta, representante nacional de los Médicos titulares, da cuenta de haber sido nombrado para el cargo de Delegado territorial del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, en la provincia de Burgos, y que por entender que está comprendido en el artículo 13, apartado d), del Reglamento de la Organización Médica Colegial, por tratarse de un cargo político, pone a disposición del Consejo la representación nacional por sí procede que, aunque el nuevo cargo sea con reserva de todas sus plazas y cargos, el Consejo General designe, con carácter temporal, a un representante provincial para que ostente la representación nacional.

La Permanente acordó designar con carácter temporal, al miembro de la Junta Central doctor don José María Álvarez Martínez, por haber desempeñado ya la representación nacional y ser el miembro más antiguo de dicha Junta Central.

Por su carácter de urgencia se incluye en el orden del día el examen del Proyecto de Modificación de Tarifas para Accidentes de Trabajo que ha sido elaborado con la parti-

cipación de los representantes del Consejo, doctores López Pacios y Llisterri Vidal, acordándose informar favorablemente este Proyecto, dada la necesidad de actualizar estos honorarios que ha sido solicitado por numerosos Colegios y Sociedades.

NOMBRAMIENTOS DE DELEGADOS TERRITORIALES DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL

El pasado día 4, y ante el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, han jurado su cargo de Delegados del Ministerio, para las siguientes provincias, los señores:

Albacete, don José Sánchez Bernal; Alicante, don José Luis Vallejo Flores; Almería, don José A. Fernández-Aguilar Torres; Avila, don José Losana Méndez; Badajoz, don Alfredo Fernández Barrios; Barcelona, don José Antonio Salva Miquel; Burgos, don Marcos Reoyo Cuesta; Cáceres, don Telesforo Torres González; Córdoba, don Joaquín Gómez Chaparro; Cuenca, don Benjamín Domínguez López; Granada, don Rafael García Santaolalla; Guipúzcoa, don Rafael Salaverry Barañano; Huesca, don Juan Antonio de Andrés Rodríguez; Jaén, don Manuel Fidel Santaolalla Pérez; León, don Avelino Caballero Portero; Málaga, don Juan Cabrerizo Portero; Murcia, don Angel Fernández Nafría; Palencia, don Isidro Burón Lobo; Pontevedra, don Antonio Fernández-Barja García; Salamanca, don Nicolás Fernández Martín Fernández; Santander, don Vicente Diego Bedia Trueba; Segovia, don Juan José Revilla Ibáñez; Sevilla, don Juan A. Zaragoza Rubira; Teruel, don Luis López Villalba; Valladolid, don Emilio Zapatero Villalonga, y Vizcaya, don Francisco Martínez Sampedro.

PROYECTO DE LEY DE SANIDAD

El día 29 de abril, ha sido enviado a todos los Presidentes y Consejeros, el texto íntegro del Anteproyecto de Ley de Gestión y Organización Institucional de Sanidad, que con la Memoria sobre dicho Anteproyecto, que había sido enviado días antes, completa la información que hasta el momento ha recibido el Consejo General.

Es de esperar que los distintos Colegios puedan llevar a cabo el estudio pertinente y hagan las sugerencias que consideren oportunas al Consejo, para poder preparar la actuación de éste, en relación con el contenido de dicha Ley.

ACCION SANITARIA CONTRA EL TABACO

En el día de hoy, la Subsecretaría de la Salud del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, iniciará una campaña de acción sanitaria contra el tabaco, bajo el lema «No quemes tu salud».

Con tal motivo el Presidente del Consejo, ha dirigido una carta a cada Presidente en la que se resume las medidas que comprende la campaña, en cuyo Comité Técnico está representado el Consejo General, por su Consejero, doctor don Fernando Gómez Pomar.

REGLAMENTACION DE LA IGUALA MEDICA

BASE PRIMERA

La Igualada Médica, modalidad de ejercicio profesional, generalizada en todo el ámbito nacional, tradicional en las costumbres de las familias campesinas, ya que mediante ella pudieron hacer accesible, sin gran sacrificio económico, la asistencia médica, es en realidad un seguro de enfermedad primitivo que el médico estableció, con objeto de dar más estabilidad a sus ingresos, obteniendo unos honorarios globales difíciles de conseguir con el pago por servicios prestados, dada la limitada economía de gran parte de las familias que, por este sistema, alcanzan capacidad suficiente para ponerse a cubierto de los riesgos de enfermedad, garantizando por un tanto alzado los servicios médicos que durante el año pudieran precisar. Es por tanto, un convenio bilateral, libremente pactado, con el que los vecinos arriendan unos servicios médicos, previamente concertados.

BASE SEGUNDA

Mediante este Contrato, el médico se compromete a prestar sus servicios profesionales a los miembros de una familia, entendiéndose por ésta los siguientes familiares: cónyuge, ascendientes mayores de sesenta y cinco años e hijos no emancipados, siempre que convivan con el cabeza de familia y a sus expensas. Cuando el igualado sea soltero, se entenderán comprendidos en la Igualada familiar a los padres mayores de sesenta y cinco años y hermanos a su cargo, cuando concorra la circunstancia apuntada de convivir con el igualado y a sus expensas. En el caso de que algunos de los familiares posean independencia económica, perciban pensión o renta de trabajo, para tener derecho a la asistencia deberán abonar la Igualada suplementaria o individual, según proceda.

BASE TERCERA

La cuantía mínima de la Igualada familiar en todo el territorio nacional, será de 411 pesetas mensuales, y los servicios profesionales que comprende habrán de realizarse en el domicilio de los enfermos, cuando, por su estado, no puedan abandonar el mismo, o en la consulta del médico en las horas fijadas para ello. La Igualada individual será el 50 por ciento de la anteriormente indicada.

En aquellos casos en que la modalidad de Igualada familiar sea sustituida por la Igualada individualizada «per cápita», la tarifa aplicable será de 150 pesetas mensuales. De la misma cuantía será la Igualada completamente, así como las colectivas que puedan suscribir los Colegios de Enseñanza, conventos, religiosos, etc.

Estas tarifas tienen el carácter de mínimas y serán incrementadas proporcionalmente cuando se trate de familias de mejor posición económica.

BASE CUARTA

Los igualados procurarán entregar los avisos de solicitud de asistencia antes de las horas límites señaladas para ello. Pasadas dichas horas, la visita podrá cumplimentarse al día siguiente, a no ser que se reclame con carácter de urgencia.

Las visitas solicitadas entre las 8 horas de la noche y las 8 de la mañana, así como los avisos en días festivos recibidos después de la hora límite de la mañana, se considerarán como servicios médicos extraordinarios, no comprendidos en la Igualada, a no ser que se concleren previamente, en cuyo caso la cuantía de la misma se incrementará a un 20 por 100.

BASE QUINTA

Los gastos de rodaje y traslado, cuando los igualados vivan diseminados, desplazados del Centro urbano, serán a cargo de los mismos, bien abonando directamente su importe, aun cuando el vehículo empleado sea propiedad del médico, o mediante un tanto alzado convenido al suscribir el contrato de Igualada.

BASE SEXTA

En toda ausencia, licencia o enfermedad, la continuidad del servicio concertado quedará garantizada por un sustituto que, a su cargo, designe el médico, el cual asumirá todas las obligaciones derivadas de este Contrato.

BASE SEPTIMA

Las consultas con otros compañeros serán, abonadas con el 50 por 100 de los honorarios que perciba el médico consultor, una vez descontados los gastos de desplazamiento, fijándose una tarifa mínima de 500 pesetas.

BASE OCTAVA

No están incluidos en los servicios concertados:

a) Los partos, abortos, análisis, técnicas de radio-diagnóstico, fracturas o intervenciones quirúrgicas.

b) Accidentes de trabajo y lesiones en que exista un tercer responsable solvente.

c) Los reconocimientos previos y la extensión de certificados médicos.

d) Los servicios que la práctica habitual asigne al Auxiliar sanitario. Cuando por no existir éste, el médico se haga cargo de los citados servicios, la cuantía de los iguales se incrementará en un 25 por 100.

BASE NOVENA

La presente Reglamentación deberá ser respetada, tanto en los contratos individuales como en los derivados de la asistencia colectiva, no autorizando el Consejo tarifas inferiores a las señaladas, en tanto no medie un previo convenio entre la Organización que lo pretenda y la Organización Médica Colegial.

Para un futuro muy próximo, jubilación voluntaria a los 60 años

Está a punto de aparecer publicado en el «Boletín Oficial del Estado», un Real Decreto por el que añaden el Estatuto de la Mutuality del Personal Médico de la Seguridad Social, en cuanto se refiere a su acción social, unos artículos que se añaden, en los que se contempla una serie de concesiones económicas, pero en los que destaca fundamentalmente la tan añorada, deseada y tantas veces reivindicada posibilidad de la jubilación a los sesenta años de edad con veinticinco de cotización en la Mutuality del Personal Sanitario, para percibir el 100 por 100 del total del sueldo correspondiente el promedio de los haberes percibidos durante los dos últimos años, y en los que estarán incluidos trienios, y demás percepciones complementarias que componen la nómina, y ello se hará suplementando o complementando a la Mutuality nuestra las cantidades que se precisen para llegar a ese 100 por 100 con respecto a la cantidad resultante del Instituto Nacional de Previsión por jubilación.

Por fin ve luz verde, un asunto con reivindicaciones muy lejanas y a veces consideradas como inalcanzables, por las que tanto ha luchado el Colegio de Ciudad Real en su consecución, lo que nos viene a demostrar que cuando las cosas que son justas si se tratan con espíritu de colaboración se consiguen.

Felicitémonos de esto porque son muchos los compañeros que esperan esta situación para poder acceder a una justa situación de descanso con el aval económico resuelto.

Las guardias en los Servicios de Urgencias en Instituciones Cerradas

Se está considerando por el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, la situación que las Guardias que se realizan en los servicios de las Instituciones Cerradas se vienen desarrollando progresivamente, que en conjunto se pueden resumir en dos situaciones:

La que crea un servicio de urgencia en ciertas especialidades con presencia física, en algunas de las cuales no es suficiente por el número de enfermos que a ellos acuden, y las que se derivan de los servicios establecidos tanto con presencia física como de guardia localizada, donde el porcentaje de enfermos a atender es tan escaso que no es rentable su establecimiento y continuación.

A este respecto se está estudiando una remodelación de cada situación, no sólo en lo que se refiere al montante económico sino a la necesidad o no de continuar con él establecido.

De todas formas los servicios de urgencia que tienen un soporte asistencial en la situación de localizados parece ser que está a punto de ser el primero en modificar, y sobre todo en especialidades que no justifican el número de servicios prestados considerado como mínimo para su continuación.

Por otro lado también, parece ser que se tratará de justificar en cada asistencia la debida urgencia del caso atendido, a través del tratamiento efectuado, pues no es raro conocer que la atención de una urgencia se limita al ingreso del paciente en una cama de la Residencia, para su estudio y posterior tratamiento por el Jefe del Servicio, siendo ello motivo de que actualmente se considere el procedimiento ideal para acceder a ocupar una cama que por los medios normales no se puede lograr por saturación.

CERTIFICADOS MEDICOS

Es necesario para la marcha normal de nuestro Colegio que toda certificación exigible por cualquier motivo lo sea a través del Certificado Médico Oficial, no aceptando de ninguna manera los impresos que cualquier organismo edita por su cuenta sin tener el debido respaldo legal de su autorización.

El Certificado Médico es el medio primero de prestigiar a nuestra profesión. Hazlo siempre real, y no comprometas tu prestigio por amistad.

El Colegio y sus Colegiados te agradecerá tu colaboración.

LAS RECETAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Desde hace poco tiempo se viene conociendo, y cada día más frecuente, que los talonarios de recetas de la Seguridad Social desaparecen o son sustraídos por quienes, al hacer uso indebido de ellos, comprometen muy seriamente a sus titulares.

No olvidemos que por esto y otros motivos, la Seguridad Social viene detectando una serie de circunstancias que de ello se derivan y la mejor forma de evitar males mayores, es denunciar inmediatamente a la Inspección la desaparición de estas recetas.

Nunca deben de dejarse firmadas, pues ello de por sí ya constituye delito. Y conste que ni aún lo pueden ser encomendadas en esta situación al personal auxiliar de nuestra consulta.

La mecanización y procesamiento de que ya son objeto las recetas de la Seguridad Social nos obligan a recapacitar seriamente en unas circunstancias, de las cuales se pueden derivar molestias para los médicos, y me refiero concretamente a las preferencias por un determinado Laboratorio.

De todas formas, si algún médico de nuestra provincia se encontrara en situación de tener que dar explicaciones solicitadas por el I.N.P., sería conveniente que se dirija directamente al Colegio en demanda de consejo, o a su Presidente.

SERVICIOS DE URGENCIA RURAL

En la Asamblea de nuestro Colegio se trató, como sabéis, entre otros temas, el de solicitar la urgente solución al servicio continuado de los médicos, principalmente los del medio rural, que les obliga a permanecer constantemente en situación de prestar asistencia a una situación urgente, con lo que se conculca la legislación actual sobre horarios de trabajo, y se imposibilita a los médicos a poder dedicar a su reposo personal el tiempo necesario, así como el de prestar a la familia el debido tiempo compartido.

En la última reunión que con el Ministro tuvimos y planteado el problema de solución acuciante, se nos mostró el estado actual de las gestiones y programación efectuada, y resalta en ellas la imposibilidad de su instauración inmediata, por no existir médicos en el número más mínimo para que se hagan cargo de estos servicios.

Desde luego la aceptación de nuestras razones son suficientemente atendidas y consta la formal promesa de iniciar soluciones que en parte puedan paliar estas situaciones, al menos en aquellas zonas más necesitadas o deprimidas.

Ley de Incompatibilidades

Se está estudiando en el Ministerio, para una futura puesta en marcha, la Ley de Incompatibilidades en nuestra profesión, aunque de igual forma comprometería a otros sectores.

Al tener conocimiento de que existe una Comisión encargada de proponer una ponencia al respecto, que sería estudiado por todos los estamentos comprometidos, hemos solicitado que la situación a definir lo sea a nivel de nuevas acumulaciones, dejando en período de cadencia, las actualmente existentes, o en todo caso que se contemple en esa Ley de Incompatibilidades, las situaciones por las que ha accedido a la acumulación o duplicidades, pues mientras tanto no se resuelva el mal de origen, no conseguiremos hacer funcionar con absoluta legalidad y consideración, la actualidad de la existente, residuo no lejano de una necesidad, a la que daba pie y propiciaba la propia Administración.

Recurso del Consejo General sobre retribuciones

El Consejo General de Colegios de Médicos de España, ha impugnado la Orden de 17 de febrero sobre las retribuciones de los médicos con motivo del aumento reglamentario de primeros de año.

Consideramos que está fuera de lugar en el tiempo este recurso, porque cuando se pueda solventar estaremos metidos irremediablemente en el nuevo año, y nada práctico sacaremos, puesto que la retroactividad en estas cuestiones es totalmente imposible.

Sólo nos queda la cuestión de la honrilla, y con ella no conseguimos nada, al menos económicamente, motivo del recurso.

Por otro lado se ha impugnado también las disposiciones de régimen orgánico y funcional del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social sobre Delegaciones Territoriales, que creo tenían un período hábil para ello, y que de progresar el recurso, sería necesario otra disposición del mismo rango, difícil cuando ya se están nombrando los titulares de estas Delegaciones para toda España.

Sobre la retribución de los Titulares

Existe en el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social la creencia de que, bajo su gestión, se puedan asimilar a la situación de retribución de las demás clases de la Administración Civil del Estado, la de los Titulares, dejando la discriminación de que en su día fueron objeto, al menos paliada.

El problema no tiene más obstáculo que el Ministerio de Hacienda, y éste no se opone a que la actualización conste para el ejercicio siguiente, si ahora se programa debidamente para él.

Ante esto, consideramos es de sumo interés que se acometa de inmediato el estudio de la situación a remediar, desde el punto legal, para obtener la promesa para el ejercicio de 1979, y si esto no se consigue, debemos inmediatamente de recurrir a la Administración, bien directamente, bien a través de un recurso formal o, en todo caso, a plantear la verdadera situación con la presión suficiente como para que no se nos olvide.



Centros de orientación familiar

He tenido conocimiento del contenido del proyecto de Real Decreto a presentar por el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social en un próximo Consejo de Ministros, en el cual se pretende crear, en colaboración con la Secretaría de la Familia del Ministerio de Cultura, una serie de Centros de Orientación Familiar, estratégicamente distribuidos en las provincias, y en los cuales se atenderá indiscriminadamente a toda la población que lo solicite, con función no sólo planificadora, sino también de control familiar tanto en la vertiente procreadora, como en la preventiva e higiene de la familia.

La exposición del contenido del articulado del Real Decreto, va fundamentalmente destinado a quienes organizan su vida en cuanto a la familia con fines de reproducción humana, como en la vertiente de infertilidad, o de vigilancia de detección de procesos con ello relacionado, la verdadera planificación familiar en el sentido de programar el número de hijos a tener por la pareja y en las fechas deseadas de mutuo acuerdo, o en definitiva, lo que en este sentido pueda significar la posibilidad de no concepción, para la mujer que voluntariamente decide evitar la gestación.

Lo que se pretende formalmente, es la creación de una serie de Centros a nivel provincial, que de momento podrían radicar en las actuales Jefaturas Provinciales de Sanidad, en sus dependencias, atendidas por especialistas en la materia debidamente formados en un espacio de tiempo no inferior a cuatro años, a los cuales pueda libremente acudir toda la población interesada en el tema sin limitación alguna, en demanda del consejo más oportuno para cada situación particular en su propia planificación, de la que se derivaría un consejo particular, una formulación medicamentosa o la atención quirúrgica, cuando se detecte la necesidad de este proceder.

Puestas así las cosas, y desde el punto más simplista de la cuestión, poco se puede objetar a la concurrencia profesional de su consentimiento, al contenido del proyecto de Real Decreto, sobre todo al pensar desde el punto de vista científico su necesidad, la certeza de que ha de haber un criterio recto común, y que han de sentar las bases de una planificación organizada y solvente, en garantía de algo que la sociedad actual demanda.

Pero desde el punto de vista profesional, y particularmente en la vertiente asistencial, pusimos serios reparos al contenido del comentado Real Decreto, pensando que existen lagunas que se deben rellenar antes de su aparición definitiva, única forma de evitar que se malogre en su puesta en marcha algo que por precipitado, a nuestro juicio, nace con serios reparos de puesta en marcha. Y así lo expresamos, lo mantuvimos y desarrollamos, pues formalmente consideramos que de no modificarse va a incidir seriamente en la prestación asistencial de la Seguridad Social, que por ahora, todavía, no ampara a toda la población.

Porque si el motivo de la consulta es el deseo de la pareja de acceder a la maternidad aún no conseguida, las consecuencias de la actividad del Centro de Orientación, en nada enturbiaría el consejo dado e incluso la actividad terapéutica a realizar, dejando solamente la posibilidad de alguna incompatibilidad derivada de un simple contraste de pareceres, algo análogo con lo que pueda significar en enfermas a las cuales la gestación las deba poner en trance de grave problemática en su evolución, y la consecuencia haya de ser la recomendación de abstención de nuevos embarazos, que muy posiblemente también procedan de otras consultas tratando de resolver un problema conocido, y sea un contraste de pareceres lo que desean, aun

sin intencionalidad crítica, porque la comprensión es el capítulo final de este contraste para cualquier profesional mentalmente aceptado.

Donde sí consideramos pueda haber problemas derivados de la actuación de estos Centros, es en los casos, por otro lado la gran mayoría, de aquellas mujeres, casadas o solteras, que desean evitar el riesgo de una gestación en la normalidad de unas relaciones sexuales, las que por decisión propia y voluntaria en acuerdo con su pareja, sabedoras de los medios anticonceptivos actualmente usuales por la ingestión de fármacos, desean únicamente les sea prescrita «la píldora», que la despreocupe del no deseado embarazo.

Porque el Centro de Orientación Familiar se ha de limitar escalonadamente a señalarle una serie de procedimientos, en cuya enumeración indefectiblemente entran los gestágenos, y que una vez advertidas de los peligros reales que su ingestión continuada o no puedan ocasionarles, extenderán la receta del preparado elegido por el Médico, que las capacite para ir a la Farmacia para su dispensación.

Y en este momento es cuando consideramos que se pueden iniciar los problemas, que en ciertas situaciones pueden significar para el Médico una toma de postura, deontológicamente justa, cuando estas recetas extendidas por el Centro de Orientación sean canalizadas a la Seguridad Social, por los beneficiarios de ella, en demanda de la extensión de la receta oficial que la faculte para adquirir gratuitamente el preparado en la Farmacia, entrando en colisión con el sentido profesional de quien mantiene opinión contraria a la del Centro.

Pero además si estos beneficiarios consiguen esta clase de medicación gratuitamente, se establece inmediatamente una seria discriminación ante otras personas que por no pertenecer a la Seguridad Social, no participan de igual trato económico.

Más gravedad a nuestro juicio puede contener el aspecto puramente económico, en una situación como la actual, en la que bien es sabido de todos, las serias dificultades económicas por las que atraviesa la Administración, y que de forma no programada, viene a incidir en ella una situación totalmente inoportuna en la actualidad.

Por ello y alguna razón de orden no muy clara en cuanto al funcionamiento de unos Centros sin personal adecuado a su altura formativa muy especializada, en la que sabemos que se precisarán al menos tres años para poder estar en condiciones de actuación correcta en una especialidad tan actual, sin Centro de formación en España, consideramos que se debe de posponer la iniciativa de su creación a un estudio necesario a otros niveles, dejando la funcionalidad en manos de otro Ministerio, que como el de Educación y Ciencia pueda dar el primer paso a la instauración de la docencia para que luego el de Sanidad y Seguridad Social pueda programar el funcionamiento de estos Centros.

No olvidemos que se está programando una nueva estructura asistencial, y que esto puede incidir negativamente en el debido acómmodo de su actualidad.

Nosotros, al menos, consideramos que no es ni el momento, ni la necesidad, la que nos puede inducir a su promoción.

José López Pacios

La receta médica en un futuro no lejano

El conocimiento de que las recetas son blanco de los desaprensivos, en solución de poder conseguir una serie de fármacos estimulantes, medicinas de difícil adquisición, y gestágenos que mantengan anonimatos, amén de otras falacias, nos lleva a considerar una serie de circunstancias que inciden en su valoración y estima, así como de la facilidad de la falsificación, y quizás muy propiciada la situación, por la ya no reciente, pero sí abundante confección de recetas por extraños, facilitadas como propaganda o indirecta presión amistosa, por no decir decidida propaganda.

Hace ya tiempo que pensamos y expusimos nuestro pensamiento en este sentido, basando la filosofía de nuestro pensamiento en la personalidad de la receta, personalidad intransferible, y únicamente delegable en la Organización Médica a través de los Colegios Provinciales, donde podrían aflorar libremente los condicionados locales.

En este sentido dimos una conferencia sobre el tema en el Centro de Estudios Actuales en Madrid, fundamentándola en tres puntos básicos. La receta es personal, la receta es profesional y la receta debe ser inalterable y sin posibilidad de falsificación.

Es un documento personal, puesto que la cabecera data y nomina la personalidad de su propietario, en ella constan los títulos legalmente adquiridos, y en nuestro concepto no debe en ella de figurar el Título doctor si no se posee, sustituyéndole por el de Licenciado, se indica la especialidad que se cultiva, el Centro donde se recibe en consulta y los medios normales de recepción. Por si fuera poco, este documento sólo puede ser firmado por quien figura expresamente impreso, y quizás debería de constar de una contraseña personal a modo similar de la signatura que los Notarios hacen figurar en sus documentos, que personalizan éstos y evitan la falsificación o al menos la imposibilitan para los no prácticos.

En este documento nunca deberían de figurar términos que induzcan a una promoción de su titular, ni prometer terapéutica no reconocidas por las Reales Academias como verdaderas y eficaces o al menos que la práctica haya sancionado su continuidad.

En este sentido los membretes deberían de estar uniformados a nivel nacional, con la única distinción de las áreas colegiales a las que pertenece el profesional que la usa.

La receta debe de ser de puro y único contenido profesional, por lo cual deberá de estar impresa en tales términos, con normal redacción dedicada a profanos, en cuyo reverso, se deben de hacer las anotaciones de uso, o las recomendaciones que marquen el límite de utilización, y desde luego signada como el anverso.

Para facilitar su confección y desde luego por la especialidad que se cultiva, debe ser potestativo de su poseedor de imprimir a imprenta los caracteres finos de su recomendación.

Conseguido esto deberían desaparecer totalmente en todos los envases de preparados medicamentosos los prospectos de acción terapéutica y actividad fisiopatológica, las dosis y demás recomendaciones de la práctica profana de aplicación, suplida como ya decimos por la recomendación precisa de quien receta.

Puede y debe de estar numerada por la Organización Médica y si se quiere con los caracteres específicos de cada colegio y su adquisición únicamente podría ser conseguida en la propia Organización, quien anotaría la numeración y vigilaría a efectos contables y de tributación la cantidad consumida de ellas.

Esta receta una vez cumplimentada, y dispuesta en la Oficina de Farmacia, quedaría en poder de ésta archivada obligatoriamente, para ser mostrada en múltiples situaciones, unas legales, salvaguardando la anormal utilización por extraños los propios enfermos que liberaría la reclamación posterior al profesional como prueba documentada, al Colegio ante la Recaudación de Tributos en auxilio de reclamaciones por abuso tributario, y en el propio Colegio para fijar por él la cuota de ejercicio, de que otro día hablaremos.

Y finalmente para evitar la posibilidad de falsificación e incluso de utilización por ajenos cualificados, debería ser editada en un papel especial, como lo son los papeles del Estado aun a costa de tenerse que realizar en la Fábrica de Moneda y Timbre Estatal, papel que fuera de única fabricación, impreso a agua en matriz y de adquisición numerada única por la Organización Médica Colegial, quien la haría útil en imprenta con signos propios y modificables periódicamente en el anonimato externo.

Es decir sería según nuestro modo de concebirla, un **cheque receta**, con caracteres propios y fácilmente reconocibles.

Una vez así las cosas sobrarían las demás recetas que se editan por organismos, como ejemplo la Seguridad Social, puesto que estas recetas unipersonales tendrían validez de efecto reconocible colegial y además dotarían a la Administración de un valioso elemento de juicio en posibles abusos intencionados.

Se puede mejorar, desde luego, pero la idea ahí queda.

La reforma de la Sanidad debe de ser hecha a todos los niveles, y desde luego la actual receta oficial no tiene nada más que los defectos necesarios para tener que entrar en la reforma.

José López Pacios

Información para Médicos jóvenes españoles sobre perfeccionamiento, especialización y ejercicio profesional en Norteamérica

(Continuación)

EXAMEN SUBSIGUIENTE

Los candidatos que deseen examinarse del examen completo por segunda o tercera vez deben pagar el importe total de 45 \$. Dicho importe debe ser enviado a las oficinas del ECFMG por lo menos siete semanas antes de la fecha del examen. No existe ninguna excepción a esta regla.

TEST INGLES SOLAMENTE

Los candidatos que hayan superado la parte médica del examen y que deseen repetir el test inglés fuera de los Estados Unidos o Canadá serán inscritos, hayan pagado o no el importe de 25 \$.

REEMBOLSOS

Si el candidato tiene un crédito a su favor, el importe le será devuelto bajo petición. Si el candidato se pronuncia por un examen y lo paga entero y más tarde decide no presentarse, su cuenta no mostrará un saldo a su favor hasta que se haya determinado después del examen si se ha presentado o no.

DOCUMENTACION DE LAS CREDENCIALES MEDICAS

Una vez aprobado el examen, la documentación debe entregarse al ECFMG para su certificación, antes de que los candidatos puedan ejercer como internos o residentes en los hospitales de los Estados Unidos (ver sección «Requisitos educacionales»).

Para España el diploma requerido es el título de Licenciado en Medicina y Cirugía, expedido por cualquiera de las Facultades oficialmente reconocidas.

CALIFICACIONES Y CERTIFICADOS

Los puntos o calificaciones de examen del ECFMG se convierten en calificaciones escalonadas o calificaciones estandarizadas. En la actualidad, las calificaciones de cada candidato se apuntan de ambas maneras. Según las certificaciones presentes, la puntuación para pasar es ahora de 75 (esto no es ningún por-

centaje). La marca estandarizada para pasar es de 290. Ya que ambas calificaciones se derivan de cero puntos por una línea de conversión, una marca escalonada de 75 y una marca estandarizada de 290 representan algo idéntico en el examen.

Las calificaciones se basan en los resultados obtenidos cuando estudiantes americanos y canadienses contestaron las mismas preguntas que se hacen en el examen del ECFMG, no en la curva de distribución de puntos exclusivamente del examen ECFMG mismo.

Los candidatos cuyas calificaciones sean más bajas que 290 (o en su escala sean menos de 75) se considerarán suspendidos en el examen.

Los candidatos cuyas marcas sean por encima de 290 (o más de 75) se considerarán aprobados en el examen. Si estos candidatos han aprobado el test de inglés y han completado la documentación médica, recibirán un certificado ECFMG. Las cartas con los resultados serán enviadas seis semanas después.

A aquellos candidatos que hayan superado el examen pero que no aporten la documentación médica, no se les podrá dar empleo en un hospital americano hasta haber presentado la documentación ECFMG y haber recibido el certificado.

CERTIFICADO ECFMG

Los candidatos que tengan una puntuación por encima de 290 (o por la otra escala, 75) pero que no hayan pasado el test de inglés, no tendrán que repetir el examen médico. A estos candidatos no se les dará empleo en un hospital americano hasta que hayan pasado el test ECFMG de inglés o cualquier otro test de inglés en una Embajada o Consulado y hayan recibido el certificado ECFMG.

COPIADORES EN EL EXAMEN

A aquellos candidatos que incurran en la falta de estar dando o estar recibiendo información durante el examen, el Inspector podrá anularles el examen.

INVALIDACION DE PUNTOS

Si durante el tiempo de corrección de los exámenes, la computadora observa que preguntas mal contestadas, coinciden con las del vecino, serán anulados ambos exámenes. Cada individuo debe vigilar su examen y ver que nadie puede copiar de su test.

CERTIFICADO PROVISIONAL

El certificado provisional caduca a los seis meses de haberse expedido, si el candidato está en los Estados Unidos, Puerto Rico o Canadá. Si el candidato no estaba en ninguno de estos países cuando obtuvo el certificado provisional, éste expira a los seis meses de su llegada a los Estados Unidos, Puerto Rico o Canadá.

CERTIFICADO DEFINITIVO

El certificado definitivo ECFMG es válido indefinidamente. Se les expide a los estudiantes después de haber completado la documentación necesaria y después de que hayan pagado el importe de los exámenes. Los honorarios no son por el certificado sino por los exámenes. Los certificados tardan varios meses en llegar a su destino.

EMPLEOS HOSPITALARIOS EN USA

Los candidatos no pueden firmar contratos de empleo o aceptar ocupaciones como internos o residentes en un hospital de los Estados Unidos y Puerto Rico hasta que no hayan recibido el certificado provisional ECFMG o el definitivo (ver excepciones en el apartado «Requisitos para el certificado ECFMG»).

Los candidatos que deseen trabajar en un hospital de los Estados Unidos deberán enviar al hospital una fotocopia de la carta o certificado que hayan recibido del ECFMG. Una fotocopia de la carta que demuestre que el candidato ha superado el examen ECFMG, pero que no ha completado su documentación, puede ser utilizada como negociación previa con el hospital, pero el ejercicio en el hospital requiere la presentación de la fotocopia del certificado ECFMG.

La firma de un impreso para un empleo hospitalario como interno o residente no obliga al candidato a tener que aceptar el trabajo hasta que no conste la idea de contrato claramente en dicho impreso. Sin embargo, la firma de un contrato ofrecido por el hospital obliga al candidato y le vincula al hospital. Es a todas luces contrario a la ética romper dicho contrato para aceptar otra posición sin previa consulta con el primer hospital.

Para ejercer en un hospital de los Estados Unidos, se deben seguir las siguientes fases:

1. Completar los requisitos educacionales para el certificado ECFMG y superar el examen; es decir, obtener el certificado ECFMG.

2. Escribir a los hospitales de los Estados Unidos para pedir información sobre el empleo deseado o posibilidades de trabajo y para obtener impresos de inscripción. Dicha información se puede encontrar igualmente en la lista de Escuelas de internos y residentes, publicada por la AMA. Tres copias de dicha lista son enviadas a cada Escuela Médica. Después de haber pasado el examen ECFMG y bajo petición, los candidatos podrán recibir la lista de los programas de interinidades en un campo determinado.

3. El candidato que desee trabajar en un hospital que haya escogido, debe enviar a dicho hospital una copia de la carta o certificado ECFMG. Una fotocopia de la carta que muestre que el candidato ha superado el examen pero no ha completado su documentación, puede ser utilizada como previa negociación con el hospital pero el trabajo en el hospital requiere la presentación de la fotocopia del certificado ECFMG (provisional o definitivo). El candidato no puede firmar un contrato de empleo o aceptar algún tipo de trabajo como Interno o residente hasta que no haya enviado sus credenciales al ECFMG y no haya recibido el certificado provisional ECFMG. El candidato debe enviar fotocopia del certificado provisional al hospital.

4. Si el candidato no ha completado la documentación de sus credenciales médicas al tiempo de examinarse, podrá para ello disfrutar de un período de ocho semanas entre la fecha en la que debe recibir el diploma prescrito en la sección «Documentación de credenciales médicas» y la fecha de comienzo del trabajo de interno o residente.

5. Para ser admitido en un empleo de interno o residente en un hospital del Estado de California, además de obtener el certificado ECFMG, el graduado médico extranjero deberá pasar un examen escrito ante el Consejo de Examinadores Médicos Californianos.

6. Si el candidato no es ciudadano de los Estados Unidos, deberá proporcionarse un visado para poder entrar en el país (ver apartado «Visado»).

7. Después de tener asegurado el empleo en un hospital (y el visado si no es ciudadano de los Estados Unidos), el candidato deberá preparar los planes de viaje que le permitan llegar al hospital en la fecha indicada.

PROGRAMA NACIONAL PARA INTERNOS Y RESIDENTES

Casi todos los graduados de los Estados Unidos y Canadá obtienen empleos en los hospitales de dichos países mediante el Pro-

grama Nacional para Internos y Residentes (NIRMP). Los graduados médicos extranjeros no participan todos en dicho programa, pero pueden hacerlo si han superado el examen ECFMG en julio o en fecha anterior y si están a punto de recibir el certificado provisional ECFMG no más tarde de la fecha de comienzo del programa para internos y residentes en el cual quieren participar.

Los programas suelen empezar el 1 de julio. Desde que varios hospitales de los Estados Unidos utilizan dicho programa y no admiten a ningún candidato que no haya pasado por él, gran número de graduados extranjeros desean participar en ellos. El candidato que desee inscribirse en el NIRMP puede obtener información complementaria en la Secretaría Ejecutiva NIRMP (1603 Orrington Avenue-Evanston-Illinois 60291-USA). Existen unos gastos de inscripción que deben ser abonados al NIRMP.

Los candidatos que no tengan los siguientes requisitos no podrán apuntarse al NIRMP:

1. Deben inscribirse en el NIRMP, enviando el impreso de solicitud a más tardar el 31 de octubre.

2. El candidato debe haber superado el examen ECFMG, incluido el test de inglés, en julio o en fecha anterior.

3. Si el candidato es ciudadano de los Estados Unidos debe completar los requisitos educacionales y mandar su credenciales médicas al ECFMG con suficiente tiempo para que el certificado provisional pueda ser entregado antes de la fecha de comienzo del programa.

4. Si el candidato no es ciudadano de los Estados Unidos, debe completar los requisitos educacionales ECFMG y enviar las credenciales médicas al ECFMG con el tiempo suficiente para que el certificado provisional pueda ser entregado a tiempo, con el fin de asegurar la entrega del visado para llegar a los Estados Unidos antes de la fecha de comienzo del programa deseado.

VISADO PARA ENTRAR EN USA

Si el candidato no es ciudadano de los Estados Unidos, deberá obtener necesariamente un visado que le permita la entrada en los Estados Unidos. Si el candidato ha completado los requisitos educacionales y superado el examen ECFMG, recibido el certificado provisional ECFMG y decidido a trabajar en un hospital de los Estados Unidos, debe ir o escribir al Consulado más próximo de los Estados Unidos y pedir información sobre el visado correspondiente. Puede igualmente encontrar en dicho Consulado o Embajada, información sobre las costumbres y modo de vida norteamericanas.

Una serie de enmiendas a la Ley de Emigración y Nacionalidad (INA) han establecido unas nuevas normas para la entrada de médicos extranjeros en los Estados Unidos. Se les pide pasar el examen del Departamento de Examinadores Médicos y poseer buenos conocimientos del idioma inglés. La Secretaría de la Salud, Educación y Bienestar ha determinado dos días de examen, en este sentido. Es, pues, necesario para la mayoría de los médicos extranjeros pasar dicho examen como uno de los requisitos para obtener un visado de entrada en los Estados Unidos. El examen es conocido como el Examen de Calificación de Visado (VQE).

Los candidatos que se presenten a dicha prueba y que estén en posesión de todos los requisitos educacionales solicitados por el ECFMG, podrán acceder al certificado ECFMG, basado en el VQE.

Los candidatos que pasen el VQE y que tengan el resto de los requisitos solicitados por el ECFMG, no tendrán necesidad de presentarse al examen ECFMG.

Para el examen VQE de 6-7 de septiembre de 1978, los candidatos deberán haber pasado un test de inglés antes del 17 de mayo de 1976 y no más tarde del 17 de mayo de 1978. El 17 de mayo de 1978, es la fecha tope de envío de inscripciones para el VQE. Cualquier tipo de información complementaria a este respecto, puede solicitarse en las oficinas del ECFMG.

Los tests de inglés ECFMG suelen celebrarse con regularidad en enero y julio de cada año.

TASAS VQE

Examen completo	200.00 \$
Un día sólo	175.00 \$
Cambio de centro de examen	50.00 \$

El pago de las tasas deberá hacerse efectivo con el envío de la inscripción y ser recibido en las oficinas del ECFMG antes del 28 de junio de 1978.

CAMPOS QUE CUBRE EL EXAMEN

DEL ECFMG

El examen consiste en un test de unas 360 preguntas aproximadamente. La mayoría de las preguntas son elegidas de la Medicina Interna (incluidas enfermedades mentales y Medicina preventiva), Cirugía, Obstetricia y Ginecología y Pediatría. Algunas preguntas son elegidas de la Anatomía, Bioquímica, Microbiología, Patología, Farmacología y Fisiología.

Las preguntas son seleccionadas por un Comité del ECFMG. Cada pregunta seleccio-

nada por el ECFMG ha sido previamente puesta en el examen anteriormente, por lo menos a 5.000 estudiantes graduados de los Estados Unidos. El resultado del examen de cada candidato se comunica por puntos. La puntuación para pasar el examen es de 290 (equivalente a 75 en la otra escala), como ya se ha señalado con anterioridad.

CONTENIDO DEL EXAMEN

Los concursantes disponen de tres horas y media para la primera parte del examen que se celebra por la mañana, de tres horas para la parte médica de por la tarde y de una hora para el test de inglés.

El examen completo dura aproximadamente diez horas.

El test de inglés, que se compone de tres partes (comprensión del habla inglesa, vocabulario y estructura del idioma), debe ser hecho por todos los candidatos que se presenten a la parte médica del examen.

Si los candidatos superan la prueba médica pero fallan en la de inglés, deberán pasar otro test de inglés, llamado TOEFL (febrero, abril, mayo, septiembre y noviembre). Sin embargo, no volverán a repetir la parte médica.

Información complementaria sobre el TOEFL puede obtenerse en: Educational Testing Service (Princeton-Nueva Jersey-08540-USA).

VALIDEZ DE LOS CERTIFICADOS ECFMG

Los certificados ECFMG obtenidos antes o después del 1 de enero de 1979 tendrán validez durante dos años.

Podrán seguir teniendo validez siempre y cuando los poseedores vayan mostrando un buen dominio del idioma inglés.

PREPARACION PARA EL EXAMEN ECFMG

No se ha hecho público ninguno de los exámenes ECFMG. Se recomienda a los candidatos que se presentan a estos exámenes, lean recientes ediciones de libros de gramática inglesa para el test de inglés. Los libros de Medicina más corrientes para estos exámenes se mencionan a continuación. Estos libros no deben contemplarse como si fuesen los únicos que hagan falta para este examen. Tampoco significa que sean los mejores libros, cada uno en su terreno.

Las bibliotecas de los hospitales suelen tener estos libros. Aquellas personas u organizaciones que se interesen por ellos, deben preguntar por éstos en su librería local o directamente al editor. El ECFMG no puede dar ninguno de estos libros ni encargarlos.

Aquellos candidatos que no estén familiarizados con estos exámenes, pueden encontrar útil el libro «Measuring Medical Education», por John P. Hubbard M. D. Se puede encargar directamente a Lea y Febiger, Filadelfia, Pensilvania, 1971, 8.50 \$.

En Inglaterra hay un centro dedicado a preparar estos exámenes: «Protest Service». International Office, P. O. Box. 81 Hemel Hempstead Herst, England.



Colegios Médicos y Sindicatos Médicos

Por ANTONIO DE LORENZO

Introducción: Colegios y Sindicatos

Colegios y Sindicatos tienen un origen común en los gremios medievales, como asociaciones de hombres libres para la promoción y defensa profesional y para la previsión y ayuda social de sus miembros.

La Ley Chapelier de 1791, que rápidamente tuvo eco en toda Europa, quebró la tradición gremial. Entre los impactos de la Revolución Francesa figura destacadamente este sociológico de la ruptura de los monopolios de los gremios, mediante su abolición y el advenimiento de la libertad de contratación laboral y de dedicación profesional, al prohibir las asociaciones de trabajadores y dejar como única forma legal de regular las relaciones laborales, la individual. De forma categórica quedó dispuesta la disolución de todas las corporaciones de ciudadanos pertenecientes a la misma profesión y las asambleas de artes y oficios constituidas para la defensa de «pretendidos intereses comunes, pues no está permitido a nadie inspirar a los ciudadanos un interés intermediario».

La historia del trabajo en el mundo occidental, desde el medievo, venía sociológicamente definida por la organización gremial, que supuso evidente avance sobre la antigua organización del trabajo basado en la esclavitud, aunque en la estructura gremial nadie pudiera ejercer independientemente un oficio sin que antes se le concediera por el propio gremio el título profesional respectivo, constituyendo cada rama del trabajo un sistema corporativo cerrado. La organización gremial en la que figuran los Colegios y más tarde los montepíos, significó la asociación de hombres libres y por lo tanto la superación de la servidumbre, aún con todas las tareas, abusos y desviaciones del régimen monopolístico: porque, ciertamente, a lo largo de los siglos el gremio fue degenerando hasta convertirse en grupo de presión egoístamente cerrado. Por ello, la Revolución Francesa califica las uniones de trabajadores como formas de coacción o maquinación para

alterar la libertad de trabajo y los precios de las cosas, y como atentado al progreso del comercio y de las industrias.

Sin embargo, el desarrollo maquinista y el sistema capitalista de la expansión industrial pronto convertirían la libertad de trabajo en nueva servidumbre del trabajador, al no poder negociar las condiciones de su prestación laboral con auténtica igualdad y reciprocidad. Así surge el movimiento llamado obrero a partir de los albores del siglo XIX, que nace de la situación de indefensión en que se ha colocado al trabajador por cuenta ajena dentro de la economía liberal. Las unidades de producción se escinden en polos de capital y de trabajo, en patronos y obreros, que aparecen no sólo divididos sino enfrentados. Y ésta es la principal distinción entre el sistema de asociación profesional de la edad media y moderna y el sistema de asociación sindical de la edad contemporánea: mientras en el gremio el maestro y sus operarios, en régimen de producción fundamentalmente artesanal, constituyen unidad para protección de la profesión como círculo cerrado y para la promoción y amparo espiritual y material de sus miembros, en el sindicato el obrero se alza frente al patrono en cuanto clase y no lucha sólo por la promoción o defensa de la rama como círculo cerrado, sino por las condiciones de trabajo dentro de su rama y con espíritu de solidaridad y conciencia de clase, en unión de los demás trabajadores de otras ramas, frente al estamento empresarial. El nacimiento del Sindicato está ligado al de la conciencia obrera y tiene como fines esenciales la reivindicación y la negociación, para cuyas consecuciones cuenta como arma de lucha con la huelga. Los sindicatos surgen rechazando el orden económico, jurídico y político del sistema de producción (no para conservarlo, como los gremios), denunciando la concentración de poderes en la burguesía, y proclamando la necesidad de que la clase obrera conquiste igualdad de poder. La perspectiva revolucionaria mediante la huelga general y la aspiración a la toma del poder con espíritu de clase, dentro de la división de las

fuerzas de producción (capital y trabajo, empresarios o patrones y obreros o proletarios), constituyen las características del sindicato obrero.

El movimiento sindical y las profesiones liberales

La prohibición de la Ley Chapelier alcanzó no sólo a los gremios de artes y oficios sino también a las corporaciones y colegios. Pero es obvio que, por el mismo carácter liberal y burgués de las profesiones llamadas libres, al margen del sistema de producción capitalista, apenas fueron afectadas, en principio, por el movimiento sindical. Mientras las profesiones liberales se desarrollaron en la forma autónoma tradicional, no podía apremiarles la necesidad de sindicación, pues no había enfrentamiento de intereses (capital y trabajo), ya que coincidían en la misma persona las condiciones de empresario y trabajador (trabajador autónomo), volviendo a recurrir a la asociación profesional de tipo tradicional para la defensa del decoro (material) y prestigio (moral) de la profesión mediante la previsión mutua y la autodisciplina ética; es decir, al sistema colegial o corporativo. La utilización del sindicato sólo surge a medida que la transformación socioeconómica del mundo contemporáneo fue asalariando las profesiones liberales y presionando, a su vez, sobre ellas de forma directa o indirecta al articular sistemas de coberturas de los riesgos sociales; y, sobre todo, cuando por consecuencia de la prohibición de asociaciones corporativas, la asociación sindical se convirtió en la única fórmula de autoprotección y promoción, como por ejemplo sucedió en Francia, fundamentalmente en el trabajo médico por cuenta ajena.

Colegios y sindicatos médicos

Una de las primeras profesiones liberales afectadas por el fenómeno de la intervención económico-social fue el estamento médico, a causa de la denominada «socialización» de la Medicina como consecuencia de la creación del sistema de seguros sociales, al pasar de atender pacientes individuales a clientes colectivos. A medida que entra la Medicina en las relaciones económicas se hace cada vez más necesaria la asociación profesional, bien de tipo corporativo o bien de tipo sindical: en principio para luchar contra las entidades privadas (de lucro) o fundacionales (benéficas), y después contra las instituciones de seguridad social que comprometían el ejercicio liberal de la medicina. En Francia, fue, en efecto, la aparición de las leyes de tipo social (leyes de 1893, sobre la asistencia médica gratuita; de 1898, sobre accidentes de trabajo, y más tarde la de 1919, sobre pensiones), creadoras entre el médico y los enfermos del llamado «tercer eslabón

garantizador» con el que habrían de discutirse los honorarios, las que originaron el desarrollo del movimiento asociacionista de los médicos; pero como estaban prohibidas las asociaciones de carácter corporativo o colegial, hubieron de acudir los médicos a las asociaciones de tipo sindical, aun conservando modalidad liberal (y, mejor aún, para luchar por su carácter liberal). Los primeros sindicatos médicos franceses datan de 1881 (Sindicato de Médicos Generales) aunque para su pleno reconocimiento legal se necesitó una ley especial —1892— ya que la general de Sindicatos de 1884 no incluía a los médicos. La autorización legal para la constitución de asociaciones de tipo corporativo, no se produjo en Francia hasta 1940, en que el régimen de Vichy disolvió los sindicatos, prohibió la creación de otros nuevos y sustituyó la ordenación asociativa de los médicos por la Orden Médica, equivalente a nuestra Organización Médica Colegial. Tras la II Guerra Mundial se suprimió la Orden Médica y se restauraron los sindicatos; hasta que en 1945 volvió a legalizarse la Orden Médica, conviviendo desde entonces ambas asociaciones profesionales representativas. En realidad, los primeros sindicatos médicos franceses tienen carácter gremial, pues prevalecen en los mismos los fines mutuales; sólo a partir de las polémicas que se iniciaron en 1921 y duraron hasta 1930 sobre la instauración de seguros sociales, toman más propio carácter «sindical», aunque nunca hayan perdido aquél; si bien lo cedieron en parte a la Orden Médica a partir de los años cuarenta. Las primeras uniones en el sindicalismo médico francés tuvieron lugar en 1926, creándose la Confederación de Sindicatos Médicos Franceses en 1928, para agruparlos con el objetivo fundamental de mantener la liberalidad del ejercicio médico, logrando transformar la Ley de 14 de marzo de 1928 en la de 30 de abril de 1930, de modo que sin eliminar completamente el «tercer pagador», evitó la medicina a tanto alzado, insertando en los seguros sociales los cuatro principios tradicionales del ejercicio liberal de la «Carta Médica».

Proceso completamente distinto ha sido el seguido en otros países latinos, Italia y España, por ejemplo, donde los sindicatos sanitarios, hasta muy recientemente, no han adquirido relativo desarrollo. Es más: salvo excepciones (como el Sindicato Médico de Cataluña y Baleares en España, y éste más que sindicato reivindicativo fue sindicato previsional y mutualizador, como veremos) no surgen espontáneamente, sino que son instaurados desde el poder público como consecuencia de regímenes estatales autoritarios (Sindicato Corporativo en Italia —1935— y Sindicato Vertical en España —1964—). Tanto en Italia como en España, a la asociación profesional sindical de médicos procedió la restauración de la asociación profesional colegial, y por eso en ambos países la Fede-

ración de Órdenes Médicas y la Organización Médica Colegial respectivamente, asumen la doble vertiente de la defensa ética y disciplinaria de la profesión, y de la reivindicación y negociación de sus intereses materiales o económicos.

En cualquier caso, los sindicatos médicos no han tenido ni tienen carácter clasista y revolucionario (como los sindicatos industriales y agrícolas, por ejemplo) en ningún país, aunque hayan utilizado (o por lo menos no hayan renunciado) al recurso a la huelga como instrumento de presión para alcanzar sus reivindicaciones.

En la actualidad, en todo el mundo occidental, y tras superar iniciales etapas más o menos conflictivas en pugna por competencias (en Francia en los años cuarenta y cincuenta; en Italia en los años sesenta), coexisten organizaciones profesionales médicas colegiales y sindicales, desarrollando sus actividades armónicamente.

En contraste con el mundo occidental, en los países del Este han desaparecido las Organizaciones médicas colegiales sustituidas por las sindicales, como consecuencia de la socialización de la medicina; pero con caracteres completamente diferentes de las organizaciones sindicales del llamado mundo libre, pues no son plurales, voluntarias, independientes y apolíticas, sino unitarias, obligatorias, estatales y políticas.

Deslinde de competencias

En los países en que las asociaciones profesionales sindicales han precedido a la restauración de las organizaciones corporativas o colegiales, el deslinde de competencias está bastante definido, aunque nunca plenamente: a la organización colegial compete la actividad ética y disciplinaria de ordenación de la profesión, y a la organización sindical corresponde la actividad reivindicativa y negociadora de los aspectos económicos, como sucede, por ejemplo, en Francia y Bélgica, aunque en ambos países la organización sindical asuma también funciones éticas, y la organización colegial intervenga, al menos indirectamente, en cuanto vela por el prestigio y decoro de la profesión, en la regulación de aspectos materiales.

En los países en que las asociaciones profesionales colegiales han precedido a las asociaciones profesionales sindicales, aparece duplicidad o convergencia de actuaciones; y se comprende, pues, durante mucho tiempo, al tener que actuar en solitario la Organización Médica Colegial, hubo de asumir no sólo la defensa de los intereses éticos sino también de los económicos de la profesión. Esta tradición ha conformado no sólo un «status» jurídico, sino también una psicología en los profesionales, cuya alteración supone di-

ficultades muy complejas que podrían portar divisiones entre los miembros del estamento médico, por lo que la solución práctica ha sido la convivencia, aunando esfuerzos en los grandes problemas comunes con efectos de sinergia, en vez de alimentar luchas intestinas.

Las organizaciones colegiales, por su carácter público, integran obligatoriamente (en general) a todos los Médicos, cualquiera que sea su modalidad de ejercicio (liberal, asalariado, estatutario o administrativo), y por lo tanto representan legalmente a la profesión «in toto». Las organizaciones sindicales, por su carácter privado, agrupan exclusivamente a quienes de forma voluntaria se afilian a las mismas, y representan tan sólo a sus afiliados, variando su penetración social y política en función del colectivo integrado; de ahí las uniones, federaciones y confederaciones sindicales.

Las organizaciones colegiales asumen la misión de mantenimiento de los principios de moralidad y probidad consustanciales al ejercicio de la Medicina, y la defensa del honor, prestigio e independencia de la profesión, aparte de la creación de obras de previsión y ayuda, así como de fomento y promoción científica y cultural. Los sindicatos profesionales tienen como objetivo fundamental la defensa de los intereses económicos de los distintos sectores profesionales y la determinación de las condiciones de prestación de la actividad facultativa, mediante la reivindicación y la negociación en el ejercicio médico intervenido por terceros.

Pero, naturalmente, cuando se trata de reivindicaciones o negociaciones de cualquier clase que desborden el ámbito de los sindicatos individualmente considerados o también el de sus Uniones o Federaciones, es decir cuando afecten a la profesión médica como totalidad, sólo la organización colegial puede ostentar legitimación activa. La fragmentación sindical y su base voluntaria hacen necesaria la coexistencia de la organización colegial. El sistema pluralista de los sindicatos médicos en el mundo occidental, con libre creación, organización y afiliación, condicionan su carácter parcial o sectorial: los sindicatos médicos pueden integrar facultativos de una misma especialidad (generales, psiquiatras), de una misma empresa (de la Seguridad Social), de una misma modalidad de ejercicio (funcionarios), de un mismo ámbito de actuación (rurales), de un mismo estado profesional (médicos en formación); agrupar sectores diferentes en función de ideologías o creencias (médicos católicos, médicos marxistas), o militancias políticas (UGT, CNT...), o convicciones profesionales (libres o independientes); e incluso pueden integrarse con otras profesiones sanitarias o parasanitarias, para constituir sindicatos de rama. De todos modos nunca un sindicato o una asociación de sindicatos podrá, en la práctica, tener la

representación legal o voluntaria de toda la profesión, salvo en regímenes políticos autoritarios, porque nunca la agrupará a toda.

En el mundo de hoy, no obstante, dos son las coincidencias básicas de colegios y sindicatos, independientemente de la totalidad o parcialidad representativa: 1) Obtener una medicina de calidad, accesible a todos los ciudadanos en igualdad de condiciones para garantizar el derecho a la salud, y por lo tanto intervenir en las condiciones de su estructura y del ejercicio de su prestación; 2) Asegurar los presupuestos morales y materiales necesarios para que los profesionales la ejerzan con dignidad, decoro y justicia.

Panorama europeo de las relaciones entre Colegios y Sindicatos Médicos

En general, y salvo periodos superados o parciales discrepancias, son de abierta colaboración.

Francia: En Francia, la Organización Médica Sindical fue anterior a la Orden Médica. En la historia de sus relaciones ha habido periodos difíciles (1945-1955) y discrepancias concretas (actitud frente al aborto). En la actualidad son buenas, teniendo sus sedes oficiales en el mismo edificio, e incluso coincidiendo en algunos miembros la representación de la Federación Sindical y de la Orden Médica simultáneamente.

En 1928 los sindicatos constituyeron una Confederación (CSMF), como reacción ante la primera ley de seguro social de enfermedad. La ausencia de Orden Médica hasta 1940 hizo que la Confederación asumiera competencias deontológicas, que aún conserva en parte respecto a sus afiliados (no sobre toda la profesión como la Orden).

Sus atribuciones versan fundamentalmente tanto sobre la defensa de los intereses económicos como de los morales (según los Estatutos) de la profesión. Tiene también facultades disciplinarias dentro del régimen sindical, y coincide además con la Orden Médica en la salvaguardia de las tradiciones de probidad del Cuerpo Médico, la defensa del ejercicio liberal de la Medicina, su independencia, la formación profesional y social de los médicos y la creación de instituciones que faciliten su trabajo o velen por su seguridad. La negociación económica con los poderes públicos y con la Seguridad Social la asume la Confederación, así como la conclusión de acuerdos colectivos de los médicos asalariados, con la condición de que en estas negociaciones se respeten las normas deontológicas de la Orden.

La Orden Médica tiene competencia fundamentalmente ética y disciplinaria general para mantener los grandes principios profesionales, que ejercita con altura moral y vi-

gilante rigor. La pertenencia a la misma es obligatoria, salvo excepciones, para todos los médicos ejercientes y consecuentemente asume la representación legal de la profesión como totalidad.

Las relaciones entre la Orden y los sindicatos son cordiales. En 1964, el Consejo Nacional de la Orden y la Confederación de Sindicatos Médicos acordaron mantener contactos permanentes para el estudio común de los problemas profesionales, de modo que en todo caso sus actuaciones se produjeran dentro de los principios tradicionales. Delegados de la Orden toman asiento en algunos Consejos y Comisiones de la Confederación Sindical.

Los Sindicatos Médicos, dado el principio de libertad sindical, son abundantes. Pueden citarse a título de ejemplo: el Sindicato General de Médicos Asalariados, Sindicatos de Médicos de Ferrocarriles, Sindicato Nacional de Médicos Generales, Sindicato de Médicos de la RATP, Sindicato de Médicos de la Marina Mercante, Sindicato de Médicos de Asistencia Gratuita y de la Asistencia Pública de París, Sindicato de Médicos de la Defensa Nacional, Sindicato de Médicos Consultores de Psiquiatría de Organismos Públicos, Sindicato de Médicos Psiquiatras en Formación, Sindicato de Médicos de Dispensarios de Higiene Social del Sena, Sindicatos de Médicos Consultores de la Seguridad Social, Sindicato de Médicos Funcionarios de la Sanidad Pública, Sindicato de Médicos Asalariados de la Seguridad Social, Sindicato de Médicos de la Protección Maternal e Infantil de plena dedicación, Sindicato de Médicos de Higiene Escolar y Universitaria, Unión Nacional de Sindicatos de Médicos de Hospitales Públicos, etcétera...

Alemania: La Organización Colegial en la República Federal está constituido por las Cámaras (Arztekammer), que existen en todos los Lander (Estados), salvo alguna excepción. Su competencia abarca a la reglamentación de ejercicio, formación complementaria, velar por la dignidad de la profesión, vigilar la disciplina profesional, promover el perfeccionamiento de los médicos, reconocer la especialización y crear instituciones de asistencia para los facultativos y sus familias. La inscripción es obligatoria. Las Landesarztekammer (Cámaras Médicas de los Estados) se asocian en la Bundesarztekammer, que coordina las medidas necesarias para evitar excesivas diferencias en el derecho profesional de cada uno de los Estados.

La Organización Sindical se compone de distintos sindicatos independientes entre los que destaca el NAV (Verband der Niederelassenen Arte), el Marburgbund, y el Sindicato pluridisciplinario Verband der Ärzte Deutschlands o Hartmanbund, éste último fundado en 1900, disuelto durante el periodo nazi y resurgido en 1949. Entre sus objetivos figura:

la independencia del médico en el ejercicio de su profesión; la salvaguarda de la debida influencia del médico en las instituciones asistenciales; la libertad de establecimiento; la defensa de los intereses profesionales, económicos y sociales ante los poderes públicos, y las Cajas. Se evidencia que coinciden ciertas competencias entre las Cámaras y los Sindicatos. Las relaciones entre ambas organizaciones médicas no sufren dificultades.

Bélgica: Las organizaciones colegiales datan de finales del siglo pasado (Ley de 31 de marzo de 1898 que creó las grandes Uniones Nacionales, Federación Médica Belga y Grupo Belga de Especialistas). Los sindicatos obtuvieron su sanción legal con posterioridad (Ley de 17 de junio de 1921 para Asociaciones sin fin lucrativo), desarrollándose extraordinariamente como reacción contra el Proyecto de Ley Lebourton (1963) que afectaba a principios de deontología tradicional. Existen cinco Cámaras Sindicales territoriales, coordinadas por la Federación Nacional de Cámaras Sindicales de Médicos. La Orden Médica incluye a todos los facultativos, inscritos en cada provincia con carácter obligatorio, salvo los médicos militares sin clientela particular, agrupando a diez Consejos Provinciales, y tiene competencia reglamentaria y disciplinaria en cuanto a moral, honor, probidad, dignidad y dedicación indispensables para ejercer la profesión.

Las relaciones entre la Orden Médica Belga y la Confederación de Cámaras Médicas Sindicales son excelentes, hasta el punto de que frecuentemente recaen en un mismo médico cargos directivos de la Orden y de la Cámara. El «Boletín Sindical» que publica la Cámara Sindical de Médicos de las provincias de Hainaut, Namour y del Brabante Valon, incluye en su primera página un recuadro con el siguiente extracto de sus Estatutos: «Artículo 4. La Asociación tiene por fin ... 9. Defender la moralidad de la profesión médica, y luchar de acuerdo con la Orden de Médicos, activa y efectivamente, contra toda acción, escrito, palabra, grafismo, alusión, dibujo, pintura, etc. que ponga en peligro el honor de la profesión».

Italia: El principal organismo médico es la Federación Nacional de Ordenes Médicas, que asegura la vigilancia de la ética profesional; la representación del Cuerpo Médico ante los Poderes Públicos, la seguridad social y las colectividades; el mantenimiento de la dignidad e independencia médica, y la coordinación de la actividad de las Ordenes Médicas provinciales. Al mismo tiempo, promueve iniciativas para el progreso cultural de sus miembros y el auxilio en el estudio y realización de obras y medidas sanitarias, disponiendo de poder disciplinario general. La inscripción es obligatoria. Los sindicatos, muy diversos y abundantes, asumen las reivindicaciones económicas y negociaciones colectivas con carácter sectorial, sin excluir

la participación de la Orden Médica. Supera algunas ciertas incomprendiones, actualmente las relaciones entre la Federación de Ordenes Médicas y los Sindicatos son buenas, sentándose delegados de la Federación junto a los delegados de los Sindicatos Médicos en la Comisión Nacional de Programación Hospitalaria creada por la Ley Mariotti. El panorama italiano es el más semejante en Europa al español, tanto en la evolución histórica de los Colegios, como en sus competencias, pues abarcan cuestiones no sólo de carácter ético sino también económico, ya que tienen atribuciones reivindicativas y negociadoras.

Es muy intenso y vario su panorama médico-sindical: Federación Italiana de Médicos Mutualistas (FIMM), Asociación Nacional de Ayudantes de Asistentes Hospitalarios (ANAO), Sindicato Italiano de Jefes de Servicios Hospitalarios (SIPO), Sindicato de Médicos Mutualistas de Ambulatorio (SIMMA), y muchos más que llenan de siglas la prensa profesional: CIMO, UNACI, ANPO, CILS, NATO, FIARO, CGIL, etc. En Italia son también abundantes los sindicatos médicos de filiación ideológica y confesional, por ejemplo, comunista o católica.

Gran Bretaña: No existe una entidad central que abarque la representación y defensa de todos los médicos. Como las «Trade Unions» obreras, las organizaciones profesionales médicas tienen caracteres que las diferencian de las continentales. El único organismo centralizado para la totalidad de la profesión médica es el General Medical Council, a quien compete conceder el derecho a ejercer en calidad de médico, pero que está formado por médicos y no médicos; correspondiéndole asimismo conocer de los comportamientos antideontológicos. Paralelamente, y como Sociedad profesional, existe la British Medical Association que tiene como misión aconsejar y asistir a sus miembros en los problemas éticos sin carácter disciplinario sino más bien de arbitraje voluntario, asesorar en cuestiones legales, así como negociar las condiciones económicas del ejercicio médico. El General Medical Council fue constituido por la General Medical Act de 5 de noviembre de 1936; tiene carácter público, su competencia es nacional y la inscripción es obligatoria para poder ejercer la medicina. Más que en defensa del médico, actúa en interés del bien público de la sanidad, para proteger a la población. No es un órgano superior de otros territoriales, pues no existen Consejos Regionales comparables con los de Europa Continental, y carece de función reglamentaria. Las Sociedades profesionales médicas inglesas no tienen tampoco el mismo carácter de las Asociaciones Sindicales europeas; el equivalente de una Confederación Sindical viene a ser la British Medical Association, siendo un auténtico órgano representativo, aunque no interviene en los litigios individuales entre médicos y no médicos; pero estudia, prepara y negocia convenios y tarifas.

Dinamarca: La Danish Medical Association y los Sindicatos médicos de Generalistas y de Especialistas negocian conjuntamente las condiciones de trabajo ante las Cajas de Seguridad Social y los hospitales; aunque las normas del ejercicio médico en el Servicio Nacional de Salud son establecidas por el Ministerio del Interior. Independientemente de la disciplina que corresponde al Servicio Nacional de Salud sobre sus propios médicos, la Asociación Médica Danesa tiene competencias éticas sobre los médicos ejercientes. La Asociación no es auténtica corporación.

Holanda: La Organización Colegial está constituida por la Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, a la que no es obligado que pertenezcan todos los médicos ya que la afiliación es voluntaria. Tiene atribuciones deontológicas para la defensa de la dignidad de la profesión, tanto en cuanto a la promulgación de normas como para su exigencia disciplinaria, pero exclusivamente para las faltas de los médicos con respecto a los enfermos, y no para las que sólo afectan a relaciones entre colegas. Le corresponde en exclusiva la defensa de los intereses profesionales y la representación del Cuerpo Médico ante los poderes públicos casi con exclusividad. Un Colegio Central coordina la actuación de los Colegios provinciales.

Norteamérica: El acentuado liberalismo de la vida americana ha demorado la aparición del sindicalismo médico hasta nuestros días; pero la instauración del Medicare y el Medicaid ha hecho surgir, al lado de la todopoderosa AMA (de tipo colegial, aunque con características muy peculiares, por ejemplo es una entidad privada) los primeros sindicatos médicos hacia 1970-1972 en diversos Estados (Texas, Nevada, California, etc...) y posteriormente, de forma paulatina en los demás Estados. Su objetivo fundamental es eliminar toda interferencia extraña en las relaciones médico-paciente, por entender que lesionan las libertades indispensables para un auténtico entendimiento entre médico y enfermo, pues sólo de forma directa puede lograrse una medicina de calidad; rechazando sobre todo la imposición del cómo y dónde debe realizarse el ejercicio médico. Su carácter es básicamente gremialista. Desde un principio buscaron la alianza de los sindicatos de tra-

bajadores (CIO y ALF), considerando que los pacientes, trabajadores estaban tan interesados como los propios médicos en evitar «terceros» en sus mutuas relaciones y en el mantenimiento de la medicina privada. En principio (1972), el movimiento pareció llamado a tomar notable incremento; pero el sindicalismo médico americano, aún con el objetivo de conseguir un sindicato nacional, varía mucho en su importancia y efectividad de un Estado a otro y, desde luego, no puede compararse con la extensión y presión de la Asociación Médica Americana, imponente «lobby» que actúa como auténtico grupo de poder, mantiene un efectivo «numerus clausus» y controla el nivel científico profesional.

Unión de las Repúblicas Soviéticas Socialistas: El asociacionismo médico profesional en la URSS (que sirve de paradigma para las restantes Repúblicas socialistas del Este), se reduce a la organización sindical, ya que no existe organización colegial. La organización socialista de la producción y del trabajo, condiciona la vida y cultura. Los sindicatos sanitarios están organizados con arreglo a la estructura de la producción: todos los que trabajan en una misma empresa o institución se agrupan en una organización sindical; cada sindicato integra a los obreros y empleados en una o varias ramas de la economía nacional, mediante una fórmula de centralismo democrático. En las Repúblicas, territorios y regiones, se constituyen órganos intersindicales, dando lugar a los consejos de sindicatos, de República, territorio o región. El ingreso en el sindicato, se hace teóricamente a petición formal del trabajador, pero en la práctica se sustituye la solicitud por la inscripción automática. El sistema es de sindicatos de rama, que tienen derecho a la iniciativa legislativa, participan en la planificación de la economía nacional, defienden los intereses y derechos materiales y culturales de los trabajadores y son cauce de participación política. Los órganos supremos son el Congreso de Sindicatos y el ejecutivo el Consejo Central de Sindicatos. La cuota obligatoria del trabajador viene a ser del 1 por 100 del salario mensual. Los sindicatos soviéticos participan en la Federación Sindical Mundial, a la que están adheridos.

(Continuará.)



Festejo de toros con motivo de la boda de la Reina Isabel II

Delicado asunto para España y para la Reina Isabel II era la elección del esposo que habría de compartir con ella las responsabilidades del trono y del gobierno de España.

El infante don Carlos abdicó sus derechos en el Conde de Montemolín, y se pensó, sin fundamento, que sería éste el elegido, pero no lo fue, sino que la corte y la reina se decidieron por el hermano, don Francisco de Asís, así como su hermana, la infanta Luisa Fernanda, se casaría con don Antonio María Luis Felipe de Orleans.

El día 14 de septiembre de 1846, se dio cuenta a las Cortes de la doble decisión, y se acordó que el día 10 de octubre de aquel año se celebrasen los dobles esponsales.

Por tal motivo se celebraron festejos en la capital de España, besamanos, la puesta en escena de la obra titulada «El desdén por el desdén», de don Agustín Moreto, e interpretada por los actores Julián Romea, Antonio Guzmán, y las actrices Matilde Díez y Josefa Palma, y aparecieron por las esquinas de Madrid, el día 13, unos carteles anunciadores del festejo taurino que se habría de celebrarse el día 16 en el recinto de la Plaza Mayor.

La Reina, acompañada de su esposo, don Francisco de Asís, y demás miembros de la corte presenciaron el festejo desde el balcón de la Casa de la Panadería, cubierto y adornado de terciopelo carmesí bordado en oro, que se desarrolló con el siguiente orden de actuación y un vario resultado artístico.

A las tres apareció la Reina y su séquito en el balcón, y un cuarto de hora después aparecieron por el arco de la calle de Toledo un coche tirado por cuatro caballos castaños, en el que iba el señor Conde Altamira con su ahijado, el caballero en Plaza don Román Fernández, vistiendo traje azul celeste y blanco. Detrás de este coche apareció otro tirado por seis caballos castaños, con arneses encarnados, conduciendo al Duque de Abrantes con su ahijado don Antonio Miguel Romero, vestido de terciopelo verde, acuchillado de raso blanco. Después de este coche apareció el del Duque de Medinaceli, quien llevaba a su ahijado don Federico Varela y Ulloa, con traje de terciopelo verde, y en último lugar el coche del Duque de Osuna, acompañado de su ahijado don José Cabañas, ataviado con traje carmesí de la época de Felipe V.

Escortando a la carroza aparecieron veintiocho caballos de la Real Casa, conducido por palafreneros y tras de ellos hicieron la aparición los lidiadores, auxiliares de los caballeros en plaza, que eran: la de Jiménez el

«Morenillo», que auxiliaria al primer caballero y vestía color verde y plata; la de José Redondo el «Chiclanero», que auxiliaria al segundo caballero y que vestía de azul y plata; la de Juan León, que auxiliaria al tercero y vestía de castaño oscuro y oro, y la última, de Francisco Montes, de grana y plata.

Desaparecidos los auxiliares, aparecieron nuevamente los caballeros rejoneadores montados a caballo y precedidos por un piquete de guardias acompañados de comparsas ataviadas de diferentes colores, y cerraba el cortejo acompañante, picadores, alguaciles y juegos de mulas. Todos se retiraron después del desfile y quedaron sólo en el ruedo los lidiadores.

La suerte del rejoncillo estuvo desigual. Don Román Fernández, primer rejoneador, sufrió un porrazo y se tuvo que retirar. Pareja suerte corrió don Federico Varela y Ulloa, y quedaron solos los caballeros Cabañas y Romero, que fue el triunfador por su gallardía, habilidad y valentía en las suertes. En uno de los lances perdió su caballo y hubo de desmontarlo, teniendo que atravesar la plaza a pie, lo que hizo sin volver la cabeza, y esta hazaña le valió una formidable ovación. Salió el segundo toro y Romero colocó nueve rejoncillos, y tres en el tercero, causándole la muerte.

La torpeza de uno de los auxiliares, llamado Lavi, pudo costar la muerte del valiente caballero, porque habiendo llamado al toro el auxiliar fuera de suerte, se arrancó el toro descompuesto hacia el caballo, y volteó al caballero y al caballo. Al levantarse el caballo del suelo se vio que el caballero no había sacado los pies del estribo. Los aplausos fueron fuertes y prolongados, y la sorpresa fue mayor cuando se vio que el toro caía muerto a los pies del caballero, herido hábil y urgentemente en el momento de la embestida descompuesta. La Reina hizo subir al palco regio al caballero, que recibió la felicitación de todos.

En lidia corriente se lidiaron seis toros que fueron estoqueados por Montes, el «Chiclanero» y Francisco Arjona «Cúchares». La corrida, por su diversidad y número de actuaciones, terminó a las seis y media de la tarde, pero a esa hora ya estaba la plaza iluminada con 700 hachas.

Así dio fin el festejo taurino conmemorativo de esta boda que muy pocas ventajas dio a la corona y muy pocas satisfacciones, como mujer, recibió de ella la opulenta y madreleñísima Isabel II.

Juan José Maroto Camacho

Servicio de Epidemiología y Luchas Sanitarias

Vigilancia epidemiológica de la rabia (primera parte)

La vigilancia que se realiza en nuestro país sobre la rabia ha permitido detectar durante el presente año, siete animales positivos a virus rábicos (Málaga: dos zorros, un perro, un gato; Melilla: dos perros, un gato) de un total de 923 examinados, lo que supone un porcentaje de positividad de 0,75 por 100.

Las investigaciones se han llevado a cabo utilizando como procedimientos diagnósticos las técnicas de inmunofluorescencia e inoculación el ratón blanco.

El número total de personas mordidas por animales sospechosos tratadas fue de 923, de las que siete lo fueron por animales positivos, según las siguientes pautas: fueron vacunadas 339 personas, en 403 casos se administró suero y vacuna y en 181 suero.

De las siete personas mordidas por animales positivos ninguna presentó complicaciones neurológicas ni letal.

Por último recordamos que en el «Boletín Epidemiológico» número 1287, correspondiente a la semana 30 de 1977, se publicó un informe mandado por la Escuela Nacional de Sanidad según el cual se confirmaba la existencia de antígenos rábicos en masa encefálica de un zorro, mandada para su confirmación desde Málaga.

Se recalca la importancia epidemiológica del hecho ya que viene a complicar el foco de epizootia urbana existente hasta ahora en la citada provincia, dado que hasta entonces no se había diagnosticado ningún caso de rabia en animales salvajes.

La rabia en Europa

La Oficina Regional de la O. M. S. para Europa en colaboración con el Gobierno de la República Federal de Alemania, organizó

una conferencia sobre la vigilancia de la rabia y la lucha antirrábica del 15 al 19 de noviembre de 1977.

El objetivo de la conferencia, que reunió a 77 participantes de 26 países europeos, entre los cuales se encontraba un representante de la Oficina Internacional de Epizootia, era evaluar la situación epidemiológica actual en lo que concierne a la rabia de los animales salvajes y la rabia canina en el área del Mediterráneo: proponer medidas para extender a toda la Región europea el sistema de vigilancia de la rabia en el hombre y en el animal; revisar los métodos empleados para luchar contra la rabia en los animales salvajes o domésticos y para prevenir la enfermedad en el hombre antes o después de la exposición, teniendo en cuenta los progresos realizados en lo que concierne a la actividad e inocuidad de las vacunas y por último recomendar los medios de reforzar y facilitar la cooperación entre disciplinas en el escalamiento nacional e internacional.

El problema de la rabia en la Región Europea

La rabia se ha detectado en 22 de los 32 países de la Región Europea. En cinco años, de 1972 a 1976, han sido confirmados por laboratorio más de 82.000 casos en animales, vacunándose tras la exposición a más de un millón de personas. A pesar de estas precauciones han muerto más de 600 enfermos de rabia durante este período.

No hay rabia en los animales en el Norte de Europa (Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia), en Islas Británicas, en Malta ni en Portugal.

En los países afectados, se pueden distinguir cuatro modelos epidemiológicos:

1. La rabia selvática, presente en todos los países de Europa Central. Ha vuelto a aparecer en Dinamarca y se la encuentra por primera vez en Italia en 1977. En estos paí-

ses, los zorros son los principales reservorios y vectores de la infección.

2. La rabia canina, prevalente en el Sureste de Europa y en el mar Mediterráneo.

3. La rabia canina unida a focos de rabia en animales salvajes, que se encuentra en la mayor parte de países del Este y Sureste de Europa.

4. Finalmente la rabia ártica, que se observa en Groenlandia y en las zonas árticas de la URSS, en las cuales el reservorio es el zorro ártico.

Aunque se conoce mucho mejor la epidemiología de la enfermedad y la ecología de los animales vectores, la rabia continúa ganando terreno en muchas partes de la Región Europea. La primera razón se encuentra en la mala aplicación de los métodos de lucha por lo cual la eficacia disminuye.

Para la rabia selvática, los esfuerzos desarrollados en disminuir la población de zonas deberían proseguirse y adaptarse mejor a la evolución de las situaciones. Al mismo tiempo, convendría informar al público de la necesidad de estas medidas y explicarle que sus temores en cuanto a una alteración de la ecología son exagerados. En Europa central, donde el zorro es el principal vector, uno de los obstáculos que se presentan en la lucha, se debe, esencialmente, a la negativa del público de apoyar activamente las campañas contra los zorros, aunque también parece que hay una evolución en el comportamiento de esos animales que les permite escapar a la destrucción.

En los países donde afecta fundamentalmente a la raza canina, la actuación está dificultada por el gran número de perros errantes y la ausencia de una infraestructura adecuada.

Será necesario pues estimular la adopción de las medidas propuestas para las mejoras necesarias de los servicios veterinarios, de los medios de diagnóstico y la producción de vacunas para que las operaciones de lucha sean más eficaces y al mismo tiempo evitar los tratamientos después de la exposición en el hombre cuando no sean necesarios.

Aspectos económicos

En todo programa de vigilancia y de lucha antirrábica, hay que conceder un sitio importante a los aspectos económicos. Sería necesario que al menos, en el escalón de las instancias nacionales responsables de la planificación y de la evaluación, un grupo de trabajo se encargue de vigilar las consideraciones de este tipo, y la aportación de las disciplinas competentes. Este grupo de trabajo debería estar compuesto no solamente por médicos y

veterinarios, sino también por administradores, economistas y otros especialistas.

En muchos países no hay cooperación entre, por una parte, los economistas y los epidemiólogos y por otra, los veterinarios y las autoridades o administraciones de la salud pública. Esta falta de comunicación es quizás también responsable de la separación relativa que existe entre los conocimientos y la puesta en práctica de los programas.

El aspecto económico de la cuestión concierne sobre todo al nivel de los servicios suministrados por los veterinarios, los médicos, etc. Se podría ciertamente economizar una buena parte de los costos concentrándose primeramente sobre la prevención gracias a las medidas destinadas a reducir el riesgo de infección, lo que permitiría hacer economías en el tratamiento antes y después de la exposición.

Vigilancia de la rabia

La vigilancia tiene repercusiones directas en el tratamiento de las personas expuestas y en la lucha contra la rabia en los reservorios naturales de la enfermedad. El aumento de viajes y de los transportes de animales a escala internacional exige la instauración de una cooperación internacional.

Para que sea eficaz la vigilancia de la rabia, es esencial estrechar la cooperación entre los servicios de veterinarios y médicos en todos sus escalones: internacional, nacional, regional y local. El índice de centros de diagnóstico y tratamiento de la rabia en la Región Europea que prepara la Oficina Regional de Europa facilitará esta tarea y deberá ser puesto al día con cierta regularidad.

Sería necesario mejorar la vigilancia nacional y promover el intercambio de las informaciones resultantes por medio del Centro colaborador de la O. M. S. para la búsqueda y vigilancia de la rabia de Tübingen, República Federal de Alemania. Esta información será también útil para el público.

Los datos sobre la exposición y tratamiento del hombre, así como sobre los casos de rabia humana, deberán, igualmente, ser cambiados, y los servicios de salud nacionales deberán participar en el sistema en cuanto suministradores y destinatarios de las informaciones que pasan por el Centro de Tübingen.

Las comunicaciones directas entre el Centro colaborador de la O. M. S. y las administraciones nacionales de la salud pública y de la salud veterinaria deberían ser desarrolladas.

Prevención de la rabia en el hombre antes y después de la exposición

Estos últimos años, la producción de vacunas e inmunoglobulinas ha realizado progresos considerables. Vacunas muy activas y al mismo tiempo más seguras, han sido puestas a punto en cultivos de tejidos. Especialmente se han cultivado vacunas en células diploides humanas, después de concentradas, pueden tener una inmunogenicidad alta y, si han sido bien preparadas, no provocan prácticamente efectos secundarios. Por otra parte, cuestan muy caras, lo que restringe su aplicación.

En todos los casos donde es posible de recurrir, la inmunoglobulina de la raza humana proveniente de personas vacunadas a reemplazar al suero antirrábico de caballo en el tratamiento tras la exposición; desgraciadamente, las fuentes de aprovisionamiento están limitadas a pesar del gran número de personas vacunadas.

Cada país debería instituir una coordinación entre los médicos, veterinarios y los laboratorios de diagnóstico con el fin de asegurar la evaluación inmediata y exacta de todos los casos de exposición.

El tratamiento tras la exposición debería confiarse a médicos experimentados o a los centros de tratamiento antirrábico. Los médicos de las regiones situadas lejos deberían poder beneficiarse de los servicios consultivos de dichos centros. El tratamiento debería comprender la administración de inmunoglobulina asociada a la serie completa de vacunaciones y recuerdos (según las recomendaciones del Sexto Informe del Comité de Expertos de la Rabia, Anexo 1: Indicaciones del tratamiento antirrábico después de la exposición a la infección).

Sería preciso empezar lo más pronto posible después de la exposición y seguirla hasta el final si el animal mordedor tiene la rabia o si es sospechoso, pero no puede ser sometida a observación.

Se recomienda Inmunizar antes de la exposición al personal expuesto con un alto riesgo y también, en ciertos casos, a las personas que vayan a trabajar por períodos prolongados en zonas donde la rabia es endémica y donde los servicios médicos o veterinarios son insuficientes. La inmunización antes de la exposición deberá ser seguida en el tiempo exigido por un control de anticuerpos e inyecciones de recuerdo.

Se ha señalado que sería preciso revisar las mínimas exigencias relativas a la vacunación humana (antigenicidad de las vacunas, calendarios de vacunaciones y respuestas inmunitarias).

Teniendo en cuenta los progresos realizados recientemente, la conferencia ha reco-

mendado revisar el informe técnico de la O. M. S. sobre la rabia.

Sería preciso estimular nuevas investigaciones sobre el mecanismo de la inmunidad contra la rabia, e incluso sobre el papel del Interferón.

Con el fin de reducir el costo de la inmunización, serían precisos estudios con vistas a determinar si no se podría llegar al mismo resultado utilizando un menor volumen de vacuna o reduciendo el número de inyecciones.

Lucha contra la rabia en los animales salvajes

Los numerosos ejemplos de éxitos y fracasos en la disminución de las poblaciones de zorros que se realizan en los países de Europa demuestran que las medidas tomadas sólo son eficaces si están bien organizadas, sistemáticas, concertadas y adaptadas a las condiciones ecológicas y topográficas particulares de las diferentes regiones. Es preciso también adaptarlas al comportamiento de los zorros que aprenden a evitarlas, sobre todo el tapamiento de las madrigueras cuando se practica muchos años seguidos.

A pesar de la gran eficacia de las vacunas disponibles hoy en día para proteger al hombre, el control de los animales vectores, tanto domésticos como salvajes, debería continuar siendo la principal medida preventiva.

Los programas nacionales y locales de lucha contra la rabia de los animales salvajes exigen una cooperación multidisciplinaria, particularmente entre veterinarios, ecologistas, guardias forestales, cazadores, etc. La buena información pública debería ser objeto de un esfuerzo especial.

Para evaluar el efecto de las operaciones de lucha, sería preciso recurrir en los métodos de vigilancia de la rabia y conocimiento de la densidad de población de zorros.

El cegar las madrigueras de los zorros es una medida de lucha eficaz cuando se puede realizar en una gran proporción de madrigueras ocupadas. Las medidas siguientes permiten mejorar el efecto de taponamiento: a) no es preciso tapar en zonas donde la rabia no existe o no constituye una amenaza inmediata; de todas maneras, hay que parar el taponamiento uno o dos años después de que una zona haya sido limpiada de rabia, siendo preciso volver a abrir las madrigueras; b) si el terreno se presta, se puede ensayar a reducir la población de zorros en cinturones de protección de 30 a 60 kilómetros por delante del frente de progresión de la enfermedad; c) el taponamiento de una gran proporción de madrigueras de zorros en las

zonas infectadas, durante la primera ola de la enfermedad, y uno o dos años después de su desaparición, reduce con éxito la incidencia general de la rabia y puede prolongar los intervalos entre los puntos epizooticos.

Los otros métodos de control de las poblaciones de zorros, como el aumento de la caza, las trampas o los cebos envenenados juegan un papel complementario; cuando el taponamiento se demuestra ineficaz, son las únicas opciones prácticas.

No es necesario erradicar los zorros, sino esforzarse en restablecer el equilibrio natural. En la medida de lo posible, las operaciones de disminución de la población deben preservar los tejones.

Sería preciso reforzar y apoyar la investigación sobre la inmunidad oral y entérica de los zorros, que ofrece ciertas esperanzas, pero presenta todavía dificultades considerables, que será necesario superar, antes de poder llevar una aplicación práctica sobre el terreno. Sería preciso también realizar investigaciones sobre otros medios de control biológico.

Lucha contra la rabia en los animales domésticos

Los perros, en particular los perros vagabundos, son el principal reservorio de la rabia en la mayor parte de los países del Sudeste de Europa y del mar Mediterráneo. Las mordeduras de perros rabiosos son las responsables de la mayoría de los casos de rabia humana en el mundo. Se observan casos secundarios (en Europa Central, en relación con los casos de rabia en los zorros) en los gatos domésticos, el ganado y los corderos y, menos frecuentemente, en los otros animales domésticos.

El control de los perros y gatos por el registro, la restricción de desplazamiento, la vacunación, así como la eliminación de los perros y de los gatos errantes, son medidas fundamentales para luchar contra la rabia en esas especies y llegar a la erradicación

de la rabia en los países donde no hay reservorios salvajes.

La vacunación de los perros y, si es posible, de los gatos, debería ser obligatoria en caso de brotes de rabia urbana. Se deberá poder siempre identificar a los animales vacunados (por una medalla, un collar, un tatuaje o un certificado). Por otra parte, en esas circunstancias, un impuesto sobre los perros podría contribuir a disminuir la población.

En los países donde la rabia no existe sería preciso continuar limitando estrictamente la importancia y exigir una cuarentena, sobre todo, en los perros y los gatos.

Sería preciso proteger a los herbívoros domésticos reduciendo la población de animales salvajes vectores o de perros errantes y, cuando sea práctico y económico, procediendo a vacunaciones profilácticas.

A fin de promover la vacunación contra la rabia, sería preciso en la medida posible y mientras las reglamentaciones no se opongan, promover que los fabricantes incluyan el antígeno de la rabia en sus vacunas múltiples.

Para asegurar el éxito de la lucha, es necesario contribuir a la educación general del público y suministrar en primer lugar, informaciones técnicas a los médicos, veterinarios y a los otros profesionales de la salud, en lo concerniente a los brotes de rabia y la conducta a seguir ante ellos. En este campo, es preciso conocer todos los medios ofrecidos por los técnicos de comunicación audiovisual.

Se les ha hecho saber a los participantes que un centro mediterráneo de zoonosis debería ser creado en Atenas. Así se podrá promover una cooperación activa en materia de lucha contra la rabia en todos los países del Mediterráneo, coordinando sus trabajos con los de los otros centros colaboradores de la rabia en la Región Europea.

(Traducido del «Relevé Epidemiologique hebdomadaire», número 10, 1978.)



Consejos a los señores asociados a P. S. N. con relación a los Seguros de coches y siniestros

SEGUROS:

Ya saben los señores Asociados, que los Seguros de Automóvil que tiene concertado Previsión Sanitaria Nacional, cubren, al igual que las demás Compañías un Seguro a todo riesgo, llamado Combinado, en el que el Asociado queda cubierto en: daños propios al vehículo, incendio, robo, accidente personal y responsabilidad civil (daños a terceros), pero a pesar de la posesión de este Seguro a todo riesgo, el Asociado debe hacer un Seguro complementario con cualquier otra Compañía en lo que se refiere a Responsabilidad Penal, seguro este último que no es caro y es muy conveniente.

Quando un señor Asociado desee hacer un SEGURO a un vehículo, es conveniente se pase por el Colegio a fin de dar todos los datos necesarios. También, caso de que no pueda desplazarse, lo puede solicitar por escrito y se le enviará por carta los datos que se necesitan firmando las PROPUESTAS. Es muy importante, cuando se solicite un SEGURO, dar la marca y matrícula del coche que se da de baja.

Quando reciba el Asociado su PROPUESTA, sellada por el Colegio, ya saben que un ejemplar de la misma se envía a Madrid. Esta PROPUESTA de Seguro tiene una validez de veinte días, pero hasta recibir la POLIZA definitiva de la Central, pueden circular libremente. A veces, tarda la POLIZA algo más de veinte días. Esta tardanza puede ser debida al programador de Madrid. No obstante, si ven que pasan estos días y no reciben su POLIZA definitiva reclaman ustedes, bien al Colegio o la propia Central.

Quando reciban la POLIZA definitiva, firmarán los DOS ejemplares. El de papel más grueso, es para el interesado. El otro, de papel más fino, lo enviarán al Colegio, que a su vez lo remitirá éste a Madrid.

ACCIDENTES:

Con relación a los diversos siniestros que puedan tener los señores Asociados, se les aconseja lo siguiente:

1. Envíen lo más rápidamente posible el PARTE, en el modelo que se utiliza ahora (de color naranja y azul). Si no tienen este tipo

de Partes, pídanlos al Colegio, que se les enviará.

2. Rellenen el PARTE con el máximo de datos que ustedes puedan, sobre todo el nombre del TALLER a donde han llevado el vehículo a reparar o piensan llevarlo. Este dato es muy importante para avisar al señor PERITO y decirle el lugar exacto a donde tiene que ir para ver el coche.

3. Si ha habido CONTRARIO, procuren tomar nombre y apellidos del mismo y, sobre todo, la Compañía donde tiene hecho el Seguro el mismo, así como la matrícula del vehículo.

4. Ya saben los señores Asociados que cuando la FACTURA del Taller ascienda hasta 25.000 pesetas inclusive, ésta se puede pagar por el sistema que recibe el nombre de **simultánea**, es decir, sin necesidad de esperar la Autorización de Pagos de la Central de Madrid, siempre y cuando, naturalmente, el señor Asociado dentro de sus coberturas de SEGURO tenga la de DAÑOS PROPIOS.

5. En los casos de conflictos de CONTRARIOS, si son ustedes molestados, limitense a decir al mismo que entreguen en el Colegio de Médicos su Certificado de Seguro con su Compañía. Una vez recibida en estas Oficinas, se envía rápidamente a la Central de Madrid.

6. Cuando reciban alguna CEDULA DE CITACION JUDICIAL por Delito de Faltas a causa de un Siniestro, comuniquenlo rápidamente a esta Sección del Automóvil, la cual será trasladada a nuestro Asesor Jurídico que siempre trata con toda diligencia de aclarar y solucionar estos problemas, en relación con la Sección del Automóvil del Colegio.

Por último, no tengan preocupación alguna sobre los pagos que realizan por PROPUESTAS DE SEGURO al comprar un nuevo coche, si han hecho ya el pago hace poco tiempo del coche antiguo, pues tendrán sus retornos respectivos en el nuevo recibo. Tampoco dejen de preguntar todo lo que deseen con relación a Seguros y Siniestros, ya que les responderé a todas las preguntas que quieran por nimias que les parezca.

BERNARDO LARRAÑETA DE SANTIAGO
Oficial Primero del C. de M.

Escrito a la Agrupación Mutua del Automóvil, sobre siniestros

Desde hace tiempo, concretamente desde el fallecimiento del Oficial de este Colegio que llevaba la Sección del Automóvil, se han venido sucediendo una serie de hechos, que han llevado al ánimo de los Mutualistas, y de los Talleres encargados de la reparación de los coches siniestrados, el desánimo y la desconfianza en Previsión.

No hace tampoco mucho tiempo, vino al Colegio un caracterizado rector de la Mutua del Automóvil, para poner orden en la Contabilidad, y encauzar el futuro desarrollo de nuestra actuación, para dar confianza a todos.

Tenemos noticias de hechos que avalan la situación caótica en que se desenvuelve aquí esta Sección, citando como ejemplos más actuales y demostrativos los de los doctores García Cano y Vicente Fernández Medina, ambos en situación difícil por inoperancia resolutoria desde Madrid.

El doctor García Cano, demandado ante el Juzgado por demora de actuación de la Mutua, habiendo tenido que pagar personalmente los gastos ajenos, y ahora se verá demandado por el Taller que arregló los del coche suyo asegurado a todo riesgo.

El doctor don Vicente Fernández Medina, también demandado, que tras el oportuno parte a Madrid y por retraso de la contestación ha sido denunciado por la Compañía contraria, y condenado en el Juzgado a una multa que si no alta si deja constancia, y cuando llegó la contestación no era tiempo de parar la acción judicial.

El Abogado asesor de este Colegio, señor Sánchez-Morante, cuya carta adjunto fotocopiada,

se queja de no saber si tiene o no, audiencia en Previsión, para poder seguir asesorando.

Todas estas situaciones repercuten negativamente en la marcha de este Colegio, que ya está en entredicho ante los Talleres de la provincia, y los Colegiados lógicamente están también llegando al límite de lo tolerable, puesto que cada accidente significa para ellos una interminable serie de tensiones.

Nos dirigimos a la Mutua para solicitar la inmediata y urgente contestación del límite a que aquí se puede llegar en la autonomía decisoria en el montante económico en las indemnizaciones, que por otro lado consideramos debe ser muy amplio.

Igualmente deseamos que en aquellos casos en los cuales haya que solicitar autorización, ésta sea inmediata y telegráfica.

Finalmente solicitamos aclaración de cuanto en su carta solicita el Abogado asesor de este Colegio.

Muy a pesar nuestro tenemos que advertir a la Mutua del Automóvil, que de no tener solución pronta, y estando decididos a no demorar por más tiempo la reivindicación del buen nombre del Colegio, declinaremos la tramitación de cuanto se puede referir a este Sector de Previsión Sanitaria Nacional.

En Ciudad Real a 8 de mayo de 1978.

EL PRESIDENTE.

