

INFORMATIVO PROFESIONAL

del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Ciudad Real

Director: LUIS CORRALES CESPEDES

Redacción: Sede Colegial, Plaza de la Provincia, 3 - Teléfono 21 14 32

Mayo-Junio 1981

Núm. 85 - 86

SUMARIO

	<u>Página</u>
Editorial	3
Actividad Corporativa	5
Vida Colegial	20
Médicos Titulares	24
INSALUD	28
Colaboraciones	36
Noticias	68

EDITORIAL

El Secretario de Estado para la Sanidad, D. Luis Sánchez Herguindey, entregó al representante del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos un escrito de la Dirección General de Trabajo en el que se señala que de acuerdo con la jurisdicción correspondiente y en base a lo establecido en la Constitución, como Decreto-Ley 17/77 de 4 de marzo y en la sentencia del Tribunal Constitucional de 8 de abril de 1981, los Colegios Profesionales no están comprendidos entre los sujetos con capacidad para convocar huelga, por lo que este paro propuesto para el día 23 del corriente puede considerarse ilegal.

Ante esta resolución de la Dirección General de Trabajo, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos ha decidido aplazar la huelga convocada y presentar un recurso ante la Magistratura de Trabajo, para que establezca si tiene o no capacidad jurídica para convocarla.

Esta Colegiación, en su Asamblea General Extraordinaria del día 17 de junio de los corrientes, acordó por 49 votos negativos, 8 sí y 6 abstenciones, no sumarse a la convocatoria de huelga asistencial convocada por el Consejo General y ratificar la decisión del Pleno de su Junta Directiva que, en su sesión del día 15 de junio, se manifestó en el mismo sentido con 20 votos negativos y una abstención.

El día 27 de junio, festividad de nuestra Patrona la Virgen del Perpetuo Socorro, se celebró en el Parador Nacional de Almagro la Asamblea General Ordinaria anual, donde se homenajeó a los compañeros jubilados, actos que relatamos en la página 19.

**El Presidente,
LUIS CORRALES**



ANTEPROYECTO DE ACTA DEL PLENO DE LA JUNTA DIRECTIVA DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE CIUDAD REAL, CELEBRADO EL DIA 12 DE MAYO DE 1981.

ASISTENTES AL PLENO:

- Presidente:** D. Luis Corrales Céspedes
Vicesecretario: D. Faustino Chico Chico
Vocales: D. Antonio Cárdenas Benito
D. Ulpiano Luengo Trujillo
D. José M. Villanueva Martínez
D. Manuel Brazal Castell
D. Mateo Pérez Sánchez
D. Santos Martínez y Martínez-Conde
D. Alfredo Badía Mir
D. Lorenzo Fernández Asensio
D. Emilio Enríquez Ferrer
D. Rafael Martínez López de Sancho

En Ciudad Real, siendo las diecisiete horas del día 12 de mayo de 1981, se reúnen en la sede del Ilustre Colegio Oficial de Médicos los miembros de la Comisión del Pleno que arriba se expresan, según convocatoria del día 4 del mismo mes y año, procediéndose a tratar de lo siguiente:

1.º—Lectura y aprobación si procede de los anteproyectos de actas extraordinaria y ordinaria del Pleno de la sesión anterior celebrados los días 18 de marzo y 7 de abril de 1981.

El Sr. Presidente dio lectura a los anteproyectos de las Actas, siendo aprobadas por unanimidad en todos sus puntos y sin modificación alguna.

2.º—Movimiento de altas y bajas. (Se dan en sección aparte).

3.º—Informe del Sr. Presidente:

a) La Presidencia informa sobre el luctuoso suceso acaecido al colegiado de Málaga, Dr. D. Pedro Barceló Sierra en el ejercicio de sus funciones y de toda la correspondencia y telegramas cursados con el Consejo General y Colegio de Málaga.

Se acuerda celebrar una misa el día 18, a las 19,30 horas, en la iglesia de San Pedro e insertar una esquela en el diario «Lanza», así como la nota de la Presidencia del Consejo dada a la Prensa y publicadas en el periódico local el día 17 de mayo. Se acuerda convocar Asamblea Extraordinaria para el día 15, con este único punto.

b) Se da cuenta de los expedientes disciplinarios incoados a dos colegiados.

e) R. E. PSN. núm. 102.—Escrito del ramo Seguro Colectivo de Vida, donde se nos da cuenta de la cuota a satisfacer por las altas habidas en el primer trimestre de 1981 y de la diferencia de cobro que suponía: 573.170 pesetas.

d) R. E. núm. 60.—Certificado del acuerdo del Colegio de Murcia en su sesión del 7 de abril de 1981.

e) R. E. núm. 61, 75 y 77.—Carta del Letrado, don Luis Sánchez Morate, sobre asunto relacionado con el arrendamiento del tercer piso de la sede colegial.

f) R. E. núm. 62.—Telegrama de la Secretaría del Consejo General comunicando concesión de títulos de Médico de Familia y Comunitaria a los médicos del Cuerpo de Titulares, y R. S. núm. 74, telegrama de agradecimiento de esta Colegiación a los Ilmos. Sres. D. Jorge Pérez del Bosque, D. Vicente Serrano y D. Jerónimo Aizpiri, por su labor personal realizada en la consecución de esta reivindicación de justicia para el Cuerpo de Titulares.

g) R. E. núm. 63.—Acta de la Asamblea Nacional de Médicos Titulares celebrada el día 4 de abril de 1981.

h) R. E. núm. 64.—Carta de renuncia de la doctora doña Ermelinda Valle Miletti a la representación colegial en la Junta de Gobierno de la Residencia de Santa Bárbara y escrito R. S. núm. 79 donde se nombra al Dr. D. Eloy Galiano Martínez para dicha representación.

i) R. E. núm. 65.—Carta del Banco de Madrid sobre gastos de transferencias de los honorarios de titulares, y R. S. núm. 80: carta al doctor don Mariano González de Vega, comunicándole la vía por a que se le harán efectivos sus honorarios. Se acuerda por el Pleno para suprimir los gastos bancarios de transferencias, abonar los haberes a través de talón nominativo, a partir del mes de mayo.

j) R. E. núm. 66.—Escrito de la Excm. Diputación Provincial solicitando se nombren los representantes coegiales para el Tribunal que ha de juzgar la plaza de Médico Adjunto de Radiodiagnóstico, y por escrito R. S. núm. 81, se nombran a los doctores don Ceferino Molino Trinidad y don Angel Negrillo Ortega, titular y suplente respectivamente.

k) R. E. núm. 67.—Oficio de la Secretaría del Consejo General comunicando convocatoria Asamblea de Medicina Extrahospitalaria de la Seguridad Social para el sábado 9 de mayo y el orden del día.

l) R. E. núm. 69.—Otro para Asamblea de Médicos de Hospitales para el día 8 de mayo y orden del día.

ll) R. E. núm. 71.—Saluda del Secretario del Consejo General enviando información sobre el fármaco Rohipnol.

m) R. E. núm. 72.—Escrito del Presidente del Colegio de Las Palmas, transcribiendo los acuerdos del Pleno de su Junta Directiva del mes de abril.

n) R. E. núm. 74.—Escrito del acuerdo del Director Provincial de la Salud y Presidente del Colegio de Médicos de Navarra con el acuerdo sobre funcionamiento de la Bolsa de Trabajo.

ñ) R. E. núm. 75.—Oficio de la Secretaría del Consejo en referencia a la constitución y funcionamiento de la posible sección de Médicos en Paro.

o) R. E. núm. 76.—Escrito de la Asociación Española Contra el Cáncer instando al donativo correspondiente. Se ha colaborado con 5.000 pesetas.

p) R. E. núm. 78.—Carta del Secretario del Consejo General agradeciendo el telegrama de felicitación por la consecución del reconocimiento del Título de Médico de Familia y Comunitaria.

q) R. E. núm. 79.—Carta del dec-

tor D. Anastasio Martín Pérez agradeciendo a la Junta Directiva el Seguro Colectivo de Vida suscrito por este Colegio para todos sus colegiados numerarios y honoríficos.

r) R. E. núm. 80.—Escrito del acuerdo del Pleno Extraordinario del Colegio de Toledo sobre el conflicto del Hospital Provincial de Madrid.

s) R. E. núm. 81.—Escrito del INSALUD, Servicio de Prensa y Publicaciones dándonos cuenta del envío de un ejemplar de la publicación «La Medicina Familiar y Comunitaria», comprado para la biblioteca colegial.

t) R. E. núm. 83.—Escrito de la Secretaría del Consejo sobre normas futuras en el cobro de los recibos de Patronato, etc.

u) R. S. núm. 69.—Escrito de la Secretaría del Consejo solicitando la creación de una plaza de Auxiliar Administrativo.

v) R. S. núm. 82.—Oficio comunicando el fallecimiento del compañero jubilado D. Eutiquiano Velasco Molinero a P. S. N. a efectos del abono a sus familiares del percibo del Seguro Colectivo de Vida, suscrito por este Colegio.

w) Estudio del Presupuesto de Ingresos y Gastos, de la liquidación del año 1980, estado de situación y el acuerdo de su publicación en el Boletín núm. 83 para conocimiento de la Colegiación.

x) Actualización de las ayudas colegiales del Fondo de Protección Social a las viudas y huérfanas que protegemos y dar para Navidad un aguinaldo a nuestros huérfanos de 10.000 pesetas, cantidad que se en-

cuentra presupuestada en el capítulo XIV. Fines Sociales con 830.000 ptas.

4.º—Informe de los miembros del Pleno:

a) D. Rafael Martínez López de Sancho, Vocal provincial de Ciudad Real y miembro de la Junta Central Nacional de Medicina Extrahospitalaria de la Seguridad Social, informa:

Que en la Asamblea Nacional de dicha Sección, reunida en Madrid el día 25 de abril se acordó por unanimidad:

1) Solidarizarnos con el Colegio Oficial de Málaga por la campaña antiprofesional que allí se hizo y por el vil asesinato cometido en su colegiado Dr. Barceló.

2) Dar nota oficial en la Prensa nacional de nuestro sentir.

3) Apoyar todas las decisiones que el Consejo Nacional decida en torno a este lamentable suceso.

5.º—Ruegos y Preguntas.

El Dr. Villanueva ruega que el personal administrativo colegial guarde y se dirija a los colegiados con la correspondiente cortesía y especialmente tenga conciencia de que están para realizar sus correspondientes cometidos con la mayor eficacia y prontitud, que están al servicio de los colegiados y no para poner pegas a la demanda de gestión, etc. Espera que se tenga en cuenta tal ruego, pues es malestar si no generalizado, sí al menos ha habido quejas en algunos casos.

Y no habiendo más asuntos a tratar el Sr. Presidente dio por finalizada la sesión.

ANTEPROYECTO DEL ACTA DE LA ASAMBLEA EXTRAORDINARIA CELEBRADA EN LOS SALONES DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS, EL DIA 15 DE MAYO DE 1981.

Reunida la Asamblea General Extraordinaria de este Ilustre Colegio Oficial de Médicos, al objeto de tratar el punto único: Luctuoso suceso acaecido al Dr. Barceló, de la Organización de Médicos del Colegio de Málaga.

La Presidencia informa de la correspondencia recibida del Consejo General y Colegio de Málaga, información de Prensa y de otros Colegios, sometiendo a debate la situación actual del ejercicio profesional, campaña nacional antimédica y los acuerdos de la Asamblea del Colegio de Málaga.

Se acuerda mantener la determinación de ruptura con el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social en la retirada a todos los niveles no sólo de los representantes o vocales colegiales en los Organismos Oficiales, sino incluso la no participación de los Médicos en todo tipo de Juntas, Comisiones, Tribunales, etc. Este epígrafe asimismo que el número 2. Apertura de información reservada para determinar la responsabilidad de las personas y entidades que han intervenido en la campaña de desprestigio de la profesión médica, a nivel provincial, en Prensa y Radio, con las repercusiones de índole colegial, administrativo y penal que pudieran darse.

El 3.º—Que dice: Instar una campaña de rehabilitación de la profesión médica en todos y cada uno de los órganos de comunicación social de la provincia de Málaga.

El 4.º—Que dice: Solicitar del Consejo General una inmediata toma de

contacto al más alto nivel, para determinar los efectos de la campaña de descrédito de la profesión médica, exigiendo que en la nueva Ley de Sanidad, se confeccione el estatuto de obligaciones y derechos de los asegurados.

El 5.º—Que dice: Exigir del Gobierno Civil una protección eficaz a nivel de ambulatorios y centros asistenciales.

El 8.º—Que dice: Solicitar la concesión de la máxima condecoración del Consejo General de Colegios Médicos de España para el Dr. D. Pedro Barceló Sierra. Estos epígrafes fueron adoptados por unanimidad, entendiéndolo extensible a escala nacional.

El punto 6.º—Se acordó que el día 18 se celebrara una misa, a las 10,30 horas, en esta capital, para asociarnos al día de luto de la colegiación de Málaga, sin cese de las actividades profesionales, pues se considera que habría que cursar algunos trámites legales para poder hacer un paro profesional.

Sobre el epígrafe 7.º—Referente a huelga legal, se manifiesta que podría ser solamente un entorpecimiento de los trámites administrativos; pues se entiende que con la huelga de asistencia a quien se lesiona directamente es al paciente y muy indirectamente al Ministerio. El público no entendería jamás que nuestra acción contra el Ministerio tenga que ser a través de la paralización de la asistencia sanitaria.

Y no habiendo más asuntos a tratar se levantó la sesión.

ANTEPROYECTO DE ACTA DEL PLENO DE LA JUNTA DIRECTIVA
DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE CIUDAD REAL,
CELEBRADA EL DIA 9 DE JUNIO DE 1981.

ASISTENTES AL PLENO:

Presidente:	D. Luis Corrales Céspedes
Vicepresidente:	D. Juan Angel del Rey Castellanos
Vicesecretario:	D. Faustino Chico Chico
Vocales:	D. Lorenzo Fernández Asensio
	D. Antonio Cárdenas Benito
	D. Santos Martínez y Martínez-Conde
	D. Antonio San José Martín
	D. Manuel Brazal Castell
	D. Mateo Pérez Sánchez
	D. José Luis de Diego Lozano
	D. Juan Regodón Vizcaíno

En Ciudad Real, siendo las diecisiete horas del día 9 de junio de 1981, se reúnen en la sede del Ilustre Colegio Oficial de Médicos, los miembros de la Comisión del Pleno que arriba se expresan, según convocatoria del día 4 de junio, procediéndose a tratar de lo siguiente:

1.º—Lectura y aprobación, si procede, del anteproyecto del Acta del Pleno anterior, celebrado el día 12 de mayo de 1981.

El Sr. Presidente dio lectura al anteproyecto del Acta anterior, siendo aprobada por unanimidad en todos sus puntos y sin modificación alguna.

2.º—Movimiento de altas y bajas. (Se dan en sección aparte).

3.º—Informe de la Presidencia:

a) R. E. núm. 86.—Escrito del Consejo General de Colegios Médicos, convocando a la Presidencia a la reunión que con carácter extraordinario ha de celebrar la Asamblea General del Consejo el viernes día 22 de mayo.

b) R. E. núm. 87.—Saluda del Presidente del Colegio de Médicos de Alava, acompañando circular que han dirigido a todos los colegiados, relacionada con el brutal asesinato de

nuestro compañero de Málaga doctor don Pedro Barceló.

c) R. S. núm. 86 y 88.—Telegramas dirigidos al Presidente del Consejo General de Colegios Médicos y Presidente del Colegio de Málaga, soneral de dolor de toda nuestra coledarizándonos en el sentimiento ge-gia-ción por el vil asesinato del doctor Barceló.

d) R. E. núm. 89.—Oficio del Presidente del Colegio de Médicos de Asturias, en el que su Pleno de la Junta Directiva acordó dirigirse al Presidente del Consejo General para que a la máxima urgencia se proceda a la redacción de un informe, libro blanco o procedimiento similar que permita dar adecuada réplica pública al informe recientemente difundido por el Ministerio de Sanidad.

e) R. E. núm. 88.—Saluda del Presidente del Real e Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Sevilla, doctor don Pedro Albert Lasierra en el que acompaña fotocopia del escrito que, sobre «el origen de los conflictos médicos» ha dirigido al Excmo. Sr. Ministro de Sanidad y al Sr. Secretario de Estado para la Sanidad, para que se le dé la máxima difusión en los medios informativos de esta provincia.

Nota del periódico «Lanza» haciendo pública tal petición.

f) R. E. núm. 91.—Escrito del Abogado Asesor de este Colegio, don Luis Sánchez Morate, sobre asunto reclamación con cantidad al descubierto en el Banco de Santander de Ciudad Real a don Emilio Serrano Cruz, quedando cancelado este asunto sin más problemas.

g) R. E. núm. 93 bis.—Escrito del Agente en Tomelloso de la Mutual Cyclops, solicitando información sobre tarifas de accidentes. R. S. núm. 91: Carta que dirige a dicho señor el Presidente del Colegio comunicándole que este asunto pasaría a nuestro Abogado. R. S. núm. 102: Carta dirigida al Sr. Huertas Torres, agente de citada Compañía, acompañándole informe emitido por don Luis Sánchez Morate, para su conocimiento.

h) R. E. núm. 95.—Escrito del Consejo General de Colegios Médicos convocando a reunión de la Junta Central de Representantes de Medicina Extrahospitalaria para el día 30 de mayo al doctor don Rafael Martínez López de Sancho, representante de dicha vocalía.

i) R. E. núm. 96.—Telegrama de la Secretaría del Consejo, convocando a la Presidencia a la Asamblea Extraordinaria para el viernes 28 de mayo, acompañando el orden del día.

j) R. E. núm. 97.—Saluda del Director General de Planificación Sanitaria, don Luis Munuera Martínez, acompañando xerocopia de toda la documentación técnica elaborada en relación con el cuadro de la Neumonía Atípica.

k) Saluda del Presidente del Colegio de Médicos de Segovia, en el que nos comunican relacionadamente los nombres de todos los componentes de la nueva Directiva de ese Colegio, encabezándola su Presidente doctor don Rafael D. Caldevilla Potente.

l) R. E. núm. 98.—Circular del

Consejo.—Asunto personal anunciando se convoca Concurso de traslado y antigüedad de empleados de la Organización Médica Colegial, siendo las plazas vacantes a proveer: Alicante, un de Auxiliar; Barcelona, una de Auxiliar; Ciudad Real, una de Auxiliar; Orense, una de Oficial segundo, y Soria, una de Oficial primero.

ll) R. E. núm. 101.—Escrito del Colegio Oficial de Médicos de Sevilla, con el conflicto de negociaciones con el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, para conseguir la recalificación de las retribuciones de los Médicos de la S. S. El Presidente de la Comisión Negociadora de la Recalificación de Retribuciones de los Médicos de la S. S. en citado escrito ruega se le acepte la dimisión para este cargo y se designe a otra persona de su confianza para proseguir las hasta ahora fracasadas negociaciones. El escrito va dirigido al Presidente del Consejo General, y R. E. núm. 101 del mismo Colegio sobre el Proyecto de Orden Ministerial que fue entregado el día 25 de marzo por el INSA-LUD, para fijar las retribuciones para el año 1981 del personal facultativo y de otro personal sanitario de la Seguridad Social, fue rechazado por el Pleno del Consejo General de Colegios Médicos, en sesión celebrada el día 27 del mismo mes, por las siguientes razones. (Las indican en el punto 1 al 10).

m) R. E. núm. 102.—Telegrama del Secretario del Consejo General en el que se nos informa que en el Boletín Oficial del Estado de fecha 26 de mayo se publica la disposición de nuevas retribuciones para Médicos de la Seguridad Social.

n) R. E. núm. 108.—Escritos del Instituto Nacional de la Salud, acompañando relaciones anunciando las diferentes vacantes en las Residencias Sanitarias de nuestra provincia para plazas Jerarquizadas y no Jerarquizadas.

n) R. E. núm. 110.—Recibo firmado por don Emilio Serrano Cruz, por un importe de 45.000 pesetas, correspondiente a la gratificación por trabajos realizados de Tributación a los colegiados durante el primer semestre del año 1979. Entregándole citado importe por cheque nominativo.

o) Escrito del Director Provincial del Instituto Nacional de la Salud, adjuntando Resolución de la Secretaría de Estado para la Sanidad, de fecha 7-5-81, sobre expediente disciplinario instruido a un colegiado del Servicio de Urgencia de la Seguridad Social de esta capital. R. E. núm. 111.

p) R. S. núm. 98.—Oficio dirigido al Ilmo. Sr. Presidente del Consejo General solicitando Títulos de Colegiados Honoríficos, que con motivo de la Festividad de nuestra Patrona la Virgen del Perpetuo Socorro, serán entregados a los doctores Arias Damiel, Gasco Gascón, Medina Mora, Ortega Valverde y Megías Delgado.

q) R. E. núm. 112.—Escrito de la Delegación Provincial del Ministerio de Cultura de Ciudad Real en el que se nos autoriza por la Secretaría de Estado para la publicación periódica titulada «Boletín Informativo del Colegio de Médicos de Ciudad Real». R. E. núm. 85, 92 y 103, relacionados con citado Boletín y R. S. núm. 100, oficiando al Delegado Provincial del Ministerio de Cultura, se proceda por esa Delegación al archivo de la inscripción de la Revista «Recio».

r) R. E. núm. 109.—Escrito de la Compañía Cervantes, S. A., en el que nos ofrecen unas condiciones especiales por asegurado de 696 pesetas, para

el Seguro de Responsabilidad Civil general. No hemos tenido contacto con ésta ya que la que tenemos actualmente no ha cumplido el período de caducidad.

s) R. E. núm. 114.—Carta de Previsión Sanitaria Nacional, dirigida al Presidente del Colegio, Dr. Corrales, relacionada con informe que solicitó sobre las prestaciones que tiene suscritas con dicha Entidad don Luis Labadía Gutiérrez, Médico de Alcázar de San Juan. R. S. núm. 101: Carta del Colegio dirigida al Dr. Labadía dándole información de todos los seguros que tiene suscritos en la actualidad.

t) R. E. núm. 116.—Telegrama del Representante de Médicos en Paro, sobre reunión en el Consejo General el día 10 del actual. El telegrama lo dirige a este Colegio el representante de Málaga.

u) R. E. núm. 118.—Oficio del Director Provincial del Instituto Nacional de la Salud. Asunto: Sustituciones por vacación, enviando xerocopia de dicho Centro con el fin de que por el Colegio se le preste el apoyo necesario para conseguir de forma eficiente la normativa en él propuesta.

v) Estadillo con resumen de venta de certificados médicos con diferencias habidas entre los años 1979-80.

4.º—Informe de los miembros del Pleno: Ninguno.

5.º—Ruegos y preguntas: Ninguno.

Y no habiendo más asuntos de que tratar el Sr. Presidente dio por finalizada la sesión.

ANTEPROYECTO DE ACTA DEL PLENO EXTRAORDINARIO CELEBRADO EN LA SEDE DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS, EL DÍA 15 DE JUNIO DE 1981.

ASISTENTES AL PLENO:

<i>Presidente:</i>	D. Luis Corrales Céspedes
<i>Vicepresidente:</i>	D. Juan Angel del Rey Castellanos
<i>Secretario:</i>	D. Darío Crespo Crespo
<i>Vicesecretario:</i>	D. Faustino Chico Chico
<i>Tesorero:</i>	D. Rafael Ruiz Ruiz
<i>Vocales:</i>	D. Alfredo Badía Mir
	D. José Méndez Almaraz
	D. Fernando Andrade García
	D. Antonio Hernández García
	D. Lorenzo Fernández Asensio
	D. Mateo Pérez Sánchez
	D. Manuel Brazal Castell
	D. Antonio Cárdenas Benito
	D. Antonio San José Martín
	D. Santos Martínez y Martínez-Conde
	D. Ulpiano Luengo Trujillo
	D. José M. Villanueva Martínez
	D. José Luis de Diego Lozano
	D. Juan Regodón Vizcaíno
	D. Rafael Martínez López de Sancho
	D. José Antonio Blanco Rodríguez

Siendo, las 19 horas del día 15 de junio de 1981, reunido el Pleno de la Junta Directiva de este Ilustre Colegio Oficial de Médicos, con el siguiente orden del día:

1.º—El Presidente dio lectura del anteproyecto del Acta de la última Asamblea General Extraordinaria, la cual fue considerada correcta.

2.º—El Presidente dio a conocer a los miembros del Pleno de la Junta Directiva, la problemática de huelga propuesta por el Consejo General de Colegios Médicos de España.

Después de un amplio debate se

acordó por la mayoría de 20 votantes y con una sola abstención, el no concurrir a la huelga asistencial. Siendo partidaria, la referida Junta de una huelga de tipo administrativo exclusivamente.

3.º—Se acuerda convocar Asamblea General Extraordinaria para el próximo día 17, a las 19 horas, con el único punto del orden del día: Someter a la Asamblea el acuerdo del Pleno de la Junta Directiva sobre la referida huelga planteada por el Consejo General de Colegios Médicos de España.

Y no habiendo más asuntos a tratar, se dio por finalizada la sesión

ANTEPROYECTO DE ACTA DE LA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA CELEBRADA EN LOS SALONES DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS, EL DIA 17 DE JUNIO DE 1981.

Siendo las 19,30 horas del día 17 de junio, el Presidente da cuenta de la motivación de la convocatoria urgente de esta Asamblea Extraordinaria que responde al acuerdo del Pleno Extraordinario de la Junta Directiva en su sesión del día 15 del mismo mes y en el cual, después de un amplio debate, se acordó por 20 votos y una abstención el no concurrir a la huelga asistencial convocada por el Consejo General de Colegios Médicos de España acordada por mayoría, en sus sesiones de los días 20 y 30 de mayo.

El Pleno de la Junta Directiva acordó convocar la Asamblea General Extraordinaria con el único punto del orden del día: Someter a la Asamblea el acuerdo de la Junta Directiva para su ratificación o rechazo, es decir, si la Asamblea de Colegiados secundaba la huelga convocada por el Consejo o la rechazaba.

El Presidente lee el documento 002500 de 12 de junio de 1981 de R. S. del Consejo dirigido por la Presidencia del Consejo General al Excmo. Sr. Ministro de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, con las motivaciones por las cuales la Asamblea General de la O.M.C., celebrada el día 29 de mayo de 1981 acordó convocar la huelga al Personal Médico al servicio de las diversas entidades gestoras de la Sanidad de España y que se basa en las reivindicaciones de los once puntos siguientes:

1) Reconocimiento de la legitimidad representativa de la Organización Médica Colegial para la defensa de los intereses profesionales de los Médicos en todo el ámbito nacional y en todos sus aspectos, incluidos los económicos, con participación de la

O.M.C. en el Consejo Nacional de Insalud y en los Consejos Provinciales.

2) Mantenimiento de convocatoria nacional para los Cuerpos Nacionales de Médicos y concretamente para el de Médicos Titulares.

3) Negociaciones por la O. M. C. de las retribuciones de todo el personal médico dependiente de ese Ministerio para 1982, sin perjuicio de otras concurrencias representativas.

4) Modificación de la asistencia primaria y secundaria modificando los cupos por número de beneficiarios con instauración de la cartilla individual, simultánea elevación del 8 % en los cupos de Medicina General, Pediatría y Especialidades, cumplimiento de la Legislación vigente en la composición numérica de los cupos, organización de consultas extrahospitalarias, desdoblamiento de especialidades, urgente adecuación de medios materiales mínimos y convocatoria de todas las vacantes existentes en la periodicidad prevista.

5) Implantación de las urgencias en el medio rural, con los abonos correspondientes e indemnización de desplazamientos.

6) Revisión del Estatuto Jurídico del personal médico al servicio de la Seguridad Social.

7) Ordenación definitiva de la regulación de las especialidades médicas.

8) Publicación inmediata de las tarifas de Accidentes de Trabajo, actualizadas.

9) Envío urgente a la O.M.C. de los anteproyectos de Ley de Sanidad y de Ley de Hospitales.

10) Reconocimiento del derecho de la O.M.C. y de su responsabilidad en la acreditación de los programas de Educación Médica Continuada.

11) Determinación de las formas de acceso de los Médicos de Zona y cualesquiera otros con derecho al título de Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria.

Se abre el debate entre los asistentes e intervienen los colegiados doctores Carrasco Gellida, Lizaur y de Utrilla, Fernández Salcedo, Fernández Medina, Paulino Pérez, Sánchez Casajuana, Laín Alvaro, Jarillo Ibáñez, Vinuesa Silva, Rubio Cerdido y otros, donde expresan sus puntos de vista y motivaciones sobre la conveniencia o no de esta convocatoria de huelga, por parte del Consejo General.

Acordado proceder a votación huelga sí, huelga no, y realizada en voto

secreto, se obtienen los siguientes resultados:

NO a la huelga	49
SI a la huelga	8
Abstenciones	6
<hr/>	
Total	63

Se acordó rechazar los votos delegados, alegando diversas motivaciones y que sumaban 21.

Por lo tanto esta Asamblea General Extraordinaria en su sesión del día 17 de junio de 1981, rechaza la convocatoria de huelga convocada por el Consejo General de la O.M.C. y ratifica el acuerdo del Pleno de la Junta Directiva de su sesión del día 15 de junio de 1981.

Y no habiendo más asuntos a tratar la Asamblea se dio por finalizada.

JORNADA DE VERANO EN LAS OFICINAS DE NUESTRO COLEGIO

Se pone en conocimiento de toda la colegiación que a partir del día 1 de julio y hasta el día 31 de agosto del presente año, el personal administrativo de este Colegio, cumplirá la jornada intensiva de trabajo con el siguiente horario:

8 DE LA MAÑANA A 3 DE LA TARDE

Finalizados los citados meses se restablecerá el horario, de 9 a 2 por la mañana, y de 16 a 18,30 por la tarde.

ANTEPROYECTO DEL ACTA DE LA ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA Y ANUAL EN SU SESIÓN DEL DÍA 27 DE JUNIO DE 1980

Siendo las 19.30 horas se inicia la sesión en el salón de actos del Parador Nacional de Almagro, en segunda convocatoria, por no haber cuorum en el horario previsto de las 19 horas.

Se leen los anteproyectos de Actas de la Asamblea General Ordinaria del 27 de junio de 1980 y a continuación se da lectura de la Extraordinaria de fecha 17 de junio del año en curso, siendo aprobadas ambas sin modificación alguna.

Se procede por parte de la Presidencia a dar cuenta de los aspectos más importantes de la Administración Colegial en sus diferentes Secciones de Colegiación, Mutualidad del Automóvil, Seguros Colectivo de Responsabilidad Civil Profesional y Colectivo de Vida con P.S.N., Acción Social y Contabilidad.

a) En la Sección de Colegiación ha habido en el año 1980, 124 altas y 79 bajas, siendo en el día de la fecha 648 el número de colegiados.

b) En la Sección del Automóvil, su movimiento queda reflejado en los siguientes apartados:

Altas producidas en el Seguro Todo Riesgo	55
Altas producidas en el Seguro Obligatorio y de R. Civil ...	43
Accidentes producidos	339
Mutualistas que han ocasionado mayores gastos dentro del año por accidentes sufridos, 747.823 y 475.574 pesetas, respectivamente.	
Lesionados en accidentes de circulación	9
Fallecidos en accidente de circulación (esposo de una Mutualista)	1

Importe de los recibos cobrados a través del Colegio ... 6.514.780,—

Importe pagado por accidentes ocurridos ... 5.552.869,—

c) La Sección de Seguros suscritos por el Colegio para todos sus colegiados numerarios y honoríficos representó un abono de 4.938.050 pesetas en el Seguro Colectivo de Vida y del cual se beneficiaron los deudos de nuestros compañeros fallecidos, que fueron siete jubilados y uno en activo y que no es necesario hacer mención por ser de todos conocido a través de nuestro Boletín.

La cantidad abonada en concepto de Derramas Colegial ha sido de 1.529.100 pesetas y el Seguro Colectivo de Responsabilidad Civil Profesional suscrito con La Previsión Española, S. A. con fecha 10 de julio hasta una cobertura de 5.000.000 de pesetas, individual, y 20.000.000 de pesetas en grupo colectivo, supone una prima de 695.000 pesetas. Todos estos Seguros son gratuitos para los colegiados y abonados íntegramente de los fondos colegiales.

En la Sección de Acción Social se abonaron a nuestras huérfanas mayores de 40 años y viudas en precaria situación la cantidad de 546.000 pesetas, presupuestándose este año, para Navidad, se les de a nuestros huérfanos un aguinaldo de 10.000 pesetas, que supondrá aproximadamente unas 250.000 pesetas.

d) En la Sección de Contabilidad el estado actual, al día de hoy, queda reflejado por los siguientes datos:

A C T I V O

DISPONIBLE, BANCOS	9.693.969.-
EXISTENCIAS DE CERTIFICADOS A PRECIO DE COSTO	1.467.000.-
ID. CARPETAS, EMBLEMÁS, TALONARIOS, ETC ...	175.000.-
T O T A L A C T I V O	11.335.969.-

P A S I V O

SALDO CON EL CONSEJO	14.568,03.-
ID. CON PATRONATO DE HUERFANOS, A N/FAVOR.....	87.475,00.-
ID. CON PATRONATO SOCIAL	102.564,00.-
AGRUPACION M. DEL AUTOMOVIL Y P.S.N.,	1.844.760,00.-
T O T A L P A S I V O	1.669.289,89.-
SALDO A NTRO. FAVOR EN EL DIA DE HOY, PESETAS	9.666.679,11.-

todas estas cifras, datos, activos, pasivos, etc es gracias a la labor administrativa desarrollada por nuestros funcionarios, que con el mejor espíritu de superación profesional van perfeccionandose día a día y deseamos conseguir que en plazo inmediato todos los Colegiados encuentren en esta Administración Colegial los valores propios de una gestión eficaz.

El Vice-Secretario y Presidencia dan cuenta de la liquidación del presupuesto de Ingresos y Gastos del año 1.980 que fue impreso para conocimiento de la Colegiación en el Boletín nº 84, página 12 y 13 y que supuso un déficit de pesetas 1.457.449,75.- así mismo y al objeto de hacerlo más legible y comprensible se procede a dar cuenta de un análisis contable que es como sigue:

I N G R E S O S

	Cuotas de entrada.....	45.000.-
	id, Colegiales	1.330.200.-
I	SUMA.....	1.372.200.-
	Participación Consejo en cuotas	-225.180.-
	BENEFICIO BRUTO	1.147.020.-
	Venta de Certificados	10.154.700.-
II	Derechos del Consejo y Patronato en cfdos. 638.715.-	
	Taloncillos de certificados	745.465.-
	Comisión a Expendedores	-2.061.160.-
	BENEFICIO BRUTO	8.093.540.-
	<u>I N G R E S O S V A R I O S</u>	
	Venta de Pólizas	8.000.-
	Suministros talonarios de recetas	2.100.-
	Suministros de tarifas de accidentes y códigos.....	3.600.-
	id. de listas de Colegiados	4.500.-
	id. de Placas aparcamiento	6.750.-
III	De Fidecaya	25.000.-
	Venta de papel viejo	190.-
	TOTAL INGRESOS	50.140.-

	Renta de fincas	588.000.-	
	Fianza y atrasos del Banco Exterior	80.000.-	
	id. alcantarillado año 1.976	14.776.-	
	Gastos comunes de Veterinarios del año 1.976 al 1.979	109.719.-	
	Parte proporcional de pintura de escalera, abono de Veterinarios ..	108.125.-	
	Gastos comunes y atrasos del Igualatorio	192.125.-	
IV	SUMA	1.092.745.-	
	Impuestos Propiedad Inmobiliaria	62.371.-	
	Alumbrado y Calefacción	213.841.-	
	Conservación y reparación edificio	61.106.-	
	Portero y Limpieza	247.987.-	-585.305.-
	BENEFICIO BRUTO	507.440.-	
V	Intereses de cuentas corrientes de Bancos	1.533.117,75	
	Gastos bancarios	-850,50	
	BENEFICIO BRUTO	1.532.259,25	
VI	Derechos de Habilitación	1.070.011.-	
	Participación del Consejo en Habilitación	-535.002.-	
	BENEFICIO BRUTO	535.009.-	
VII	Aportación de P.S.N., pata gtos. admtvos. del automóvil	794.959.-	
	Premios cobranza y gestión personal admtvo. del Colegio	-245.586.-	
	BENEFICIO BRUTO	549.373.-	

G A S T O S

	Dietas Directivos y Vocales	249.497.-	
	Gastos Comarcales Directivos	93.090.-	
I	Gastos de representación y Festividad	153.798.-	
	Indemnización Secretario General	24.000.-	
	Asesorías y Tributación	325.000.-	
	SUMA GASTOS	845.385.-	
	Nómina Personal Administrativo	2.959.995.-	
	Plus cargas familiares	23.856.-	
II	Pagas gratificables personal administrativo	408.480.-	
	Seguros Sociales personal	897.100.-	
	Impto. rendimiento trabajo personal	336.071.-	
	SUMA GASTOS	4.622.502.-	
	Material de escritorio	94.023.-	
	Suscripciones a periódicos y revistas	34.554.-	
	Adquisición de libros	13.826.-	
	Publicaciones del Colegio (Boletín)	356.000.-	
III	SUMA	498.403.-	
	Suministro de carpetas	8.100.-	
	Venta de clises	11.735.-	
	id. de fotocopias	3.649.-	-23.484.-
	TOTAL GASTOS	474.919.-	
	Protección Médica - Derramas	2.959.000.-	
	Subvenciones a Huerfanos y Viudas	546.000.-	
IV	SUMA	3.502.000.-	
	A DEDUCIR: Cuotas Derramas	-1.435.900.-	
	TOTAL GASTOS	2.066.100.-	
	Adquisición de Material inventariable de oficina	39.805.-	
	id. de emblemas de solapa	208.000.-	
V	SUMA	247.805.-	
	A DEDUCIR: Por venta de emblemas de solapa	-48.000.-	
	TOTAL GASTOS	199.805.-	

	Conservación y reparación de maquinas de oficina	13.557.-
	Comunicaciones	139.927.-
	Franqueos	184.063.-
VI	Conferencias, becas culturales	25.000.-
	Donativos	16.000.-
	Gastos pequeños e imprevistos	70.952.-
	TOTAL GASTOS	449.499.-
	Póliza R.C. Colectiva	605.000.-
	id. de incendios	9.821.-
VII	Seguro accidentes Junta Directiva	34.320.-
	id: Colectivo de Vida	4.938.050.-
	TOTAL GASTOS	5.587.191.-

y su resumen en capitulos:

RESUMEN

INGRESOS POR GRUPOS

I	DE CUOTAS - Liquido	1.147.020.-
II	DE VENTA DE CERTIFICADOS - Liquido	8.093.540.-
III	DE INGRESOS VARIOS	50.140.-
IV	DE RENTA DE FINCAS	507.440.-
V	DE INTERESES DE CTAS. CORRIENTES	1.532.259,25
VI	DE DERECHOS DE HABILITACION	535.009.-
VII	DE APORTACION DE P.S.N., GESTION AUTOMOVIL	549.373.-
	TOTAL INGRESOS	12.414.781,25

GASTOS POR GRUPOS

I	DIETAS Y ASESORIAS	845.385.-
II	PERSONAL	4.622.502.-
III	MATERIAL DE ESCRITORIO Y PUBLICACIONES	474.919.-
IV	PROTECCION MEDICA Y DERRAMAS	2.066.100.-
V	ADQUISICION MATERIAL INVENTARIABLE DE OFICINA	199.805.-
VI	VARIOS, TELEFONO, FRANQUEOS ETC.,	449.499.-
VII	SEGUROS PARA LOS COLEGIADOS	5.587.191.-
	TOTAL GASTOS	14.245.401.-
	TOTAL INGRESOS	-12.414.781,25
	DEFICIT	1.830.619,75

Seguidamente se somete a su aprobación el Presupuesto de Ingresos y Gastos para el año 1981, que en su día aprobó el Pleno de la Junta Directiva en su sesión del 7 de abril y la correspondiente relación de bienes y valores al 31 de diciembre de 1980. Presupuesto que fue publicado en el Boletín núm. 84.

La liquidación de Ingresos y Gastos, como el Presupuesto de 1981, fueron aprobados por la Asamblea sin objeción alguna.

RUEGOS Y PREGUNTAS:

El Dr. Casajuana y otros compañeros se interesaron por los Seguros Colectivo de Vida y Profesional de Responsabilidad, informándoseles exhaustivamente sobre los mismos.

Siendo las 20,10 horas se levantó la sesión de la Asamblea General Ordinaria del año 1981.

A continuación el Presidente expresó en emotivas palabras que iba a rendir homenaje a semejanza de años anteriores a nuestros compañeros jubilados, que durante su dilatada vida profesional han realizado la más digna labor de consolar y sanar física y moralmente al prójimo con los medios técnicos muy concretamente reducidos a un termómetro y un fonendo, pero sí con la gran intuición y sabiduría que da la constante observación y tiene ese Médico de Familia y Comunidad, al que recientemente les ha sido concedido el título de este nombre, es decir, a todos aquellos que actualmente son del Cuerpo de Médicos Titula-

res y está en reivindicación para aquellos otros hoy llamados Médicos de Zona o Familia pertenecientes al In-salud.

A nuestros compañeros homenajeados:

Dr. D. Esteban Arias Daimiel
Dr. D. Pedro Gasco Gascón -
Dr. D. Manuel Medina Mora
Dr. D. Deogracias Megía Delgado
Dr. D. Julián Ortega Valverde

se procedió a hacer entrega de los Diplomas de Colegiados Honoríficos de la O. M. C., y de este Colegio, así como de las Insignias de Colegiados Honoríficos. Acto que fue muy emotivo y aplaudido por el numeroso público que en esos momentos estaba presente.

En la iglesia de San Blas se celebró una misa en honor de nuestra Patrona la Virgen del Perpetuo Socorro y por nuestros compañeros difuntos en acto de recuerdo y respeto.

A las 21,30 horas, en los patios del Parador, se sirvió un lunch, donde la Colegiación, muy numerosa, hizo acto de presencia y fue posible que colegiados diseminados por la geografía provincial establecieran lazos de solidaridad y conocimiento. Es de agradecer la presencia de las autoridades provinciales, locales y sanitarias, que compartieron con los asistentes el magnífico marco que para estos actos es el Parador Nacional de Turismo de esa capitalidad, que siempre será por sus vestigios de grandeza, nuestro querido Almagro.

**CONFERENCIA DEL DOCTOR SERRANO, SECRETARIO DEL CONSEJO
GENERAL DE COLEGIOS DE MEDICOS, CON MOTIVO DE SU VISITA
JUNTO CON EL VICESECRETARIO DR. D. JERONIMO AIZPIRI
A NUESTRA SEDE COLEGIAL**



Un momento de las palabras de nuestro Presidente, don Luis Corrales

El pasado día 23 de mayo, visitaron la sede del Colegio Oficial de Médicos, el Secretario General del Consejo General de Colegios de Médicos, Dr. D. Vicente Serrano Serrano, y el Vicesecretario, Dr. D. Jerónimo Aizpiri.

A las 20 horas, en el Parador Nacional de Turismo de Almagro, se celebró el acto de presentación a los colegiados y acompañantes, por el Presi-



Don Vicente Serrano



Don Jerónimo Aizpiri

dente del Colegio, Dr. D. Luis Corrales Céspedes, que hizo un ligero esbozo de la personalidad corporativa y profesional de los conferenciantes y les agradeció la deferencia que han tenido con esta colegiación de hacer un paréntesis en sus actividades para venir a traernos y charlar con nosotros de las aspiraciones e inquietudes del ejercicio profesional.

La conferencia del Dr. Serrano versó sobre «Análisis del ejercicio de la profesión», y con su amena charla nos introdujo en la historia del ejercicio profesional, desde los célebres cirujanos del medievo, las Escuelas de Avicena, Salamanca, para llegar a la Medicina de hace 50 años, con la aportación del microscopio, diagnóstico y de investigación de estos veinticinco últimos años. Nos aportó los datos de las estadísticas y sus curvas gráficas, donde se reflejan los resultados de la labor abnegada y constante de todos los profesionales que intervienen en ese quehacer de proporcionar salud a la humanidad, y trató del ayer, del hoy y del mañana en el ejercicio, así como las limitaciones en la formación de profesionales facultativos y las previsiones para el futuro.

A continuación se estableció un coloquio a cargo del Dr. Aizpiri sobre la problemática actual de la Organización Médica y el Ministerio de Sanidad, la próxima convocatoria de oposiciones a médicos titulares, el reconocimiento de la titulación de Médico de Familia y Comunitaria para los pertenecientes a este Cuerpo de funcionarios.

A posteriori todos los asistentes ofrecieron una cena de homenaje y agradecimiento a los doctores Serrano y Aizpiri donde los asistentes de diferentes puntos de la geografía provincial aprovecharon para estrechar aún más los lazos de confraternidad.

MOVIMIENTO DE COLEGIADOS

A L T A S

Núm. Colegiado	Fecha Colegiación	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	CARGO
2.071	27-4-81	D. Arturo Sánchez Enfedaque	Pediatría	Ambulatorio S. S.
2.072	29-4-81	D. Luis Ferrando Diaz Mora	Anestesiología	Médico Adjunto
2.073	30-4-81	D. José María Vilchez Lafuente	Medicina Interna	Residencia Sanitaria
2.074	30-4-81	D. José M. Quesada Gómez	Medicina Interna	Médico Adjunto
2.075	30-4-81	D. Ignacio Ros Fernández-Matamoros	Otorrino	Médico Adjunto
2.076	30-4-81	D. Luis S. Fernández Mandarita	Radiología	Jefe de Sección
2.077	4-5-81	D. José García García	Radiología	Especialista de Cupo
2.078	6-5-81	D. Jesús Rodríguez González	Aparato Digestivo	Médico de Cupo
2.079	11-5-81	D. Manuel Peñalver Serramalera	Obstetricia	Ambulatorio S. S.
2.080	11-5-81	D.ª María Isabel Ferreres Carceller	Radiología	Médico Adjunto
2.081	11-5-81	D. Jesús Alonso Segú	Medicina General	Ninguno
2.082	11-5-81	D. Manuel Salinas García	Radiología	Médico Adjunto
2.083	11-5-81	D. Joaquín A. Rodríguez Matallana	Anestesiología	Médico Adjunto
2.084	12-5-81	D.ª Isabel Redondo García	Oftalmología	Médico Adjunto
2.085	12-5-81	D.ª M.ª Isabel Ponce de León Jiménez	Oftalmología	Médico Adjunto
2.086	18-5-81	D. Luis Cardios Tejerizo López	Tocología	Médico Adjunto
2.087	18-5-81	D.ª Asunción Ruiz Cruz	Medicina General	Médico de Guardia
2.088	25-5-81	D. Manuel Flota Mata	Radiología	Jefe de Sección
2.089	26-5-81	D. Francisco Lain Alvaro	Anestesiología	Médico Adjunto
2.090	5-6-81	D. Jesús Caballero Martínez	Medicina General	Ninguno
2.066	2-6-81	D.ª Carmen García Arribas	Medicina General	Sustituciones
2.091	5-6-81	D. Javier Martínez de San Baldomero	Medicina General	Ninguno
1.676	10-6-81	D.ª Concepción Barreda Mandillo	Rehabilitación	Sanatorio «La Atalaya»
2.092	17-6-81	D. José Javier Jimenez Abad	Medicina General	Ninguno
2.093	17-6-81	D. Sebastián Sarabia García	Cirugía	Residencia Sanitaria
2.094	19-6-81	D. Julio Gabriel Molina Alvarez	Medicina General	Bolsa de Trabajo

MOVIMIENTO DE COLEGIADOS

B A J A S

Núm. Colegiado	Fecha Baja	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	CAMBIO A
1.820	24-4-81	D. Salvador Luján Alcalde	Medicina General	Colegio de Bilbao
1.949	5-5-81	D. Manuel López Herrera	Obstetricia	Colegio de Málaga
1.948	5-5-81	D. Francisco J. Campos Pérez	Obstetricia	Colegio de Málaga
1.669	28-4-81	D. ^a Manuela del Amo Arias	Medicina General	Colegio de Cáceres
2.020	29-4-81	D. ^a María Artall Galán	Pediatría	Colegio de Madrid
2.044	29-4-81	D. José María Montá Bosch	Nefrología	Colegio de Valencia
1.777	7-5-81	D. Manuel Arias Ferreira	Pediatría	Colegio de Málaga
2.060	8-5-81	D. Antonio Ruiz Huerta Carbonell	Medicina General	Colegio de Madrid
2.066	8-5-81	D. ^a Carmen García Arribas	Medicina General	Colegio de Madrid
1.947	28-5-81	D. Miguel A. Burgos Tortosa	Obstetricia	Colegio de Málaga
1.926	30-5-81	D. Jacinto García Pascual	Cardiología	Colegio de Madrid
2.067	1-6-81	D. Francisco Platero Aguado	Medicina General	Colegio de Málaga
1.889	2-6-81	D. ^a Alicia Marqués Huberti	Dermatología	Colegio de Madrid
1.612	15-6-81	D. Cristóbal Luque Acosta	Pediatría	Colegio de Córdoba

MÉDICOS TITULARES

Nuevas normas para ingreso en el Cuerpo de Titulares

El «Boletín Oficial del Estado» del día 16 del presente mes ha publicado el real decreto del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social 1130/1981, de 5 de junio, por el que se modifica, en relación con el Cuerpo de Médicos Titulares, la reglamentación provincial para ingreso y provisión de puestos de trabajo en los Cuerpos Especiales de Funcionarios Técnicos del Estado al Servicio de la Sanidad Local, cuyo texto íntegro es el siguiente:

Las circunstancias que concurren en el Cuerpo de Médicos Titulares al servicio de la Sanidad Local hacen aconsejable establecer un procedimiento ágil e idóneo que permita tanto el acceso como la provisión de puestos de trabajo en el citado Cuerpo a un ritmo compatible con el buen funcionamiento de los servicios, que, a la vez, redunde en beneficio de los interesados.

Sin embargo, esta modificación parcial de la normativa hasta ahora vigente, que por el momento sólo se refiere al Cuerpo de Médicos Titulares, puede ser conveniente que se aplique también en un futuro

próximo a todos los cuerpos de sanitarios locales, para lo que se establece la correspondiente provisión.

En su virtud, a propuesta del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, previo informe favorable de la comisión superior de personal y deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 5 de junio de 1981

DISPONGO:

Artículo primero.— El ingreso en el Cuerpo de Médicos Titulares y la provisión de los puestos de trabajo correspon-

dientes al mismo se regirán por lo dispuesto en el presente real decreto y, en lo no previsto en él, por la reglamentación provisional, aprobada por decreto 2.120/1971, de 13 de agosto, y reglamentación general para ingreso en la Administración Pública, aprobada por decreto 1.411/1978, de 20 de junio.

Artículo segundo.— Uno. Sin perjuicio de lo que se establece en la disposición adicional del presente real decreto, el sistema de ingreso será el de oposición, bien en turno restringido para los supuestos previstos en el artículo segundo, uno, de la ley 56/1969, en el real decreto-ley 22/1977, y en la ley 70/1978, bien en turno libre, con un posterior cursillo de formación sanitaria en ambos casos.

Dos. Los turnos, cuyas pruebas se realizarán en llamamiento único, serán calificados sucesivamente en el orden enunciado en el apartado anterior, con acumulación de las vacantes no cubiertas, si las hubiere. Sólo se podrá concurrir a uno de los turnos.

Tres. La oposición constará de dos ejercicios eliminatorios, cada uno de los cuales se calificará con un máximo de cuarenta puntos, siendo necesario veinte puntos para superar el ejercicio. El primero será escrito y versará sobre los respectivos programas; el segundo, también escrito, tendrá orientación práctica, en relación con el contenido de los mismos programas. La convocatoria determinará, bajo estas condiciones, el contenido de ambos para cada turno.

Cuatro. Entre la fecha de publicación de la convocatoria, que habrá de incluir los programas del primer ejercicio, y el

comienzo de las pruebas habrán de transcurrir, al menos, cuatro meses.

Cinco. Los aspirantes aprobados en la fase de oposición, que formarán una lista única por orden de puntuación, realizarán un cursillo de formación sanitaria, en la forma que la convocatoria establezca.

Artículo tercero.— Uno. Para el primer ejercicio se designará un único Tribunal, que actuará en Madrid, si bien la realización de las pruebas podrá determinarse que se lleve a cabo en diversas localidades. En este supuesto, la convocatoria señalará los medios de asistencia del Tribunal, de forma que quede garantizada la ordenada celebración de las pruebas. Si estos medios de asistencia fueran personales, podrán tener la consideración de vocales a efectos del decreto 176/1975.

Dos. Para el segundo ejercicio podrán nombrarse uno o varios tribunales, que actuarán en las localidades que se determinen y que contarán con sus correspondientes medios de asistencia, según el carácter de las pruebas. Si se designasen varios, el Tribunal de Madrid nombrado para el primer ejercicio, que también actuará en el segundo, asumirá las correspondientes funciones de coordinación sobre los restantes tribunales.

Tres. El Tribunal designado para el primer ejercicio tendrá la composición prevista en el artículo trece punto uno de la Reglamentación Provisional, contando, además, con el secretario, que será un funcionario especializado en administración de personal y que no poseerá voto en las cuestiones sustantivas de calificación. En su caso, los tribunales que se

designen para el segundo ejercicio tendrán, en lo posible, una composición análoga.

Artículo cuarto.— Uno. En el concurso ordinario a que se refiere el artículo 43 del Reglamento Provisional podrán incluirse todos los puestos del cuerpo que correspondan a este sistema de provisión, de forma que también sea posible solicitar y obtener aquellos que, provistos en el momento de la convocatoria del concurso, hubieran de quedar vacantes como consecuencia de los traslados derivados del propio concurso.

Dos. En el supuesto del apartado precedente, los puestos que resulten vacantes tras la resolución del concurso serán ofrecidos a provisión definitiva a los aspirantes aprobados en las pruebas selectivas, teniendo en cuenta, en primer lugar, el derecho de preferencia absoluta sobre los puestos que vinieran desempeñando, en caso de que continuasen vacantes una vez resuelto el concurso, y, en segundo término y en defecto de aquella preferencia, el orden estricto de promoción, conforme a lo previsto en el artículo segundo, cinco, en relación con la disposición adicional.

DISPOSICION ADICIONAL

Los aspirantes que concurren al turno restringido al amparo de lo dispuesto en el artículo segundo, uno, de la ley 56/1979, de 30 de junio, cele-

brarán, con carácter previo a la oposición, la fase de concurso prevista en el citado precepto, y en la que serán méritos puntuables los señalados en el artículo 22 punto uno del decreto 1120/1971, de 13 de agosto, con sujeción al baremo que figura en el anexo II de la misma norma. El Tribunal calificador será el del primer ejercicio, y los puntos obtenidos se sumarán, para los aspirantes que superen el segundo ejercicio de la oposición, a la puntuación obtenida en ésta. La puntuación total resultante será la que determine el orden que corresponda a estos aspirantes en la lista única prevista en el artículo segundo, cinco, del presente real decreto. En esta lista se hará constar la puntuación del concurso, sin que sea necesaria otra publicación.

DISPOSICIONES FINALES

Primera.— Cuantas referencias se contienen en la Reglamentación Provisional aprobada por decreto 2120/1971, de 13 de agosto, a la Dirección General de Sanidad, se entenderán realizadas a las Direcciones Generales de Planificación Sanitaria o de Servicios, del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, de acuerdo con el contenido de las competencias de cada una de ellas.

Segunda.— Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o menor rango se opongan a lo dispuesto en el presente real decreto, que entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

ORDEN de 16 de junio de 1981 por la que se establece el procedimiento para la expedición de los Títulos de Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria.

Ilustrísimo señor:

El Real Decreto 683/1981, de 6 de marzo («Boletín Oficial del Estado» de 14 de abril), establece que quienes en fecha de entrada en vigor del mismo, pertenezcan al Cuerpo de Médicos Titulares tienen, a todos los efectos, la consideración de especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, y que el Ministerio de Educación y Ciencia expedirá el correspondiente Título a quienes acrediten tal condición.

A fin de dar cumplimiento a esta disposición y proceder a la concesión y expedición de los Títulos de Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria,

Este Ministerio ha dispuesto:

Primero.—La solicitud deberá dirigirse al Ministerio de Educación y Ciencia —Dirección General de Ordenación Académica y Profesorado— y se presentará en la Facultad de Medicina a cuyo Distrito

Universitario pertenezca la localidad en que el solicitante ejerza, acompañada de los siguientes documentos:

a) Fotocopia compulsada del Título de Licenciado en Medicina y Cirugía.

b) Fotocopia compulsada del Título Administrativo de Médico Titular expedido con anterioridad al 14 de abril inclusive, fecha de la entrada en vigor del Real Decreto 683/1981.

Segundo.—La concesión del Título se comunicará a la Facultad de Medicina respectiva a fin de que los interesados satisfagan las tasas de expedición.

Lo que digo a V. I.

Madrid, 16 de junio de 1981.—
P. D. (Orden ministerial de 16 de marzo de 1981), el Secretario de Estado de Universidades e Investigación, Manuel Cobo del Rosal.e

Ilmo. Sr. Secretario de Estado de Universidades e Investigación.



ANUNCIO DE VACANTES Y CONVOCATORIA DE CONCURSO LIBRE DE MERITOS PARA LA PROVISION DE PLAZAS JERARQUIZADAS DE FACULTATIVOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN LAS RESIDENCIAS SANITARIAS DE ESTA PROVINCIA

A tenor de lo dispuesto en los artículos 50 y 54 del Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social (según redacción dada por Real Decreto 1033/1976 de 9 de abril, BOE núm. 113 de 11 de mayo), esta Dirección Provincial declara vacantes y convoca Concurso Libre de Méritos para la provisión en propiedad de las plazas Jerarquizadas de facultativos en las Residencias Sanitarias de esta provincia.

Las plazas que se declaran vacantes son las que detallamos a continuación:

RESIDENCIA SANITARIA «NTRA. SRA. DE ALARCOS» DE CIUDAD REAL

Especialidades	Jefes de Sección	Médicos Adjuntos
Nefrología	—	1
Tocoginecología	—	2
Pediatría	—	1

RESIDENCIA SANITARIA «SANTA BARBARA» DE PUERTOLLANO

Medicina Interna	—	1
Oftalmología	—	1
Otorrinolaringología	—	1

RESIDENCIA SANITARIA «GUTIERREZ ORTEGA» DE VALDEPEÑAS

Oftalmología	—	1
Otorrinolaringología	1	—
Urología	—	1

RESIDENCIA SANITARIA «VIRGEN DE ALTAGRACIA» DE MANZANARES

Otorrinolaringología	—	1
-----------------------------	---	---

Las condiciones que deben reunir los concursantes para optar a las plazas convocadas, son las mismas de concursos anteriores y tanto éstas como el desarrollo del Concurso, están a disposición de los interesados en el Instituto Nacional de la Salud.

**ANUNCIO DE VACANTES Y CONVOCATORIA DEL CONCURSO-OPOSICION
PARA LA PROVISION DE PLAZAS DE FACULTATIVOS DE LA SEGURIDAD
SOCIAL, PARA SERVICIOS DE URGENCIA, MEDICINA GENERAL, ESPECIALIDADES Y MEDICOS AYUDANTES DE EQUIPOS QUIRURGICOS
EN LA PROVINCIA DE CIUDAD REAL**

La Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Salud de Ciudad Real, en aplicación de cuanto dispone el Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social en materia de provisión de vacantes de plazas NO JERARQUIZADAS, declara y anuncia las vacantes a continuación detalladas:

MEDICINA GENERAL	Núm. Vacantes	Escalas	C. Oposición
Puertollano	1	1	—
OFTALMOLOGIA			
Tomelloso	1	—	1
OTORRINOLARINGOLOGIA			
Ciudad Real	1	1	—
Tomelloso	1	—	1
Manzanares	1	—	1
Puertollano	1	1	—
PULMON Y CORAZON			
Valdepeñas	1	1	—
RADIOLOGIA			
Ciudad Real	2	1	1
Alcázar	1	1	—
Valdepeñas	1	—	1
Tomelloso	1	—	1
Manzanares	1	—	1
Puertollano	1	1	—
Almadén	1	—	1
GINECOLOGIA			
Ciudad Real	1	—	1
PEDIATRIA			
Daimiel	1	1	—
Vva. de los Infantes ...	1	—	1
Santa Cruz de Mudela	1	—	1

LAS PLAZAS VACANTES DE MEDICOS-AYUDANTES DE EQUIPOS Y QUIRURGICOS Y MEDICOS QUIRURGICOS SON LAS MISMAS QUE EN CONCURSOS ANTERIORES Y SE ENCUENTRA LA RELACION A DISPOSICION DE LOS INTERESADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD

Las condiciones que deben reunir los concursantes para que puedan optar a las plazas convocadas, son las mismas de Concursos anteriores y tanto éstas como el desarrollo del Concurso, están a disposición de los interesados en el Instituto Nacional de la Salud.

Las materias o temas sobre los que versará la prueba de aptitud serán uno o varios de los ejercicios que a continuación se relacionan, a juicio de la Comisión Provincial de Selección.

- 1.º—Estudio del enfermo y exposición del juicio clínico y orientación terapéutica en un tiempo prefijado por la Comisión.
- 2.º—Interpretación diagnóstica de exploraciones complementarias.
- 3.º—Exposición diagnóstica y terapéutica sobre supuestos prácticos.

Las solicitudes podrán presentarse en cualquier momento y surtirán efecto por todo el año natural en que se formulen, participando en la presente convocatoria las presentadas hasta las trece horas del día 30 de mayo de 1981.

Los derechos de Concurso son 1.000 pesetas.

Los concursantes deberán adjuntar a las instancias los documentos que acrediten fehacientemente los méritos consignados en el curriculum vitae.

Dichos documentos serán originales o testimonios notariales de los mismos o fotocopias del original debidamente autenticadas por fedatario público.

Las solicitudes que se remitan por correo, se presentarán al amparo de lo dispuesto en el art. 66-3 de la Ley de Procedimiento Administrativo.

GACETA DE MADRID

MINISTERIO DE TRABAJO,
SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL

ORDEN de 28 de abril de 1981 por la que se fijan para el año 1981 las remuneraciones de los Médicos residentes en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

Excmos. e Ilmos. Sres.: Publicada la Ley 74/1980, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1981, cuya disposición adicional segunda aprueba el presupuesto-resumen de la Seguridad Social para dicho año, se hace necesario fijar las nuevas retribuciones del personal al servicio de las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social, teniendo en cuenta el incremento del 12,5 por 100 establecido en el artículo doce, número tres, de la indicada Ley.

Por el Instituto Nacional de la Salud se ha elevado propuesta de actualización de la cuantía de las remuneraciones de los Médicos Residentes que prestan servicio en el mismo.

En su virtud, a propuesta de dicho Instituto y cumplidos los trámites previos de audiencia establecidos en la legislación vigente.

Este Ministerio, ha tenido a bien disponer:

Artículo único:

1. Las cantidades mensuales a percibir por los Médicos Residentes en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social serán las siguientes:

	Pesetas
Médicos Residentes de primero	47.913
Médicos Residentes de segundo	50.971
Médicos Residentes de tercero o más años	54.028

2. Los Médicos a que se refiere el apartado anterior percibirán anualmente dos gratificaciones extraordinarias: la cuantía de cada una de ellas será la establecida en el apartado 1 de este artículo.

DISPOSICION DEROGATORIA

Queda derogada la Orden de 21 de febrero de 1980 sobre la misma materia que la presente y cuantas otras disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en la presente Orden.

DISPOSICION FINAL

Se faculta a las Direcciones Generales de Régimen Económico de la Seguridad Social y de Inspección y Personal de la Seguridad Social para resolver cuantas cuestiones de carácter general puedan plantearse en la aplicación de lo dispuesto en la presente Orden, que surtirán efectos desde 1 de enero de 1981.

Lo digo a VV. EE. y VV. II. para su conocimiento y efectos. Dios guarde a VV. EE. y VV. II.
Madrid, 28 de abril de 1981.

SANCHO ROF

Excmos. Sres. Secretario de Estado para la Sanidad y Secretario de Estado para la Seguridad Social e ilustrísimos señores Director general de Inspección y Personal de la Seguridad Social, Director general de Régimen Económico de la Seguridad Social y Director general del Instituto Nacional de la Salud.

ORDEN de 28 de abril de 1981 sobre actualización del complemento especial por asistencia sanitaria de los trabajadores por cuenta propia del régimen especial agrario de la Seguridad Social.

Excmos. e Ilmos. Sres.: Los Decretos 1495/1975, de 10 de julio, y 3103/1975, de 14 de noviembre, del Ministerio de Trabajo establecieron un complemento especial por asistencia sanitaria a trabajadores por cuenta propia del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social de 90 pesetas para los Médicos de Medicina General y de 29 pesetas para los Practicantes-Ayudantes Técnicos Sanitarios de la Zona de la Seguridad, por cada titular del derecho a la asistencia sanitaria. De conformidad con lo dispuesto en la Ley 74/1980, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1981, procede incrementar dicho complemento en el porcentaje que la citada Ley establece.

Por el Instituto Nacional de la Salud y cumplidos los trámites previos de audiencia establecidos en la legislación vigente, se ha elevado propuesta de actualización de los citados complementos a los Médicos de Medicina General y Practicantes-Ayudantes Técnicos Sanitarios de Zona que prestan servicio en el mismo.

En su virtud, este Ministerio ha tenido a bien disponer:

Artículo 1.º 1. La cuantía del complemento será de ciento una (101) pesetas mensuales para cada titular del derecho a la asistencia sanitaria que tenga adscritos el facultativo y de treinta y tres (33) pesetas mensuales para el Practicante-Ayudante Técnico Sanitario de Zona.

En el supuesto de que los Médicos de Medicina General y los Practicantes-Ayudantes Técnicos Sanitarios de Zona se encuentren en alguna o algunas de las situaciones que a continuación se indica, la expresada cuantía del complemento especial se incrementará mediante la adición de las cantidades que para cada una de ellas se señala.

1.1.1. Cuando reciban retribución complementaria por asistencia de urgencia, veintiocho (28) pesetas mensuales a los Médicos de Medicina General y de nueve (9) pesetas a los Practicantes-Ayudantes Técnicos Sanitarios de Zona.

1.1.2. Cuando por circunstancias especiales reciban una remuneración complementaria en razón a la prestación de servicios de Ayudantes Técnicos Sanitarios, treinta y tres (33) pesetas mensuales para los Médicos de Medicina General.

1.2. El importe del complemento resultante conforme a lo establecido en el apartado 1.1. no se computará para determinar la cuantía del premio de antigüedad ni el de ningún otro concepto retribuido, con la única excepción de las dos gratificaciones extraordinarias anuales.

Art. 2.º Los titulares del derecho a la asistencia sanitaria a que se refiere el apartado 1.1 de la presente Orden no se computarán a los efectos de lo determinado en el artículo 2.º y en el artículo 5.º de la Orden de 21 de febrero de 1980 por la que se acredita una retribución mínima a los Médicos de Medicina General y a los Practicantes-Ayudantes Técnicos Sanitarios de Zona, respectivamente.

DISPOSICION FINAL

Se faculta a las Direcciones Generales de Régimen Económico de la Seguridad Social y de Inspección y Personal de la Seguridad Social para resolver cuantas cuestiones de carácter general puedan plantearse en aplicación de lo dispuesto en la presente Orden, que surtirá efectos desde 1 de enero de 1981.

Lo digo a VV. EE. y VV. II. para su conocimiento y efectos. Dios guarde a VV. EE. VV. II.
Madrid, 28 de abril de 1981.

SANCHO ROF

Excmos. Sres. Secretario de Estado para la Sanidad y Secretario de Estado para la Seguridad Social e ilustrísimos señores Director general de Inspección y Personal de la Seguridad Social, Director general de Régimen Económico de la Seguridad Social y Director general del Instituto Nacional de la Salud e ilustrísimo señor Interventor general de la Seguridad Social.

ORDEN de 28 de abril de 1981 por la que se fijan las retribuciones para el 1981 del personal facultativo y de otro personal sanitario de la Seguridad Social.

Excmos. e Ilmos. Sres.: Publicada la Ley 74/1980, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1981, cuya disposición adicional segunda aprueba el presupuesto resumen de la Seguridad Social para dicho año, se hace necesario fijar las nuevas retribuciones del personal al servicio de las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social, teniendo en cuenta el incremento establecido en el artículo 12, número 3, de la indicada Ley.

Por el Instituto Nacional de la Salud se ha elevado propuesta de actualización de la cuantía de las remuneraciones del personal facultativo y de otro personal sanitario de la Seguridad Social que presta servicios en el mismo.

En su virtud, a propuesta de dicho Instituto y cumplidos los trámites previos de audiencia establecidos en la legislación vigente.

Este Ministerio ha tenido a bien disponer:

Artículo 1.º La cuantía de las retribuciones del personal médico de la Seguridad Social que a continuación se mencionan queda establecida en la forma siguiente:

1. El sistema de remuneración en forma de cantidad fija por cada titular del derecho a la prestación de la asistencia sanitaria (coeficiente) comprenderá los siguientes conceptos:

1.1. Haberes básicos, integrados por:

a) La cantidad que resulte de aplicar los coeficientes que a continuación se indican, por cada titular-mes:

	Coeficiente médico	Coeficiente quirúrgico	Total
1. Medicina General	54,77	—	54,77
2. Pediatría, Puericultura de Zona	18,26	—	18,26
3. Cirugía General	3,26	1,33	4,59
4. Traumatología y Ortopedia	3,26	0,59	3,85
5. Oftalmología	3,26	0,37	3,63
6. Otorrinolaringología	3,26	0,59	3,85
7. Urología	1,61	0,53	2,14
8. Ginecología	1,61	0,53	2,14
9. Tocología	3,55	0,57	4,12
10. Análisis Clínicos	3,26	—	3,26

	Coeficiente médico	Coeficiente quirúrgico	Total
11. Aparato Digestivo	3,26	—	3,26
12. Odontología	3,26	—	3,26
13. Aparato Respiratorio y Circulatorio	3,26	—	3,26
14. Radioelectrología	3,26	—	3,26
14.1. Radiología	2,61	—	2,61
14.2. Electrología	0,62	—	0,62
15. Dermatología	1,63	—	1,63
15.1. Dermatología (a extinguir), con derecho reconocido a cupo del primer grupo de especialidades	3,26	—	3,26
16. Endocrinología	0,80	—	0,80
16.1. Endocrinología (a extinguir), con derecho reconocido a cupo del segundo grupo de especialidades	1,63	—	1,63
17. Neuropsiquiatría	1,63	—	1,63
18. Pediatría de Consulta	0,80	—	0,80
19. Médicos Ayudantes de Cirugía General	1,63	0,69	2,32
20. Médicos Anestelistas de Cirugía General	—	0,84	0,84
21. Grandes Distocias en Tocología: Jefes de Equipo	—	0,59	0,59
22. Médicos Ayudantes de Tocología	1,77	0,29	2,06
23. Grandes Distocias en Tocología: Médicos Ayudantes	—	0,28	0,28
24. Médicos Ayudantes de Oftalmología	1,63	0,19	1,82
25. Médicos Ayudantes de Traumatología	1,63	0,31	1,94
26. Médicos Ayudantes de Otorrinolaringología	1,63	0,31	1,94
27. Médicos Ayudantes de Urología	0,80	0,27	1,07
28. Médicos Ayudantes de Ginecología	0,80	0,27	1,07
29. Médicos Ayudantes de Subsectores:			
Hasta 12.000 titulares	—	0,87	0,87
De 12.001 a 24.000 titulares	—	0,37	0,37
De 24.001 en adelante	—	0,18	0,18

b) La cantidad fija mensual de 6.310 pesetas, que se acreditará a cada uno de los facultativos perceptores de las remuneraciones a que se refiere el apartado a) anterior, cualquiera que sea el número de titulares adscritos, bien del propio cupo o de cupos acumulados.

1.2. El complemento de destino creado por la Orden de 30 de enero de 1976, cuya cuantía será para cada facultativo la que resulte de aplicar el 17,79 por 100 sobre una base que estará constituida exclusivamente por la parte del haber básico que se acredite conforme a lo establecido en el apartado 1.1, a), anterior. Dicho complemento no se computará a efectos del premio de antigüedad ni de ningún otro concepto retributivo, con la única excepción de las dos gratificaciones extraordinarias anuales.

2. En el sistema de pago de honorarios determinados por la equivalencia de cupo completo de especialidades médico-quirúrgicas y por jerarquía funcional se acreditarán las siguientes cantidades mensuales en los conceptos de sueldo base y del complemento de destino que se determinan en la presente Orden, sin que este último sea computable para determinar la cuantía del premio de antigüedad o la de cualquier otro concepto retributivo, con la única excepción de las dos gratificaciones extraordinarias anuales.

	Sueldo base	Complemento destino	Total
1. Jefes de Servicios Nacionales de Cirugía Cardiovascular Torácica, Cirugía General, Neurocirugía, Cirugía Plástica y Reparadora, Cirugía Máxilo-Facial y Otorrinolaringología Especializada	78.843	15.129	93.972
2. Jefes de los Servicios Regionales de Neurocirugía	71.229	13.771	85.000
3. Jefes de los Servicios Regionales de Hematología, Hemoterapia y Electroencefalografía	53.008	10.885	63.893
4. Jefes de los Servicios Provinciales de Análisis Clínicos, Radioelectrología, Medicina Interna y Hospitalización Pediátrica en Instituciones Cerradas	44.245	9.642	53.887
5. Jefes de Equipo de Cirugía de Urgencia	66.661	12.960	79.621
6. Jefes de Servicios de Anestesiología-Reanimación en Instituciones Cerradas	66.654	12.960	79.621
7. Especialistas en Anestesiología-Reanimación	54.654	11.118	65.772
8. Médicos-Consultores de Medicina Interna en Instituciones Cerradas	44.264	9.644	53.908
9. Catedráticos Consultores en Instituciones Cerradas	44.264	9.644	53.908
10. Médicos de los Servicios de Urgencia	53.894	16.645	70.539
11. Médicos de los Servicios especiales de Urgencia:			
Servicio nocturno	76.176	14.652	90.828
Servicio diurno domingos y festivos	27.454	7.260	34.714
Servicio diurno laboral	62.858	12.282	75.141
12. Médicos Ayudantes de los Servicios Nacionales de Cirugía Cardiovascular, Cirugía Torácica, Cirugía General, Neurocirugía, Cirugía Plástica y Reparadora, Cirugía Máxilo-Facial y Otorrinolaringología Especializada	42.907	9.452	52.359
13. Médicos Ayudantes de los Servicios Regionales de Neurocirugía	37.441	8.676	46.117
14. Médicos Ayudantes de los Servicios Regionales de Hematología, Hemoterapia y Electroencefalografía	26.784	7.165	33.949
15. Médicos Ayudantes de Catedráticos de Patología Quirúrgica	22.395	6.542	28.937
16. Médicos Ayudantes de Catedráticos de Oftalmología, Otorrinolaringología, Obstetricia, Urología, Patología Médica, Patología General, Anatomía Patológica y Pediatría	22.130	6.503	28.633
17. Médicos Ayudantes de los Consultores de Medicina Interna en Instituciones Cerradas	22.130	6.503	28.633
18. Médicos Ayudantes de los Servicios Provinciales de Análisis Clínicos, Radioelectrología, Medicina Interna y Hospitalización Pediátrica en Instituciones Cerradas	22.395	6.542	28.937
19. Médicos Ayudantes de Equipo de Cirugía de Urgencia	39.185	8.926	48.111

	Sueldo base	Complemento destino	Complemento doc. e inv.	Total
20. Médicos Residentes Asistenciales	28.217	7.481		35.698
3. Las cuantías de los conceptos que integran las remuneraciones del personal facultativo que ocupe plaza de plantilla en los servicios jerarquizados de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, serán las siguientes:				
	Sueldo base	Complemento destino	Complemento doc. e inv.	Total
1. Jefes de Departamento con jornada de siete horas	46.729	98.809	13.665	159.203
2. Jefes de Departamento con jornada de seis horas	45.827	98.809	—	144.636
3. Jefes de Servicio con jornada de siete horas	46.729	91.485	12.618	150.832
4. Jefes de Servicio con jornada de seis horas	45.827	88.937	—	134.764
5. Jefes de Sección con jornada de siete horas	46.729	71.685	10.956	129.370
6. Jefes de Sección con jornada de seis horas	45.827	65.126	—	110.953
7. Adjuntos o Ayudantes con jornada de siete horas	46.729	52.405	8.963	108.097
8. Adjuntos o Ayudantes con jornada de seis horas	45.827	39.618	—	85.445
4. El complemento por asistencia de urgencia a percibir por los Médicos Generales y los Pediatras-Puercultores de Zona serán de las siguientes cuantías, referidas a titular-mes:				
				Pesetas
Médicos de Medicina General				7,97
Pediatras-Puercultores de Zona				2,66
5. El complemento de «pequeña especialidad», que corresponde a los Médicos de Medicina General con actuación en localidades donde no existan especialidades quirúrgicas, será de 1,81 pesetas, cantidad referida a titular-mes.				
Art. 2.º A efectos del cálculo de la parte de los haberes básicos a que se refiere el artículo 1.º, apartado 1.1, a), epígrafe 1.º, se acreditarán a todos los Médicos de Zona que desempeñen plaza en Medicina General una retribución mínima equivalente a los coeficientes correspondientes a 250 titulares del derecho en la respectiva zona cuando el número de titulares que tengan adscritos sea inferior a dicha cifra.				
Art. 3.º 1. La cuantía de los complementos establecidos en el artículo 3.º de la Orden de 25 de junio de 1973, modificada por posteriores Ordenes ministeriales, sobre honorarios de determinado personal sanitario de la Seguridad Social, será la siguiente:				
				Pesetas mensuales
1.º Para los Médicos de Medicina General:				
1.	Hasta 250 titulares adscritos			3.878
2.	De 251 a 500 titulares			8.485
3.	De 501 a 750 titulares adscritos			10.790
4.	De 751 en adelante			13.092
2.º Para los Especialistas, las siguientes cantidades:				
Especialistas del Primer Grupo:				
1.	Hasta 8.460 titulares adscritos			8.485
2.	De 8.461 a 12.690 titulares adscritos			10.790
3.	De 12.691 en adelante			13.092

	Pesetas mensuales
Especialistas del Segundo Grupo:	
1. Hasta 16.920 titulares adscritos	8.485
2. De 16.921 a 25.380 titulares adscritos	10.790
3. De 25.381 en adelante	13.092
Especialidades del Tercer Grupo:	
1. Hasta 33.840 titulares adscritos	8.485
2. De 33.841 a 50.760 titulares adscritos	10.790
3. De 50.761 en adelante	13.092
Especialidades de Tocología:	
1. Hasta 7.680 titulares adscritos	8.485
2. De 7.681 a 11.520 titulares adscritos	10.790
3. De 11.521 en adelante	13.092
Especialidades de Pediatría-Puericultura de Zona:	
1. Hasta 1.500 titulares adscritos	8.485
2. De 1.501 a 2.250 titulares adscritos	10.790
3. De 2.251 en adelante	13.092

2. El complemento de los Médicos Ayudantes será siempre el equivalente al 50 por 100 del acreditado a su jefe respectivo.

3. La cuantía de los complementos establecidos en el apartado 1 de este artículo queda limitada a la que corresponda a la plaza de que se posee nombramiento, sin que pueda percibirse otro complemento por cupos o plazas acumuladas.

4. Los Farmacéuticos que desempeñen la actividad de Análisis Clínicos al servicio de la Seguridad Social han de percibir expresamente la misma retribución que los Médicos de igual especialidad.

Art. 4.º El sistema de remuneración en forma de cantidad fija por cada titular del derecho a la prestación de la asistencia sanitaria (coeficiente) para los Practicantes-Ayudantes Técnicos Sanitarios comprenderá los siguientes conceptos:

1. Haber básico integrado por:

a) La cantidad que resulte de aplicar el coeficiente de 19,43 pesetas por cada titular-mes.

b) La cantidad fija mensual de 6.310 pesetas por Practicante-Ayudante Técnico Sanitario, cualquiera que sea el número de titulares adscritos, bien sea del propio cupo o de cupos acumulados.

2. El complemento de destino que se creó por la Orden de 30 de enero de 1976 tendrá una cuantía que será para cada Practicante-Ayudante Técnico Sanitario la que resulte de aplicar el 17,79 por 100 sobre una base que estará constituida exclusivamente por la parte del haber básico que se le acredita conforme a lo establecido en el apartado a) del número anterior. Dicho complemento no se computará a efectos del premio de antigüedad ni de ningún otro concepto retributivo, con la única excepción de las dos gratificaciones extraordinarias anuales.

Art. 5.º A efectos del cálculo de la parte del haber básico a que se refiere el apartado a) del número 1 del artículo 4.º se acreditará a todos los Practicantes-Ayudantes Técnicos Sanitarios de Zona una retribución equivalente a los coeficientes correspondientes a 500 titulares del derecho en la respectiva zona cuando el número de titulares que tenga adscritos sea inferior a dicha cifra.

Art. 6.º La cuantía de los complementos establecidos en el artículo 7.º de la Orden de 25 de junio de 1973, sobre honorarios de determinado personal sanitario de la Seguridad Social, será el siguiente:

Agrupación del Automóvil

En beneficio del propio colegiado-mutualista en su doble condición de asegurado y asegurador, recomendamos muy encarecidamente que en caso de siniestro-colisión, consigne en el impreso de parte de accidente los datos del contrario siguientes:

Matrícula, nombre y apellidos.
Dirección del propietario del vehículo y Compañía Aseguradora.

Recordamos, de manera formal, que a la retirada de los vehículos siniestrados de los talleres donde hayan sido llevados a reparar, se preste la conformidad, bien por el propio mutualista o persona documentalmente autorizada en la factura correspondiente, debidamente cumplimentada con indicación de conceptos y cantidades, que no se

abonará sin este requisito, **debiendo abstenerse de firmar cualquier otro documento que no sea el indicado.**

Recordamos la necesidad de cumplimentar en el plazo reglamentario el parte de accidente correspondiente al siniestro producido, cuya reparación, si procede, será valorada por el perito, sin cuyo informe la Mutualidad no asumirá las consecuencias económicas del mismo.

Los partes de accidentes declarados fuera del plazo establecido, así como los estimados por el perito en este sentido, no serán atendidos en base a las disposiciones vigentes en materia de este seguro.

1. Hasta 500 titulares adscritos	3.785
2. De 501 a 1.000 titulares adscritos	4.289
3. De 1.001 a 1.500 titulares adscritos	6.045
4. De 1.501 en adelante	6.793

Art. 7.º A los Practicantes-Ayudantes Técnicos Sanitarios se les acreditará, en concepto de complemento por asistencia a urgencia, el coeficiente de 5,67 pesetas por titular-mes.

Art. 8.º La retribución mensual de los Practicantes-Ayudantes Técnicos Sanitarios de los Servicios de Urgencia comprenderá los conceptos de sueldo base y de complemento de destino establecido en la Orden de 30 de enero de 1976 sin que este último sea computable para determinar la cuantía del premio de antigüedad o cualquier otro concepto retributivo, con la única expresión de las dos gratificaciones extraordinarias anuales.

	Sueldo base	Complemento destino	Total
1. Servicios Especiales de Urgencia	47.373	9.766	57.139
2. Servicios de Urgencia	40.494	10.488	50.982

Art. 9.º 1. La retribución básica de las Matronas de Equipo Tocológico y las que prestan sus servicios a la Seguridad Social en el medio rural estará integrada por:

- La cantidad que resulte de aplicar el coeficiente de 7,48 pesetas por titular-mes.
- La cantidad fija mensual de 6.310 pesetas por Matrona, cualquiera que sea el número de titulares adscritos, bien de propio cupo o de cupos acumulados.

2. La retribución complementaria en concepto de destino, que se creó por la Orden de 30 de enero de 1976, de las Matronas a que se refiere el número anterior, estará integrada por:

- La cantidad que resulte de aplicar a cada Matrona el 17,79 por 100 sobre una base que estará constituida por la parte del haber básico que se le acredite conforme a lo establecido en el apartado a) del número 1 del presente artículo.
- La cantidad de 3.785 pesetas mensuales.

3. La retribución complementaria establecida en el número anterior no se computará para determinar el premio de antigüedad ni de ningún otro concepto retributivo, con la única excepción de las dos pagas extraordinarias anuales.

Art. 10. La cuantía de los premios de antigüedad que el personal comprendido en esta Orden tuviese acreditado y estuviese percibiendo en 31 de diciembre de 1980, al amparo de lo dispuesto en la norma 12 de la Orden de 28 de febrero de 1967 o a tenor de lo previsto en el artículo 91 del Estatuto del Personal Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica, aprobado por Orden de 26 de abril de 1973, según se trate, respectivamente, de personal facultativo o auxiliar sanitario titulado o auxiliar de clínica, se incrementará a partir del 1 de enero de 1981 en el 12,5 por 100 de su importe.

DISPOSICION DEROGATORIA

Queda derogada la Orden de 21 de febrero de 1980 sobre la misma materia que la presente y cuantas otras disposiciones de igual o inferior rango que se opongan a lo dispuesto en la presente Orden.

DISPOSICION FINAL

Se faculta a las Direcciones Generales de Régimen Económico de la Seguridad Social y de Inspección y Personal de la Seguridad Social para resolver, en el ámbito de sus competencias, cuantas cuestiones de carácter general puedan plantearse en la aplicación de la presente Orden, que surtirán efectos desde el día 1 de enero de 1981.

Lo que digo a VV. EE. y VV. II. para su conocimiento y demás efectos.
Dios guarde a VV. EE. y VV. II.
Madrid, 28 de abril de 1981.

SANCHO BOI

EXCMOS. SRES. Secretario de Estado para la Sanidad y Secretario de Estado para la Seguridad Social e Ilmos. Sres. Director general de Régimen Económico de la Seguridad Social, Director general de Inspección y Personal de la Seguridad Social, Interventor general de la Seguridad Social y Director general del Instituto Nacional de la Salud.

ORDEN de 28 de abril de 1981 sobre actualización de la retribución fija mensual complementaria por asistencia sanitaria a titulares y beneficiarios de la Seguridad Social que se desplacen de su residencia actual.

EXCMOS. e ILMOS. SRES.: La Orden del Ministerio de Trabajo de 28 de marzo de 1966 estableció una retribución complementaria fija mensual por asistencia a asegurados y sus beneficiarios que se desplacen de su residencia habitual de 1.250 pesetas para los Facultativos de Medicina General y los Especialistas; de 750 pesetas mensuales para los Médicos Ayudantes de Equipo, y de 500 pesetas mensuales para los Practicantes-ATS de Zona y Matronas de Equipo de la Seguridad Social. De conformidad con lo dispuesto en la Ley 74/1980, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1981, procede incrementar dichas cuantías en el porcentaje que la citada Ley establece.

Por el Instituto Nacional de la Salud y cumplidos los trámites previos de audiencia establecidos en la legislación vigente se ha elevado propuesta de actualización de las citadas retribuciones fijas complementarias mensuales.

En su virtud, este Ministerio ha tenido a bien disponer:

Artículo 1.º Los Médicos de Medicina General, Especialistas Farmacéuticos, Médicos Ayudantes, Médicos de los Servicios de Urgencia, Médicos Residentes, Practicantes-ATS y Matronas de la Seguridad Social percibirán las siguientes cuantías:

- Facultativos de Medicina General, Especialistas, Médicos y Farmacéuticos, Médicos de los Servicios de Urgencia, Médicos Residentes y Médicos de Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, 1.406 pesetas mensuales.
- Médicos Ayudantes de Equipo, 844 pesetas mensuales.
- Practicantes-ATS y Matronas de Equipo, 563 pesetas mensuales.

Art. 2.º La retribución a que se alude en el artículo 1.º de esta Orden se percibirá también con ocasión de las dos gratificaciones anuales extraordinarias y en las sustituciones por vacaciones anuales reglamentarias, cotizándose a la Seguridad Social a todos los efectos.

Cuando por necesidades del servicio una misma persona desempeñe dos cargos o tenga acumulada dos plazas, sólo se justificará la retribución complementaria correspondiente a una de ellas.

Durante el tiempo que permanezca en situación de incapacidad laboral transitoria percibirá dicha retribución complementaria por el tiempo en que se mantenga el derecho a la indemnización económica correspondiente.

DISPOSICION DEROGATORIA

Queda derogada la Orden de 28 de marzo de 1966 sobre la misma materia.

DISPOSICION FINAL

Se faculta a las Direcciones Generales de Régimen Económico de la Seguridad Social y de Inspección y Personal de la Seguridad Social para resolver cuantas cuestiones de carácter general puedan plantearse en aplicación de lo dispuesto en la presente Orden, que surtirán efectos desde 1 de enero de 1981.

Lo digo a VV. EE. y VV. II. para su conocimiento y efectos.
Dios guarde a VV. EE. y VV. II.
Madrid, 28 de abril de 1981.

SANCHO ROF

EXCMOS. SRES. Secretario de Estado para la Sanidad y Secretario de Estado para la Seguridad Social e ilustrísimas señoras Directrices Generales de Inspección y Personal de la Seguridad Social, de Régimen Económico de la Seguridad Social y del Instituto Nacional de la Salud e ilustrísimo señor Interventor general de la Sanidad Social.

COLABORACIONES

Por la importancia y actualidad que tiene en este momento el brote epidémico de la «Neumonía Atípica» y por ser asimismo un deseo de la Dirección General de Planificación Sanitaria del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social de informar extensivamente al Cuerpo facultativo, para aunar esfuerzos y conocimientos, se os incluye en esta sección de «Colaboraciones» toda la documentación que le ha sido remitida a este Colegio y que en nombre de la Colegiación le agradecemos en todo su valor al Dr. D. Luis Villanueva Martínez por tan acertada información.

Munuera



*El Director General
de Planificación Sanitaria
del
Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social*

Saluda

al Dr. D. LUIS CORRALES CESPEDES, Presidente del Ilmo. Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real, al mismo tiempo que le envía nueva información en relación con el estudio clínico y evolución del brote epidémico de «Neumonía Atípica». Así mismo le agradece muy sinceramente la colaboración prestada con el ruego de que lo haga extensivo a la Colegiación de esa provincia.

Luis Munuera Martínez

Aprovecha gustoso esta oportunidad para testimoniarle su más distinguida consideración.

Madrid, 9 de Junio de 19 81



*El Director General
de Planificación Sanitaria
del
Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social*

Saluda

al Dr. D. Luis Corrales Céspedes, Presidente del Ilmo. Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real, al mismo tiempo que le envía xero copia de toda la documentación técnica elaborada en relación con el cuadro de la Neumonía Atípica, agradeciéndole muy sinceramente toda la colaboración que nos pueda prestar con la atención a este Síndrome.

Luis Munuera Martínez

Aprovecha gustoso esta oportunidad para testimoniarle su más distinguida consideración.

Madrid, 23 de Mayo de 19 81

Informe sobre el estudio clínico del brote epidémico actual de neumopatía aguda

EFFECTUADO POR LA COMISION CLINICA NOMBRADA AL EFECTO POR LA SECRETARIA DE ESTADO PARA LA SANIDAD

Este estudio clínico ha sido efectuado sobre los primeros 107 casos de enfermos ingresados en los siguientes hospitales de Madrid:

Centro Especial «Ramón y Cajal», Ciudad Sanitaria 1.º de Octubre, Clínica de la Concepción, Hospital Central de la Cruz Roja y Hospital del Rey.

Es de destacar que cada uno de los datos estudiados por cada uno de los hospitales es equiparable en su frecuencia con el de los demás.

En este grupo de enfermos han sido tomados en las primeras horas de su ingreso los siguientes parámetros: edad, sexo, procedencia (ciudad, barrio, calle), presencia de animales en el ámbito familiar (especialmente pájaros), presentación familiar, existencia de enfermedad previa y tratamiento de la misma, hábito fumar, existencia de fiebre, conjuntivitis, escalofríos, mioartralgia, astenia, anorexia, malestar general, síntomas catarrales de vías altas, dolor de oídos, tos, presencia o ausencia de esputo y sus características, disnea, dolor u opresión torácica, manifestaciones cutáneas (de manera concreta exantema), prurito, dolor abdominal, diarrea, náuseas o vómitos, cefalea, otras manifestaciones neurológicas; presencia de hígado paupable, bazo y adenopatías, existencia de crepitantes en la auscultación pulmonar, recuento de leucocitos, eosinófilos, polinucleares, linfocitos, V. de S., plaquetas, hematocrito y hemoglobina, protrombina, creatinina, sodio gasometría arterial, CPK, LDH, alteraciones en el sedimento y química urinaria, estudio radiográfico de tórax, especificándose: la existencia de imagen radiológica difusa o no, la existencia de patrón intersticial, de patrón alveolar, mixto, existencia de derrame pleural, la presencia de cardiomegalia.

Es de resaltar la acumulación familiar de casos, habiendo encontrado en los 107 estudiados, 63,5 % en que uno o más miembros del núcleo familiar íntimo comienza a padecer la enfermedad en los días inmediatos anteriores y posteriores.

Respecto al sexo, se observa en la muestra un predominio de las hembras sobre los varones (dos sobre uno).

La inmensa mayoría de los pacientes eran individuos que no padecían otra enfermedad previa.

Ha llamado la atención desde el primer momento que en los enfermos estudiados, la presencia de pájaros en el domicilio era aparentemente elevada (37,4 %). En vista de esta cifra, se ha hecho una encuesta sobre los enfermos afectos de otras dolencias que llegaba a las distintas consultas hospitalarias, para conocer cual era la incidencia de poseedores de pájaros en la población que asiste normalmente a nuestros hospitales, arrojando una cifra de 35 % en los encuestados adultos y de 50 % en los encuestados infantiles, de donde se deduce que este sector de la población tiene habitualmente una elevada cifra de pájaros en su domicilio.

De los 107 enfermos estudiados, el 77,6 % no habían recibido ningún tratamiento previo al ingreso en el hospital.

El cuadro clínico está caracterizado por una serie de síntomas inespecíficos entre los cuales figura en primer lugar la fiebre, padecida por la casi totalidad de los enfermos (96 %). La astenia y el malestar general son comunes a la inmensa mayoría (91 %), un poco menos frecuente es la tos que aparece en un 80 %, los dolores en las extremidades (artromialgias) y la anorexia en un 70 %.

En una mitad larga de los casos (60 %) aparece un exantema, morbiliforme, quizá de comienzo más frecuente en cara, que se extiende al resto del organismo, más tardíamente a los brazos, no muy intenso, de coloración no muy acusada pero sí neta, y que en algunos casos se convierte en petequial. Junto con la imagen radiológica y presentación familiar, constituye uno de los pilares más específicos para el diagnóstico, sobre todo en la clínica del adulto, en donde este tipo de exantemas son mucho más raros.

En este mismo orden de frecuencia figura el escalofrío, presente en el 57 % de los casos, la disnea (56 %), el prurito (47 %), dolor de cabeza en el 64 %, las náuseas en el 45 %, y menos frecuentemente la diarrea (34 %), dolor abdominal (26 %), dolor de oídos (7 %), expectoración que no está presente más que en el 18 % de los casos y, es purulenta solamente en el 8 % de ese 18 % y frecuentemente en enfermos ya anteriormente fumadores.

Es llamativa la ausencia de catarro nasal que no se ha constatado en ningún caso.

La exploración clínica no es muy significativa, además de los datos citados anteriormente de disnea, exantema, etc., se ha encontrado en un 54 % adenopatías, generalmente no muy grandes, en cadenas laterales de cuello, a veces generalizadas, a veces dolorosas. La auscultación tampoco es muy llamativa, con la presencia de crepitantes solamente en el 42 % de los casos. El hígado palpable en el 18 % y el bazo palpable en el 10 %, la mayor de ellos presentando solamente una ligera indiferencia al medio, únicamente uno de los casos presentó un edema cerebral agudo.

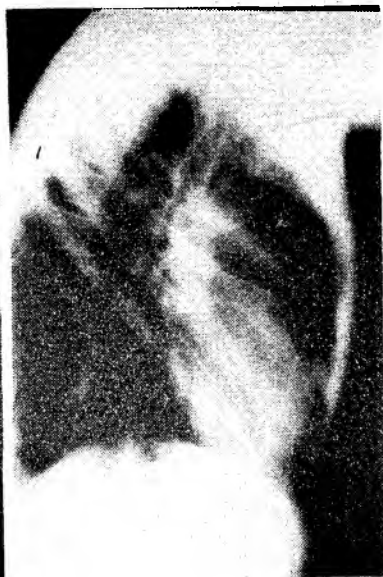
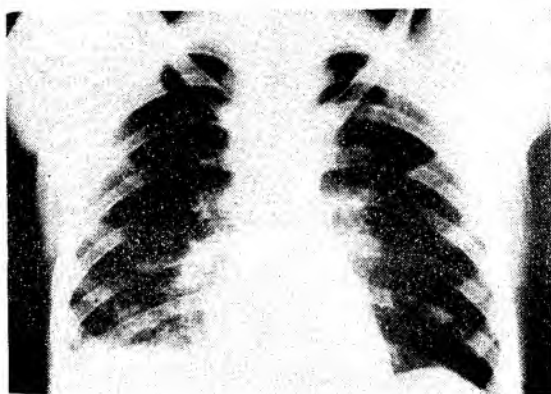
En los estudios analíticos efectuados en este grupo de enfermos, la mayoría de los resultados no han sido muy significativos. No se ha detectado ninguna leucopenia acusada y linfocitosis de más de 15000 solamente la han padecido el 7 %. Es de destacar una eosinofilia absoluta superior a 500 mm³ en el 26 %. No se han detectado desviaciones netas a la izquierda en ninguno de los casos estudiados. Se ha encontrado una actividad de protrombina inferior al 65 % en 20 de los 67 casos en los

que se determinó este dato, no acompañado de ningún descenso significativo de las plaquetas.

Algunos enzimas se hallan alterados de manera clara. La lactodeshidrogenasa en cifras moderadamente superiores a 225 miliunidades, la presentan el 69 % de los 65 enfermos en los que se determinó. Se ha encontrado insuficiencia respiratoria moderada (PO₂ inferior a 70 y superior a 5 mm. de Hg.) en el 65 % de los casos e insuficiencia respiratoria grave (PO₂ inferior a 50 mm. de Hg.) en el 15 %; en todos los casos la PCO₂ era inferior a 35 mm. de Hg. El resto de los parámetros de sodio, creatinina, hemoglobina, hematocrito, V. de S., orina (sedimento y bioquímica), están alterados en escaso número y no más que en otra afección inespecífica cualquiera.

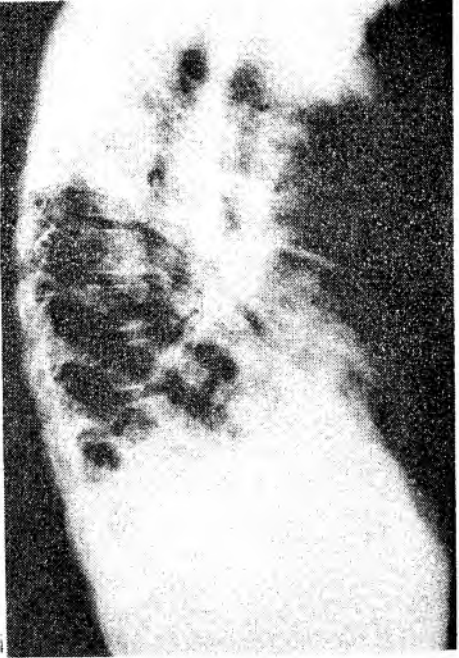
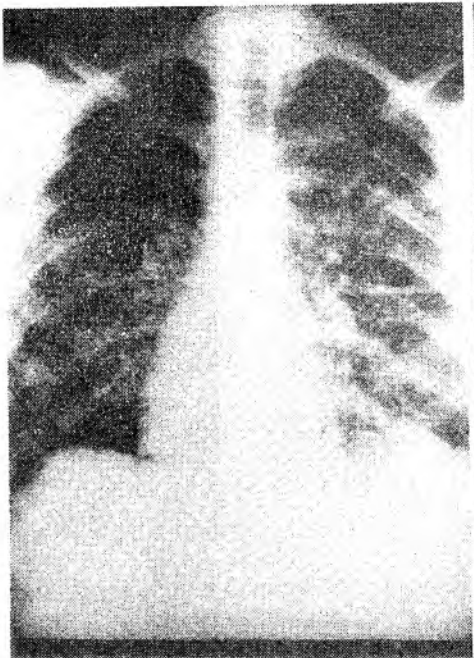
El patrón radiológico estudiado en los 107 casos, en radiografías anteroposteriores y laterales, representa en este grupo lo más característico de la enfermedad; es positivo en la totalidad de los casos. El patrón encontrado aparece siempre en algunos pulmones. Lo más característico del mismo es la afectación clara del intersticio pulmonar, dando un patrón intersticial en el 100 % de los casos. A éste se suma un patrón alveolar en un caso de cada 5, que puede ser más o menos extenso, pero que siempre lo es menos que el patrón intersticial. Muy característica también es la presencia de derrame pleural, generalmente bilateral, generalmente escaso sobre todo en un principio y que está presente en el 40 % de los enfermos. La silueta cardíaca es normal en tamaño y morfología en los 107 casos estudiados.

I N G R E S O





PRIMER DIA HOSPITALIZACION



CUARTO DIA HOSPITALIZACION

Los patrones radiológicos antes citados serían definidos de la siguiente forma:

- 1.—**Patrón Intersticial.**—Se compone fundamentalmente de líneas septales (Kerley A y B). Se ve mejor en senos costofrénicos, zona perihiliar y espacio retroesternal.
- 2.—**Patrón alveolar.**—Infiltrados alveolares (mal definidos, con broncograma aéreo, generalmente bilaterales).
- 3.—**Edema Pulmonar Subpleural.**—Que aparece como engrosamiento de las fisuras.
- 4.—**Derrame Pleural.**—Frecuentemente bilateral y muchas veces subpulmonar (se detecta solamente en decúbitos lateral con rayo horizontal).
- 5.—**Vascularización pulmonar y corazón.**—Normales.

Resumiendo, y a la vista de los conocimientos que en el momento actual tenemos, el cuadro clínico de ingreso estudiado en estos 107. casos, es el de una neumopatía aguda y difusa, inicialmente intersticial, con tendencia a la afectación alveolar, generalmente con participación pleural, con afectación más o menos intensa, pero siempre clara de la función respiratoria, epidémica y al parecer familiar, que se acompaña en la mitad de los casos de un exantema y de otra serie de síntomas, a veces casi constantes, pero inespecíficos de la misma.

Es muy probable que además de los casos con sintomatología completa que han conformado este informe existan otros muchos menos intensos o paucisintomáticos.

Una vez pasado el tiempo correspondiente a la evolución y estudiados los datos oportunos, esta Comisión emitirá sus dictámenes sobre evolución y tratamiento.

ESTUDIOS MICROBIOLÓGICOS

Microscopía Electrónica

En el Centro Nacional de Virología de Majadahonda se ha detectado en el estudio de nueve casos mortales, la presencia de formaciones similares al Mycoplasma en pulmón y otros órganos.

En el Servicio de Anatomía Patológica de la Ciudad Sanitaria La Paz se ha detectado, por la misma técnica, la presencia de formaciones similares a Mycoplasma en tres casos de autopsia.

Cultivo in-vitro

Tanto en el laboratorio de Mycoplasmas del Centro de Virología como en el Servicio de Microbiología del Centro Ramón y Cajal, se han realizado pruebas de aislamiento en medios específicos, tanto de enfermos como material de autopsia, que en general permiten apreciar la existencia de unas colonias que inicialmente se asemejan a las que forman algún tipo de Mycoplasmas, pero que no evolucionan de forma satisfactoria ni con las características que suelen presentar las de Mycoplasma pneumoniae.

Serología

Todavía son muy escasos los datos en los que pueda valorar los resultados del estudio del segundo suero. Únicamente en el laboratorio de Mi-

crobiología de la Ciudad Sanitaria La Paz existe en tres casos, cierta evidencia de seroconversión frente al *Mycoplasma Neumoniae*.

RESUMEN DE LAS APORTACIONES ANATOMOPATOLOGICAS HASTA LA FECHA

Los estudios anatomopatológicos hasta el presente se han basado en tres autopsias efectuadas en la Ciudad Sanitaria La Paz, dos en el Hospital del Rey, una en el Centro Ramón y Cajal y una en el Hospital Clínico de San Carlos, correspondientes a pacientes con el diagnóstico clínico de Neumonía atípica. Todas estas autopsias fueron completas y regladas, efectuadas por anatomopatólogos en los respectivos Servicios de Anatomía Patológica.

En el momento actual ninguno de los protocolos de autopsias está definitivamente terminado, por lo que no es posible obtener todavía conclusiones definitivas.

Con base en los hallazgos provisionales obtenidos en la primera autopsia efectuada en la Ciudad Sanitaria La Paz, en parte confirmados por dos autopsias subsiguientes, se puso de manifiesto que la lesión de máxima relevancia se encontraba en pulmón y consistía en una infiltración inflamatoria intersticial de células mononucleadas, de escasa o moderada intensidad, salpicada en focos, con marcado edema intersticial septal y con intensísimo edema alveolar serofibrinoso, acompañado de descamación alveolar de variable intensidad.

El estudio con microscopia electrónica del primer caso autopsiado demostró la presencia de estructuras de morfología variable, delimitadas por una membrana trilaminar y con contenido de densidad electrónica irregular. Estas estructuras se localizaban en el espacio alveolar y en el citoplasma de neumocitos y células endoteliales.

Estas mismas estructuras fueron asimismo puestas de manifiesto, tanto en pulmón como en hígado, en estudios con microscopia electrónica efectuadas en el Instituto de Virología de Majadahonda.

Los anatomopatólogos propusieron una reunión conjunta con los miembros del Instituto de Virología para tratar de catalogar estas estructuras. Por su morfología, estructura y tamaño se llegó a la conclusión de que aunque sólo con los aspectos morfológicos no es posible alcanzar una tipificación definitiva, las estructuras encontradas eran sugestivas de *Mycoplasmas*.

Por otra parte, en una segunda autopsia de la Ciudad Sanitaria La Paz, en otra del Hospital del Rey y en material no autóptico, los miembros del Instituto de Virología, encontraron estructuras totalmente superponibles morfológicamente, con las reservas de que el material no siempre había sido recogido en óptimas condiciones.

Sin embargo en una autopsia del Centro Ramón y Cajal y en otra del Hospital Clínico de San Carlos, apesar de un estudio detenido con microscopia electrónica en muestras del pulmón, estas estructuras no fueron halladas.

Tras la última reunión conjunta entre anatomopatólogos y personal del Instituto de Virología, se acordó solicitar una recogida de material de posibles futuras autopsias en condiciones óptimas para estudio en microscopía electrónica.

En la reunión del próximo miércoles se estudiará el material iconográfico de las autopsias y se valorarán los protocolos que ya estén finalizados.

P E R S P E C T I V A S

En el momento actual, junto a la investigación epidemiológica y microbiológica, existe una línea de trabajo cooperativo de clínicos, inmunólogos y anatomopatólogos, que trata de establecer el perfil evolutivo de esta enfermedad y sus mecanismos patogénicos.

En sucesivas notificaciones se informará de los resultados de estos estudios y de la evolución de esta enfermedad.

INFORME SOBRE EL ESTUDIO CLINICO DEL BROTE EPIDEMICO ACTUAL DE NEUMOPATIA AGUDA

El informe ha sido elaborado por la Comisión Clínica nombrada al efecto por la Secretaría de Estado para la Sanidad.

En el informe del 23 de mayo de 1981 se trazó un esquema del cuadro de presentación de los enfermos que nos ocupan, desde un punto de vista clínico, analítico y radiológico, basado en los datos de 107 pacientes ingresados en hospitales de Madrid. En el informe actual se pretende, desde los mismos puntos de vista, referir algunos datos de la evolución inmediata de esta enfermedad. Para ello se han tabulado 160 casos que tienen en común el haber sido ingresados antes o durante el 15 de mayo de 1981 en los siguientes hospitales de Madrid.

Centro Especial «Ramón y Cajal», Ciudad Sanitaria «La Paz», Ciudad Sanitaria «1.º de Octubre», Clínica de la Concepción (Fundación Jiménez Díaz), Clínica Puerta de Hierro, Gran Hospital de la Beneficencia del Estado, Hospital Central de la Cruz Roja, Hospital del Rey y Hospital «Victoria Eugenia».

En la revisión de las historias de los pacientes se ha puesto un especial énfasis en los siguientes datos: duración prehospitalaria de la enfermedad, duración de la fiebre, tiempo de estancia en el hospital, momento de aparición y evolución de las lesiones cutáneas, evolución de las cifras de leucocitos y eosinófilos en sangre periférica y proporción de pacientes que precisaron ingreso en unidades de vigilancia intensiva. Las lesiones pulmonares se han seguido con datos gasométricos y radiológicos.

Todos los enfermos utilizados en este muestreo carecen de un diagnóstico etiológico de cualquier otra forma de neumopatía y cumplen en un 93 % al menos dos, y en su mayoría tres, de los criterios provisionales que se utilizan para definir la entidad que nos ocupa:

- 1.—Presencia de cuadro clínico compatible en el que los datos más sobresalientes son fiebre, lesiones cutáneas y signos y síntomas de enfermedad respiratoria.
- 2.—Historia de afectación familiar.
- 3.—Alteraciones en la radiografía de tórax sugestivas del cuadro.

Cuadro clínico

En el momento del ingreso los pacientes referían una enfermedad previa cuya duración media fue de 4,3 días (S.D. 2,7). La desaparición de la fiebre (temperaturas axilares inferiores a 37,5° C.) ocurrió en un período medio de 4,3 días (S.D. 3,9) a contar desde la fecha de ingreso y fue, en general, uno de los datos más precoces de la mejoría.

Las lesiones cutáneas han aparecido en 106 de los 160 casos (66 %) durante todo el período de observación. Su aparición ha sido generalmente próxima al día del ingreso, presentándose por término medio en el sexto día de enfermedad (S.D. 3,9). La impresión de que las lesiones cutáneas son de aparición muy tardía en un número significativo de pacientes no se confirma con el análisis de los casos de que disponemos. Dicha impresión pudiera deberse a las dificultades que ocasionalmente hay para reconocer lesiones cutáneas mínimas, a la progresión en extensión e intensidad que ocurre frecuentemente durante la evolución y a la presencia de ocasionales remisiones y exacerbaciones. El prurito es un acompañante casi constante de las lesiones cutáneas y sólo raramente se presenta solo (12 %).

De los 160 pacientes, ocho (5 %) precisaron traslado a unidades de vigilancia intensiva. Dicho traslado, exceptuando un caso (sexto día), se produjo en los primeros cuatro días de ingreso hospitalario.

La media aritmética de las estancias hospitalarias del grupo de enfermos reseñados ha sido de diez días (S.D. 5,1), excluyéndose de dicho cálculo doce de los 160 pacientes que aún continuaban ingresados en el momento de recogerse los datos. Es probable que en el futuro el tiempo de hospitalización pueda acortarse, ya que en los primeros días del brote epidémico existió una tendencia a observar a los pacientes durante un tiempo prudencialmente mayor que el habitual.

Algunos exámenes complementarios

Uno de los datos de laboratorio especialmente llamativos de esta enfermedad es el progresivo desarrollo de leucocitosis y eosinofilia marcadas. Durante la primera semana de ingreso tuvieron leucocitosis (cifras iguales o superiores a 10.000 mm³) un 34,8 % de los enfermos, mientras que en la segunda y tercera semanas el porcentaje se elevó al 78 %.

La evolución semanal de la eosinofilia (cifras de eosinófilos iguales o superiores a los 500 mm³) se recoge en la tabla 1. La eosinofilia es progresivamente más frecuente y más intensa.

Uno de los hospitales del grupo de estudio (Hospital Central de la Cruz Roja) ha determinado por RIA la tasa de IgE en sangre periférica en un grupo de 179 pacientes, encontrando en un 48,6 % de ellos cifras superiores a las 100 U (normales para el método X 14 y S.D. 41). Otros hospitales están haciendo estas y otras determinaciones inmunológicas cuyos resultados se darán a conocer dentro del informe de la Comisión Inmunológica.

Gasometría y Radiología

— Un 54 % de los enfermos presentaban en el momento de su ingreso alteraciones gasométricas moderadas o severas (entendiendo por tales y de manera arbitraria aquellos con PO₂ basal menor de 70 mm. Hg). Un 30 % del total de los pacientes estudiados empeoraron gasométricamente

después del ingreso. Dicho deterioro se produjo en un 80 % de los casos en que ocurrió, dentro de la primera semana hospitalaria, y sólo en el 20 % durante la segunda semana (tabla 2). Por término medio los pacientes con las alteraciones gasométricas señaladas tardaron ocho días en regresar a valores normales (S.D. 4).

En el momento del ingreso el grado de afectación radiológica se consideró extenso en un 13 % de los casos, moderado en el 57 % y ligero en el 24 %. Sólo un 6 % de los enfermos fueron ingresados con radiología de tórax interpretada como normal. Partiendo de la extensión radiológica inicial un 62,6 % de los casos no presentaron empeoramiento posterior. El resto de los enfermos muestran un grado mayor o menor de deterioro radiológico que ocurre dentro de la primera semana. Sólo tres pacientes han alcanzado su máxima anormalidad radiológica después de los siete días de ingreso y en estos casos la extensión podía considerarse como leve. El derrame pleural, poco llamativo en la radiología inicial, se establece a lo largo de la evolución en al menos un 50 % de los casos.

La normalización radiológica se había producido en un 60 % de los casos en el momento de hacer este análisis (Media 10,5 días, Rango 8, 15 días). En el 40 % restante aún persistían alteraciones radiológicas con un tiempo medio de observación de 13,5 días.

Se puede decir que, como norma, el máximo empeoramiento gasométrico y radiológico se alcanza dentro de la primera semana de la evolución.

Tratamiento

La gran mayoría de este grupo de pacientes ingresados tempranamente recibieron tratamiento empírico con Eritromicina, lo que impide en ausencia de grupos controles sacar consecuencias definitivas sobre su valor. Por otro lado existen observaciones clínicas que sugieren un potencial papel de los corticosteroides en el tratamiento de esta enfermedad. Por todo ello esta Comisión, de acuerdo con las sugerencias de los coordinadores de los distintos hospitales tiene muy avanzado un proyecto de trabajo que de forma cooperativa, abierta, controlada, prospectiva y multicéntrica permita comparar de forma científica y rigurosa el valor de la Eritromicina, la Doxiciclina y los Corticosteroides en la enfermedad que nos ocupa.

Recaídas

Ha habido pacientes que tras ser dados de alta han sufrido exacerbaciones o recaídas en su enfermedad. Entre ellas destacan por su significado la reaparición de fiebre y la intensificación del prurito y las lesiones cutáneas. En unos pocos casos ha habido complicaciones neurológicas. Esta Comisión pretende examinar detalladamente un grupo de casos con recaídas y emitir un informe específicamente dedicado a ellas.

Resumen

Los datos evolutivos disponibles hasta la fecha sugieren de manera esquemática que esta enfermedad tiene una tasa inicial que cursa con afectación pulmonar y fiebre, que ocupa la primera semana del tiempo hospitalario y una fase más tardía en la que lo más llamativo es una eosinofilia intensa y progresiva.

NOTA.—Esta Comisión agradece a todos los profesionales la información y sugerencias que le puedan ser enviadas.

TABLA 1.-

EVOLUCION DE LA EOSINOFILIA

	Nº Casos estudiados	% Pacientes con Eosinofilia.-	Rango	Media aritmética	Desviación standard.-
Primera Semana	149	58,5%	519-5094	1.480	1.280
Segunda Semana	73	76,7%	610-16697	3.344	3.260
Tercera Semana	45	91%	516-28875	6.834	5.923

TABLA 2.-

EVOLUCION GASOMETRICA

PO ₂ < 70 mm. Hg INGRESO	EMPEORAMIENTO			RETORNO A PaO ₂ ≥ 70 mm Hg	
	Primera Semana	Segunda Semana	Tercera Semana o más	2 semanas	+ 15 días
54 (34%)	24%	6,2%	0%	73,5%	26,5%
Nº DE CASOS SEGUIDOS GASOMETRICAMENTE = 100					

INFORME SOBRE HALLAZGOS MICROSCOPICOS NECROPSICOS EN ENFERMOS FALLECIDOS POR LA LLAMADA «NEUMONIA ATIPICA»

Servicios de Anatomía Patológica de: Hospital Provincial de Madrid, Hospital Clínico de «San Carlos», Ciudad Sanitaria «La Paz», Ciudad Sanitaria «1.º de Octubre», Clínica «Puerta de Hierro», Centro Especial «Ramón y Cajal», Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, Hospital del «Niño Jesús» y Hospital Clínico de Valladolid.

En la reunión celebrada en el Hospital Clínico de Madrid, el día 1 de junio de 1981, se examinaron anatomopatológicamente, 16 necropsias: 3 de la Ciudad Sanitaria «La Paz», 1 del Centro «Ramón y Cajal», 2 del Hospital del Rey, 2 de la Clínica «Puerta de Hierro», 4 del Hospital Clínico de Madrid, 1 de la Ciudad Sanitaria «1.º de Octubre», 1 del Hospital Provincial de Madrid, 1 del Hospital del «Niño Jesús» de Madrid y 1 del Hospital Clínico de Valladolid.

Se excluyeron del estudio una autopsia de la Ciudad Sanitaria «La Paz», por tratarse de patología pulmonar secundaria y una del Hospital del «Niño Jesús», correspondiente a neumonía sarampionosa.

El cuadro morfológico es de afectación fundamentalmente pleuropulmonar con derrame pleural masivo bilateral en 13 casos y edema intenso de septos interlobares y luces alveolares, existente en todos los casos se acompaña de discreta descamación macrofágica y de mínima o moderada infiltración mononuclear, salpicada pero generalizada en los septos interlobulares y tabiques alveolares. En cinco casos existe discreta infiltración mononuclear en la pared de la vía respiratoria y perivascular en cuatro.

Otros hallazgos autópsicos fuera del pulmón incluyen: depósitos subendoteliales de material hialino en arteriolas renales en seis casos y uno en páncreas y corazón en dos casos. En dos casos se objetivó infiltración linfocitaria tiroidea y uno en páncreas. En un caso se puso de manifiesto eosinofilia tisular en pulmón, pericardio, útero y páncreas y en bazo en otro caso. Hiperplasia linfocitaria reactiva inespecífica se puso de manifiesto en nueve casos y expansión paracortical ganglionar en tres casos. Un caso se asoció hiperplasia nodular suprarenal, dos valvulopatías reumáticas y uno presentó endocarditis trombótica no bacteriana.

En cinco casos el edema cerebral fue intenso con enclavamiento de amígdalas cerebelosas. En dos casos se puso de manifiesto hemorragia del tronco cerebral y en lóbulo temporal una de éstas.

En siete casos se practicó estudio con microscopía electrónica en tejido pulmonar, con los siguientes hallazgos positivos: hallazgos de estructuras esféricas u ovoideas intra y extracelulares, de 0,2 micras, limitada por unidad de membrana y de contenido granular en tres casos. En cuatro casos, algunos núcleos de neumocitos tipo II, mastocitos y endotelio, mostraron aspecto finamente granular homogéneo. En dos casos algunos núcleos mostraron inclusiones filamentosas. En un caso se encontraron cilios anómalos en el epitelio bronquial.

INFORME MICROBIOLÓGICO

Dada la extensión de los estudios que en este campo se están realizando en diferentes hospitales, en el Centro de Microbiología y en los

Laboratorios de C. D. D. de Atlanta (EE. UU.) se recoge en este resumen únicamente un juicio global sobre el resultado actual de las investigaciones.

1.º—**Pruebas de aislamiento.**—Las inoculaciones realizadas con muestras procedentes de los enfermos y material de autopsia en animales de laboratorio, embriones de pollo, cultivos celulares, medios de cultivo bacterianos, medios de cultivo de micoplasmas, medios especiales para otros microorganismos, no han proporcionado hasta la fecha resultados definitivos que permitan caracterizar a un determinado agente infeccioso como causa del brote actual de neumonía intersticial. Algunos hallazgos positivos obtenidos en inoculación a animales y en medios de cultivo de micoplasma se encuentran actualmente en fase de estudio y comprobación.

2.º—**Estudios serológicos.**—La determinación de anticuerpos en las primeras muestras de suero procedentes de los enfermos y en las primeras parejas de sueros obtenidos en fase aguda y en la convaleciente, no muestran una respetuosa serológica común a ninguno de los numerosos antígenos de los diferentes agentes infecciosos.

En la semana actual se ha comenzado el estudio de las muestras de suero extraídas 21 días después del comienzo de la enfermedad. Este estudio permitirá confirmar o excluir de manera definitiva la existencia de respuesta serológica frente a alguno de los agentes infecciosos conocidos.

3.º—**Estudios por microscopía electrónica.**—Tanto en el Centro de Microbiología como en los Servicios de Anatomía Patológica de «La Paz» y Hospital Provincial se ha apreciado en el estudio de material de necropsias realizado por microscopía electrónica la presencia de formaciones que por su morfología, tamaño y estructura pueden clasificarse desde el punto de vista morfológico como micoplasmas. Prosiguen los estudios para conseguir la caracterización de las citadas formaciones.

4.º—**Pruebas de inmunofluorescencia.**—La detección por las técnicas de inmunofluorescencia directa e indirecta de agentes infecciosos en las muestras de tejidos procedentes de necropsias han resultado hasta la actualidad negativas.

GRUPO EPIDEMIOLOGICO, SITUACION ACTUAL

Continúan los trabajos epidemiológicos consistentes en recogida de datos a través de la ficha normalizada para todos los casos diagnosticados en Madrid y provincias. Después de corregidas y cumplimentadas en lo posible dichas fichas, se codifican para su posterior tratamiento informático. Hasta ahora se tienen los resultados del primer proceso de datos efectuado con 300 fichas; en esta semana se tendrán esos datos referidos a más de mil fichas.

Simultáneamente se está llevando un fichero individual alfabético, otro de localidades, brotes familiares y casos aislados y otro cronológico por la fecha de comienzo de los primeros síntomas.

Cada día se recibe información de Madrid y de cada una de las provincias afectadas notificando los casos nuevos habidos en las veinticuatro horas precedentes así como las defunciones, altas hospitalarias, total de hospitalizados, a lo que se está añadiendo como dato complementario los reingresos y los reingresos acumulados. Con estos datos se da un parte de la situación de cada día que se facilita a la Secretaría de Estado y a todos los hospitales de Madrid, para su permanente información.

Por los epidemiólogos de la Subdirección General de Programas de Salud y otro personal que colabora con la misma, se llevan a cabo investigaciones epidemiológicas en determinados casos, que pueden resultar de especial significación por sus peculiaridades.

El pasado día 21 se mantuvo una reunión en Tordesillas con todos los Directores Provinciales de Salud y Epidemiólogos de Castilla-León.

Personal de esta Subdirección se ha desplazado especialmente a León, donde se están llevando a cabo investigaciones muy detalladas a nivel de las familias afectadas, por entender que, dadas las características de presentación de los casos y las de los lugares afectados de características rurales, reúnen ventajas especiales para un estudio detallado.

Igualmente se realizan estudios comparativos con los correspondientes grupos de control.

Por idénticas razones se han desplazado otras personas para reforzar en determinados momentos o investigar aspectos concretos a las provincias de Palencia y Albacete.

El desplazamiento a Albacete, se debió fundamentalmente al hecho de tenerse conocimiento de la existencia de dos brotes familiares, afectando a seis personas, primeros casos que se daban en dicha provincia y que, por tanto, se prestaban a estudio para poder sacar alguna conclusión sobre período de incubación, etc. En cuanto a Palencia, la característica principal del brote es su gran diseminación en el área provincial, puesto que, excluida la capital, se ha detectado en 48 municipios, dándose una concentración de casos en nueve de ellos. La presentación del proceso muestra, en el ámbito rural, semejanzas con las provincias limítrofes. Ante esta presentación familiar se vio la necesidad de disponer de una información que no se encontraba incluida en la ficha individual, para lo cual se confeccionó otra dirigida al núcleo familiar, cuyo principal objetivo sería el conocer tanto la estructura familiar como de aquellos factores que pudieran influir en el origen y evolución del proceso.

En cuanto al estudio de los diferentes factores epidemiológicos, se han procurado contemplar desde el primer día todos los que con más o menos probabilidades pudieran considerarse sospechosos de implicación en esta situación epidemiológica: mesológicos de todo tipo, alimentarios, para lo cual se ha confeccionado una encuesta específica, tóxicos, alérgicos, microbiológicos (virus, rickettsias, bacterias, hongos, parásitos), animales (como reservorio, fuente o vehículo de transmisión), alérgico. No estando todavía aclarada de manera definitiva la etiología de estos procesos, no se ha descartado aún ninguno de los factores cuyo estudio se comenzó el primer día del brote.

Conocida la existencia de los casos de la primera familia afectada en Torrejón de Ardoz, el equipo de epidemiología de esta Subdirección General, juntamente con personal de la Dirección Provincial de Madrid, se había desplazado al lugar para iniciar la correspondiente investigación epidemiológica aquella misma tarde, y en la encuesta que se llevó a cabo sobre el terreno, fueron consideradas todas las posibilidades anteriormente apuntadas.

Igualmente se recabó la colaboración de las correspondientes unidades de Sanidad Ambiental, Sanidad Veterinaria, etc., y en algunos casos se han recogido muestras especiales para investigación de metales pesados en

sangre, con resultados negativos. Otros estudios especiales se están llevando a cabo para intentar un conocimiento complementario sobre factas que pueden aparecer como sugestivas en la investigación.

Del estudio descriptivo del brote en Madrid, a la espera de finalizar el mismo, se observan los siguientes aspectos:

1.—A partir de la segunda semana del mes de mayo en que se extiende el proceso iniciado en Torrejón, tiene una tendencia ascendente, llegando al 6 de junio con 251 casos, máximo de todo el período.

2.—El proceso presenta una baja letalidad (0,6 % para el mes de mayo).

3.—En contraste con la afectación predominantemente rural de otras provincias destaca el hecho de que en la de Madrid exista un predominio claramente urbano.

4.—Los grupos de edad más afectados son los niños mayores de cinco años y los jóvenes hasta los 25, mostrando cierta semejanza el perfil etario en Madrid capital y resto de la de la provincia. Se da un ligero predominio del sexo femenino y de manera preferente en mayores de 20 años.

Ultimamente se observa, sin que exista plena confirmación de ello, un desplazamiento a la derecha de la curva de afectación etaria.

5.—Aproximadamente la mitad de los casos analizados corresponden a brotes familiares (dos o más miembros de la misma familia), siendo al parecer las familias de cuatro o cinco miembros las más castigadas.

Esta forma de presentación familiar, en ausencia de afectación de otras colectividades, debe ser la base de la afectación de otras colectividades, debe ser la base de la investigación epidemiológica del proceso.

Los trabajos de epidemiología se están llevando a cabo por la Subdirección General de Programas de Salud, por las Direcciones Provinciales de Salud y sus Servicios de Epidemiología, y por os Servicios de Medicina Preventiva de algunos centros asistenciales. Tras la reunión que el próximo viernes se va a celebrar en el Ministerio con todos ellos, se espera estar en condiciones de facilitar una información más amplia de la marcha de estos trabajos.

A TODOS LOS CENTROS SANITARIOS HOSPITALARIOS

Ante os casos presentados en os últimos días de neumonía atípica en la provincia de Madrid, por la Secretaría de Estado para la Sanidad se ha constituido una Secretaría Permanente en el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, Paseo del Prado, 18, en la Dirección General de Salud Pública, teléfonos 2279625 y 4670197, y a los efectos de coordinación se dictan las siguientes normas para los Centros Sanitarios Hospitalarios:

Primera.—Todo cuadro sospechoso de neumonía atípica debe ser puesto inmediatamente en conocimiento de la Dirección General de Salud Pública a través de la Secretaría Permanente y teléfonos referenciados anteriormente.

El síndrome clínico de dicha neumonía se caracteriza por los rasgos descritos en el documento anexo núm. 1 «Cuadro Clínico».

Segunda.—La sospecha clínica cuyo cuadro hemos referido anteriormente debe siempre complementarse con estudio radiológico (anteroposterior y laterolateral u analítico).

Tercera.—Las tomas de muestras deben efectuarse de acuerdo con las instrucciones del Anexo núm. 2 «Toma de muestra».

Cuarta.—Una muestra debe quedar en el propio Centro y otra se pondrá a disposición de la Secretaría Permanente para su traslado al Centro de Microbiología de Majadahonda.

Quinta.—A todos los enfermos afectados de la posible neumonía atípica debe hacérsele la correspondiente ficha, según el modelo que se adjunta.

Sexta.—Los enfermos deben ser aislados y tratados con las precauciones correspondientes.

Séptima.—Diariamente, antes de las 9,30 horas, deberá comunicarse a la Secretaría Permanente las incidencias ocurridas durante las 24 horas anteriores, haciendo constar el número de casos nuevos, los fatales y el curso evolutivo de los enfermos.

Octava.—No deben ser dados de alta sin el consentimiento de la Secretaría Permanente.

Novena.—En caso de fallecimiento debe ser puesto inmediatamente en conocimiento de la Secretaría Permanente. A todos los fallecidos debe practicársele la necropsia.

Décima.—A través de la Secretaría Permanente puede ser solicitado el antibiótico específico por si en el Centro no hubiera existencias. A tal efecto la Dirección General de Farmacia y Medicamentos facilitará el medicamento a través del almacén central de medicamentos de dicha Dirección General, situado en el Hospital del Rey.

Undécima.—Cualquier información complementaria se facilitará a través de la Secretaría Permanente.

Duodécima.—En los Centros en los que existe Servicio de Medicina Preventiva, éste será el encargado de realizar el estudio epidemiológico y de cumplimentar la ficha correspondiente. En los demás casos la Dirección del Centro indicará el Servicio que se encargará de realizar esta tarea.

CUADRO CLINICO

Se viene detectando en la última semana la aparición de un síndrome clínico caracterizado por:

1. Presentación aguda con predominio epidémico familiar.
2. Cuadro clínico inespecífico: fiebre de 38° a 39°, cefalea, malestar general, dolores musculares. etc.; seguido en un tiempo generalmente corto de manifestaciones respiratorias tales como tos, frecuentemente improductiva, sensación de opresión torácica y disnea variable.

Ocasionalmente puede presentar somnolencia, obnubilación, manifestaciones digestivas y en ocasiones, fundamentalmente en pacientes jóvenes, un exantema morbiliforme.

3. Manifestaciones radiológicas. Junto a la inespecificidad del cuadro clínico precedente, presentan un patrón radiológico llamativo y relativamente uniforme, caracterizado por: infiltrados pulmonares bilaterales y difusos de predominio intersticial, con reacción pleural en forma de pequeño derrame, uni o bilitrales y engrosamiento de las cisuras.

4. Los datos habituales de laboratorio no suponen una ayuda para el diagnóstico por su inespecificidad, por todo ello el diagnóstico de sospecha se debe establecer sobre bases clínicas y radiológicas sin esperar a su comprobación mediante las pruebas específicas correspondientes.
5. La evolución es habitualmente benigna aunque ocasionalmente puede desarrollarse una insuficiencia respiratoria grave que requiere terapéutica intensiva.
6. Tratamiento. Los casos analizados hasta ahora han tenido una respuesta muy favorable mediante la utilización de eritromicina por vía oral (o intravenosa si las condiciones del paciente lo requieren).

En pacientes adultos la dosis empleada ha sido de 3 a 4 gramos diarios repartidos en cuatro tomas por vía oral (por vía endovenosa 600 miligramos).

En los niños la dosis es de 20 miligramos por kilo de peso y día por vía intravenosa, repartido en cuatro o seis dosis o en perfusión continua. Por vía oral 40 miligramos por kilo de peso y día repartido en cuatro tomas.

En casos graves se pueden aumentar las dosis.

TOMAS DE MUESTRA

Las muestras que se deben considerar mínimas para permitir un adecuado diagnóstico microbiológico son las siguientes:

- Muestra de sangre: 10 ml. de sangre en tubo estéril.
- Muestra faríngea: En un hisopo estéril que se montará en el adecuado medio de transporte.
- Muestra fecal: De un tamaño equivalente al de una nuez, en un frasco a rosca estéril.
- Muestra bronquial: Aprovechando los enfermos intubados, se recogerá un esputo bronquial que se conservará en frasco a rosca estéril.
- Estas muestras serán obtenidas por el equipo clínico correspondiente o, previa solicitud, por un equipo de extracción de muestras dependiente del Centro Nacional de Microbiología. Las muestras serán recogidas cotidianamente por el equipo de la Secretaría Permanente, y manteniéndose entre tanto en nevera entre 4° y 10° C., no más de 24 horas.
- Muestras de autopsia: Se remitirán en envases estériles (¡no formalizadas!). Muestras de bazo, hígado, riñón, pulmón, corazón, ganglio linfático si procede y cerebro.

PERFIL DE LAS NECROPSIAS REALIZADAS A LOS FALLECIDOS CON EL DIAGNOSTICO DE NEUMONIA ATIPICA

En las necropsias realizadas a los fallecidos con el diagnóstico de «neumonía atípica» se han realizado los siguientes hallazgos que en resumen son:

- Edema pulmonar intenso con edema intersticial e infiltración mononuclear focal, diseminado y discreto.
- Hiperplasia linfoide generalizada, (adeno patías generalizadas e hipertrofia de las placas de Peyer).

Si han transcurrido más de quince días desde el día del diagnóstico se obtendrán 10 cm³ de sangre sin anticoagulante en pacientes adultos para su envío según las normas ya emitidas.

En caso contrario se le citará en el Centro que lo haya atendido para obtención de la misma muestra y los correspondientes controles clínicos en el mismo plazo.

Se completarán las fichas epidemiológicas y clínicas en la documentación correspondiente.

CIRCULAR n.º 2

Independientemente de que los criterios definitivos para dar el alta hospitalaria a los enfermos afectos del síndrome deben ser los que establezcan los propios facultativos que directamente les asisten, la Comisión Clínica, a la vista de los conocimientos que se poseen en el momento actual sobre la enfermedad y como ampliación de la circular anterior, recomienda lo siguiente:

- 1.º—El enfermo debe llevar tres días seguidos sin fiebre.
- 2.º—La impresión clínica ha de ser de mejoría evidente.
- 3.º—Tendencia franca a la normalidad de la gasometría.
- 4.º—Buena evolución radiológica.

Al enfermo dado de alta hospitalaria se le especificará:

— La medicación antibiótica en el domicilio debe prolongarse hasta completar un total mínimo de dos o tres semanas desde el comienzo del tratamiento.

— Los pacientes deberán recurrir de nuevo al hospital donde estuvieron ingresados si hubiese recaída en algunos de sus síntomas.

— Es aconsejable reducir los contactos con terceras personas hasta la producción del alta definitiva.

Se sugiere a los hospitales realicen a estos pacientes revisiones periódicas semanales por el mismo personal que los atendió durante su internamiento y en policlínicas organizados a tal efecto, hasta el alta definitiva.

En estas revisiones se obtendrán las tomas de sangre de acuerdo con lo especificado en la circular anterior.

COMISION ASESORA CLINICA: CRITERIOS DE ADMISION

Esta Comisión recomienda el ingreso de los pacientes que cumplan los dos siguientes criterios:

- 1.º—Radiología de tórax compatible con la neumopatía característica de esta epidemia.
- 2.º—Presencia de historia familiar o cuadro clínico compatible.

La ausencia del criterio radiológico, en presencia de los demás, no requiere necesariamente el ingreso aunque es preciso la vigilancia periódica ambulatoria, por el propio hospital, de dichos pacientes (primera revisión a las 24 horas).

Esta Comisión recomienda por el momento, el mantener los criterios de alta previamente establecidos.

MINISTERIO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL
SUBDIRECCION GENERAL DE PROGRAMAS DE SALUD

INVESTIGACION DE NEUMONIAS

(1) PROVINCIA _____
(2) CIUDAD _____

(3) NOMBRE: _____; 1º APELLIDO: _____; 2º APELLIDO: _____
(6) FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____; (7) SEXO VARON MUJER
(8) PROFESION: _____
(9) RESIDENCIA HABITUAL: PAIS _____ PROVINCIA _____ LOCALIDAD: _____
DIRECCION: _____ TELEFONO: _____

(10) ¿ HA EFECTUADO ALGUN VIAJE EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS ? NO SI EN ESTE CASO ESPECIFIQUE:
AGENCIA DE VIAJES: _____; FECHAS DE _____

(11) PAIS _____ (12) PROVINCIA _____ (13) Localidades visitadas _____ (14) ENTRADA _____ (15) SALIDA _____
(dia) / (mes) (dia) / (mes) (dia) / (mes) (dia) / (mes) Hotel donde se alojó

(41) SOLO PARA PACIENTES QUE RESIDAN EN EL EXTRANJERO
MEDICO QUE LE ATIENDE HABITUALMENTE EN SU PAIS : _____
DIRECCION DEL MISMO : _____

(42) ¿ FUMA HABITUALMENTE ? NO SI
¿ Fue fumador anteriormente ? _____
¿ Cuánto tiempo hace que abandonó el habbito ? _____
¿ Cuántos cigarrillos / día ? _____
¿ Cuántos ciguerros puros / día ? _____
¿ Cuántas pipas / día ? _____

PARA CODIFICACION

(1)
(2)

(6)
(7)
(8)
(9)

(10)

(11-12) (13) (14) (15)

(42)

(43) ¿ ES BEBEDOR HABITUAL ? NO SI Indicar cantidad y tipo:

(44) Señale por favor los factores stressantes o que ha estado sometido recientemente y que puedan haberle afectado:

(45) ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE INTERES ? NO SI (46) ¿ CUALES ?

(47) ¿ ESTABA TOMANDO ALGUNA MEDICACION ANTES DEL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD ACTUAL? NO SI

(48) INDICAR CUALES:

ENFERMEDAD ACTUAL

(49) FECHA DE LOS PRIMEROS SINTOMAS: (día) / (mes) / (año) (50) MEDICO QUE LE ATIENDE:

HOSPITALIZACION: (51) NOMBRE DEL HOSPITAL: (52) FECHA DE ENTRADA: (53) FECHA DE SALIDA:

(54) CAUSA DE LA SALIDA alta clínica traslado alta voluntario defunción

(55) DIAGNOSTICO DE SALIDA: CUADRO CLINICO (Señale con una cruz el día en que está presente el sintoma)

(56) FIEBRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	-
(57) SENSACION GRAVE DE ENF																	
(58) DOLOR DE CABEZA																	
(59) CANSANCIO																	
(60) TOS SECA																	
(61) TOS PRODUCTIVA																	
(62) DIBEDIA																	
(63) DOLOR TORACICO																	
(64) DIARREA																	
(65) VOMITOS																	
(66) RELAXACION GASTRO INTEST																	
(67) AFECTACION HEMATICA																	
(68) AFECTACION RENAL																	
(69) OTROS SINTOMAS (indicar cuáles)																	

(43)

(44)

(45)

(46)

(47)

(48)

(49)

(51) (52)

(53) (54)

(55)

(56)

(57)

(58)

(59)

(60)

(61)

(62)

(63)

(64)

(65)

(66)

(67)

(68)

(69)

RESULTADO DE LOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS (Resumen)

(90) RADIOLOGIA :

(91) ANALISIS DE SANGRE :

(92) ANALISIS DE ORINA :

(93) INOCULACION (indicar animal y resultado) :

(94) HEMÁTICO :

(94-96) CULTIVO (95) ASPIRACION TRANSTRAQUEAL :

(96) OTROS (indicar cual) :

(93-98) INVESTIGACION MICROBIOLÓGICA

(97)

1ª MUESTRA :

(97-98) SEROLOGIA (98)

2ª MUESTRA :

* Especificar : nombre del microorganismo, técnica utilizada, título de anticuerpos y fecha de la tomá.

(99-103) ANTIBIOTICOS ADMINISTRADOS EN EL PROCESO ACTUAL :

(99) Nombre del antibiotico (100) Dosis/día (101) Via de administración (102) fecha de comienzo (103) Dias de tratamiento (día / mes)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(129) Observaciones (indique por favor los detalles que considere de interes) :

(90)

(91)

(92)

93-98)

(93) (94) (95) (96)

(97) }

(98)

(99) (100) (101) (102) (103)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(129)

¿Se ha tenido contacto con familiares o conocidos que hayan padecido enfermedad similar?

No Especificar:

Vivienda

№ total de personas que viven en la misma vivienda:.....

Superficie: 60 o menos
61 a 90
más de 90

№ de piezas: 2 o menos
3 4
4
(Sin incluir cocina ni baños)

ventilación: Directa a la calle: Si No Nº.....

Directa a patio: Si No Nº.....

Por "Stunt": Si No Nº.....

Aire Acondicionado: Si No

Calentamiento: Si No

Agua caliente: Si No

Modalidad:.....

Modalidad:.....

Agua corriente: Si No

Abastecimiento agua:

Red
Pozo
Otras

Deposito de agua: Si No

Evacuación residual:

Alcantarillado
Fosa Sécptica
Otras

Basuras:

Recogida municipal
Recogida privada
Vertedero próximo
Otras

Entorno

Roaderos Si No

En vivienda
En próximos

Artrópodos Si No

Piojos
Chinchas
Garrapatas
Moscos
Mosquitos
Pulgas
Otras

**CUESTIONES DE ALIMENTACION PARA INCORPORAR AL RESTO
DE LA ENCUESTA**

1.—¿Qué tipo de leche consumen?

Envasada (en bolsa, paquete, botella, bote)

No envasada (fresca a granel)

2.—¿Han tomado queso fresco (tipo Burgos o Villalón) en estos dos últimos meses? ¿Con qué frecuencia?

Diariamente

Una o dos veces por semana

Una vez por semana

Ocasionalmente

3.—¿Cuando preparan la carne (de cualquier tipo), cómo lo hacen?

Muy hecha

Poco hecha

Sangrante (casi cruda)

4.—¿Han tomado ensaladas en estos últimos 2 meses, con qué frecuencia?

Diariamente

Una o dos veces por semana

Una vez por semana

Ocasionalmente

5.—Cuando toman fruta que pueda comerse directamente, ¿cuál es la forma de consumo?

Quitar la piel

Lavar la fruta cuidadosamente

Comerla sin lavar y sin pelar

6.—Consume su familia (especialmente los niños) bollos o pastelitos rellenos de cremas?

Diariamente

De vez en cuando

Casi nunca

7.—¿Qué tipo de conservas en lata o frasco consumen preferentemente?

Verduras

Legumbres

Pescados

Carnes

8.—Si consume productos congelados ¿cuáles utiliza preferentemente?

Pescados

Carnes

Verduras

Platos precocinados

9.—¿Qué miembros de su familia comen regularmente fuera de su casa?

Padre

Madre

Hijos

10.—Si algún miembro de su familia come fuera de su casa ¿cómo lo hace?

En restaurante, bar, cafetería, etc.

Comedor del Centro de trabajo o Escuela

Lleva la comida que usted prepara

AVISO IMPORTANTE

Ponemos en conocimiento de la colegiación, por ser de interés para todos, que disponemos en estas oficinas de los Anexos 2 y 3, modelos oficiales establecidos en el Convenio suscrito entre el Fondo Nacional de Garantía de Riesgos de la Circulación, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España y la Agrupación Nacional de Entidades Aseguradoras de Automóviles de Unespa.

También disponemos del Código de Deontología, Tarifas de Accidentes de Tráfico, y para los buenos coleccionistas, la colección completa de monedas del Mundial 82, por importe de 181,50 pesetas, las que pueden recoger personalmente o enviar alguna persona de su confianza.

MEDICINA

Y DERECHO

Por Antonio DE LORENZO (Abogado)

COLEGIOS Y REPRESENTACION

La coexistencia legal de diversas formas de agregación social para la defensa y representación de intereses legítimos de grupo, plantea a veces el problema de la delimitación de las competencias de los colegios profesionales y aun el de la utilidad de su existencia.

Los colegios profesionales, aparte de su legitimidad histórica tradicional en la que no vamos a entrar, constituyen una realidad legal incuestionable, sancionada y protegida por la norma jurídica fundamental del Estado, la Constitución, en su artículo 36. En pocos países como en España los colegios profesionales tienen tan alto respaldo jurídico. Por lo tanto, sólo mediando una modificación de la Constitución vigente, que tiene que llevarse a efecto, necesariamente, de acuerdo con el título X de la propia Constitución, puede pensarse en la desaparición de los colegios profesionales.

El artículo 36 antes citado, dice: «la ley regulará las peculiaridades propias del régimen jurídico de los colegios profesionales y el ejercicio de las profesiones tituladas. La estructura interna y el funcionamiento de los colegios deberán ser democráticos».

Hasta ahora, y posconstitucionalmente, no se ha producido tal regulación; por lo tanto, sigue vigente el régimen jurídico de los colegios profesionales dictado antes de la vigencia de la Constitución, en cuanto no se oponga a lo establecido en ésta, según la disposición derogatoria 3 de dicho texto jurídico fundamental.

La norma jurídica básica en materia de colegios profesionales está constituida por la ley 2/1974 de 13 de febrero, modificada por la ley 74/78 de 26 de diciembre. Define a los colegios profesionales como «corporaciones de derecho público, amparadas por la ley y reconocidas por el Estado, con personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines». Y añade, que «son fines esenciales de estas corporaciones la ordenación del ejercicio de las profesiones, la representación colectiva de las mismas, y la defensa de los intereses profesionales de los colegiados».

• • •

Con carácter específico para la regulación del sector profesional médico, el ordenamiento jurídico colegial está contenido en el real decreto 1018/1980 de 19 de mayo, por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial y del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, dictado ya bajo la vigencia de la Constitución.

Naturalmente, dicho decreto hace referencia a la anterior ley de Colegios Profesionales; aunque, sorprendentemente, no a la Constitución, si bien es obvio que se sujeta a la misma.

En el capítulo I, relativo a la naturaleza jurídica de la Organización Médica Colegial, se afirma que tanto los colegios provinciales como el Consejo General «son corporaciones de derecho público, amparadas por la ley General de Colegios Profesionales, con estructuras democráticamente constituidas, carácter representativo y personalidad jurídica propia, independientes de la Administración del Estado, de la que no forman parte integrante, sin perjuicio de las relaciones de derecho público que con ella legalmente les correspondan».

En el punto 4 del artículo 1.º del mismo capítulo I, se reitera que «corresponde a la Organización Médica Colegial la representación de la profesión médica, la ordenación en el ámbito de su competencia de la actividad profesional de los colegiados y la defensa de sus intereses profesionales».

• • •

Queda expuesta, siquiera sea sumariamente, la constitucionalidad de los colegios profesionales, su naturaleza jurídica de corporaciones de derecho público y su competencia para la representación de intereses profesionales. Vamos a detenernos brevemente en dos conceptos, en el de representación y en el de intereses profesionales.

Es la representación una institución jurídica por virtud de la cual «una persona realiza un acto jurídico para otra u otras, ocupando el lugar de ésta o éstas, a fin de suplir la incapacidad de obrar en determinados casos en que las personas no pueden actuar por sí mismas. Es natural que la agrupación de personas físicas, al constituir una persona colectiva, necesiten un órgano de expresión, de representación, capaz de exponer las pretensiones de la colectividad organizada y ejercitarlos en derecho. La existencia misma de una persona jurídica legalmente constituida, sea pública o privada, conlleva y aun exige capacidad de representación, de otro modo se convertiría en un ser acéfalo. Resulta indudable, tanto desde el plano doctrinal como desde el jurídico positivo, la capacidad representativa de los colegios profesionales, como corporaciones; y, por tanto, la de los colegios profesionales de médicos para la representación de los intereses de éstos.

En cuanto a los intereses representables por los colegios profesionales, ni la Constitución, ni la ley Básica de los propios colegios, ni los Estatutos de la Corporación Médica, hacen distinción, especificación o exclusión alguna; se habla únicamente de «intereses», en general. Por lo tanto, no debe ni puede, sin base en precepto concreto (mientras éste no exista), excepcionarse del ámbito de la competencia representativa de los colegios ninguna clase de intereses de sus colegiados (morales, sociales, económicos, etcétera), ya que son principios de derecho que donde la ley no distingue, no se debe distinguir; que lo que por la ley no está prohibido, se entiende permitido, y que cuando la ley quiere limitar algo, lo dice y no calla.

Existe, desgraciadamente, notable confusión sobre la naturaleza jurídica y competencias de colegios y sindicatos, entre otras, por dos razones importantes: porque frecuentemente se atiende a prejuicios doctrinales que se basan en ordenamientos jurídicos extranjeros y no en nuestro derecho positivo, y porque hasta ahora no se han hecho estudios monográficos de éste en la materia, que, además, es novísimo, de los años setenta, por lo que la situación se presta a desviaciones interpretativas sociopolíticas.

Ni siquiera la Constitución ofrece un esquema claro para el encuadramiento asociativo de colegios y sindicatos.

En efecto, la Constitución reconoce explícitamente el derecho (genérico) a asociarse para fines lícitos en el artículo 22. Esta generalidad básica del derecho de asociación

abarca a toda clase de sociedades (políticas, sociales, económicas, morales, profesionales, civiles, mercantiles, artísticas, culturales, etc.). Naturalmente, el derecho de asociación, en cada caso, se ejercitará por el cauce de los particulares ordenamientos jurídicos correspondientes (leyes, reglamentos o estatutos).

Dentro del derecho genérico de asociación, la Constitución dedica preceptos particulares a determinadas asociaciones, pero no de forma sistemática. Intentaremos su ordenamiento. En primer lugar es preciso distinguir dos especificaciones: el derecho de asociación política (partidos políticos, artículo 6.º) y el derecho de asociación profesional (artículos 7.º, 28, 36 y 52).

En segundo lugar, y por la amplitud de los intereses perseguidos, dentro de las asociaciones profesionales, pueden, deben diferenciarse:

1) El derecho de asociación profesional exclusivamente económica, consagrado en el artículo 52 referido a «organizaciones profesionales que contribuyan a la defensa de los intereses económicos que les sean propios».

2) El derecho de asociación profesional económico-social (sindicatos), regulado por los artículos 7.º y 28, «para la defensa y promoción de los intereses económicos y sociales que les sean propios».

3) El derecho de asociación profesional colegial (colegios), reservado a profesiones tituladas y respecto del que no precisa los intereses «que les sean propios», por lo que habrá que acudir a la ley de Colegios Profesionales vigente (y a sus desarrollos estatutarios para cada profesión).

* * *

Con arreglo a la ley de Colegios Profesionales en vigor (2/74, modificada por la 74/78), «son fines esenciales» de los colegios (artículo 1.º):

1) La ordenación del ejercicio de las profesiones.

2) La representación exclusiva de las mismas.

3) La defensa de los intereses profesionales de los colegiados.

Aquí es preciso subrayar:

a) Que la ley dice representación exclusiva de las profesiones, en abstracto, lo que debe entenderse para cada profesión, como categoría profesional, que cumple no sólo cometidos de interés privado, sino también público, y que abarca a la totalidad de los profesionales encuadrados en determinado colegio, lo que no impide la concurrencia con otras asociaciones profesionales, sindicales o no sindicales, para representaciones sectoriales.

b) Que la ley habla, además de profesión, de «intereses profesionales» de los colegiados (personales), y lo hace «in genere», sin limitación alguna, y, por tanto, comprendiendo toda clase de intereses de los colegiados (como colectividad e individualmente), no sólo los de la profesión en abstracto (moralidad, dignidad, independencia, etc.)

En derecho español, así como existe un amparo constitucional de los colegios (que no figura en algunos ordenamientos jurídicos extranjeros), es indiscutible, «de lege data», la existencia de una competencia de los mismos, para reivindicar y defender intereses sociales y económicos; ¿o es que los intereses sociales y económicos no son intereses profesionales de los colegiados?

* * *

Aparece, por tanto, en nuestro derecho una concurrencia para la representación y defensa de los intereses económicos y sociales de las profesiones tituladas por colegios y sindicatos. Concurrencia que no es antagónica ni incompatible, sino armonizable y aun sinérgica.

Pero antes de seguir adelante veamos las notas características de colegios y sindicatos en, no será vana la insistencia, nuestro derecho positivo:

Los colegios se crean «ex lege», los sindicatos «ex voluntate»; los colegios son corporaciones de derecho público; los sindicatos, asociaciones de derecho privado; los

colegios son de incorporación necesaria (obligatoria), los sindicatos de afiliación voluntaria (potestativa); los colegios tienen como única ideología la profesional, los sindicatos pueden tener ideología socio-política; los colegios son únicos para cada profesión, los sindicatos no son necesariamente únicos; los colegios defienden simultáneamente intereses públicos y privados, de carácter moral y material; los sindicatos defienden intereses privados de carácter prevalentemente económico; los colegios representan a todos los profesionales y a sus sectores, según los casos; los sindicatos sólo a sus afiliados y persiguen fines sectoriales siempre.

Se infiere, pues, que el campo de representación y defensa de los colegios es más amplio que el de los sindicatos, aunque la fuerza reivindicativa de los sindicatos pueda ser más temible por el poder público que la de los colegios, pues la actuación de éstos está siempre atemorada por el interés público (al que supedita el interés particular de sus colegiados) y por la deontología. De ahí que no se comprenda muy bien el por qué, a pesar de la ley y de la natural ponderación de los colegios (concretamente, de la Organización Médica Colegial), prefiera dialogar la Administración con los sindicatos y haga objeto de preferencia reiterada a los colegios.

Sentada la legitimidad de los derechos de representación y defensa de los colegios profesionales, en el cuadro jurídico positivo español, tanto para el ordenamiento del ejercicio profesional como para el ejercicio de las acciones de cualquier clase que puedan redundar en beneficio de la profesión, o de los profesionales, individualmente o por sectores de intereses, ¿cuáles son los cauces previstos por la ley al efecto?

Cauces políticos. La primitiva redacción de la ley de Colegios Profesionales decía que éstos eran cauce orgánico para la participación de los profesionales en las funciones públicas de carácter representativo, lo que se ajustaba a las anteriores leyes Fundamentales, y particularmente al artículo 2.º.1.º de la ley de Cortes, en donde, por ejemplo, se señalaban dos procuradores en las mismas representaciones de los colegios médicos. La nueva redacción de la ley 2/74, dada por la 74/78, suprimió la representación orgánica de los colegios, en el poder legislativo.

Ahora bien, el actual sistema representativo inorgánico, configurado por la Constitución, no sólo prescinde de la representación política de los colegios, sino también de la de los sindicatos. La representación de los ciudadanos para participar en los asuntos públicos se hace a través de elecciones periódicas por sufragio universal; en consecuencia, la participación se puede producir directamente (accediendo a los cargos correspondientes) u otorgando el poder político a representantes libremente elegidos (art. 23 y arts. 66 a 80).

No obstante, los colegios siguen participando en la elaboración de las leyes y demás disposiciones, de dos maneras:

1) Informando preceptivamente los proyectos de ley o de disposiciones de cualquier rango que se refieran a las condiciones generales de las funciones profesionales, entre las que figurarán el ámbito, los títulos oficiales requeridos, el régimen de incompatibilidades con otras profesiones y el de honorarios cuando se rijan por tarifas o aranceles (ley 74/78, de 26-12, art. 2.º, 2).

2) Informando discrecionalmente los proyectos de disposición de carácter general antes de ser sometidos al órgano competente para promulgarlos (art. 130, 1 y 4 de la ley de PA, de 17-7-58): «Siempre que sea posible, y la índole de la disposición lo aconseje, se concederá a... las entidades que por ley ostenten la representación o defensa de intereses de carácter general o corporativo afectados por dicha disposición, la oportunidad de exponer su parecer en razonado informe en el término de diez días, a contar desde la remisión del proyecto, salvo cuando se opongan a ello razones de interés público, debidamente consignadas en el anteproyecto.»

Cauces jurisdiccionales. La ley de Colegios Profesionales, en su artículo 1.º, dice que éstos «son corporaciones de derecho público, amparados por la ley y reconocidos por el Estado, con personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines». Y en el artículo 5.º, f), dice que corresponde a los mismos «ostentar la representación y defensa de la profesión ante la Administración, instituciones, tribunales, entidades y particulares, con legitimación para ser parte en cuantos litigios afecten a los

intereses profesionales». Lo mismo ratifica el decreto 1.018/80, de 19 de mayo, artículo 1.º, que los faculta expresamente para «ejercitar o soportar cualquier acción judicial, reclamación o recurso en todas las vías y jurisdicciones, civil, penal, laboral, contencioso-administrativa y económico-administrativa, e incluso los recursos extraordinarios de revisión y casación en el ámbito de su competencia».

Cauces administrativos. La ley de Colegios Profesionales (art. 5.º) precisa que les corresponde ostentar la representación pertinente para el cumplimiento de sus fines ante la Administración; participar en los consejos y organismos consultivos de la Administración en la materia de su competencia profesional; estar representados en los patronatos universitarios; elaborar los propios estatutos profesionales, que habrá de sancionar la Administración; y ejercitar el derecho de petición. Con referencia particular a la Seguridad Social, la representación está regulada por los artículos 199 y 201 de la ley de Seguridad Social, texto articulado.

Una característica esencial de los colegios profesionales en relación con la Administración es su fin de colaboración con la misma (art. 5.º, a), de la ley 2/74 y art. 3.º, 4), del decreto 1.018/80): «Son fines fundamentales de la Organización Médica Colegial... la colaboración con los poderes públicos en la consecución del derecho a la protección de la salud de todos los españoles y la más eficiente, justa y equitativa regulación de la asistencia sanitaria y del ejercicio de la medicina.»

Cauces laborales. Naturalmente, del artículo 36 de la Constitución, y sin perjuicio de que, tal como en el mismo se previene, se regulen específicamente las vías jurídicas de ejercicio por los colegios de los derechos de representación y defensa que les competen con respecto a los intereses laborales (profesionales) de sus colegiados, se deriva su legitimación constitucional para la actuación en dicho campo, pues ningún precepto excluye del mismo a los colegios ni ningún otro concede la exclusividad a cualquier otra asociación profesional, sindical o de otro tipo, ni podría hacerlo sin incurrir en inconstitucionalidad.

La interferencia política ha podido crear cierta confusión al constituirse algunos sindicatos con carácter «verticalista» por ramas de producción, en contraste con toda la realidad sindical del mundo occidental, donde los médicos tienen sus propios sindicatos estamentales, e incluso sectoriales, en atención exclusiva a los intereses del particular ejercicio profesional.

Entre nosotros se han producido una serie de paradojas dignas de especial atención. El Estatuto de los Trabajadores, aprobado por ley 8/80, de 10 de marzo, introdujo en su disposición adicional sexta que, «a efectos de ostentar representación institucional (?) en defensa de intereses generales de los trabajadores... ante la Administración Pública u otras entidades u organismos de carácter nacional que la tengan prevista, se entenderá que gozando esta capacidad representativa las organizaciones sindicales con el 10 por 100 o más de los miembros de los comités de empresa y delegados de personal, y las asociaciones empresariales con el 10 por 100 o más de las empresas y trabajadores en el ámbito estatal». Tal disposición no puede prevalecer contra la legítima concurrencia representativa de las organizaciones colegiales reconocida por la Constitución. Pero es que, además, da la coincidencia de que el propio Estatuto de los Trabajadores excluye de su ámbito de aplicación (art. 1.º, 3, a) a la «relación de servicio de los funcionarios públicos, que se regulará por el Estatuto de la función pública, así como la del personal al servicio del Estado, de las corporaciones locales y de las entidades públicas autónomas cuando, al amparo de una ley, dicha relación se regule por normas administrativas o estatutarias». Y es al servicio de tales entidades públicas, con regímenes administrativos o estatutarios no laborales, donde presta abrumadoramente sus servicios la profesión médica.

¿Cómo, pues, han podido crearse comités de empresa en entidades públicas autónomas como la Seguridad Social cuando, al amparo de la ley, la relación de los médicos con la entidad gestora de la misma se regula por normas estatutarias? Se comprende el interés de determinadas centrales sindicales para derogar el Estatuto del Personal Médico al servicio de la Seguridad Social e integrar a dicho personal en una relación general laboral, a pesar de que la naturaleza de la prestación médica tiene características completamente distintas, fundamentalmente por su alta responsabilidad

y trascendencia pública, de las de cualquier otra prestación hospitalaria. ¿Qué implantación médica tienen los sindicatos no médicos para defender los intereses de los médicos, aunque tengan más del 10 por 100 de los comités de empresa? El derecho de sindicación es libre, y los sindicatos sólo pueden representar legítimamente a sus afiliados, no con carácter forzoso a los no afiliados.

Si la tergiversación del ordenamiento jurídico vigente que afecta al profesional médico continuara, es muy posible que los colegios profesionales invitaran a sus propios colegiados a ejercitar su libre derecho de sindicación, para constituir sindicatos médicos, confederados o no capaces de actuar armónicamente con la organización colegial, como sucede en la mayoría del occidente europeo, aun en aquellos países en que las órdenes médicas no tienen competencias para la representación y defensa de los intereses profesionales. ■

LA TRAMITACION DE LOS TITULOS DE MEDICO ESPECIALISTA

La supresión del Ministerio de Universidades e Investigación y el paso de sus competencias al Ministerio de Educación y Ciencia no ha mejorado ni un ápice las arbitrariedades con que viene actuando desde hace tiempo la Sección de Títulos de Especialistas, al menos en cuanto se refiere a la profesión médica.

El real decreto 2015/78, de 15 de julio, que pretendió poner fin a la situación transitoria que con respecto a la obtención de títulos de especialidades médicas venía arrastrándose desde la ley de 20 de julio de 1955, ha creado quizá más problemas de los que ha resuelto; en primer lugar, por su dudosa juridicidad al tratar de dejar sin efecto una ley mediante norma jurídica con rango de decreto; en segundo lugar, porque no ha dictado aún, en forma clara y terminante, las disposiciones transitorias necesarias para respetar los derechos adquiridos al amparo de la legislación anterior (y van a cumplirse ya tres años); en tercer lugar, porque las comisiones nacionales de especialidades no han funcionado, y en cuarto y último lugar, porque la Sección de Títulos de Especialista del anterior Ministerio de Universidades e Investigación y del actual Ministerio de Educación y Ciencia está actuando, con abuso de derecho o en fraude de ley, al no tramitar en forma debida y no resolver en justicia las solicitudes de títulos de especialista.

Dicha Sección de Títulos de Especialista dicta normas de régimen interior, incluso telefónicas, a los distritos universitarios, respecto a la tramitación de los títulos, en vez de preparar órdenes o resoluciones ministeriales, debidamente publicadas para que los administrados conozcan sus derechos y obligaciones; pero es más, cuando quiere y como quiere, sin explicar las razones ni resolver sobre las peticiones deducidas ante la Administración, devuelve los documentos a los rectorados o facultades de medicina, con una simple anotación a lápiz o bolígrafo en una esquina de la solicitud, diciendo que no ha lugar. Alguna vez, la Secretaría de las Facultades avisa a los interesados; pero otras, pasan los meses sin que el solicitante reciba respuesta alguna, hasta que un día, desesperado, realiza viaje a la Secretaría de la Facultad y se entera del absolutamente irregular proceder de la Sección de Títulos del Ministerio de Educación y Ciencia.

* * *

Según la ley de Procedimiento Administrativo vigente, de 17 de julio de 1958 (art. 70), «toda persona, natural o jurídica, podrá dirigir instancias a las autoridades y organismos de la Administración del Estado en materia de su competencia, que estarán obligados a resolverlas».

«Las resoluciones de la Administración, bien de oficio o a instancia de parte, lo serán con arreglo a las normas que regulan el procedimiento administrativo» (art. 31 de la ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado de 26-7-57). Y al efecto, el artículo 43 de la ley de Procedimiento Administrativo dice que «serán motivados, con sucinta referencia de hechos y fundamentos de derecho, los actos que limiten derechos subjetivos».

Toda notificación se practicará en el plazo máximo de diez días, a partir de la resolución o acto que se notifique, y deberá contener el texto íntegro del acto, con la indicación de si es o no definitivo en la vía administrativa y, en su caso, la expresión de los recursos que contra la misma procedan, órgano ante el que hubieran de presentarse y plazo para interponerlos» (art. 79,2 de la LPA).

Por último, y comoquiera que se ha alegado reiteradamente por la propia Sección de Títulos del Ministerio que los escritos de los candidatos a títulos de especialista padecen defectos, conviene recordar el artículo 71 de la misma LPA, que dice: «Si el escrito de iniciación no reuniera todos los datos necesarios, o faltara el reintegro debido, se requerirá a quien lo hubiese firmado para que, en un plazo de diez días, subsane la falta o acompañe los documentos preceptivos, con apercibimiento de que, si así no lo hiciera, se archivará sin más trámite.»

Constituye, pues, una arbitrariedad el devolver una solicitud por adolecer de algún defecto sin dar oportunidad al solicitante para subsanar el defecto apreciado, y mucha mayor arbitrariedad archivar la solicitud sin darle trámite.

Como constituye también arbitrariedad inadmisibles que las secretarías de las facultades se arroguen el poder de rechazar solicitudes por supuestos defectos, pues la presentación en los registros correspondientes no es a efectos de calificación, sino de trámite a la autoridad a quien van dirigidas, siendo competencia únicamente de la autoridad académica el informar, favorable o desfavorablemente, la solicitud, pero no el de rechazarla bajo ningún pretexto, ni siquiera el de haber recibido instrucciones reservadas de la Sección de Títulos del Ministerio.

* * *

Esta conducta, denunciada reiteradamente sin que por el Ministerio, antes de Universidades y hoy de Educación y Ciencia, se hayan adoptado medidas de corrección, está teniendo actualmente una exacerbación con ocasión del trámite de títulos de especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria.

En el «Boletín Oficial del Estado» de 14 de abril último se publicó decreto reconociendo el derecho adquirido a dicho título de especialista en Medicina de Familia y Comunitaria a quienes «pertenezcan al Cuerpo de Médicos Titulares».

Inmediatamente se realizaron gestiones cerca de la Sección de Títulos del Ministerio de Educación y Ciencia para que se publicara una resolución indicando el trámite de estas solicitudes o que, por lo menos, se informara a las autoridades médicas a fin de que éstas circularan los criterios del Ministerio para evitar trámites inútiles y dificultades burocráticas, todo ello con arreglo al artículo 130 de la LPA y artículos 2.º y 5.º de la ley de Colegios Profesionales.

Han pasado ya dos meses largos y no se ha podido conseguir absolutamente nada positivo de la Sección de Títulos del Ministerio de Educación y Ciencia. Mientras tanto, en natural uso de su derecho, los médicos titulares han empezado a solicitar la expedición del título de especialista que con arreglo a la ley les corresponde. Inmediatamente se ha producido el caos y la arbitrariedad: en unos distritos universitarios no saben nada; en otros exigen mucho; en otros exigen poco. Y las instancias que llegan al Ministerio son devueltas sin resolver en debida forma; es decir, sin sujetarse a los preceptos de la ley de Procedimiento Administrativo.

Es incomprensible que algo tan sencillo no pueda obtener un criterio razonable de solución y de eficacia por la Administración central. Luego vendrán las lamentaciones por la supuesta inquina contra la Administración central y su burocracia y por las aspiraciones hacia administraciones periféricas ■

(de TRIBUNA MEDICA)

**El mejor acto de
compañerismo es utilizar los**

SELLOS DE HUERFANOS

ANTES DE REDACTAR UN CERTIFICADO MEDICO HA DE TENERSE PRESENTE:

Que es obligatorio extenderlo en el impreso oficial correspondiente. Que previamente ha de hacerse el reconocimiento adecuado y las vacunaciones que se tengan que justificar.

Que en el caso de ser para obtener permiso de conducir, ha de tenerse en cuenta lo que señala el artículo 265 del Código de Circulación y ser meticoloso en el reconocimiento.

No presentarse a firmar ningún certificado sin previo examen de la persona a que se refiere y procurar hacerlo siempre en el despacho profesional.

Observando estas normas cumpliremos con nuestro deber profesional, velaremos por los intereses de nuestros huérfanos y contribuiremos a revalorizar el Certificado Médico y dignificar la función profesional.

ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

En la Asociación Médica Mundial, en la que están integradas representaciones de cerca de cincuenta países, figura como miembro oficial de los Médicos de España, el Consejo General de Colegios Médicos de España.

LAS RECETAS DEL SEGURO

Ante la frecuente petición de recetas en modelo de pensionistas para otros asegurados, se advierte a los colegiados que deben extremar el cuidado para evitar su uso indebido, lo que puede motivar situaciones desagradables e incurrir en responsabilidad.

IMPORTANTE

Se pone en conocimiento de la Colegiación, que disponemos de carpetas archivos para los recibos colegiales, de derrama, de P. S. N., y cuantos justificantes te son obligatorios conservar durante 5 años, a efectos de gastos deducibles del Impuesto sobre la Renta.

Su precio es de 300 ptas.