

**BOLETIN INFORMATIVO
DEL ILUSTRE COLEGIO
OFICIAL DE MEDICOS
DE LA PROVINCIA DE
CIUDAD REAL**

DIRECTOR:

Luis Corrales Céspedes

SECRETARIO REDACCION:

Gerardo Alemany S. de León

CONSEJO DE REDACCION:

Fernando Colado Pinés
Pascual Crespo Crespo
Ricardo Chamorro Prado
Faustino Chico Chico
Manuel García Bolaños
Félix Martínez Crespo
Rafael Martínez López de Sancho
Santos Martínez Martínez-Conde
Jesús Montarroso Martín

COLABORADORES:

Todos los Colegiados

REDACCION Y

ADMINISTRACION:

Plaza de la Provincia, 3.
Teléfono 211432.

IMPRIME:

Talleres Gráficos Calvillo
Calatrava, 13 y Felipe II, 12
Teléfono 220201 - Ciudad Real

DEPOSITO LEGAL: CR 451 - 1981

Soporte válido I4. Sanidad:
SVR 209.

Enero-Febrero 1984.

Núm. 112

SUMARIO

Editorial	3
Actividad Corporativa	7
Elecciones para vacantes en la Direc- tiva del Colegio	9
Liquidación Presupuesto de Ingresos y Gastos 1983	14
Presupuesto general de Ingresos y Gas- tos para 1984	15
Vida Colegial	17
Actividad Consejo General:	
Anteproyecto Ley General de Sanidad	19
Boletín Oficial del Estado	34
Colaboraciones:	
Las retribuciones públicas activas y pasivas para 1984	55
El título de Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria	59
Incógnitas sobre las nuevas estructuras básicas de salud	61
Noticias	63

EDITORIAL

La dimisión de nuestro Presidente, Dr. Rivera, ha sido y constituido una tremenda sorpresa para todos, causando extrañeza y perplejidad a propios y extraños, ya que en este momento no existía en la Organización Colegial motivo alguno para ello. Incluso los miembros de la Asamblea General de la O. M. C. que disiente en algunos postulados de la línea presidencial, no le han negado su apoyo y, alrededor de su liderazgo, actualmente el Consejo General ha llegado al máximo de su protagonismo y acción en el ámbito sanitario. Las razones que le indujeron a presentar su dimisión según informe a la Asamblea del día 19, responde al espíritu de sacrificar su persona y representatividad para facilitar el diálogo con la Administración y evitar las posibles disensiones que pudieran producirse dentro del colectivo profesional, actitud muy loable y que le honra, pero que en este momento solamente es él la persona más capacitada y que mejor estudiado tiene todo lo relacionado con la reforma sanitaria para dialogar con la Administración y conseguir una Ley General de Sanidad que sea permanente y sobreviva a los avatares y alternancia del Poder Administrativo.

A continuación doy publicidad a la carta del Dr. Rivera que remitió al Vicepresidente, pues considero que nos aclara suficientemente las razones de su conducta de dimisión, realizada con el mejor espíritu de facilitar las relaciones Consejo General-Ministerio de Sanidad y Consumo.

«Querido amigo:

He meditado muy detenidamente (en especial tras las informaciones recibidas ayer), la situación actual de la Organización Médica Colegial en el enfrentamiento que mantiene con la Administración respecto a las características que debe tener la necesaria Reforma Sanitaria y más concretamente respecto al Proyecto de Ley General de Sanidad.

Habida cuenta de que las tensiones y actitudes competitivas o excesivamente apasionadas que condiciona mi persona dentro y fuera del colectivo médico pueden romper la cohesión hasta ahora lograda entre la mayoría de los profesionales sanitarios, impedir el entendimiento dentro del Cuerpo Médico y dificultar el diálogo con la Administración, he considerado que debía abandonar la Presidencia, dejando a un lado cualquier tipo de amor propio o de ambición de llevar más adelante personalmente, la labor iniciada.

En consecuencia te ruego que al recibir esta carta, consideres presentada mi dimisión con carácter irrevocable y te hagas cargo de la Presidencia del Consejo.

Pidiéndote perdón con toda sinceridad, te envía su abrazo más fuerte, tu amigo.»

R. RIVERA

Sometida a votación secreta se le ratificó la confianza y no se le aceptó la dimisión por 39 votos a favor, 9 en contra y 6 abstenciones.

El día 22 se recibe en el Colegio un telex que os transcribo íntegramente por el cual conocemos el ofrecimiento del Ministro para dialogar sobre la Ley General de Sanidad y la Reforma Sanitaria.

De: Presidente Consejo General.

A: Presidente Colegio Médicos.

«En estos momentos se acaba de recibir carta del Secretario de la Comisión redactora de la Ley General de Sanidad dirigida al Dr. Cedrón, Secretario General del Consejo, en la que hay que destacar el siguiente párrafo: «Por indicación del Sr. Ministro me dirijo a ti, al objeto de manifestarte nuestra invitación para analizar conjuntamente a nivel técnico, artículo por artículo, el texto del anteproyecto de Ley General de Sanidad coincidiendo con lo señalado en el informe emitido por ese Consejo General, en el sentido de la más decidida colaboración en todos y cada uno de los aspectos del proyecto, que la O. M. C. ofrece.»

Saludos. RAMIRO RIVERA.

* * *

La Ley General de Sanidad, la deseada y prometida por los distintos Titulares del Ministerio de Trabajo o de Sanidad, que en un principio se pensó debería ser de Bases, después General y nominada jocosamente por los incrédulos optimistas «Ley Bismark», porque piensan que nunca se aplicará, aunque la verdad es que no sería ni la primera ni la última de nuestro Derecho que se quedara anticuada en espera de su desarrollo. Ya nuestro sagaz político Conde de Romanones decía: «Haced vosotros las leyes y dejadme a mi su desarrollo y reglamentación».

Creo sinceramente que la actual Administración se encuentra suficientemente comprometida a darle luz y que sea una realidad, pues ya han sido varios los borradores, anteproyectos, etc. que unas veces el confidente de turno o bien la Prensa nos han filtrado como primicia informativa, seguido inmediatamente de las reacciones y opiniones que su articulado o filosofía provoca en los diferentes colectivos afectados, tan dispares en sus críticas que resulta difícil saber si será positiva su aplicación para el conjunto Asistencial y la Salud Pública.

Lo que sí es cierto y conocido, hoy ya oficialmente, es el anteproyecto que ha sido remitido a la O. M. C. para el preceptivo informe dentro del plazo de veinte días hábiles y el cual os publico en la sección Consejo General, para conocimiento vuestro. El informe, aprobado mayoritariamente en la pasada Asamblea General de Presidentes se emite en las siguientes perspectivas y en razón de los ASPECTOS JURIDICOS, ASPECTOS TECNICOS-SANITARIOS, ASPECTOS DEONTOLOGICOS y PRESUPUETARIOS. Se rechaza la Ley, debiéndose tener presente que ésta y otras opiniones de Organismos oficiales no son vinculantes para la Administración, ya que la última palabra será su discusión en el Parlamento y Senado.

Por obligación representativa debo interesarme de las opiniones de unos y otros entes representativos y como os decía anteriormente las críticas son variopintas y responden generalmente al cromatismo ideológico o de intereses económicos a defender, olvidándose la razón del interés general.

La realidad es que la Reforma Sanitaria es una necesidad ya, que hay que actualizarla de acuerdo con el desarrollo técnico y económico del país, y este Gobierno y el Ministro de Sanidad, Sr. Lluch, tienen el mérito de afrontar esta realidad, enfocando lógicamente tal reforma bajo unos planteamientos que responden a la ideología y filosofía prometida. Los profesionales en su generalidad, la desean y consideran necesaria, pero sin que lesione, sino todo lo contrario, se restablezca la relación «médico-enfermo, conciencia-confianza» que ha caracterizado el libre ejercicio de toda profesión liberal, es decir, que el paciente pueda tener la completa libertad de elegir su médico, su consultorio, su hospital, que el médico debe ejercer con los mínimos condicionamientos administrativos, con entera libertad de conciencia y conducta, condicionantes que actualmente son posibles y se dan en países con sistema socialista, como Francia, Canadá, etc. Alguna Prensa se ha permitido opinar de Guerras Médicas la relación de la Administración con la O. M. C., y nada más lejos de este sentir, ya que nuestro Consejo lo que desea es que no perdamos una vez más la responsabilidad que nos incumbe de participar y aportar nuestra experiencia profesional en esta Reforma y Ley, que debe ser realizada con vistas a nuestra integración en nuestro entorno geo-político occidental, que nos va a corresponder vivir y que será una realidad inmediata, según parece, se habla y dice ahora el Sr. Mitterrand.

En mi opinión particular e independientemente de mis intereses privados, creo que la Ley responde a una filosofía de medicina estatalizada, planificada y burocratizada, de funcionarios con contrato laboral (por si son indisciplinados), es ambigua en sus planteamientos, objetivos y con las necesarias generalidades que permita una paulatina, coordinada y sucesiva asunción de responsabilidades y desarrollo por parte de las Administraciones Central, Autonómicas y Locales, adecuando su reglamentación futura a las disponibilidades presupuestarias y dejando sin matizar su carácter de gratuidad total en la prestación sanitaria, por si, en algún momento, la crisis económica nos obliga a recargar su costo en algún porcentaje al igual que el farmacéutico de hoy.

La experiencia me ha enseñado que lo más importante de toda Ley en su aplicación y objetivo final, es remitirse a las disposiciones transitorias finales y su articulado, que es donde conoceremos el objetivo práctico de la Ley y donde se encuentran las verdaderas sorpresas legales (son la letra pequeña de los contratos y documentos que nunca leemos), y ahí en esas disposiciones transitorias y finales «cofre de sorpresas», es donde aparecen el futuro de las Corporaciones Locales en acción sanitaria, la integración de los Servicios de Mutuas, Instituciones públicas o privadas sin ánimo de lucro, la integración o fusión de los Cuerpos de funcionarios sanitarios, la armonización y refundición de la asistencia sanitaria, el establecimiento de las normas básicas del ejercicio profesional, etc. Si la Ley se aprueba y creo que lo será aunque se establezcan las oportunas matizaciones del debate parlamentario, y si después no se queda en Ley Bismark, sino que, sin prisa

pero sin pausa, se reglamenta y desarrolla, el cambio prometido se producirá, siendo importante que sea positivo al conjunto sanitario nacional y nos permita participar igualitariamente en el club de las naciones desarrolladas en materia de asistencia, investigación y docencia sanitaria, y no en las de Sanidad tercermundista.

Me permitiría sugerir que a la Clase Sanitaria, haría bien el Ministerio en motivarla, pues es la «infantería» de la reforma sanitaria y posiblemente el recelo y la desconfianza darían paso a la colaboración y entrega de todo el colectivo, sin distinción de credo ideológico, y si la motivación es un sueldo digno al esfuerzo realizado por una licenciatura y una especialidad, todos contentos.

Podría extenderme infinito en analizar cada uno de su articulado pero creo que con la información que constantemente nos asedia y las opiniones de verdaderos expertos en la materia que la prensa nacional o profesional nos aporta, considero que este Colectivo médico tiene información suficiente sobre la materia.

* * *

En otras Secciones os transcribo los trabajos de Antonio de Lorenzo, publicados en «Tribuna Médica» núm. 1.022 y 1.024, sobre «Las retribuciones públicas activas y pasivas para 1984», «El título de especialista en Medicina de Familia y Comunitaria» e «Incógnitas sobre las nuevas estructuras básicas de salud», de indudable importancia para la profesión médica, como son todos los comentarios de nuestro jefe del Departamento Jurídico de la O. M. C., asimismo publico dos Reales Decretos de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria para vuestra información y archivo.

Cordialmente,

EL PRESIDENTE



PROYECTO DE ACTA DE LA PERMANENTE DE LA JUNTA DE ESTE
ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS CELEBRADA EL DIA
10 DE ENERO DE 1984.

ASISTENTES:

Presidente: D. Luis Corrales Céspedes
Secretario: D. Gerardo Alemany S. de León
Vicesecretario: D. Faustino Chico Chico
Tesorero: D. Eduardo Rodríguez Sánchez

En Ciudad Real, siendo las 20,30 horas del día 10 de enero de 1984, se reúnen en la sede de este Ilustre Colegio Oficial de Médicos los miembros de la Junta Permanente que arriba se expresan para tratar de lo siguiente:

1.º—Se da lectura al acta de la Permanente celebrada el día 28 de noviembre de 1983. Se rectifican algunos párrafos del acta anterior. Se aprueba con las modificaciones que aparecen.

2.º—Las próximas actas que se publiquen en el Boletín, serán las aprobadas y no los anteproyectos.

3.º—Movimiento de colegiados (altas y bajas), se dan en sección aparte.

4.º—Informe del Sr. Presidente:

Se lee el borrador del anteproyecto de la Ley General de Sanidad.

Escrito de D. Javier Paulino, enviando modelo de protocolo confeccionado por la Comisión de Docencia del Hospital. Se acuerda

contestar y así se hace con Saluda fechado el 11-1-84.

Escrito del Consejo para proyectar una campaña informativa en relación con el proyecto de Ley de Sanidad elaborado por el Ministerio.

Se informa sobre Asamblea de Presidentes para el día 14-1-84.

Se informa sobre telex que ha recibido el Secretario del Consejo, procedente del Presidente del Colegio de Zaragoza, por su indudable interés en relación con la Ley General de Sanidad.

Asimismo se acuerda suscribir los Boletines de la Provincia y solamente comprar el B. O. del Estado que sea de interés para los Médicos.

Se acuerda quedar sólo con el Aranzadi.

Nota sobre huelga en Guipúzcoa de Médicos extrahospitalarios, al pretender el Insalud reducir a cada facultativo al cupo normal o muy ligeramente rebasado.

Se lee escrito del Insalud, que manda la representación de la Junta de Gobierno, por faltas consecutivas de asistencia a la Junta de Gobierno de la Residencia «Ntra. Sra. de Alarcos», por el representante.

Nos damos por enterados pero el acuerdo de la Gestora de la Junta Central de Hospitales es de no asistir.

Se lee escrito de D. Agustín de Celis, que se transmite al Consejo General el día 29-12-83.

Se informa sobre propuesta de ayuda a la viuda de D. Alfredo Jorge Juan Muro. Se acuerda pasar al Pleno para su conocimiento.

Se informa sobre vacantes de plazas de auxiliares administrativos en el Colegio de Médicos de Valladolid.

Se plantea el problema de Pre-

visión en su Sección del Automóvil.

Se piensa ir a Madrid para regularizar las cuentas y plantear a Previsión todos los temas pendientes y tratar de solucionarlos.

Se da cuenta de la instancia y gestiones que ha realizado el Letrado de este Colegio, D. Luis Sánchez-Morate, sobre los trámites a seguir para la presentación y su aprobación por el Excmo. Sr. Gobernador Civil, del Reglamento del Patronato de Acción Social, Socorro Inmediato y Subsidio de Defunción de este Ilustre Colegio Oficial de Médicos.

5.º—Informe de los miembros de la Junta: Ninguno.

6.º—Ruegos y preguntas: Ningunos.

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

ANTEPROYECTO DE ACTA DEL PLENO DE LA JUNTA DIRECTIVA DE ESTE ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS, CELEBRADA EL DIA 12 DE ENERO DE 1984.

ASISTENTES:

Presidente: D. Luis Corrales Céspedes
Vicesecretario: D. Faustino Chico
Vocal: D. Santos Martínez y M.-Conde
» D. Manuel Velasco Lobo
» D. José Manuel Villanueva Martínez
Pt. Comarcal: D. José Francisco Carazo Marín
» D. Mateo Pérez Sánchez
» D. José Luis de Diego Lozano
» D. Telesforo Sánchez Wices

1.º—En Ciudad Real, siendo las dieciocho horas del día 12 de enero de 1984, se reúnen en la sala de juntas del Ilustre Colegio Oficial de Médicos, los miembros de la Comisión del Pleno de la Junta Directiva que arriba se expresan, según convocatoria al efecto, excusando su asistencia los miembros siguientes:

El Vicepresidente, D. Juan Angel del Rey; el Secretario, D. Gerardo Alemany Sánchez de León; el Tesorero, D. Eduardo Rodríguez Sánchez, y el Presidente de la Comisión Deontológica, D. Emilio Enríquez Ferrer. Comenzada la sesión en el punto primero se da lectura al acta de la sesión anterior,

siendo aprobada por unanimidad. Se informa de lo tratado en la Permanente del día 10 de enero, mediante la correspondiente lectura del anteproyecto de acta.

2.º—Se informa de las altas y bajas de colegiados sin novedad alguna.

3.º—Informe del Sr. Presidente:

El r. Presidente informa del orden del día de la próxima Asamblea de Presidentes, convocada por el Consejo General, para el día 14 de enero de 1984 y donde se va a proceder a emitir el informe preceptivo al proyecto de Ley General de Sanidad.

El Sr. Presidente da cuenta que no ha recibido ninguna sugerencia escrita del envío que se hizo a los miembros de la Junta Directiva debido al escaso margen de tiempo, y ante la proximidad del Pleno, son portavoces de las opiniones de los colegiados y se redacta el siguiente texto para que lo haga constar en la Asamblea de Presidentes. Dice así:

«Sometido a la consideración del Pleno el borrador del anteproyecto de la Ley General de Sanidad y las conclusiones que ese Consejo General ha llegado en relación con la misma, se acuerda, por mayoría absoluta, suscribir íntegramente estas últimas, considerando como únicos aspectos positivos del borrador la ampliación de la cobertura sanitaria a la totalidad de la población y residentes, y la posible agilización del sistema, en virtud de la descentralización y paso a las autonomías, aunque lleva el peligro importante de un posible aumento de la burocratización».

Seguidamente informa sobre la recepción del proyecto de Asistencia y Reforma Hospitalaria, realizado por la Comisión Central de Medicina Hospitalaria del Consejo

General que, siendo desconocida para los miembros, a excepción del Sr. Presidente, se aconseja que se abstenga en la posible votación que se presente.

Se informa asimismo del deseo del Consejo General de contratar un Seguro de Responsabilidad Civil a nivel de todo el Colectivo Médico en virtud de que los grandes números disminuirían las primas y la cobertura sería mayor.

El día 13, en la sesión de la tarde, se procederá al estudio de este Seguro y estarán presentes los expertos que deseen asistir.

Existe el deseo de la creación de una Sociedad de Leasing y Cooperativa de ámbito nacional.

El Pleno acordó la celebración de Elecciones para las vacantes en la Directiva de este Colegio, de las Vocalías siguientes:

- Medicina Asistencia Colectiva.
- Graduados de menos de 5 años y/o en formación.
- Presidente de la Junta Comarcal de Piedrabuena.
- Representante de Médicos en desempleo.

CALENDARIO ELECTORAL

1.—Del día 16 al 31 de enero, exposición de las listas electorales de cada uno de los Grupos, en el tablón de anuncios de la sede colegial, para presentación, dentro de estas fechas, de las reclamaciones sobre inclusión o exclusión y clasificación de electores.

2.—Del día 16 de enero al 16 de febrero será el plazo para presentación de Candidaturas.

3.—El día 16 de febrero el Pleno proclamará los candidatos que reúnan las condiciones de elegibilidad establecidas en el art. 11 de los Estatutos Generales de la O.M.C.; comunicación a los interesados y

exposición en el tablón de anuncios.

4.—Del 17 al 25 de febrero, plazo para presentación de apelaciones sobre los acuerdos de la sesión del Pleno del día 16 en la proclamación de candidatos.

5.—Del 25 de febrero al 3 de marzo, informar al Consejo General de la O. M. C. de las apelaciones habidas y su resolución por éste.

6.—El 7 de marzo, la Junta, en reunión extraordinaria para la proclamación definitiva de candidatos, publicación y comunicación a los interesados.

7.—Del día 8 de marzo al 8 de abril, período electoral de los candidatos que deben realizarla según lo establecido en el punto 2.º del art. 15 de los vigentes Estatutos de la O. M. C.

8.—Día 10 de abril, día electoral, se constituirá la Mesa desde las 10 hasta las 18 horas, en que se considerará finalizada al votación y se procederá seguidamente al escrutinio, según las normas vigentes y se proclamarán los elegidos, levantándose la correspondiente Acta electoral.

NORMATIVA ELECTORAL SEGUN LOS ESTATUTOS GENERALES DE LA ORGANIZACION MEDICA COLEGIAL

Art. 11.—Condiciones para ser elegible.

1.º Para todos los cargos: ser español, estar colegiado, hallarse en ejercicio de la profesión y no estar incurso en prohibición o incapacidad legal o estatutaria.

2.º Para los representantes médicos de las Secciones Colegiales o Grupos profesionales: formar parte de la Sección o Grupo correspondiente.

(Aclaración: Grupo o Comarca).

Art. 15.—Aprobación de candidaturas.

2.º—Queda prohibida toda la actividad electoral que implique des- crédito.

Art. 16.—Procedimiento electivo.

1.º—El voto podrá ser emitido personalmente o por correo certificado, mediante papeletas individuales y separadas para cada uno de los cargos que se voten y se introducirán en el sobre grande confeccionado por el Colegio, en cuyo exterior figurará la siguiente inscripción: ELECCIONES. «Contiene papeletas para la elección de los cargos vacantes en la Junta Directiva del Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real, Plaza de la Provincia, 3. Ciudad Real.

En el reverso VOTANTE:

Nombre y apellidos

Número de Colegiado

Firma

El voto personal anulará el emitido por correo.

A partir de las 18 horas, la Mesa Electoral procederá a abrir los sobres de los votantes por correo y después de comprobar la firma e identidad del votante depositará los sobres pequeños en las urnas correspondientes.

* * *

Se informa de la Circular remitida por el Vocal de Sanidad de la Junta Provincial de Muface, señor A. Baquerizo, que se encuentra inserta en el tablón de anuncios de este Colegio.

Se informa del escrito del Secretario del Consejo General sobre la propuesta de ayuda a la viuda del Dr. Suar Muro y se acuerda un donativo de 80.000 pesetas.

Se aprueba abonar las facturas

de la inserción de prensa de la O. M. C. en «Lanza» y rotulación colegial.

Se acuerda dotar con 25.000 pesetas para Congreso de Cardiología de Valdepeñas a propuesta del Presidente Comarcal.

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

5.º—Ruegos y preguntas: El Doctor D. José Manuel Villanueva, solicita que se le conteste a los solicitado sobre guardias y secreto profesional en relación a las auditorias administrativas.

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

PROYECTO DE ACTA DE LA PERMANENTE DE LA JUNTA DE ESTE
ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS CELEBRADA EL DIA
2 DE FEBRERO DE 1984.

ASISTENTES:

Presidente: D. Luis Corrales Céspedes
Secretario: D. Gerardo Alemany S. de León
Tesorero: D. Eduardo Rodríguez Sánchez

En Ciudad Real, siendo las 20,30 horas del día 2 de febrero de 1984, se reúnen en la sede de este Ilustre Colegio Oficial de Médicos, los miembros de la Junta Permanente que arriba se expresan, para tratar de lo siguiente:

1.º—Se da lectura al acta de la Permanente celebrada el día 10 de enero y acta del Pleno del día 12 del mismo mes, siendo aprobadas.

2.º—Movimiento de colegiados (altas y bajas), se dan en sección aparte.

3.º—Informe del Sr. Presidente:

a) El Sr. Presidente informa que se presentará en el próximo Pleno, el caso del fallecido Dr. D. José Alberto de la Roza Ruiz, relacionado con la Derrama por Defunción.

b) El Sr. Presidente informa y da lectura al escrito del colegiado núm. 2.155, D. José Pineda Morales en el que solicita se le conceda la doble colegiación. La Junta Permanente en su sesión celebrada el

día 2 de enero, acuerda por unanimidad no aceptar su petición. Se oficia a citado Doctor comunicándole el acuerdo.

c) El Sr. Presidente informa sobre normativas para inversiones especiales de Previsión Sanitaria Nacional.

d) El Sr. Presidente informa se reitera al Abogado del Colegio, D. Luis Sánchez Morate y al Dr. D. Emilio Enríquez para contestar al Dr. Villanueva a su pregunta al Pleno anterior.

e) El Sr. Presidente informa sobre el telex recibido del Secretario del Consejo General, en el que comunican que en el Boletín Oficial del Estado se publica Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista.

f) El Sr. Presidente informa sobre Saluda recibido del Presidente del Consejo General en el que

acompañan la carta de Central de Seguros y de Iberbrok, para la unión al dossier sobre el tema del Seguro de Responsabilidad Civil.

g) El Sr. Presidente informa de la carta recibida del Secretario del Consejo en la que tomó el acuerdo de pedir información a la Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial, acerca de la campaña de la «Lucha contra la Hipertensión», patrocinada por la Cruz Roja Española, con instalación en las farmacias de aparatos para la medida de la tensión arterial.

h) El Sr. Presidente informa sobre el oficio recibido del Consejo sobre «permisos por asuntos propios» y remiten el informe que sobre el tema ha evacuado el Letrado Jefe del Gabinete Técnico del Consejo General.

i) El Sr. Presidente informa del escrito del Consejo General sobre Asamblea el día 14 de enero de 1984, en la que adoptaron el acuerdo de proceder a la renovación de la Junta Central de Deontología, Derecho Médico y Visado y de efectuar la elección de sus miembros en la próxima sesión que celebre en Asamblea General.

j) El Sr. Presidente informa sobre escrito de la Asamblea General del Consejo de Colegios Médicos de España, en la que en sesión celebrada el 14 de enero de 1984, adoptó el acuerdo de proceder al nombramiento de tres Censores para que revisen, junto con el señor Tesorero-Contador, todas las partidas de gastos efectuados en el Consejo General, pertenecientes al Presupuesto del año 1983, recayendo dicho nombramiento en los mismos Presidentes que habían sido designados en la sesión del 15-12-1982, para desarrollar tal cometido

con los gastos del Presupuesto de 1982, que son los siguientes:

Dr. D. Luis Corrales Céspedes, Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real; Dr. D. Antonio Entisne Cabeza, Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Badajoz, y Dr. D. José Paz López, Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Toledo.

k) El Sr. Presidente informa sobre telex del Secretario del Consejo de convocatoria de plazas jerarquizadas vacantes en el Hospital General «Alvarez de Castro», de Girona. Se publica en el diario «Lanza» del día 27 de enero de 1984.

l) El Sr. Presidente informa del oficio de este Colegio remitido al Ilmo. Sr. Secretario del Consejo General, comunicándole han quedado vacantes las vocalías de Medicina de Asistencia Colectiva, que desempeñaba el Dr. D. Gonzalo Muro Uría y la de Médicos menos de cinco años, el Dr. D. Sergio Carrasco Gellida, como asimismo la Presidencia de la Comarcal de Piedrabuena.

ll) El Presidente informa sobre telex recibido del Secretario del Consejo General convocando reuniones para el presente mes de enero, de Médicos en Desempleo, Medicina Rural, Médicos Titulares, Medicina Extrahospitalaria, etc. Por correo separado remiten convocatorias con el orden del día.

Se remite copia a cada representante.

m) El Sr. Presidente informa sobre oficio del Secretario del Consejo en el que remiten fotocopia del acta del examen efectuado el día 12 de diciembre de 1983, para la colegiación de Médicos extranjeros. En el acta de referencia se

expresan el número de instancias presentadas y los totales de aptos, no aptos y no presentados.

Comunican que el hecho de haber superado la prueba no supone que los interesados estén exentos de cumplir el resto de los requisitos necesarios para la colegiación.

n) El Sr. Presidente informa sobre un escrito de la Junta de Comunidades Castilla-La Mancha, firmado por el Ilmo. Sr. Director de la Salud, D. Alfonso Pinedo, relacionado con la formación continuada de los Médicos Titulares. Se remite al

Representante de los Titulares doctor D. Santos Martínez.

o) El Sr. Presidente informa sobre Saluda recibido del Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Cádiz, y remiten escrito del Defensor del Pueblo, por si puede interesar.

4.º—Informe de los miembros de la Permanente: Ninguno.

5.º—Ruegos y preguntas: Ninguno.

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

A TODOS LOS COLEGIADOS

Para la buena función en los ficheros del Colegio es necesario comuniqueis a nuestras oficinas los cambios de residencia y de nuevos domicilios. En la actualidad interesa a todos los Médicos que han desempeñado plazas interinas y que al cesar no han comunicado el cambio de localidad.

También deberán comunicar la entidad bancaria para el cobro de las cuotas reglamentarias.

REUNIONES MONOGRAFICAS DE PEDIATRIA

Hospital de la Seguridad Social «Nuestra Señora de Alarcos»

SERVICIO DE PEDIATRIA (Jefe de Servicio: Dr. I. Condado S. de Rojas)

VALORACION GLOBAL DEL NIÑO CON FRACASO ESCOLAR

Intervienen:

C. LOZANO JIMENEZ (Jefe de Servicio de Pediatría del Hospital «Ramón y Cajal»).

M. APARICIO MEIX (Jefe de Neurología - Pediatría del Hospital «Ramón y Cajal»).

A. ALONSO (Psicólogo adjunto del Departamento de Psiquiatría del Hospital «Ramón y Cajal»).

Fecha: 24 de febrero 1984. A las 6,30 de la tarde.

Aula de la Caja de Ahorros de Ronda. Calle Bernardo Mulleras, 2.

Liquidación del Presupuesto de Ingresos y Gastos-Año 1983

ACTIVO

Conceptos	Pesetas
Caja	31.487,86
Valores	8.000,—
Mobiliario y enseres	3.139.730,69
Inmuebles	2.091.919,—
Inmuebles (Centro de Reconocimiento)	15.735.777,51
Fianzas	150.000,—
Suministros varios	8.191,—
Existencia certificados	2.199.360,—
Cuotas reglamentarias	6.636.258,—
Impresos oficiales venta	21.813.230,—
Rentas	1.726.180,95
Habilitación	1.218.219,47
Aportaciones	30.000,—
Ingresos eventuales	1.332.871,—
Festejos taurinos	221.026,50
TOTAL	56.342.251,98

PASIVO

Bancos: Cuentas Corrientes	631.974,94
Previsión Sanitaria Nacional	488.962,41
Consejo General	546.935,—
Patronato de Huérfanos	1.018.123,03
Patronato Protección Social	1.316.182,—
Patrimonio	24.465.505,60
Lotería	372.265,—
Locales	414.167,—
Dietas y gastos de representación	1.690.041,—
Personal	3.936.377,—
Mobiliario y máquinas	49.505,—
Material	480.516,—
Comunicaciones y franqueos	568.556,—
Impresos oficiales adquisición	5.338.854,—
Derechos de Habilitación	303.573,—
Biblioteca	10.375,—
Instituciones culturales	2.183.836,—
Seguros Sociales e impuestos	2.279.085,—
Participación venta Certificados	287.350,—
Participación venta cuotas	632.970,—
Fines sociales	8.983.917,—
Quebrantos	29.628,—
Imprevistos	193.569,—
Edificio sociales	119.985,—
TOTAL	56.342.251,98

PRESUPUESTO GENERAL DE INGRESOS Y GASTOS PARA EL AÑO 1984

I N G R E S O S

I.—CUOTAS REGLAMENTARIAS

Entrada: Por 100 cuotas a 1.000 pesetas	100.000,—	
Por 800 cuotas, a 6.000 pesetas anuales	4.800.000,—	4.900.000,—

II.—IMPRESOS OFICIALES (venta)

Certificados:

13.500 clase primera, ord. a 470 pesetas	6.345.000,—	
4.000 clase tercera, defunc. a 470 pesetas	1.880.000,—	
300 clase quinta, psíquicos a 470 pesetas	141.000,—	
18.000 clase novena, conducir a 700 pts.	12.600.000,—	20.966.000,—

Pólizas:

19.340 pólizas de 15 pesetas	290.100,—	
16.000 pólizas de 25 pesetas	400.000,—	690.100,—

III.—SUMINISTROS VARIOS

Talonarios de tóxicos: 20 a 100 pesetas	2.000,—	
Lista de colegiados: 15 a 500 pesetas	7.500,—	
Tarifas trabajo, tráfico libro tabaco, copias	25.000,—	34.500,—

IV.—RENTAS

Rentas de fincas	1.500.000,—	1.500.000,—
-------------------------	-------------	-------------

V.—HABILITACION

Derechos de Habilitación	1.600.000,—	1.600.000,—
---------------------------------	-------------	-------------

VI.—APORTACIONES

Aportación P. S. N., Rama Automóvil	1.500.000,—	1.500.000,—
Gastos comunes	100.000,—	100.000,—

G A S T O S

I.—LOCALES

Impuestos Propiedad Inmobiliaria	200.000,—	
Alumbrado y calefacción	250.000,—	
Limpieza y portero	275.000,—	725.000,—

II.—DIETAS Y GASTOS DE REPRESENTACION

Dietas	300.000,—	
Gastos comarcales	100.000,—	
Gastos de representación de la Presidencia	150.000,—	
Indemnización del Secretario General	24.000,—	
Asesorías	1.120.000,—	1.694.000,—

III.—PERSONAL

Administrativo y asimilado	3.704.620,—	3.704.620,—
-----------------------------------	-------------	-------------

IV.—MOBILIARIO Y MAQUINAS		
Adquisición material inventariable	200.000,—	
Conservación y reparación	25.000,—	225.000,—
V.—MATERIAL		
Material de escritorio	500.000,—	500.000,—
VI.—COMUNICACIONES Y FRANQUEOS		
Teléfono y Telégrafo	300.000,—	
Franqueos	400.000,—	700.000,—
VII.—IMPRESOS OFICIALES (adquisición)		
Certificados: 13.500, clase primera, a 90,— ...	1.215.000,—	
4.000, clase tercera, a 120,—	480.000,—	
300, clase quinta, a 60,—	18.000,—	
18.000, clase novena, a 150,—	2.700.000,—	
Pólizas: 19.340 a 15,— pesetas	290.100,—	
10.000, a 25,— pesetas	400.000,—	5.103.100,—
Talonarios de tóxicos: 50 a 50,— pesetas ...	2.500,—	2.500,—
VIII.—DERECHOS DE HABILITACION		
Participación 0,50 % correspondiente a P.S.N.	750.000,—	750.000,—
X.—INSTITUCIONES CULTURALES		
Actos culturales, congresos, bitca., Boletín ...	4.200.000,—	4.200.000,—
XI.—SEGUROS E IMPUESTOS		
Seguros e Impuestos	12.000,—	
Seguridad Social	1.518.468,—	
Impuesto Rendimiento Trabajo Personal	500.000,—	
Seguro de Accidentes Colectivos	900.000,—	2.930.468,—
XII.—PARTICIPACIONES VENTA CERTIFICADOS		
Taloncillos	100.000,—	100.000,—
XIII.—PARTICIPACIONES EN CUOTAS		
Consejo General:		
En cuotas colegiales	550.000,—	
En cuotas de Entrada	50.000,—	600.000,—
XIV.—FINES SOCIALES		
Seguro de Vida Colectivo	6.000.000,—	
Fondo de Ayuda Inmediata Defunción	1.750.000,—	
Donativos Ac. Social, Viudedad, Huérfanos ...	1.600.000,—	
Emblemas para Jubilados	32.000,—	9.382.000,—
XV.—QUEBRANTOS		
Corretajes y Descuentos	30.000,—	30.000,—
XVI.—IMPREVISTOS		
Gastos menores	200.000,—	200.000,—
XVII.—EDIFICIO SOCIAL		
Reparaciones y obras	403.912,—	403.912,—

R E S U M E N

Suman los Ingresos por todos conceptos ...	31.290.600,—
Suman los Gastos por todos conceptos ...	31.290.600,—



IN MEMORIAM

D. José Alberto de la Roza Ruiz

† 26 de enero de 1984



El pasado mes de enero, falleció nuestro compañero D. José Alberto de la Roza Ruiz, a la edad de 36 años. Residía en Valdepeñas desde abril de 1977, ejerciendo como Médico Residente en el centro sanitario «Gutiérrez Ortega» de la Seguridad Social.

A sus padres hemos enviado, en nombre de la Junta Directiva y Colegiados, el sentido pésame por tan irreparable pérdida, que reiteramos desde estas líneas, elevando una oración por su alma. Descanse en paz.

ACLARACION

Ante la duda surgida en esta Redacción, de que algunos compañeros hubieran podido sentirse aludidos por el Editorial de la Sección de «Vida Colegial» del Boletín núm. 111, este Editorial quiere dejar claro que en ningún momento ha existido la intencionalidad de censurar a ningún compañero.

A L T A S

ENERO 1984

- 2.446.—D. José Túnez Sola, procedente del Colegio de Granada, fija su residencia en Ciudad Real.
2.447.—D. Emilio Holgado Pérez, de nueva colegiación, fija su residencia en Ciudad Real.
2.448.—D. Francisco José Espinosa Lozano, procedente del Colegio de Madrid, fija su residencia en Puertollano.
2.449.—D. Miguel Angel González Cenador, procedente del Colegio de León, fija su residencia en Anchuras.
2.450.—D.^a María Lanos E. Botía Paniagua, de nueva colegiación, fija su residencia en Alcázar de San Juan.
2.451.—D. Ernesto Sofer Liuch, Medicina General, fija su residencia en Ciudad Real.
2.452.—D.^a Clara E. Benito Amador, Rehabilitación, fija su residencia en Ciudad Real y procede del Colegio de Madrid.
2.453.—D.^a Rosario Moya Alarcón, Medicina General, procededel Colegio de Madrid y fija su residencia en Puertollano.
2.454.—D.^a María Victoria Sánchez Moro, Endocrinología, del Colegio de Madrid, fija su residencia en Puertollano.
2.455.—D. Juan Antonio Muñoz Berenguer, del Colegio de Córdoba, fija su residencia en Valdemanco. Medicina General.
2.456.—D. Manuel Luis Aveillanas Chavala, Medicina Interna, del Colegio de Huesca, fija su residencia en Ciudad Real.
2.457.—D.^a María Isabel Armingo Sánchez, Medicina General, fija su residencia en Puertollano.
2.458.—D.^a Matilde Ubero Hernán, Medicina General, procede del Colegio de Madrid y fija su residencia en Villahermosa.
2.459.—D.^a María Mercedes Langreo Navarro, Medicina General, del Colegio de Madrid, fija su residencia en Ciudad Real.
2.460.—D. José María Alises Moraleda, Medicina General, fija su residencia en Herencia.
- 2.201.—D. Alfonso Yuste Carrera, con residencia en Puertollano, baja por traslado al Colegio de Madrid.
1.831.—D. Juan Mario Martínez Contreras, con residencia en Calzada de Calatrava, baja por traslado al Colegio de Vizcaya.
2.073.—D. José M.^a Vilchez Lafuente, con residencia en Puertollano, baja por traslado al Colegio de Madrid.
764.—D. Carlos Rojas Dorado, baja por jubilación.
2.419.—D.^a Silvia Ruiz Catalá, con residencia en Almagro, por traslado al Colegio de Madrid.
2.418.—D. Manuel Alcalde Gutiérrez, con residencia en Almagro, por traslado al Colegio de Madrid.
2.200.—D. Manuel Mira Merlo, con residencia en Ciudad Real, solicita baja por traslado al Colegio de Madrid.
2.029.—D.^a Juana Francisca Mingarro Bernat, con residencia en Puertollano, solicita baja por traslado a Castellón.
1.940.—D. Virilo Jesús Tejedor Fernández, con residencia en Ciudad Real, baja por traslado a Sevilla.
2.209.—D.^a Sonsoles Andreu Álvarez, con residencia en Alcázar de San Juan, baja por traslado al Colegio de Madrid.
2.015.—D.^a Antonia Ruiz Diaz, con residencia en Ciudad Real, baja por traslado al Colegio de Zaragoza.
2.100.—D. Clemente Perea García, con residencia en La Cañada, baja por traslado al Colegio de Madrid.
1.627.—D. José Alberto Roza Ruiz, con residencia en Valdepeñas, baja por fallecimiento el 26-1-84.

B A J A S

ACTIVIDAD DEL CONSEJO GENERAL

Anteproyecto de Ley General de Sanidad

La Organización Médica Colegial no debe por menos, antes de entrar a informar el Anteproyecto de Ley General de Sanidad, manifestar su pesar y malestar por no haber sido llamada para ser parte integrante del grupo que ha participado en la elaboración del referido Anteproyecto de Ley. De hecho, la vigente Ley de Colegios Profesionales y los Estatutos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, aprobados por R. D. 1018/80, configuran a la Organización Médica Colegial como entidad de Derecho Público a la que, entre sus funciones específicas, se le otorga la de colaborar y participar con la Administración en la elaboración de los programas sanitarios, siempre que sean de la competencia de su profesión, y es evidente que la configuración del nuevo sistema sanitario que se preconiza en este Anteproyecto de Ley General de Sanidad, es de la competencia de los Médicos, puesto que éstos, son los llamados a desarrollar y prestar la asistencia sanitaria.

Abordamos el análisis de este Anteproyecto de Ley General de Sanidad, desde perspectivas que van a abarcar sus aspectos jurídicos y entre ellos el tratamiento de su posible inconstitucionalidad, aspectos técnico-sanitarios y deontológicos y los problemas de su financiación.

I

ASPECTOS JURIDICOS

La Constitución como norma suprema tanto de los poderes públicos como de los ciudadanos, tiene reconocido en su articulado el derecho a la protección de la salud, la libertad de empresa y economía de mercado, la libertad individual, garantiza la seguridad jurídica, así como reconoce y garantiza el derecho de autonomía de las regiones. Derechos y garantías que en mayor o menor medida se han visto lesionados en ese Anteproyecto de Ley General de Sanidad.

El Estado tiene, porque así se lo reconoce la Constitución, la competencia en exclusiva para establecer las bases y coordinación general de la Sanidad, imponiéndose por tanto que analicemos:

1.—El concepto de la Legislación básica.

La futura Ley General de Sanidad es una Ley básica. Así viene impuesto por la delimitación de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas, y así se reconoce en el art. 2.1, del Anteproyecto.

Ahora bien, según doctrina del Tribunal Constitucional a partir de las sentencias de 28 de julio de 1981 y 28 de enero de 1982, debe concebirse una «concepción material» del concepto de bases, esto es, las «normas no son básicas por el mero hecho de estar contenidas en una Ley y ser en ellas calificadas como tales, sino que lo esencial del concepto de bases es su contenido».

Lo característico del sistema de legislación básica por parte del Estado radica en el concurso de dos Centros territoriales de poder para la regulación de una misma materia, en este caso la Sanidad (art. 149, 1, 16, de la Constitución), regulación global que ha de nutrirse con normas de las dos procedencias. La sentencia constitucional de 23 de diciembre de 1983 lo ha dicho expresamente: la regulación final es siempre resultado de la actividad concurrente del Estado... y de las Comunidades Autónomas, tiene, pues un «carácter bifronte», no es ni «intracomunitario» ni «extracomunitario».

De esta forma, la normación básica ha de establecer «el marco de una política global» (sentencia constitucional de 4 de noviembre de 1982) sobre la materia de que se trate, de una concepción unitaria de su régimen, sin que ello implique un uniformismo estricto. Hay una disociación entre básico y desarrollo de lo básico, entre política global y políticas propias.

La regulación básica supone «un común denominador normativo», se ha dicho, «a partir del cual cada Comunidad Autónoma en defensa de sus propios intereses generales, podrá establecer las peculiaridades que le convengan» (sentencias del Tribunal Constitucional de 28 de enero, 8 de julio y 30 de noviembre de 1982).

Pero esa regulación nacional no ha de agotar toda la normación mediante un uniformismo completo, por el contrario, la Constitución ha querido que esa uniformidad se reduzca a lo «básico». Y que tras ese nivel pueda y deba jugar el particularismo propio de cada Comunidad. Así la sentencia del Tribunal Constitucional de 28 de abril de 1983 dice que «nunca la fijación de bases debe llegar a tal grado de desarrollo que dejen vacías de contenido las correspondientes competencias de las Comunidades...». Por tanto, las Comunidades Autónomas tienen derecho a una «política propia», y no de simple particularización de un mandato.

El Anteproyecto de Ley no se ajusta a los principios expuestos. Dice en su preámbulo: «lo que puede una Ley básica es definir qué competencias retiene el Estado». Luego si se retienen competencias se produce o una exclusión de las Comunidades Autónomas o una concurrencia, de tal forma que las Comunidades tienen que desarrollar o ejecutar lo básico, que no es precisamente la interpretación que ha dado por el Tribunal Constitucional a las bases o a la legislación básica del art. 149 de la Constitución.

En definitiva, el borrador del Anteproyecto de Ley de Sanidad infringe uno de los principios constitucionales más importantes: el de autonomía política.

En esta misma línea hay que señalar la extensión de competencias de las Comunidades Autónomas a costa de la de las Entidades Locales, y así se dice en el preámbulo:

«Sin perjuicio de que el Anteproyecto disponga la organización de los Servicios de Salud bajo la exclusiva responsabilidad de las Comunidades Autónomas, ordenando incluso la integración en aquellos de centros y establecimientos que antes venían siendo gestionados separadamente por las Corporaciones Locales **el leve efecto centralizador** que pudiera resultar de esta medida, se compensa otorgando a las Corporaciones Locales un efectivo derecho a participar en el control y en la gestión de las Areas de Salud, que se concreta en la incorporación de representantes de las mismas en los principales órganos colegiados del Area».

En realidad este atentado «centralizador» a las competencias tradicionales de las entidades locales no es tan «leve» como pretende el preámbulo, que trata de justificarlo diciendo que «la experiencia ha probado que la inmensa mayoría de las Corporaciones Locales no están en condiciones de atender sus responsabilidades tradicionales». Hecho en buena parte cierto, que se trata de superar no por la vía de facilitar unos medios hoy por hoy insuficientes, sino por la más rápida y espedita de la eliminación de competencias para atribuírselas a las Comunidades Autónomas.

Este afán por restar competencias a las Corporaciones Locales y atribuírselas a las Comunidades Autónomas podría ser contrario al principio de autonomía local, consagrado en los art. 137, 140 y 141 de la Constitución. Dejan a las Corporaciones Locales en un vacío competencial en materia sanitaria que podría contrariar **el principio de la garantía institucional de la autonomía local** que el Tribunal Constitucional reconocía en la sentencia de 28 de julio de 1981 declarando inconstitucional la Ley 6/80 de la Generalidad de Cataluña.

2.—El derecho a la protección de la salud.

En este Anteproyecto de Ley General de Sanidad se pretende regular el mandato constitucional que impone el reconocimiento de derecho a la protección de la salud. Desde un punto de vista formal conviene indicar, que el enunciado o epígrafe con que se introduce el Título Preliminar «El Derecho a la Salud» no se corresponde en modo alguno con el principio fundamental de la Constitución que reconoce simplemente «el derecho a la protección de la salud» y de tal forma debiera figurar en este Anteproyecto.

Por su parte al ser el derecho a la protección a la salud, un derecho fundamental, la ordenación básica de la Sanidad reclama un tratamiento único en todo el Estado. «Todos los españoles», dice el art. 179.1, de la Constitución «tienen los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio nacional». La Ley de Sanidad por lo tanto habrá de contener las normas que garanticen el principio fundamental de igualdad, de tal forma, que todos los españoles, cualquiera que sea la Comunidad Autónoma a que pertenezcan han de estar sujetos a un régimen de igualdad a la hora de participar en las prestaciones del Servicio Nacional de la Salud, y a la hora de soportar las limitaciones e intervenciones reguladoras en la Ordenación Sanitaria. Ello debe obligar a que se incluya en este Anteproyecto de Ley, una serie de normas sobre el Estatuto Jurídico del administrado.

De la letra de la Constitución (art. 43.2) se desprende claramente que son los Poderes Públicos los llamados a «organizar y tutelar» la salud pública, lo que comporta la organización y tutela de las prestaciones sanita-

rias. Sin embargo nada se dice en ella, sobre que el Estado esté también obligado a gestionar la salud pública, y por ende las prestaciones sanitarias y menos aún se puede interpretar que la Constitución le imponga la obligatoriedad de una prestación sanitaria gratuita. En el preámbulo se establece el reconocimiento del derecho a obtener las prestaciones del sistema sanitario, «si bien por razones de crisis económica que no es preciso subrayar, no generaliza el derecho a obtener gratuitamente dichas prestaciones sino que se programa su aplicación paulatina».

Esta interpretación, consideramos que no es la que se debe deducir de la Constitución, en base a los siguientes argumentos:

a) En ningún precepto constitucional se dice que la asistencia sanitaria deba ser gratuita. Se entiende que si el legislador hubiera querido darle tal carácter lo hubiera hecho constar expresamente, como lo hizo constar en el art. 20.4, de la Constitución, con respecto a la enseñanza.

b) El art. 43 de la Constitución impone al Estado la obligación de velar por la salud ciudadana y de organizar y tutelar los servicios sanitarios, pero no señala que éstos, vengan marcados por el principio de la gratuidad.

c) Tan es así, que los propios redactores del proyecto preveen en el art. 74 la posibilidad que en «atenciones o prestaciones sanitarias»... «deban ser satisfechas por los interesados», lo que sería inconstitucional si el concepto de gratuidad estuviera implícito en la Constitución vigente.

Aun reconociendo que la filosofía que inspira el principio de gratuidad en las prestaciones sanitarias, sea sumamente válida y beneficiosa para todos los ciudadanos, no es menos cierto que ese carácter de gratuidad no le viene impuesto al Estado por la Constitución, ni que tampoco y en «la aplicación paulatina de la misma» sea el Estado el llamado a gestionarla.

3.—El derecho a la libertad individual y el principio de libertad de empresa.

El carácter eminentemente estatalizador y centralista que inspira este Anteproyecto, así como la marcada estructura colectivista del mismo, hace que el reconocimiento de las libertades individuales del ciudadano, y el principio de libertad de empresa queden sumamente limitados, así como incluso se limita la iniciativa privada.

Dicha forma de conceptuar el sistema sanitario, afecta en un doble aspecto a la filosofía de libertad y de democracia que inspira nuestra Constitución.

Por el primero, se mutila el aspecto personalista que late en el derecho individual de protección a la salud a que se refiere el art. 43.1 de la Constitución, al contrefiarse innecesariamente al ciudadano al tener que acudir a unos determinados servicios con exclusión de cualesquiera otros, lo que representa una auténtica negativa al ejercicio de su libertad y de sus posibilidades de elección, todo lo cual viene a suponer una gratuita limitación a los principios de libertad personal inspiradores de nuestra Constitución.

La intervención pública en relación con la salud individual y colectiva, olvida algunos de los principios informantes de toda la intervención administrativa de la actividad privada. En el Anteproyecto al referirse a las limitaciones de los derechos individuales «por razones sanitarias» debería expresar los supuestos en que son posibles tales limitaciones, en lugar de la fórmula genérica «de acuerdo con lo dispuesto en la Ley». Puesto que

es ésta Ley Básica la que debe regular las formas de intervención, con sujeción a los principios constitucionales.

De igual forma cuando se alude a las limitaciones de carácter administrativo (art. 16.1), éstas deberían establecerse para ser congruentes con el principio de legalidad. En el mismo sentido y referido ahora al principio de tipicidad que se consagra en el art. 25 de la Constitución, deberían delimitarse los supuestos de faltas y sanciones (art. 16.2). Por otro lado, el precepto tal y como viene redactado podría dar lugar a interpretaciones contrarias al principio **non bis in idem**, reconocido por el Tribunal Constitucional (sentencia de 13 de enero de 1981), en virtud del cual no puede sancionarse en vía penal ni en vía administrativa el mismo hecho.

De otro lado, al ser los poderes públicos los llamados a gestionar y proporcionar directamente las prestaciones sanitarias, la iniciativa particular y privada queda relegada en tal medida, que solo va a existir de forma subsidiaria y con carácter residual. El Anteproyecto no respeta el principio de libertad de empresa y economía de mercado que reconoce el art. 38 de la Constitución. Aunque no se establezca ninguna prohibición, esta libertad de empresa queda condicionada en base a lo siguiente:

a) El art. 81 de este Anteproyecto, somete la instalación y funcionamiento de establecimientos sanitarios privados a un régimen de autorizaciones administrativas. Ahora bien, al ser el otorgamiento reglado así debe fijarse en la Ley estableciendo los requisitos o circunstancias de que dependa el otorgamiento de la autorización. Lo contrario, indicaría una total discrecionalidad de los poderes públicos en las citadas autorizaciones.

b) Se pretende someter a los establecimientos sanitarios, junto a lógicas y necesarias inspecciones, a procedimientos de control y evaluación sin definir los principios básicos de dichos controles y evaluaciones. Sobre este tema se llama expresamente la atención en razón de que en algún momento la Administración ha pretendido someter a los establecimientos sanitarios privados a procedimientos de auditoría, cuestión que ha sido rechazada por entender que se trata de intromisiones intolerables en la gestión interna de las empresas. El intervencionismo iría más lejos del principio de libertad consagrado constitucionalmente (art. 1.1. 9.2).

c) También en el art. 81, se atribuye a la Administración sanitaria una serie de facultades en orden al cierre, intervención y control de establecimientos, que en términos en que están propuestos suponen una total discrecionalidad de los poderes públicos y una total indefensión de las empresas sanitarias.

El que dentro de los centros sanitarios se establezca una distinción, con diverso tratamiento, en razón de la existencia o no de fin de lucro, muestra hasta qué punto se hace prevalecer criterios ideológicos sobre los asistenciales o económicos, lo cual es intolerable a la luz de la Constitución que reconoce la libertad de empresa sin distinguir en razón del lucro. Y desde luego es contrario al principio constitucional de igualdad de la Ley.

d) Al establecerse en la práctica un monopolio de prestación de servicios sanitarios, y propugnarse (art. 57) una extensión del sector público sanitario, se está de alguna manera impidiendo el ejercicio de la libertad de empresa. En tal sentido debe tenerse presente la reiterada doctrina (art. 38 en relación con el 128 de la Constitución), según la cual los poderes públicos tienen que crear las condiciones necesarias que hagan posible el ejercicio del derecho.

4.—El principio de seguridad jurídica.

El cambio de naturaleza jurídica que supone la relación de empleo y que se impone al personal del Servicio Central de la Salud y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, entre el que en la actualidad tiene de «estatutario» y el que en este Anteproyecto se impone de carácter laboral, no puede definirse más que como vulnerante del principio de seguridad jurídica programado en la Constitución (art. 9).

En efecto, el art. 75 de este Anteproyecto de Ley con una inconcreción que raya en la más absoluta indefensión, solo establece que la relación de empleo será laboral. Nada se dice de los derechos adquiridos. Se deja la regulación de la relación laboral a lo que se disponga en el Estatuto-Marco, cuyas características se desconocen. De nuevo será la Administración la que cuando quiera y como quiera decida las condiciones, circunstancias y requisitos de esa relación laboral impuesta. Sin embargo, no existe norma alguna por la que se pueda someter a todo el personal sanitario a un régimen laboral, a diferencia del régimen del personal al servicio de las Administraciones Públicas, que se someten al régimen funcionarial, al Estatuto de la Función Pública.

Abundando en ello, hay que distinguir, porque la Constitución así lo hace en sus arts. 35 y 36, entre los trabajadores en general y los trabajadores que ejerzan profesiones tituladas. Es evidente que todos son trabajadores, pero sin embargo los principios y normas por los que se rijan deberán ser distintas. Cuando el art. 35.2 de la Constitución, dice, que la Ley regulará un Estatuto de los Trabajadores, como así lo hecho, y en ese Estatuto se ha dado carácter laboral a la relación de empleo existente entre empresa y trabajador, no puede, en cambio, con carácter general decirse lo mismo y aplicárseles los principios del Estatuto del Trabajador —relación laboral—, a aquellos trabajadores que ejerzan profesiones tituladas. De hecho el art. 36 establece a su vez, que la Ley regulará el ejercicio de las profesiones tituladas y, por lo tanto, exige una regulación especial que puede ser un Estatuto-Marco —como hasta hoy es el Estatuto Jurídico—, pero que no tiene que orientarse en el principio inspirador del Estatuto del Trabajador, que le otorga naturaleza y carácter laboral a cualquier relación de empleo.

Los profesionales sanitarios pueden necesitar un Estatuto-Marco, pero en ningún caso una relación laboral.

Por otra parte, los derechos adquiridos del personal sanitario en régimen «estatutario» deben quedar necesariamente salvaguardados en este Anteproyecto de Ley, como de hecho quedan los de los funcionarios sanitarios al Servicio de las Administraciones Públicas y Entidades Gestoras de la Seguridad Social.

5.—El carácter genérico específico del Anteproyecto.

El Anteproyecto adolece, en algunas partes, de un carácter eminentemente genérico, en otras de un carácter excesivamente específico.

El carácter genérico conlleva, incluso, al olvido de algunos principios constitucionales, como es el de legalidad. Incluso determina la incertidumbre sobre la naturaleza del nuevo Servicio Nacional de la Salud, que debería ser regulado con más detalle, sobre todo en algunos aspectos de la actividad en que se concreta, como por ejemplo los servicios hospitalarios, a los que dedica unos preceptos de contenido muy general (art. 56 y sgt.).

Ese carácter genérico de algunos preceptos, deberá ser concretado, sobre todo después de la doctrina que ha sentado el Tribunal Constitucional, antes señalada, en el sentido de que «lo esencial de las bases es su contenido». De tal forma que haya un «común denominador normativo» a partir del cual, posteriormente, se puedan «establecer las peculiaridades» que convengan (sentencia de 28 de enero de 1982).

Pero por otro lado, el Anteproyecto establece unos aspectos excesivamente concretos y específicos, y así, como «resorte» dice el preámbulo, del Servicio Nacional de la Salud se crea el Consejo Interterritorial de Sanidad, y se organiza el Servicio Sanitario de las Comunidades Autónomas (art. 39, entre otros). Lejos de establecer las «pautas» organizativas a las que se refiere la exposición de motivos, lejos de establecer principios o bases, lejos de todo ello, lo que se hace es organizar, es concretar y obligar a un tipo específico de organización de la salud, con lo que se vulnera el principio constitucional de autonomía.

6.—Disposiciones finales.

Comentario especial merece la Disposición Final séptima, sobre supresión de los partidos sanitarios cerrados, pues sin unas normas de derecho transitorio que respete los derechos adquiridos, puede crearse un auténtico caos en el ámbito de la Medicina Rural.

Por último, destacar el contenido de la Disposición final quince, que da luz verde al Gobierno para modificar mediante Real Decreto, cuanto tenga a bien, sobre el ejercicio de las profesiones sanitarias tituladas.

Es de difícil entendimiento esta Disposición final, en relación con el derecho al ejercicio libre de las profesiones sanitarias que se recoge en el art. 70 de este Anteproyecto, y que a su vez nos remite a los arts. 35 y 36 de la Constitución. En efecto, el art. 36, establece que por Ley se regulará el ejercicio de las profesiones tituladas, así como por Ley se regula la existencia, funcionamiento y competencias de los Colegios Profesionales, siendo una de ellas la ordenación de la actividad profesional de los colegiados, que no son otros sino todos los profesionales sanitarios Médicos titulados.

II

ASPECTOS TECNICO-SANITARIOS

1.—Predominio del dogmatismo sobre la técnica.

El Anteproyecto trata de implantar un modelo diseñado en base a unas consideraciones preestablecidas y rígidas de carácter ideológico, que se tratan de proyectar a la realidad sanitaria española con la inflexibilidad que emana de su concepción y consideración dogmática.

La propia exposición de motivos trata de justificar la idoneidad de la reforma que se ofrece en base a un análisis parcial, fragmentado y equivocado de la evolución sanitaria española; en ella se sitúa el interés y el protagonismo del Estado por encima de los derechos y el interés de los ciudadanos, se silencian las conclusiones lógicas del proceso histórico español mediatizado por el exceso estatalizador y la consiguiente falta de libertades personales, y en las referencias al contexto internacional se ocultan cuales son los principios imperantes actualmente en la Europa

comunitaria, dado que el Anteproyecto asume otros totalmente divergentes.

La concepción ideológica de la futura configuración sanitaria española, se concibe dogmáticamente, sin pragmatismo y sin que se otorgue la debida atención a la valiosa experiencia que ofrece el pasado y el presente de la realidad sanitaria española; e, igualmente, sin toma alguna en consideración de los criterios técnicos imperantes y admitidos en España y en los demás países de nuestra órbita geográfica y cultural.

2.—Concepción estatalizadora.

Consecuente con los condicionantes antedichos, el Anteproyecto preconiza un modelo sanitario totalmente estatalizador, fundamentado en que toda actividad sanitaria y asistencial se protagonizada en exclusiva por los Poderes Públicos y, a su vez, que tal acción monopolizadora se realice bajo la directriz que establezca el Estado.

La consecuencia más directa de dicha concepción, es la supresión práctica de cualquier posibilidad seria de actuación a la iniciativa privada e, incluso, la nacionalización —encubierta pero efectiva— de los medios sanitarios y asistenciales existentes en el sector privado.

Mediante la aplicación de las reglas contenidas en el Anteproyecto, se extenderá la asistencia sanitaria pública a todos los españoles, y se prestará exclusivametne por organismos públicos. Mientras que el primer aspecto ha de ser considerado como positivo, el segundo aspecto conduce a la burocratización y la ineficacia derivada de la carencia de competencia, a la par que reduce los medios y las posibilidades asistenciales del país.

Una más exacta comprensión del modelo resultante del referido Anteproyecto se obtiene de la consideración de las características que son propias a tal modelo y que, en síntesis, son las siguientes:

a) Se monopolizan en favor del Estado todos los medios y recursos sanitarios, tanto personales como materiales.

b) Se monopolizan por el Estado la práctica totalidad de los recursos financieros que se generen con finalidad sanitaria.

c) La gestión de los servicios y de la asistencia se monopoliza en órganos y centros de carácter y dependencia pública.

c) Se monopoliza al enfermo por parte del Estado.

e) Se desconoce la libertad personal y el derecho a la intimidad del enfermo y de los potenciales usuarios.

f) Aun cuando continua reconociéndose el derecho a la protección de la salud, su efectivo ejercicio continua despersionalizado —como en la actual Seguridad Social— al enmarcarse en la pertenencia de cada persona al colectivo poblacional de una determinada área estructurada con criterios burocráticos.

g) Se desaprovecha el potencial que supone la iniciativa privada, y se coloca en grave riesgo de supervivencia a los medios y recursos sanitarios que ha ido generando la dinámica social e, incluso, se llega a cercear su posibilidad de contribución al acervo sanitario nacional.

Por su parte la Seguridad Social —aún cuando el juicio anterior debe entenderse sólo en términos comparativos con el Estado—, al estar completamente estatalizada en el ámbito extrahospitalario viene ofreciendo una organización asistencial ineficaz, obsoleta y deshumanizada; y en el ámbito hospitalario ha sido y es la obsesión estatalizadora, monopolizante y

autárquica, del sistema sanitario vigente desde 1942 en España, la verdadera causante de los problemas que afectan a nuestra asistencia sanitaria. El modelo que persigue el Anteproyecto, al responder aún a criterios más estatalizadores y burocráticos que los de la Seguridad Social, depara para el futuro español unos niveles sanitarios y de masificación deshumanizadora más fuertes aún que los actualmente conocidos.

3.—Burocratización de la Sanidad.

Consecuencia lógica y directa de cuanto antecede es la burocratización —creciente en el caso español— de la acción sanitaria.

La filosofía de actuación en que descansa el diseño proyectado responde miméticamente a la hasta ahora existente en la Seguridad Social. El concepto básico de actuación es la división geográfica y la agrupación y encuadramiento de la población en bloques asistenciales de rígida concepción y pertenencia obligada, lo mismo que en la actualidad, con la única variación de las denominaciones y nomenclatura de las referidas divisiones, cuya misión y finalidad no es otra que la de «que pueda llevarse a término desde dichas demarcaciones la gestión administrativa» (art. 44). El enfermo, el Médico y todo el dispositivo asistencial sólo tienen relevancia en cuanto que forman parte de un organigrama burocrático y colectivista.

El Proyecto no es una reforma, dado que su única virtualidad básica reside en la actualización y reforzamiento de las líneas conceptuales que han animado a nuestra Seguridad Social durante estos últimos cuarenta años.

Los defectos de la Sanidad española, y el preocupante nivel de insatisfacción social que produce entre los ciudadanos, tienen su origen y motivación en la agobiante burocratización de la acción sanitaria pública, producto lógico y natural de la estatalización imperante.

Pues bien, a pesar de la experiencia propia y la de los demás países europeos, el Anteproyecto vuelve a incidir con mayor énfasis y fuerza. Si cabe, en el origen de nuestros problemas sanitarios, con lo que lógica y previsiblemente continuaremos disponiendo de una organización sanitaria ineficaz, masificada y deshumanizada, con un alto costo económico de mantenimiento.

4.—Colectivización del derecho sanitario.

La realidad sanitaria constata la existencia de dos planos en el derecho a la protección de la salud, uno individual o personal y otro colectivo o comunitario. Como consecuencia de la estatalización de la asistencia, que trata de intensificarse, la atención a ambos planos del derecho sanitario se instrumenta bajo criterios colectivizadores, con olvido y desconocimiento del aspecto personal y de la intimidad individual que concurre en amplias parcelas de la asistencia sanitaria.

5.—Limitación de las libertades personales.

El Anteproyecto, no reconoce ninguna de las libertades básicas personales del enfermo y del usuario potencial de los servicios sanitarios, que son propios de la sociedad desarrollada y democrática, y constituyen la regla común y habitual en los países de la Europa Comunitaria. No se reconoce efectivamente ni el derecho del enfermo a la elección de Médico, ni el principio de libre elección de centro hospitalario.

Respecto del primero de los indicados derechos, el Anteproyecto se manifiesta con una enorme vaguedad e imprecisión, y en clara regresión a la situación actual que es, en la práctica, manifiestamente insuficiente.

Mientras que la legislación actual reconoce el derecho de libre elección de Médico General y de Pediatra, así como de Tocólogo, y abre la posibilidad de su extensión a otros supuestos, el art. 12 del Anteproyecto ciñe la libre elección «en el contexto de un equipo con responsabilidad territorial delimitada». En consecuencia, los españoles sólo podrán escoger facultativo entre los Médicos asignados al equipo territorial del correspondiente centro, excluyendo toda posibilidad de ampliación de la libre elección a otros ámbitos asistenciales.

El Anteproyecto no reconoce la posibilidad de elección de hospital por parte del usuario por lo que, como en la actualidad, los enfermos habrán de ser asistidos en el centro que indique y determine la Administración Pública, a diferencia de lo que sucede en los países de la Europa Occidental.

Desde el punto de vista técnico para alcanzar eficacia y calidad asistencial es fundamental restablecer el principio de la confianza mutua entre Médico y enfermo, e implantar un sistema de competitividad basado en la eficiencia asistencial y en el trato humanizado, que sólo son posibles en un modelo que incluya en su máxima extensión la libertad de elección de Médico y centro hospitalario. Al no cumplirse estas características en el proyecto se considera que el objetivo de humanización que reconoce el art. 10 no pasará de una mera declaración retórica, y se mantendrá y progesará la actual masificación y deshumanización de la asistencia.

6.—Politización del sistema asistencial sanitario.

El Anteproyecto, atribuye a todos los niveles el peso específico de las decisiones de contenido sanitario a órganos colegiados de neta composición política, con supresión prácticamente absoluta de la participación de los estamentos o personas poseedoras de conocimientos técnicos en materia de Sanidad y Salud. Los profesionales poseedores de los conocimientos técnico-sanitarios que otorgan la adecuada titulación y la especialización en las diversas áreas del conocimiento científico y técnico, quedan en la práctica totalmente excluidos de los órganos de dirección y de control del sistema sanitario. Lo mismo cabe decir de sus respectivas organizaciones profesionales.

La conclusión a que conduce tal posicionamiento es que los profesionales de la Medicina y demás titulados en las disciplinas sanitarias, quedan orgánicamente excluidos de la dirección, asesoramiento y del control de la gestión sanitaria, dejándola de forma exclusiva en manos de representaciones laborales, de la Administración y de los órganos políticos. Paradójicamente con absoluta carencia de rigor técnico-científico, las responsabilidades sanitarias se transfieren al sector político-administrativo, con daos sociales de dimensiones incalculables.

7.—Infrautilización de los medios disponibles.

Toda iniciativa surgida de la sociedad con finalidad sanitaria, es postergada salvo la emanada de la Administración pública. La estructura asistencial se fundamenta en el establecimiento de una red pública de centros, al propio tiempo que los medios y recursos mantenidos por la iniciativa particular quedan subordinados al carácter de subsidiarios de los públicos.

La aplicación de este criterio, supone, por un lado, la no utilización o la infrautilización de medios asistenciales sanitarios distintos o ajenos a los del Estado y de más poderes públicos, con todo lo que ello representa, habida cuenta de la situación por la que atraviesa la asistencia extrahospitalaria española y el bajo índice de camas hospitalarias en función del número de habitantes.

Por otra parte, la aplicación de este criterio determinará una reducción de los niveles de calidad asistencial y de humanización del trato al enfermo en los centros del sector público, como consecuencia de la eliminación de la competitividad con otros centros de diferente titularidad que sirvan de comparación y de estímulo.

8.—Negación de la autonomía hospitalaria.

El sistema centralizado y rígido que perfila el Anteproyecto viene a imposibilitar, en la práctica, el establecimiento de la autonomía hospitalaria, entendida como la posibilidad de cada hospital de autodefinir sus fines y objetivos y de disponer de suficiente capacidad de gestión y administración.

Dicha autonomía, al suponer el establecimiento de pautas para la responsabilización del hospital en cuanto a sus niveles de calidad, resultados sanitarios y aceptación social por parte de los usuarios, generaría una deseable competitividad entre los centros. Al no reconocerse resulta previsible que persistirá la situación de irresponsabilidad que actualmente afecta al ámbito hospitalario como característica de su sector público.

9.—Ignorancia de las aspiraciones de los ciudadanos.

El Anteproyecto trata de perpetuar la sistemática asistencia iniciada en 1942 y basada en la utilización prioritaria de centros y equipos oficiales.

Sus resultados han puesto en evidencia un conocido grado de insatisfacción por parte de los usuarios del sistema y han motivado una fuerte tendencia a sustituir la asistencia oficial por otra de carácter privado.

Las encuestas realizadas demuestran que el ciudadano español en gran mayoría es partidario de la asistencia sanitaria en estructuras ajenas a las oficiales y desea tener más amplias posibilidades de elección asistencial que las que le pueden proporcionar los rígidos márgenes de la estructura oficial.

El Anteproyecto no permite el cumplimiento —siquiera mínimo— de ninguno de estos deseos y preferencias de los ciudadanos españoles ante lo que puede afirmarse, sin paliativo alguno, que el modelo no responde en absoluto a las lógicas aspiraciones de los usuarios.

10.—Encarecimiento de la asistencia.

La sanidad española al quedar constreñida a los medios públicos de acuerdo con la estructura del Anteproyecto, va a experimentar espectaculares incrementos en sus costos. La comparación de los resultados de la gestión pública y privada en el terreno sanitario no permite prever otra consecuencia. La actual realidad española de la Seguridad Social pone de manifiesto que, en 1983, mientras las camas propias de la Seguridad Social, han ofrecido un costo promedio del orden de 17.515 pesetas cama/día, los hospitales ajenos clasificados en el grupo de mayor calidad (Grupo VII-I de la tarifa oficial) han ofrecido un coste de 9.412 pesetas por cama/día,

y que el coste promedio de estos últimos en su conjunto ha sido del orden de 5.500-600 pesetas por cama/día, lo que evidencia el menor costo consecuentes a una mejor administración que ofrece el sector privado sobre el público.

11.—Imprecisión del concepto de sanidad integral.

El concepto integral de la sanidad viene a constituir una de las líneas maestras invocadas por los redactores del Anteproyecto aunque en ningún lugar de su texto puede encontrarse una definición de tal concepto; que esgrime como argumento gratuito para la estatalización de la Sanidad.

El concepto de sanidad integrada no debe suponer el que las diversas funciones de los distintos escalones o áreas hayan de ser realizadas ineludiblemente en un mismo y único espacio físico, o por la misma persona o el mismo equipo; lo cual sólo es factible en los niveles primarios y con carácter elemental, o resulta ser exclusivamente aplicable a sociedades tercermundistas de muy inferior desarrollo y tradición sanitaria al que evidentemente ofrece la situación española. Su aplicación a nuestro caso —basada en consideraciones utópicas— sólo ha de conducir a la regresión y al caos asistencial.

En las sociedades con desarrollo sanitario equiparable al español, también se aplica el principio de sanidad integrada, pero fundamentada en dos pilares básicos: el primero, constituido por el principio de que cada área o nivel debe disponer de la organización y los medios que sus específicas necesidades y técnicas precisen para el cumplimiento de sus fines, evitando la transferencia de responsabilidades a otros niveles o áreas; el segundo, estaría constituido por la coordinación entre los distintos niveles sanitarios y por la intercomunicación entre los mismos, misión que al ser propia de una correcta organización del sistema corresponde a la Administración pública sanitaria.

En España, hasta el presente, no se ha cumplido acertadamente ninguna de estas dos premisas. Con respecto a la primera, la Administración, olvidando la colaboración de las iniciativas sociales ha centrado su atención en la creación de medios propios siempre insuficientes, puesto que las necesidades han ido por delante de los medios. Y, con respecto a la segunda premisa, es claro que la Administración, dedicada a la creación y gestión de una asistencia siempre insuficiente, ha olvidado su principal y fundamental misión de organizar y coordinar el sistema.

En el proyecto el concepto de sanidad integrada no pasa de ser una expresión retórica. Se reincide en los criterios que han impedido hasta ahora la organización y la coordinación que suponen desde nuestro punto de vista una sanidad integral. En consecuencia sólo puede esperarse la evolución hacia una sanidad tercermundista caracterizada por la confusión y la uniformidad asistencial subdesarrollada.

12.—El Anteproyecto es contrario al esquema vigente en los países de la Europa Comunitaria.

Las notas características fundamentales que se desprenden del Anteproyecto comentado, se encuentran en abierta contradicción con lo que es habitual y ordinario en los países del Mercado Común Europeo, en el que pretendemos integrarnos.

En Francia, Bélgica, Alemania Federal y Luxemburgo, existe plena li-

bertad de elección de Médico sin ninguna limitación; en Gran Bretaña, Italia, Dinamarca y Países Bajos, la libertad de elección es amplísima dentro de los Médicos ubicados en una determinada región (la residencia del usuario). En la mayor parte de los países reseñados, no existe ningún tipo de cortapisas para la integración de los Médicos en el sistema de asistencia pública; y en varios de ellos (Francia, Bélgica, Alemania, Luxemburgo y Dinamarca) los Médicos se retribuyen en función del acto médico valorado según tarifas pactadas con las organizaciones profesionales de Médicos.

En la esfera hospitalaria, existe plena libertad de elección de centro hospitalario por parte del enfermo en Bélgica, Francia, Luxemburgo, Países Bajos y Dinamarca; y libertad para la elección entre hospitales públicos y los privados concertados en el resto de los países comunitarios a excepción de Grecia que tiene un sistema cerrado como el español.

En los países comunitarios, con la excepción parcial de Grecia (que admite el régimen de concierto), la asistencia sanitaria pública se dispensa tanto en centros públicos como privados y es el propio enfermo en uso de su libertad quien determina el centro que ha de dispensar la asistencia en la mayoría de los supuestos.

En todos los países citados, con la excepción de Grecia, el sistema descansa en la utilización de todos los medios disponibles y en el estímulo de la calidad del servicio basado en la competitividad.

III

ASPECTOS DEONTOLOGICOS

El Anteproyecto incide sobre cuestiones éticas del ejercicio de la Medicina, perjudicando gravemente el estricto ámbito que ha de tener el secreto profesional, de una parte, y causando, de otra, importantes transgresiones del derecho a la intimidad de la persona.

1.—Secreto profesional.

El inciso final del art. 52 del Anteproyecto alude a la posibilidad de que la historia clínica deba estar a disposición, cuando fuere requerida, «por cualquier instancia sanitaria del Servicio Nacional de Salud». Asombra la ambigüedad y falta de definición de quién pueda ser esa «instancia sanitaria». La ley tendrá necesariamente que precisar qué órgano o persona física, con responsabilidades profesionales concretas, va a estar facultado para poder requerir el delicado conocimiento de la historia clínica. De lo contrario la expresión «instancia sanitaria» es borrosa, inconcreta, deontológicamente inadmisibles y de consecuencias ético-médicas que pueden perjudicar seriamente al sujeto de que se trate.

2.—Derecho a la intimidad.

En el apartado 1, del art. 10, del repetido Anteproyecto se consigna el derecho que tendrán a recabar y recibir información específica respecto de la salud del usuario quienes el Anteproyecto califica de «allegados».

El término «allegados» desde el punto de vista jurídico sólo puede tener su explicación en materia de derecho de familia, al permitir la legislación la igualdad de derechos de la filiación matrimonial y la no matrimonial, plasmada recientemente en el Código Civil, en cuyo art. 161, tal tér-

mino se emplea de soslayo y sin concreción de «status» jurídico alguno. Sin embargo aplicado tal concepto, ya de por sí impreciso, a las relaciones que puedan existir entre la Administración Sanitaria y lo que el Anteproyecto designa como «allegados» constituye una auténtica aberración. La expresión «allegados» puede alcanzar en este caso una vaguedad impropia del campo en que va a ser aplicada, vulnerando el derecho a la intimidad que consagra la Ley Orgánica de 5 de mayo de 1982.

IV

ASPECTOS PRESUPUESTARIOS

La concepción estructural del Servicio Nacional de Salud que contempla el Anteproyecto, habrá de originar un notable aumento del gasto público, si se pretende obtener unos niveles aceptables en las prestaciones sanitarias, no sólo por la estatalización que el modelo comporta, sino también por la insuficiente dedicación de recursos públicos a finalidades asistenciales, y por la insuficiente rentabilidad obtenida de los mismos.

España dedica a la asistencia sanitaria un porcentaje del Producto Interior Bruto inferior al de las naciones de nuestro entorno. Así, mientras que Alemania Federal dedica a tales fines el 10 % de su P. I. B., Francia y Gran Bretaña en torno al 7,5 %, Italia cerca del 5 %, Bélgica el 4,7 % y el conjunto de países de la O.C.D.E. el 4,5 %, los presupuestos sanitarios oficiales de la Seguridad Social española, no sólo distan de los citados porcentajes europeos, sino que en los últimos años ofrecen una tendencia decreciente, al relacionarlos en porcentaje con nuestro Producto Interior Bruto (P.I.B.: 1981, 3,71 %; 1982, 3,69 %; 1983, 3,41 % y 1984, 3,36 %).

Las anteriores consideraciones, evidencian que al exclusivarse las prestaciones sobre los medios públicos que ofrecen un mayor costo, y ante la necesidad social de mejorar nuestros niveles sanitarios y asistenciales, va a resultar insoslayable un aumento del gasto público, con sus directas consecuencias en orden al aumento de la presión fiscal y contributiva del ciudadano español y al incremento de los déficits públicos.

Para la financiación del Servicio Nacional de Salud, de entre las posibles opciones constitucionales, el Anteproyecto se decide por la desvinculación total entre los sistemas de Sanidad y el de la Seguridad Social.

El Anteproyecto establece un régimen de financiación con cargo a los Presupuestos de las Administraciones Públicas, de los que se excluye a la Seguridad Social; en consecuencia, cuando la Ley alcance su plena vigencia no habrá cuotas para atención sanitaria, que se sufragará en su integridad por la vía fiscal o impositiva.

Esta opción, y así se manifiesta a lo largo del articulado, presupone un sistema sanitario de cobertura nacional no integrado por piezas separadas o deslindadas, sino articulado de manera que responda a principios uniformes en todo el territorio, y a una planificación intensa y centralizadora, lo que conlleva irremisiblemente de nuevo a la quiebra del principio de autonomía.

El Anteproyecto observa absoluto silencio en relación con el patrimonio sanitario de la Seguridad Social, a la par que en la Disposición Final Segunda se faculta al Gobierno —aún cuando con aparente temporalidad

limitada— para armonizar y refundir toda la asistencia sanitaria del Sistema de Seguridad Social.

Téngase presente que cuando el Anteproyecto trata de configurar el Servicio Central de Salud le adjudica la gestión de los centros y establecimientos «de titularidad estatal»; y cuando configura los Servicios de Salud de las Autonomías, atribuye a éstos los centros, servicios y establecimientos de la Comunidad Autónoma, Diputaciones y Ayuntamientos y demás Administraciones infracomunitarias. De ahí, que los centros, servicios y establecimientos de la Seguridad Social, al no figurar aludidos en momento alguno parezcan —al menos aparentemente— no afectados por el proyecto normativo que se comenta, ni —aparentemente— integrados en el Servicio de Salud. Esto se explica porque la personalidad y patrimonio de la Seguridad Social son diferentes e independientes de los del Estado y demás Administraciones que se citan, según determina la Ley General de Seguridad Social.

Ante ello, puede aventurarse las hipótesis siguientes: Que el Anteproyecto haya pretendido excluir a la Seguridad Social, lo que resulta inverosímil a la vista del talante de sus formulaciones; que se trate de un grave defecto de técnica legislativa, lo que no es admisible dada su entidad e importancia; y que, ante las dificultades técnicas y políticas que entraña una expropiación como la que supondría tal medida, el Anteproyecto lo haya eludido, por el momento.

* * *

Habida cuenta del análisis crítico realizado de los aspectos jurídicos, técnico-sanitarios, deontológicos y presupuestarios que el Anteproyecto comporta, la Organización Médica Colegial no considera pertinente entrar en el análisis pormenorizado del articulado del mismo, pensando que se impone una nueva redacción.

Como Colegio Profesional, prioritariamente implicado, tanto por conocimientos técnico-sanitarios como por la aplicación de la Reforma Sanitaria que la futura Ley configura, la Organización Médica Colegial, de acuerdo con la vigente Ley de Colegios Profesionales ofrece al Ministerio de Sanidad y Consumo su más decidida colaboración para discutir todos y cada uno de los aspectos del Proyecto, con criterio pragmático y posibilista, y con el objetivo de poder lograr a la mayor brevedad la Reforma Sanitaria, que en calidad y eficiencia España necesita, desea y merece.

Dios guarde a V. I. muchos años.

El Presidente, RAMIRO RIVERA



BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO

GACETA DE MADRID

PRESIDENCIA DEL GOBIERNO

REAL DECRETO 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista.

Los estudios de especialización para Graduados Universitarios previstos en el artículo 39.4 de la Ley General de Educación se rigen, en lo que respecta a los Licenciados en Medicina y Cirugía, por el Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, una vez rebejada al rango reglamentario la Ley de 20 de julio de 1955, en virtud de lo dispuesto en la disposición final cuarta de la citada Ley 14/1970, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa, de 4 de agosto.

Los cinco años transcurridos desde la publicación del mencionado Real Decreto han proporcionado una experiencia obtenida en su aplicación que demuestra que es necesario modificarlo para precisar mejor el contenido de alguno de sus artículos y adaptarlos a la realidad actual. Por otra parte, el nuevo Estado de las Autonomías, los acuerdos que habrán de establecerse para la integración en la Comunidad Económica Europea, las directrices de la Organización Mundial de la Salud —orientadas a alcanzar la salud para todos en el año 2000—, el desarrollo de la Ley de Reforma Universitaria, junto con la existencia de un considerable paro de jóvenes Licenciados, obligarán a introducir nuevos cambios en esta legislación. Por estas razones, las innovaciones que se introducen son necesariamente transitorias y pretenden sólo avanzar algo más hasta conseguir en un próximo futuro, la mejor legislación posible en esta materia.

En primer lugar, en este Real Decreto, que deroga el citado Real Decreto 2015/1978, y siguiendo la experiencia de otros países, se efectúa una clasificación de las especialidades médicas en grupos según requieran o no formación hospitalaria y, consecuentemente, se establece una forma de acceso distinta para la formación en cada uno de estos grupos. Para obtener el título de Médico Especialista en las especialidades que requieran, básicamente, formación hospitalaria, se confirma la necesidad de seguir un programa perfecta-

mente establecido como Médico Residente en Centros y Universidades Docentes que cumplan los requisitos adecuados y dado el carácter profesional de la actividad que realiza el Médico Residente, durante todo el período de su formación, se confirma también la necesidad de establecer el correspondiente contrato laboral según la normativa específicamente aplicable.

Se dan, asimismo, las normas que regulan el marco de formación en cada una de las especialidades, estableciendo las bases de los correspondientes programas que tendrán una concreción detallada, lo que permitirá homogeneizar los mismos, impartiendo también las directrices que presidirán los requisitos mínimos que han de cubrir los Centros y Unidades Docentes para desarrollar esta labor formativa.

Se contempla la creación de una Comisión entre los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo para que ésta determine el número de plazas que anualmente deberán convocarse para la formación de Médicos Especialistas, previsión que era difícil establecer con la normativa anterior según la experiencia ha demostrado reiteradamente. Se instaura además un sistema de adjudicación de estas plazas de formación en el que todos los candidatos tienen las mismas oportunidades.

Para las especialidades cuya formación se realiza como Médico Residente se suprime el examen final al término del período global de formación, sustituyéndose por evaluaciones anuales consideradas como método más adecuado a las características del ejercicio profesional que el Médico Residente efectúa. Se ha tenido en cuenta también el favorecer la responsabilidad de los Médicos Residentes en su propia formación, y en este sentido se regula su participación en las Comisiones Nacionales de Especialidad.

Sin embargo, quienes tengan el título de Médico Especialista podrán, a través de un

examen voluntario, obtener el certificado de Médico Especialista Diplomado otorgado por la Comisión Nacional de la Especialidad correspondiente, que será tenido en cuenta en las calificaciones de los baremos para ocupar puestos de trabajo en la sanidad pública.

La plétora de Médicos recién graduados, cuyas expectativas de trabajo hospitalario en la actualidad son muy precarizadas, y la necesidad de potenciar y mejorar la atención primaria de salud, han hecho que los recursos docentes acreditados y que no se utilizan para la formación de Médicos Especialistas, se regulen y puedan ser usados para proporcionar a estos Médicos formación posgraduada básica. Esta formación se tendrá en cuenta en las calificaciones de los baremos para adjudicar puestos de trabajo de atención primaria en la sanidad pública.

Dada la urgente necesidad que nuestra sanidad tiene de Médicos estomatólogos y de especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública, se contempla la posibilidad de obtener el título de estas especialidades no solamente por vía ordinaria, sino también por un procedimiento extraordinario.

Finalmente, dado el carácter selectivo del sistema de especialización que se propone para aquellas especialidades que requieren formación hospitalaria y con la intención de evitar injusticias con aquellos Médicos que pudieran haber adquirido, fuera de este sistema una formación especializada equivalente desde todos los puntos de vista, a la contemplada en el programa de especialización correspondiente, se crea una vía especial, restringida y controlada, para la obtención del título de Médico Especialista. Esta posibilidad no era contemplada en el anterior Decreto y se considera imprescindible para no excluir a nadie capacitado del conjunto de Médicos Especialistas.

En su virtud, a propuesta de los Ministros de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia, de acuerdo con el dictamen del Consejo de Estado, y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 11 de enero de 1984.

DISPONGO:

Artículo 1.º El título de Médico Especialista expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia, sin perjuicio de las facultades que asisten a los Licenciados en Medicina y Cirugía, será obligatorio para utilizar, de modo expreso, la denominación de Médico Especialista, para ejercer la profesión con este carácter y para ocupar un puesto de trabajo en estableci-

mientos o instituciones públicas o privadas con tal denominación. En el Ministerio de Sanidad y Consumo existirá un Registro Nacional de Médicos Especialistas y de Médicos Especialistas en formación.

Art. 2.º La obtención del título de Médico Especialista requiere:

- a) Estar en posesión del título de Licenciado en Medicina y Cirugía.
- b) Haber realizado íntegramente la formación en la especialidad correspondiente con arreglo a los programas que se determinen, en los cuales quedarán claramente especificados y cuantificados los contenidos de los mismos.
- c) Haber superado las evaluaciones correspondientes previstas en el artículo ocho.

En los casos a que se refiere el artículo 18 y la disposición transitoria cuarta; el requisito c) anterior queda sustituido por las condiciones que en dichos preceptos se establecen específicamente.

Art. 3.º Corresponde al Gobierno, a propuesta de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, emitir informes del Consejo de Universidades y del Consejo Nacional de Especialidades Médicas, y oído el Consejo General de Colegio Oficial de Médicos, la creación, cambio de denominación o supresión de las especialidades y de las áreas de capacitación específica que el progreso científico y tecnológico aconseje de acuerdo con las necesidades sanitarias.

Art. 4.º 1. a) En las especialidades relacionadas en los apartados 1 y 2 del anexo, la formación de Médico Especialista se realizará como Médico Residente en Centros y Unidades Docentes acreditadas para desarrollar los correspondientes programas.

Son Médicos Residentes aquellos que, para obtener su título de Médico Especialista, permanecen en los Centros y en las Universidades Docentes acreditadas un período, limitado en el tiempo, de práctica profesional programada y supervisada, a fin de alcanzar, de forma progresiva, los conocimientos y la responsabilidad profesional necesarios para ejercer la especialidad de modo eficiente. Estos Médicos comenzarán su especialización como Residentes de primer año y completarán sucesivamente el programa de formación, siempre que hayan superado satisfactoriamente la evaluación continuada que corresponda.

b) Cuando la formación médica especializada implique la prestación de servicios profesionales en Centros hospitalarios o extrahospitalarios públicos, propios del

Instituto Nacional de la Salud o concertados con este Instituto, y cualquiera que sea la naturaleza pública o privada de las Entidades a que pertenezcan, celebrarán con los interesados el correspondiente contrato de trabajo, de acuerdo con la legislación específicamente aplicable.

2. La formación en las especialidades relacionadas en el apartado 3 del anexo se efectuará como alumno en Unidades Docentes acreditadas para desarrollar los correspondientes programas de formación.

3. Para obtener el título de Médico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública se establecen dos procedimientos:

a) Procedimiento ordinario, que corresponde al contemplado en el número 1, a), del presente artículo.

b) Procedimiento extraordinario, para el que se utilizarán medidas excepcionales para proporcionar las correspondientes enseñanzas teóricas y prácticas de acuerdo con las disposiciones normativas que se dicten en desarrollo de este Real Decreto.

4. Para obtener el título de Médico Especialista en Estomatología se establecen dos procedimientos:

a) Procedimiento ordinario, que corresponde al contemplado en el número 2 del presente artículo.

b) Procedimiento extraordinario, para el que se utilizarán medidas excepcionales para proporcionar las correspondientes enseñanzas teóricas y prácticas de acuerdo con las disposiciones normativas que se dicten en desarrollo de este Real Decreto.

5. Los programas de aquellas especialidades que requieran una formación multidisciplinaria, podrán desarrollarse en Centros que, debidamente asociados, hayan obtenido la correspondiente acreditación.

Ard. 5.º 1. Quienes pretendan iniciar su especialización en las distintas Unidades Docentes acreditadas para la formación en las especialidades enumeradas en los apartados 1 y 2 del anexo, serán admitidos en ellas tras rendir una prueba de carácter estatal que seleccionará a los aspirantes.

2. a) La oferta de plazas de cada convocatoria la elaborará una Comisión Interministerial tras oír a los órganos competentes de las Comunidades Autónomas y las Comisiones Nacionales de cada Especialidad. Dicha Comisión estará integrada por dos representantes del Ministerio de Educación y Ciencia designados por el Director general de Enseñanza Universitaria y dos representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo, uno designado por el Director general de Planificación Sani-

taria y otro por el Director general del Instituto Nacional de la Salud.

b) La oferta de plazas en las diferentes Unidades docentes acreditadas se elaborará anualmente de acuerdo con la capacidad docente acreditada, las disponibilidades presupuestarias, las necesidades sociales de Médicos Especialistas y los compromisos adquiridos a través de Convenios y Tratados Internacionales suscritos por el Estado español.

c) La convocatoria anual se efectuará conjuntamente por los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo.

3. A propuesta conjunta de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo se establecerán las normas que regirán la prueba selectiva. En todo caso, la adjudicación de plazas cuya provisión se convoque será efectuada de acuerdo con la orden decreciente de la puntuación obtenida por cada aspirante y se tendrá en cuenta tanto el resultado de la evaluación que de la prueba selectiva se efectúe de los conocimientos adquiridos durante la licenciatura como la valoración del expediente académico personal del aspirante.

4. Para adjudicar las plazas de formación que correspondan a Centros privados, con o sin concierto con la Administración Pública, será preciso, como requisito previo, que los candidatos acompañen su solicitud con el documento acreditativo de que el Centro respectivo está conforme en admitirles tras superar la prueba a la que se refiere el apartado 1 anterior. Sólo podrá ser denegada esta conformidad cuando en los aspirantes no concurren las condiciones objetivas establecidas con carácter general, a estos efectos, por el correspondiente Centro. Estas condiciones objetivas deberán ser homologadas conjuntamente por los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo previamente a la convocatoria anual.

5. Para acceder a la formación de las especialidades enumeradas en el apartado 3 del anexo, los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo establecerán las normas que, con carácter general, habrán de ser aplicadas por las correspondientes Unidades Docentes acreditadas. Aunque también podrá aplicarse el procedimiento dispuesto en el número 1 del presente artículo cuando, a propuesta de las respectivas Comisiones Nacionales, así lo acuerden ambos Ministerios.

6. En el supuesto de que existieran plazas docentes acreditadas y que no fuesen dotadas económicamente por criterios de planificación o limitaciones presupues-

tarias, éstas podrán ser utilizadas, de acuerdo con lo que se disponga en la Orden correspondiente, para proporcionar un año de formación posgraduada básica a los Médicos que no hayan obtenido plaza para adquirir formación especializada y para la formación continuada de Médicos con práctica profesional. En ambos casos, el haber cursado estas enseñanzas será tenido en cuenta en los baremos para ocupar puestos de trabajo en la sanidad pública. A tal efecto, y como desarrollo de este Real Decreto, se dictarán las normas oportunas.

Podrán asimismo destinarse estas plazas a la enseñanza de los estudios de especialización para súbditos extranjeros que recibirán al término de su formación el correspondiente título de Especialista, que no tendrá validez profesional en España. A tal fin, deberán acreditar que disponen de la financiación propia suficiente para atender a sus necesidades durante todo el período de formación, así como la validez profesional de su título de Licencia en Medicina y Cirugía en España.

7. Los órganos competentes de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo comunicarán al Registro Nacional de Médicos Especialistas en formación los aspirantes al título admitidos a la formación médica especializada.

Art. 6.º 1. Los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, oído el Consejo Nacional de Especialidades, establecerán los requisitos de acreditación que, con carácter general, deberán cumplir los Centros y Unidades Docentes, a efectos de formación de Médicos Especialistas.

2. La acreditación de los Centros y Unidades Docentes deberá ser solicitada por las personas o entidades titulares de los mismos, justificando reunir los requisitos a que hace referencia el número anterior.

3. El Ministerio de Educación y Ciencia, previo informe del Ministerio de Sanidad y Consumo, oído el Consejo Nacional de Especialidades, acreditará los Centros y Unidades Docentes que así lo hayan solicitado de acuerdo con lo dispuesto en los números 1 y 2 del presente artículo; en todo caso, se deberá hacer mención expresa del número de plazas docentes que quedan acreditadas.

4. Las Escuelas Profesionales de Especialización Médica y los Departamentos universitarios reconocidos por el Ministerio de Educación y Ciencia podrán recibir, a petición del Rector de la Universidad correspondiente, y previo acuerdo de la Junta de Facultad y de la Junta de Gobierno, la consideración de Unidades Docentes acreditadas a los efectos que establece este Real Decreto, para lo cual debe-

rán someterse al régimen general de acreditación y demás disposiciones contempladas en éste.

5. La revocación de la acreditación cuando se incumplan los requisitos de la misma será hecha por los mismos órganos que la otorgaron.

Art. 7.º 1. Los programas de formación médica especializada deberán especificar los objetivos cualitativos y cuantitativos que ha de cumplir el aspirante al título a lo largo de los períodos de formación que se establezca con carácter general.

2. Los programas, propuestos por las correspondientes Comisiones Nacionales de Especialidad y ratificados por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, serán aprobados por el Ministerio de Educación y Ciencia, previo informe del de Sanidad y Consumo.

3. El programa de especialización se realizará en un mismo Centro Docente acreditado. Excepcionalmente, el Ministerio de Educación y Ciencia podrá autorizar el cambio de especialidad, previo informe favorable de la Comisión de Docencia y Comisiones Nacionales de Especialidad implicadas, respectivamente, y a petición fundada del interesado.

Art. 8.º 1. a) Los Médicos Residentes en formación, al término de cada año, serán evaluados por la Comisión de Evaluación del Centro. Para la evaluación se tendrá en cuenta el haber cumplido satisfactoriamente el programa previamente establecido y los informes de los responsables de las Unidades Docentes por los que el candidato a Médico Especialista haya rotado. El resultado de estas evaluaciones periódicas será comunicado al Registro Nacional de Médicos Especialistas en formación existente en el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Como desarrollo legal de este Real Decreto se establecerán las normas que han de regular los aspectos relativos a las evaluaciones anuales negativas.

b) La Comisión de Docencia del Centro, terminado el período global de formación, remitirá la evaluación final a la Comisión Nacional de la Especialidad correspondiente, quien propondrá al Ministerio de Educación y Ciencia la expedición del título de Médico Especialista, en el que se hará constar, de modo expreso, el Centro acreditado donde se realizó el período de formación y la duración de la misma.

2. Las Escuelas Profesionales o los Departamentos universitarios que desarrollen los programas de formación de las especialidades enumeradas en el apartado 3 del anexo, establecerán los procedimien-

tos de evaluación que estimen adecuados, debiendo éstos ser aprobados por la Junta de Gobierno de la Universidad en la que estén integrados. Superado el período de formación, las Escuelas profesionales o Departamentos universitarios propondrán al Ministerio de Educación y Ciencia la expedición del título de Médico Especialista.

Art. 9.º 1. El certificado de Médico Especialista Diplomado, otorgado por la Comisión Nacional correspondiente, podrá ser obtenido por quienes estén en posesión del título de Médico Especialista y superen las pruebas oportunas.

Estas constarán de las siguientes fases:

- a) Examen teórico objetivo.
- b) Examen práctico.

2. Estas pruebas se endirán ante un Tribunal calificador que, presidido por el Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad respectiva, estará formado por los Vocales de la misma, pertenecientes a los grupos a), b) y c) de los señalados en el punto 1 del artículo 13 siguiente.

Art. 10. Sin perjuicio de lo dispuesto en los Tratados y Convenios Internacionales, se podrá homologar en España el título de Médico Especialista obtenido en el extranjero, con arreglo a lo que se establezca en las disposiciones conjuntas de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo.

Art. 11. 1. Las Unidades de los Servicios Médicos de los Ejércitos que hayan obtenido la correspondiente acreditación de acuerdo con lo establecido en el artículo 6, podrán desarrollar los programas de especialización médica para quienes hayan ingresado en los Cuerpos de Sanidad de las Fuerzas Armadas.

2. Los programas de formación cumplirán lo aprobado para cada especialidad por el Ministerio de Educación y Ciencia, según lo establecido en el punto 2 del artículo 7.º, a fin de obtener el título expedido por éste.

3. Terminado favorablemente el período global de formación, la Comisión de Docencia del Centro propondrá al Ministerio de Educación y Ciencia la concesión del título de Médico Especialista, que será otorgado, previo depósito de los derechos de expedición correspondientes, y de acuerdo con el procedimiento que se determine. Dicha concesión será comunicada por el Ministerio de Educación y Ciencia al Ministerio de Sanidad y Consumo para que se incluya en el Registro de Médicos Especialistas.

Art. 12. 1. En cada Centro con unidades docentes acreditadas a las que se refiere el presente Real Decreto y para

las especialidades enumeradas en los apartados 1 y 2 del anexo, existirá una Comisión de Docencia con la misión de organizar la formación, supervisar su aplicación práctica y controlar el cumplimiento de los objetivos que conforman el programa.

2. En la Comisión de Docencia, presidida por el Jefe de Estudios y formada por Facultativos que imparten los programas en las diferentes especialidades, estarán representados los Médicos Residentes.

3. Deberán participar igualmente en esta Comisión de Docencia un representante designado por la Administración Pública de donde radiquen los Centros y unidades docentes, acreditadas, así como del personal de los servicios administrativos del Centro. Podrá formar parte de la misma el personal dependiente de otros servicios o unidades asistenciales en los que no se desarrollen programas de especialización, cuando las circunstancias de colaboración en la aplicación de los mismos lo aconsejen, pero sin que tengan derecho a voto en la adopción de los acuerdos.

4. La Comisión de Docencia tendrá establecido un Comité de Evaluación para cada una de las especialidades cuyos programas de formación se estén desarrollando en el Centro con la función de evaluar anualmente a cada uno de los Médicos en formación. En este Comité será obligatoria la presencia del representante de la Administración Pública al que hace referencia el número 3 del presente artículo.

5. La composición y elección de los miembros de las Comisiones de Docencia y de los respectivos Comités de Evaluación se efectuará por medio del procedimiento que determine la Orden correspondiente de desarrollo.

Art. 13. 1. Por cada una de las especialidades médicas que sede terminen existirá una Comisión Nacional de la Especialidad, que tendrá la composición siguiente:

a) Tres Vocales designados por el Ministerio de Educación y Ciencia entre Profesores de las Facultades de Medicina.

b) Tres Vocales designados por el Ministerio de Sanidad y Consumo entre personal facultativo de las Instituciones Sanitarias con unidades docentes acreditadas.

c) Dos Vocales en representación de las Entidades y Sociedades científicas de ámbito estatal legalmente constituidas, elegidos de entre sus miembros.

d) Dos Vocales en representación de los Médicos Residentes de la especialidad

correspondiente, elegidos por ellos mismos, entre los que estén en tercer año de formación en las especialidades de cinco años y en el segundo año en las especialidades de tres o cuatro.

e) Un representante del Consejo General de Colegios Médicos.

2. Cada Comisión Nacional elegirá al Presidente y al Secretario de entre sus miembros.

3. El voto del Presidente tendrá carácter decisivo en caso de empate.

4. Los Vocales de los grupos a), b), c) y e) lo serán por un período de cuatro años, renovándose uno de cada grupo cada dos, excepto el del grupo e), cuya renovación se hará al término de los cuatro años.

5. Los Vocales del grupo d) lo serán por dos años, renovándose al término de los mismos.

6. Los Vocales a que se refiere el presente artículo, excepto los del grupo d), deberán ser Médicos en posesión del título de la especialidad correspondiente a la propia Comisión Nacional.

Art. 14. Corresponde a cada Comisión Nacional en el ámbito de la respectiva especialidad con los asesoramientos previos que estime oportunos:

a) Proponer los programas correspondientes para la formación en cada especialidad y elevarlos para su aprobación a los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo.

b) Proponer, en atención a la naturaleza y peculiaridad de cada especialidad, la duración de su período de formación que, en todo caso, no será inferior a tres años ni superior a cinco para las especialidades enumeradas en el apartado uno del anexo y no superior a tres años para las relacionadas en el apartado 2 del mismo anexo.

c) Informar sobre la convocatoria anual de plazas de Médicos Residentes a la Comisión Interministerial que la elabora.

d) Determinar las pruebas para la obtención del certificado de Médico Especialista Diplomado al que hace referencia el número 1 del artículo 9 de la presente disposición.

e) Nombrar el Presidente del Tribunal calificador de las pruebas a que se hace referencia en el anterior apartado d).

f) Informar de los cambios de especialidad en los casos excepcionales en que exista una petición fundada.

g) Proponer, en su caso, a los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo la aplicación para el acceso a las especialidades enumeradas en el apar-

tado 3 del anexo, lo dispuesto en el número 1 del artículo quinto.

h) Ejercer las funciones que se les atribuyen en el artículo 18, instado en los casos necesarios a los servicios de Inspección de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo para que informen todo lo relativo a los documentos aludidos en dicho artículo.

i) Ejercer las funciones que se les atribuyen en la disposición transitoria cuarta, pudiendo instar a los servicios de Inspección de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, para que informen los documentos aludidos en dicha disposición.

Art. 15. 1. El Consejo Nacional de Especialidades Médicas, órgano consultivo conjunto de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo en el ámbito de las especialidades médicas, estará integrado por los siguientes miembros:

a) Los Presidentes de las Comisiones Nacionales de cada Especialidad.

b) Dos Vocales designados por el Ministerio de Educación y Ciencia.

c) Dos Vocales designados por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

2. Dejarán de pertenecer al Consejo Nacional de Especialidades Médicas quienes perdieran la condición de Presidente de una Comisión Nacional.

3. Los miembros del Consejo Nacional de Especialidades Médicas elegirán entre ellos un Presidente y un Secretario.

4. El Consejo Nacional de Especialidades Médicas podrá funcionar en Pleno o en grupos de trabajo.

5. Uno de los grupos de trabajo que se constituyan tendrá carácter de Comisión Permanente del Consejo con funciones ejecutivas.

Art. 16. El Consejo Nacional de Especialidades Médicas, sin perjuicio de las atribuciones que competen a otros órganos consultivos de los Ministerios de Educación y Ciencia o de Sanidad y Consumo, ejercerá las siguientes funciones:

a) Informar acerca de los requisitos de acreditación que con carácter general, deben cumplir los Centros y unidades docentes que pretendan desarrollar programas de especialización médica.

b) Informar los expedientes de acreditación para la docencia de aquellos Centros y unidades docentes a los que hace referencia el artículo sexto de la presente disposición.

c) Ratificar los programas propuestos por las correspondientes Comisiones Na-

cionales de Especialidad, y elevarlos al Ministerio de Educación y Ciencia para su aprobación, previo informe del Ministerio de Sanidad y Consumo.

d) Informar todos los expedientes relativos al establecimiento, cambio de denominación o supresión de especialidades médicas, así como los referentes a la creación de áreas de capacitación específica dentro de las mismas.

e) Informar acerca de los criterios para la evaluación continuada del funcionamiento de las Comisiones de Docencia.

f) Promover las innovaciones metodológicas en el campo de la formación médica.

g) Promover la investigación en el campo de los estudios de especialización médica.

h) Impulsar la organización y realización de los programas de formación contenidos en las distintas especialidades, prestando asistencia técnica a los organismos o instituciones interesadas.

i) Participar en la elaboración de las convocatorias para la admisión en los Centros y unidades docentes acreditadas.

j) Informar las disposiciones de carácter general que se elaboren en materia de su específica competencia o que, por su naturaleza, afecten o puedan afectar al ámbito de las especialidades médicas.

k) Informar acerca de las características generales de la prueba que debe superarse para obtener el certificado de Médico Especialista Diplomado de cada una de las Comisiones Nacionales de las correspondientes especialidades.

l) Proponer a los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo la realización de Auditorías en los diferentes Centros acreditados para conocer y evaluar el funcionamiento de los programas de formación.

Art. 17. 1. Es competencia del Ministerio de Educación y Ciencia:

a) Acreditar los Centros y unidades docentes para los fines de este Real Decreto.

b) Aprobar los programas de formación médica especializada.

c) Autorizar el cambio de especialidad en los supuestos de petición fundada del interesado.

d) Expedir los títulos de Médico Especialista.

e) Proceder al inventario y catalogación de los Centros acreditados para impartir programas de formación de Médicos Especialistas.

2. Además del gobierno y la administración de las Instituciones con unidades docentes acreditadas para la docencia que sean dependientes del mismo, es competencia del Ministerio de Sanidad y Consumo:

a) Determinar los criterios asistenciales que han de informar las normas de acreditación de los Centros y unidades docentes.

b) Establecer las normas de control de calidad asistencial de los referidos Centros.

c) Ejecutar las convocatorias para la admisión en las unidades docentes acreditadas.

d) Atender al funcionamiento administrativo del Consejo Nacional de Especialidades Médicas y de las Comisiones Nacionales respectivas.

3. Son competencias conjuntas de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo:

a) Establecer los requisitos de acreditación que, con carácter general, deberán cumplir los Centros y unidades docentes para desarrollar los programas de formación establecidas para la obtención de títulos de Médico Especialista.

b) Proponer al Gobierno la creación, cambio de denominación o supresión de las especialidades médicas.

c) Determinar el número de especialistas que deberán formarse atendiendo a las necesidades sociales de los Médicos Especialistas, a las disponibilidades presupuestarias existentes y a la capacidad docente de los centros acreditados.

d) Determinar los criterios de homologación de los títulos de Especialistas obtenidos en el extranjero.

4. Los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo velarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, por la calidad de la formación posgraduada impartida y el desarrollo de la misma, conforme a lo establecido en este Real Decreto.

Art. 18. 1. Podrán acceder al título de Médico Especialista fuera de lo previsto en el artículo 5.º del presente Real Decreto:

Los Ayudantes, Doctores y Profesores titulares de las Facultades de Medicina que cumplan el siguiente requisito: Presentación ante la Comisión a que hace referencia el número 2 siguiente de los informes que acrediten la actuación facultativa, durante un período equivalente, en todas las actividades cuantificadas que constituyen el contenido teórico y práctico del programa oficial establecido para la correspondiente especialidad.

2. Para valorar los documentos presentados por los aspirantes a que se hace mención en el número anterior se constituye una comisión integrada por los siguientes miembros: el Presidente del Consejo Nacional de Especialidades Médicas y el Pleno de la Comisión Nacional de la Especialidad correspondiente.

Las resoluciones adoptadas por esta Comisión habrán de serlo por mayoría.

3. En el caso de que la valoración documental fuese positiva, las Comisiones Nacionales de Especialidad propondrán al Ministerio de Educación y Ciencia la concesión del título de Médico Especialista, el cual será otorgado previo depósito de los derechos de expedición del mismo y demás requisitos que se determinen.

4. Los centros y unidades docentes acreditados, según el artículo 6.º del presente Real Decreto, sólo podrán admitir cada año, a efectos de obtención del título de Médico Especialista, el número de profesionales que se ajuste al número de plazas convocadas oficialmente, excepto para la adecuación profesional de los Ayudantes, Doctores y Profesores titulares de las Facultades de Medicina a efectos de la obtención del título de Especialista en su área docente.

DISPOSICIONES ADICIONALES

Primera.—En los programas de especialización que sean comunes para los titulados en distintas licenciaturas, las comisiones nacionales respectivas deberán efectuar conjuntamente las propuestas correspondientes al ejercicio de las competencias que tengan atribuidas como propias, pudiendo, a tal efecto, celebrar cuantos contactos, reuniones o grupos de trabajo sean necesarios, a fin de que la Administración educativa y la Administración sanitaria puedan adoptar las resoluciones pertinentes. En caso de que no se alcance una propuesta conjunta, los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, previa consulta individualizada a las comisiones nacionales interesadas, adoptarán las disposiciones que estimen pertinentes.

Segunda.—El título de Médico Especialista, a efectos de baremo para ocupar puestos de trabajo en instituciones públicas, tendrá siempre el mismo valor.

Tercera.—El certificado de Médico Especialista Diplomado, la formación posgraduada básica y los cursos de formación continuada serán tenidos también en cuenta en las calificaciones de los correspondientes baremos para ocupar puestos de trabajo en la sanidad pública hospitalaria o extrahospitalaria, según proceda, y de

acuerdo con lo que reglamentariamente se determine.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera.—Al entrar en vigor el presente Real Decreto, el Ministerio de Educación y Ciencia expedirá el título de Especialista a los Licenciados en Medicina y Cirugía que, estando en alguna de las siguientes circunstancias, cumplan los requisitos que se mencionan a continuación:

1. Haber iniciado formación especializada en centros con programa de formación de especialistas antes del 1 de enero de 1980, acreditando dos años como mínimo de formación en una única especialidad realizada de modo ininterrumpido y bajo un mismo régimen docente.

En consecuencia, no será aplicable este supuesto a quienes, sin culminar esta formación de dos años, hayan obtenido plaza de formación reglada en las convocatorias efectuadas por las Ordenes de la Presidencia del Gobierno de 4 de diciembre de 1979 («Boletín Oficial del Estado» del 8) 30 de enero de 1981 («Boletín Oficial del Estado» de 3 de febrero), 23 de enero de 1982 («Boletín Oficial del Estado» del 25) y 7 de septiembre de 1982 («Boletín Oficial del Estado» del 9).

2. Haber desempeñado ininterrumpidamente durante un mínimo de dos años con anterioridad al 1 de enero de 1980 las actividades profesionales de la especialidad en un centro con programa de docencia en puestos o plazas propias de Médico Especialista a las que el interesado hubiera estado formalmente adscrito en virtud de nombramiento o contrato.

3. Haberse dedicado al específico ejercicio profesional propio de la especialidad correspondiente ininterrumpidamente durante tres años con anterioridad al 1 de enero de 1980 y superar el pertinente examen de especialidad en una Facultad de Medicina.

4. Quienes deseen acogerse a lo dispuesto en este artículo deberán solicitarlo en el plazo de seis meses a partir de la entrada en vigor del presente Real Decreto ante el Ministerio de Educación y Ciencia.

Segunda.—Podrán, asimismo, a la entrada en vigor de este Real Decreto, obtener el título de Especialista los Licenciados en Medicina y Cirugía que estando en alguna de las siguientes circunstancias cumplan el requisito mencionado a continuación:

Quienes estén inscritos en el Registro Nacional de Especialistas en formación por haber obtenido plaza de formación como especialistas en centros con programa de

docencia en las convocatorias generales de plazas hechas públicas por las Ordenes de Presidencia del Gobierno de 4 de diciembre de 1979 («Boletín Oficial del Estado» del 8), 30 de enero de 1981 («Boletín Oficial del Estado» de 3 de febrero), 23 de enero de 1982 («Boletín Oficial del Estado» del 25) o 7 de septiembre de 1982 («Boletín Oficial del Estado» del 9) y una vez concluida su formación con evaluaciones anuales favorables, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 8 de este Real Decreto.

Tercera.—Los Profesores titulares de Universidad y los Profesores numerarios de las Facultades de Medicina interinos o contratados en dichas instituciones con fecha 21 de septiembre de 1983 que sean Doctores o que alcancen este grado antes del 30 de septiembre de 1987 podrán beneficiarse de la vía para la formación y acceso al título de Médico Especialista establecida en el artículo 18 del presente Real Decreto.

Cuarta.—1. Podrán también acceder al título de Médico Especialista, fuera de lo previsto en los artículos 5 y 18 del presente Real Decreto, los Médicos que estimen haber adquirido los conocimientos teóricos y prácticos que acredita el título de Médico Especialista para aquellas especialidades consignadas en los apartados 1 y 2 del anexo de este Real Decreto, y que, además de cumplir con el requisito establecido en el número 1 del artículo 18, superen las pruebas pertinentes. Estas versarán sobre el desarrollo teórico y práctico del contenido del programa oficial de la especialidad y que se harán mediante adscripción del aspirante al título a los efectos exclusivos de estas pruebas a una unidad docente acreditada para la especialidad de que se trate. Además estos aspirantes deberán estar en posesión del grado de Licenciado. Si para obtener este grado hubieran realizado una tesis de Licenciatura, deberán presentarla ante la comisión a que hace referencia el número 2 del artículo 18, y si lo hubiesen obtenido mediante examen deberán defender un trabajo de investigación relacionado con su especialidad, ante la misma comisión.

2. La valoración del requisito establecido en el número anterior la efectuará la misma comisión que se contempla en el número 2 del artículo 18.

3. En el caso de que la valoración documental fuese positiva, las Comisiones Nacionales de Especialidad establecerán las pruebas que habrán de realizar los candidatos, así como la duración de las mismas y su adscripción a la unidad docente acreditada donde deban ser desarrolladas. Superadas favorablemente dichas

pruebas, las comisiones propondrán al Ministerio de Educación y Ciencia la concesión del título de Médico Especialista, el cual será otorgado previo depósito de los derechos de expedición del mismo y demás requisitos que se determinen.

4. No obstante lo dispuesto en el número 4 del artículo 18, los centros y unidades docentes acreditados serán utilizados para la realización de las pruebas a las que alude el número 1 de este artículo.

5. El número de títulos expedidos anualmente de acuerdo con este artículo no superará el 5 por 100 del total del número de plazas que se hayan establecido en la convocatoria anual correspondiente. La distribución de este número en relación a las distintas especialidades se establecerá cada año por la Comisión Interministerial creada por el artículo 5 de este Real Decreto.

6. Dicha Comisión Interministerial, teniendo en cuenta el grado de satisfacción de las necesidades sociales de Médicos Especialistas, podrá suspender temporalmente este procedimiento de obtención del título.

7. Esta disposición estará en vigor hasta el 31 de diciembre de 1986.

DISPOSICIONES FINALES

Primera.—El artículo 18 y la disposición transitoria cuarta no entrarán en vigor en tanto que no se encuentre publicado el contenido teórico y práctico, cuantificado de cada uno de los programas de especialización.

Segunda.—En tanto no se modifique su número y sus áreas de competencia se reconocen como especialidades médicas las relacionadas en el anexo del presente Real Decreto.

Tercera.—1. Se declaran equivalentes entre sí las especialidades y títulos siguientes:

Alergia con Alergología.

Cirugía General con Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Cirugía del Aparato Digestivo con Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Histopatología con Anatomía Patológica.

Oncología con Oncología Radioterápica.

2. Los Licenciados en Medicina y Cirugía que estén en posesión del título de Especialistas en Electrorradiología podrán obtener uno de los títulos correspondientes a las especialidades de Medicina Nuclear, Radiodiagnóstico u Oncología Radioterápica, previa acreditación ante la comisión nacional de la especialidad competente de haber realizado la actividad profesional especializada que corresponda,

según las normas de procedimiento que determine el Ministerio de Educación y Ciencia, previo informe del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Cuarta.—En el término de seis meses a partir de la entrada en vigor del presente Real Decreto, las actuales comisiones nacionales de especialidad deberán reformular su composición a lo previsto en el mismo, debiendo en dicho plazo procederse al oportuno nombramiento de sus miembros.

Quinta.—En el término de seis meses, contados a partir de la constitución de las mismas de acuerdo con lo que se establece en la disposición anterior, las comisiones nacionales de cada especialidad elevarán para su aprobación y publicación, tras su ratificación por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, los contenidos específicos y cuantificaciones de los programas respectivos a que hace referencia el artículo 7 de la presente disposición.

Sexta.—Se autoriza a los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo para proceder conjuntamente o en el ámbito de sus respectivas competencias a desarrollar lo previsto en el presente Real Decreto, que entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

DISPOSICIONES DEROGATORIAS

Primera.—En su virtud el presente Real Decreto por el que se regula la obtención del título de Especialidades Médicas y por aplicación de la disposición final cuarta, punto 1 de la Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa, se deroga la Ley de 20 de julio de 1955 sobre Enseñanzas, Título y Ejercicio de las Especialidades Médicas («Boletín Oficial del Estado» de 21 de agosto).

Segunda.—Quedan asimismo derogadas las siguientes disposiciones:

Decreto de 23 de diciembre de 1957 por el que se aprueba el Reglamento de la Ley anterior («Boletín Oficial del Estado» de 20 de enero de 1958).

Orden de 1 de abril de 1958, del Ministerio de Educación Nacional, por la que se dictan normas complementarias para la obtención del título de Especialidades Médicas («Boletín Oficial del Estado» del 5).

Orden de 10 de octubre de 1962, del Ministerio de Educación Nacional, sobre concesión de los títulos de Médicos Especialistas.

Orden de 28 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, sobre Médicos internos y residentes de la Seguridad Social.

Orden de 9 de diciembre de 1977, del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, por la que se regula la formación de posgraduados en las instituciones de la Seguridad Social, Administración Institucional y otros centros sanitarios.

Resolución de 13 de febrero de 1978, de la Secretaría de la Salud, por la que se subsanan determinados aspectos no recogidos en la Orden de 9 de diciembre de 1977.

Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas.

Con excepción de su apartado primero, la Orden del Ministerio de Universidades e Investigación de 11 de febrero de 1981, por la que se establecen equivalencias entre las especialidades existentes con anterioridad al Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, así como sus nuevas denominaciones, y se recoge el sistema transitorio de concesión del título de Especialista a quienes hayan iniciado su formación anterior del 1 de enero de 1980.

Tercera.—Igualmente se derogan en general cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo establecido en el presente Real Decreto.

Dado en Madrid a 11 de enero de 1984.

JUAN CARLOS R.

El Ministro de la Presidencia,
JAVIER MOSCOSO DEL PRADO Y MUÑOZ

ANEXO

Apartado primero.—Especialidades que requieren básicamente formación hospitalaria:

Alergología.
Análisis Clínicos.
Anatomía Patológica.
Anestesiología y Reanimación.
Angiología y Cirugía Vasculard.
Aparato Digestivo.
Bioquímica Clínica.
Cardiología.
Cirugía Cardiovascular.
Cirugía General y del Aparato Digestivo.
Cirugía Maxilofacial.
Cirugía Pediátrica.
Cirugía Torácica.
Cirugía Plástica y Reparadora.
Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.
Endocrinología y Nutrición.
Farmacología Clínica.
Geriatría.
Hematología y Hemoterapia.
Inmunología.
Medicina Intensiva.
Medicina Interna.
Medicina Nuclear.
Microbiología y Parasitología.

Nefrología.
 Neumología.
 Neurocirugía.
 Neurofisiología Clínica.
 Neurología.
 Obstetricia y Ginecología.
 Oftalmología.
 Oncología Médica.
 Oncología Radioterápica.
 Otorrinolaringología.
 Pediatría y sus áreas específicas.
 Psiquiatría.
 Radiodiagnóstico.
 Rehabilitación.
 Reumatología.
 Traumatología y Cirugía Ortopédica.

Urología.
 Apartado segundo.—Especialidades que no requieren básicamente formación hospitalaria:
 Medicina Familiar y Comunitaria.
 Medicina Preventiva y Salud Pública.
 Apartado tercero.—Especialidades que no requieren formación hospitalaria:
 Estomatología.
 Hidrología.
 Medicina Espacial.
 Medicina de la Educación Física y el Deporte.
 Medicina Legal y Forense.
 Medicina del Trabajo.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

REAL DECRETO 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.

La tradicional separación en la organización sanitaria española entre las actividades de sanidad preventiva y las asistenciales, poco consecuente con las exigencias de un moderno sistema sanitario, tendrá que ser reconsiderada y, en su caso, revisada en toda su dimensión en el marco de la nueva legislación que se apruebe en desarrollo de las previsiones constitucionales. No se trata ahora de plantear todo el sistema de asistencia primaria, sino solamente llevar a cabo unas primeras realizaciones a través de disposiciones que aseguren el período transitorio.

No obstante lo que dicha nueva legislación pueda determinar al respecto, la recepción por las Comunidades Autónomas ya constituidas de competencias sobre el sector sanitario puede plantear algunos problemas organizativos que, sin embargo, son susceptibles de superación en este instante sí, de acuerdo con los principios que establece el presente Real Decreto, se inicia una reestructuración de servicios inspirada en una intensa cooperación con las Comunidades Autónomas, que se ha plasmado en la discusión del proyecto del Decreto con dichas Comunidades, de acuerdo con la coordinación sanitaria reservada al Estado en el artículo 149.1.16 de la Constitución española y en el artículo 4.1 de la Ley del Proceso Autonómico.

En efecto, la mencionada concepción integral de los servicios sanitarios puede resultar dificultada por el hecho de que en la actual situación del proceso de transferencias el Estado aún retiene competencias en materia de asistencia sanitaria (la incardinada, sobre todo, en el área asistencial de la Seguridad Social), mientras que han pasado a depender de las Comunidades Autónomas los tradicionales servicios de sanidad preventiva y buena

parte de los funcionarios que los atiendan.

La necesaria integración de ambos sectores tiene que ser, por fuerza, un proceso lento, y desde luego, en razón a las reglas competenciales dichas, no podrá producirse sin contar con la colaboración de las Comunidades Autónomas que hayan asumido responsabilidades en materia sanitaria.

Hasta tanto la reforma general del sistema sanitario reciba un tratamiento, normativo definitivo, es aconsejable adoptar medidas preparatorias que no sólo no la dificulten sino que eliminen desde ahora probables obstáculos añadidos a los que son normales en toda reforma.

Por todo ello, con absoluto respeto a las competencias estatutarias de las diferentes Comunidades Autónomas, el presente Real Decreto establece principios normativos generales conforme a los cuales sea posible la creación y puesta en funcionamiento de Zonas de Salud, a las que se atribuyen funciones integradas de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación dirigidas tanto al individuo, aisladamente considerado, como a los grupos sociales y a las Comunidades en que se insertan quienes por otro lado participan activamente a lo largo de todo el proceso sanitario. Todo ello con el fin de garantizar el derecho a la salud de acuerdo con los principios de la Constitución en su artículo 43.2 interpuesto desde la perspectiva de los artículos 53.1 y 53.3 de la misma Constitución.

De otra parte, la reforma que se pretende parte de la realidad actual y de las leyes hoy vigentes, entre las que cabe destacar:

El artículo 6.º de la Ley General de Seguridad Social, de 30 de mayo de 1974,

encomienda al Gobierno dictar las disposiciones necesarias para coordinar la acción de los Organismos, servicios y Entidades gestoras del sistema de Seguridad Social con los que cumplen funciones afines de sanidad pública o asistencia social.

La disposición final cuarta, 1. de la Ley 116/1966, de 22 de diciembre, faculta al Gobierno para revisar las plantillas de los Cuerpos de funcionarios técnicos del Estado al servicio de la sanidad local, «de forma que permita atemperar las funciones públicas ejercidas por los sanitarios locales con las circunstancias del momento y coordinadas, en la medida de lo posible, con las de niveles superiores».

El Real Decreto-ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo, punto de partida de una reforma de la gestión de los servicios sanitarios y asistenciales, tanto del Estado como de la Seguridad Social, con arreglo a principios de simplicación, racionalización, economía de costes, eficacia social y descentralización; principios que son asimismo recogidos con validez general, por la propia Constitución de 27 de diciembre de 1978. Dicha reforma ha de afectar a «las estructuras, organizaciones y competencias de los órganos, instituciones, servicios o establecimientos» sanitarios y asistenciales, por lo que la disposición final segunda, 3. del mencionado Real Decreto-ley produce una plena y completa deslegalización «en dichos aspectos» y expresamente autoriza al Gobierno para derogarlas o modificarlas por Real Decreto a propuesta del titular del Departamento ministerial competente.

En su virtud, a propuesta del Ministro de Sanidad y Consumo, oído el Consejo de Estado y de acuerdo con el voto particular de su Presidente y de uno de sus Vocales permanentes, previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 11 de enero de 1984,

DISPONGO:

Artículo 1.º **Delimitación de la Zona de Salud.**

1. La Zona de Salud, marco territorial de la atención primaria de salud, es la demarcación poblacional y geográfica fundamental; delimitada a una determinada población, siendo accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente con el fin de coordinar las funciones sanitarias afines.

2. La delimitación del marco territorial que abarcará cada Zona de Salud se hará por la Comunidad Autónoma, teniendo en cuenta criterios demográficos, geográficos

y sociales. En aplicación de estos criterios, la población protegida por la Seguridad Social a atender en cada Zona de Salud podrá oscilar entre 5.000 y 25.000 habitantes, tanto en el medio rural como en el medio urbano.

No obstante, y con carácter excepcional, podrá determinarse una Zona cuya cifra de población sea inferior a 5.000 habitantes para medios rurales, donde la dispersión geográfica u otras condiciones del medio lo aconsejen. Asimismo, y también con carácter excepcional, podrá abarcar una población mayor cuando las circunstancias poblacionales lo aconsejen.

3. La Zona de Salud delimita una Zona Médica, y está constituida por un solo Partido Médico, sin separación en distritos. Cuando la Zona de Salud esté constituida por varios municipios se fijará un municipio-cabeceza cuya ubicación no será distante del resto de los municipios un tiempo superior a treinta minutos con los medios habituales de locomoción, y en el que se ubicará el Centro de Salud.

Art. 2./ **Centro de Salud.**

1. El Centro de Salud es la estructura física y funcional que posibilita el desarrollo de una atención primaria de salud coordinada globalmente, integral, permanentemente y continuada, y con base en el trabajo de equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en el mismo. En él desarrollará sus actividades y funciones el Equipo de Atención primaria.

2. En el medio rural podrá existir un Consultorio Local en cada una de las localidades restantes que constituyan la Zona. Igualmente, en el medio urbano, cuando las condiciones lo aconsejen, podrán existir otras instalaciones diferenciadas dependientes del Centro de Salud.

3. Los Centros de Salud contarán con una dotación de personal acorde con las necesidades de cada Zona, en los términos que expresa el artículo 8.

Art. 3.º **Equipo de Atención Primaria.**

1. El conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios con actuación en la Zona de Salud recibe la denominación de Equipo de Atención Primaria.

2. El Equipo de Atención Primaria tiene como ámbito territorial de actuación la Zona de Salud y como localización física principal el Centro de Salud.

3. Componen o compondrán el Equipo de Atención Primaria:

a) Los Médicos de Medicina General y Pediatría, Puericultura de Zona, Ayudantes Técnicos Sanitarios o Diplomados en Enfermería, Matronas y Practicantes de

Zona y Auxiliares de Clínica, adscritos a la Zona.

b) Los Funcionarios Técnicos del Estado al servicio de la Sanidad Local adscritos a los Cuerpos de Médicos, Practicantes y Matronas titulares radicados en la Zona.

c) Los Farmacéuticos titulares radicados en la Zona colaborarán con el Equipo, de acuerdo con criterios operativos y fórmulas flexibles en la forma en que se determine.

d) Los Veterinarios titulares radicados en la Zona podrán integrarse en el Equipo de Atención Primaria, aplicando criterios operativos y de colaboración en la forma en que se determine.

e) Los Trabajadores Sociales o Asistentes Sociales.

f) El Personal preciso para desempeñar las tareas de administración, recepción de avisos, información, cuidados de mantenimiento y aquellos otros que se estimen necesarios para el mejor funcionamiento del Centro.

g) En la medida en que la propia dinámica de implantación y desarrollo de los Equipos lo hagan preciso, y las disponibilidades presupuestarias lo permitan, podrán incorporarse a los mismos otros profesionales.

h) Los Equipos de Atención Primaria son elementos organizativos de carácter y estructura jerarquizados, bajo la dirección de un Coordinador Médico.

Art. 4.º Del Coordinador Médico.

1. El personal del Equipo de Atención Primaria dependerá funcionalmente de un Coordinador Médico, el cual, sin perjuicio de desempeñar sus propias actividades, realizará las actividades específicas propias de su cargo, entre las cuales figurarán las de relación con los demás Servicios e Instituciones sanitarias y con la población.

2. El nombramiento, que en todo caso será por tiempo definido, recaerá sobre uno de los componentes del Equipo de Atención Primaria.

3. El Coordinador Médico armonizará los criterios organizativos del conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios, tengan éstos vinculación estatutaria o funcional por su pertenencia a los Cuerpos Técnicos del Estado al Servicio de la Sanidad local.

Art. 5.º Funciones de los Equipos de Atención Primaria.

1. a) Prestar asistencia sanitaria, tanto a nivel ambulatorio como domiciliario y de urgencia, a la población adscrita a los Equipos en coordinación con el siguiente nivel asistencial.

b) Realizar las actividades encaminadas a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a la reinserción social.

c) Contribuir a la educación sanitaria de la población.

d) Realizar el diagnóstico de salud de la Zona.

e) Evaluar las actividades realizadas y los resultados obtenidos.

f) Realizar actividades de formación pregraduada y posgraduada de atención sanitaria, así como llevar a cabo los estudios clínicos y epidemiológicos que se determinen.

g) Participar en los programas de salud mental, laboral y ambiental.

h) Aquellas otras de análoga naturaleza que sean necesarias para la mejor atención de la población protegida.

2. La realización de aquellos programas sanitarios que específicamente se determinen, de acuerdo con el diagnóstico de salud de la Zona.

3. El trabajo en equipo obliga a que cada uno de sus miembros participe en el estudio, ejecución y evaluación de las actividades comunes.

Art. 6.º Jornada de trabajo.

1. La dedicación del personal integrado en los Equipos de Atención Primaria será de cuarenta horas semanales, sin perjuicio de las dedicaciones que pudieran corresponder por la participación en los turnos de guardias, debiendo responsabilizarse de las peticiones de asistencia a domicilio y de las de carácter de urgencia, de conformidad con lo establecido en los Estatutos Jurídicos de Personal Médico y Auxiliar Sanitario de la Seguridad Social, y las normas que los desarrollan.

2. En el medio rural la atención se prestará en un tiempo de mañana y otro de tarde, en el Centro de Salud, Consultorios Locales y domicilio, tanto en régimen ordinario como de urgencia.

Se establecerán turnos rotativos entre los miembros del Equipo para la asistencia de urgencia, centralizándose en el Centro de Salud durante todos los días de la semana.

Art. 7.º Coordinación de niveles.

Los Equipos de Atención Primaria desarrollarán su actividad en estrecha colaboración funcional y técnica con los servicios especializados que se den a otro nivel, lo que se determinará específicamente en las disposiciones de desarrollo de este Real Decreto.

Art. 8.º Del personal sanitario.

1. El número de médicos del Equipo

de Atención Primaria estará en función de la población a atender. El número máximo de población adscrita a cada Médico general y Pediatra-Puericultor se establecerá en las disposiciones de desarrollo del presente Real Decreto.

2. La población atendida podrá ejercer el derecho a la libre elección de Médico dentro de la Zona de Salud, de acuerdo con las disposiciones normativas que se dicten en desarrollo del presente Real Decreto.

3. El número de personal sanitario auxiliar titulado se fijará teniendo en cuenta la población a atender. El resto del personal, que forme parte del Equipo de Atención Primaria, se fijará teniendo en cuenta las necesidades de su Zona de Salud.

Art. 9.º De la provisión de vacantes del personal sanitario.

1. Las plazas de personal sanitario de los Equipos de Atención Primaria adscritas estatutariamente a la Seguridad Social se proveerá con arreglo al artículo 110.2 de la Ley General de la Seguridad Social, conforme a las normas que dicte el Ministerio de Sanidad y Consumo.

2. Las plazas vacantes de cupo, existentes o de nueva creación, y del restante personal auxiliar sanitario en las Instituciones Abiertas de la Zona Médica donde se haya establecido un Equipo de Atención Primaria podrán ser adscritas por las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Salud a los citados Equipos, cubriéndose por el procedimiento de concurso-oposición libre.

3. Por orden del Ministerio de Sanidad y Consumo se regulará el procedimiento de provisión de plazas y, en especial lo relativo a convocatoria, publicidad de la misma, pruebas y baremos de méritos, composición y actuación del Tribunal, así como la incorporación a las plazas de los que resulten seleccionados.

Art. 10. Competencias de las Comunidades Autónomas.

1. Lo previsto en el presente Real Decreto se entenderá sin perjuicio de las competencias propias de las Comunidades Autónomas y de la colaboración que el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de la Salud presten a las mismas para la aplicación y adaptación de los criterios generales de la planificación territorial y de las fórmulas de cooperación que puedan establecerse.

2. Las Comunidades Autónomas a las que hayan sido transferidos los servicios sanitarios antes dependientes del Instituto Nacional de la Salud, dentro de los límites presupuestarios correspondientes a

los servicios transferidos, podrán optar por establecer o no la organización que regule este Real Decreto, con pleno respeto siempre a sus principios generales en la coordinación y planificación. Todo ello sin perjuicio de lo que establezca en su día la legislación que desarrolle el artículo 149.1.16 de la Constitución española.

DISPOSICIONES FINALES

Primera.—La adscripción a los Equipos de Atención Primaria de los funcionarios sanitarios locales que prestan atención sanitaria a beneficiarios de la Seguridad Social, supondrá la integración del cupo de titulares del derecho a la asistencia sanitaria correspondiente a la plaza desempeñada, de manera definitiva.

Dicha plaza, una vez realizada la transformación, tendrá, a todos los efectos, la consideración de plaza de Equipos de Atención Primaria, cuyo régimen será de ineludible cumplimiento para el funcionario que pudiera desempeñarla; en cualquier caso, aquél mantendrá su actual «status» funcional inherente a su pertenencia a un Cuerpo de Sanitarios Locales.

Asimismo, los cupos del personal sanitario de la Seguridad Social, una vez realizada la integración en los Equipos de Atención Primaria, tendrán, a todos los efectos, consideración de plazas de dichos Equipos, cuyo régimen será de ineludible cumplimiento para el personal que pudiera desempeñarla, que conservará su vinculación estatutaria con la Seguridad Social.

Segunda.—En las Zonas de Salud donde coexista Servicio de Urgencia de la Seguridad Social, se procurará la necesaria coordinación y, en su caso, integración entre el mismo y el Equipo de Atención Primaria.

Tercera.—Se establecerá el procedimiento que permita el paso de la actual cartilla familiar a la individual.

Cuarta.—El Instituto Nacional de la Salud, dentro de los límites presupuestarios anuales y en función de la población protegida por la Seguridad Social a atender por los Equipos de Atención Primaria, facilitará los recursos o propondrá las partidas presupuestarias individualizadas y suficientes para la creación y puesta en marcha de los Equipos citados.

Quinta.—Por el Ministerio de Sanidad y Consumo se dictarán las disposiciones precisas para el desarrollo del presente Real Decreto.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera.—En tanto no se establezca el

modelo retributivo definitivo del personal sanitario estatutario con cupo que se incorpore a los Equipos de Atención Primaria, recibirá el complemento económico que se determine, además de la retribución que le corresponda por el cupo de titulares adscritos, según las normas actualmente vigentes, con el propósito de equilibrar sus niveles retributivos.

Segunda.—Al personal sanitario de la Seguridad Social con plaza en propiedad afectado por la creación del Equipo de Atención Primaria se le ofrecerá la incorporación a la misma mediante un concurso restringido cuyas características se regularán por Orden.

Tercera.—En aquellos casos en los que para la creación de la Zona de Salud sea preciso agrupar varios partidos médicos, los expedientes de reestructuración serán tramitados de oficio, previa audiencia de los interesados, y resueltos por la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma en que tales municipios radiquen, que comunicará al Ministerio de Sanidad y Consumo la resolución adoptada.

Cuarta.—La integración de los funcionarios sanitarios locales en los Equipos de Atención Primaria que se constituyan se realizará mediante la oferta de incorporación a todos los afectados por la reestructuración prevista en la disposición transitoria tercera.

Excepcionalmente, los órganos competentes podrán autorizar permutas entre los funcionarios que lo soliciten, aun cuando no se reúnan los requisitos establecidos en los párrafos primero, apartados b) y c), segundo y tercero del artículo 51 del Decreto 2120/1971, de 13 de agosto.

Quinta.—Toda plaza de personal sanitario de la Seguridad Social de cupo que se haya transformado en una plaza de Equipo de Atención Primaria, se considerará amortizada.

Sexta.—Las Unidades piloto de Medicina de Familia serán transformadas en Equipos de Atención Primaria.

Dado en Madrid a 11 de enero de 1984

JUAN CARLOS R.

El Ministro de Sanidad y Consumo,
ERNESTO LLUCH MARTÍN

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

REAL DECRETO 90/1984, de 18 de enero, sobre revalorización de las pensiones del sistema de la Seguridad Social para 1984.

El artículo 92 y la disposición final tercera de la Ley General de la Seguridad Social constituyen el marco legal de la revalorización y mejora de las pensiones del sistema de la Seguridad Social, condicionando su aplicación y alcance a una serie determinada de factores de índole económica. En ese marco la Ley de Presupuestos Generales del Estado dispone, en su artículo 51, que para el ejercicio económico de 1984 el conjunto de las pensiones del mencionado sistema, en vigor en 31 de diciembre, experimentará un crecimiento medio del 9 por 100.

Para su aplicación se ha tenido en cuenta fundamentalmente el criterio de proporcionalidad, extendiéndolo a todas las pensiones que no superen la cuantía de 70.000 pesetas mensuales, sin perjuicio de complementar hasta una cuantía mínima para cada clase de pensión aquéllas que por sí solas o en concurrencia con otras no alcancen tal cuantía mínima; cuantía por otra parte, a la que se asigna un importe superior en los casos de pensionistas con cónyuge a cargo. Las pensiones superiores a 70.000 pesetas se revalorizarán en nua cuantía fija, sin que en ningún caso la pensión revalorizada pueda exceder de 187.950 pesetas. Por otra parte, se reconoce una mensualidad

extraordinaria de pensión a ciertos beneficiarios del Régimen Especial Agrario, aproximando de este modo su situación a la del conjunto de los pensionistas del sistema. Todo lo anterior sin perjuicio de las específicas normas de aplicación para los supuestos de concurrencia de pensiones.

Por último, la posibilidad de que las Entidades Gestoras de la Seguridad Social dispongan, al tiempo de efectuar la revalorización, de datos fehacientes de otras pensiones e información suficiente sobre la entidad de otros ingresos y rentas de los pensionistas, supondrá un importante avance para la aplicación de aquélla en diversos órdenes: mayor estabilidad y rigor en su determinación y celeridad en su aplicación.

En su virtud, a propuesta del Ministro de Trabajo y Seguridad Social y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 18 de enero de 1984.

D I S P O N G O :

CAPITULO PRIMERO

Normas comunes

Artículo 1.º 1. Lo establecido en el presente Real Decreto será de aplicación a las siguientes pensiones del sistema de

la Seguridad Social, siempre que se hayan causado con anterioridad al 1 de enero de 1984:

a) Pensiones de invalidez permanente, jubilación, viudedad, orfandad y en favor de familiares.

b) Prestaciones económicas de invalidez provisional y de larga enfermedad que, a efectos de la revalorización, se equiparan a las pensiones, salvo para lo previsto en la disposición adicional primera, que no es de aplicación a aquellas prestaciones.

2. Las pensiones del extinguido Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez, se regirán por las normas específicas contenidas en los artículos 5 y 9 del presente Real Decreto.

3. Quedan excluidos de lo dispuesto en el número 1 los regímenes especiales de las Fuerzas Armadas, de los funcionarios civiles de la Administración del Estado y de los funcionarios al servicio de la Administración de Justicia, así como el régimen de previsión de los funcionarios de la Administración Local.

CAPITULO II

Revalorización de pensiones no concurrentes

SECCION 1.ª PENSIONES DEL SISTEMA

Subsección 1.ª Normas generales

Art. 2.º Para la revalorización de las pensiones comprendidas en el número 1 del artículo 1.º que se devenguen a partir del 1 de enero de 1984 y no sean concurrentes con otras, se tendrán en cuenta las siguientes normas:

Primera: Las pensiones cuya cuantía no exceda de 70.000 pesetas mensuales, se revalorizarán en un 8 por 100.

Segunda: Las pensiones de cuantía superior a 70.000 pesetas mensuales y que no excedan de 187.950 pesetas, se revalorizarán incrementándolas en 5.600 pesetas mensuales, sin que en ningún caso, por aplicación de la revalorización, puedan ser superiores a 187.950 pesetas mensuales.

Tercera: Las pensiones que excedan de 187.950 pesetas mensuales no se revalorizarán.

Art. 3.º 1. La revalorización se aplicará al importe mensual que tuviese la pensión de que se trate en 31 de diciembre de 1983, constituido por la cuantía básica inicial más las revalorizaciones posteriores, en su caso, excluidos los conceptos que se enumeran en el apartado siguiente.

Dos. En dicho importe mensual no se

considerarán incluidos los siguientes conceptos:

a) Los complementos reconocidos para alcanzar los mínimos establecidos con anterioridad.

b) Las asignaciones familiares de pago periódico, así como los complementos familiares de la pensión reconocidos con arreglo a la legislación anterior a 1 de enero de 1967.

c) El aumento de prestaciones económicas por falta de medidas de seguridad e higiene en el trabajo.

d) Las percepciones de rentas temporales por cargas familiares y la indemnización suplementaria para la provisión y renovación de aparatos de prótesis y ortopedia, en el supuesto de pensiones del extinguido Seguro de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Subsección 2.ª Complementos por mínimos

Art. 4.º 1. El importe mensual de las pensiones no concurrentes, una vez revalorizadas de acuerdo con lo dispuesto en la subsección anterior, se complementará en su caso, con la cantidad necesaria para alcanzar las cuantías mínimas que constan en el anexo de esta disposición.

Se considerará que el titular de una pensión tiene cónyuge a cargo, a efectos de lo dispuesto en dicho anexo, cuando éste se halle conviviendo con el pensionista y dependa económicamente del mismo. No se dará este último requisito si el cónyuge percibe ingresos derivados del ejercicio de actividades por cuenta propia o ajena, pensiones o prestaciones periódicas u obtiene rentas del capital.

La pérdida del derecho a complementos por mínimos por cónyuge a cargo tendrá efecto a partir del último día del mes en que se produzcan las causas determinantes de dicha pérdida.

2. Los complementos por mínimos no tienen carácter consolidable, siendo absorbibles con cualquier incremento que puedan experimentar las percepciones del interesado, ya sea en concepto de revalorizaciones o por reconocimiento de nuevas prestaciones de carácter periódico que den lugar a la concurrencia de pensiones que se regula en el capítulo III de este Real Decreto.

3. Los complementos por mínimos serán incompatibles con las percepciones por rentas de capital o de trabajo personal, por cuenta propia o ajena, o con cualesquiera otros ingresos sustitutivos de aquéllos, cuando la suma de todas las percepciones mencionadas haya excedido durante el año 1983 de 450.000 pesetas.

SECCION 2.^a PENSIONES DEL EXTINGUIDO SEGURO OBLIGATORIO DE VEJEZ E INVALIDEZ

Art. 5.^o 1. La revalorización de las pensiones del extinguido Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez, no concurrentes, cualquiera que sea la fecha del hecho causante, consistirá en la diferencia entre los actuales importes y las siguientes cuantías fijadas mensuales:

a) 19.065 pesetas para las pensiones de vejez e invalidez.

b) 16.290 pesetas, para las pensiones de Viudedad, cuyos beneficiarios tengan cumplidos sesenta y cinco años, y 13.910 pesetas cuando sean menores de dicha edad. En este supuesto, los beneficiarios pasarán a percibir la cuantía establecida para los mayores de sesenta y cinco años desde el día 1 del mes siguiente a aquél en que cumplan tal edad.

2. La revalorización establecida en el número anterior no tiene carácter consolidable

CAPITULO III

Concurrencia de pensiones

SECCION 1.^a NORMAS COMUNES

Art. 6.^o 1. A efectos de lo establecido en este Real Decreto, se entenderá que existe concurrencia de pensiones cuando un mismo beneficiario tenga reconocidas más de una pensión de entre las de sistema de la Seguridad Social, del Estado, de los Entes Territoriales o de Organismos, Empresas o Sociedades de los mismos, cualesquiera que sean la naturaleza y el sujeto causante de aquéllas.

2. En todo caso, se considerarán comprendidas en lo dispuesto en el número anterior las pensiones a cargo de alguna de las siguientes Entidades y Organismos:

a) Entidades Gestoras del sistema de la Seguridad Social.

b) Entidades que actúan como sustitutorias de las Entidades Gestoras a que se refiere el Real Decreto 1879/1978, de 23 de junio.

c) Clases Pasivas del Estado, civiles y militares.

d) Entes Territoriales.

e) Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, Instituto Social de las Fuerzas Armadas, Mutualidad Nacional de la Previsión de la Administración Local y Mutualidad General Judicial.

f) Mutualidades de Funcionarios, cuando las aportaciones directas de los asociados no sean actuarialmente suficientes para la cobertura de las prestaciones a sus beneficiarios.

g) Las Empresas o Sociedades en las que el capital corresponda al Estado, Organismos Autónomos o Entes Territoriales en más del 50 por 100, y Mutualidades de aquéllas, en las que las aportaciones directas de los asociados o causantes de la pensión no sean actuarialmente suficientes para la cobertura de las prestaciones a sus beneficiarios.

SECCION 2.^a REVALORIZACION APLICABLE A LAS PENSIONES DEL SISTEMA

Subsección 1.^a Normas generales

Art. 7.^o 1. Las pensiones del sistema de la Seguridad Social se revalorizarán en la cuantía equivalente al porcentaje que resultaría de considerar como una sola pensión la suma de todas las concurrentes, tanto internas como externas al sistema.

Para obtener dicha suma se tomarán las cuantías de las pensiones correspondientes a la última mensualidad ordinaria de 1983, valorando las de la Seguridad Social, conforme a lo establecido en el artículo 3.^o del presente Real Decreto.

2. Si como consecuencia de la aplicación del tope máximo a que se refiere la norma segunda del artículo segundo hubiera de minorarse la cuantía del incremento a asignar en concepto de revalorización, el mismo se distribuirá proporcionalmente a las cuantías que tuvieron las pensiones concurrentes antes de la revalorización.

3. Cuando la suma de todas las pensiones concurrentes supera la cantidad de 187.950 pesetas mensuales, las de la Seguridad Social no serán objeto de revalorización.

Subsección 2.^a Complementos mínimos

Art. 8.^o En los supuestos de concurrencia de pensiones, la aplicación de los complementos por mínimos a que se refiere el artículo cuarto se llevará a cabo de acuerdo con las siguientes normas:

1.^a Solamente se reconocerá complemento por mínimo si la suma de todas las pensiones concurrentes, una vez revalorizadas las de la Seguridad Social de acuerdo con la normativa que les sea de aplicación, resulta inferior al mínimo que corresponda a aquella de las del sistema de la Seguridad Social que lo tenga señalado en mayor cuantía en cómputo anual. Dicho complemento consistirá en la cantidad necesaria para alcanzar la referida cuantía mínima.

2.^a El complemento que corresponda de acuerdo con lo dispuesto en la norma anterior se afectará a la pensión concurrente determinante del citado mínimo.

SECCION 3.ª PENSIONES DEL EXTINGUIDO SEGURO OBLIGATORIO DE VEJEZ E INVALIDEZ

Art. 9.º 1. En los supuestos de concurrencia con otras, las pensiones del extinguido Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez no se revalorizarán.

2. No obstante lo dispuesto en el número anterior, cuando la suma de todas las demás pensiones concurrentes y la de dicho Seguro, una vez revalorizadas aquéllas sea inferior a las cuantías fijas que para ésta se señalan en el artículo quinto, calculadas unas y otras en cómputo anual, la pensión del Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez se revalorizarán en un importe igual a la diferencia resultante.

Esta diferencia no tiene carácter consolidable, siendo absorbible con cualquier incremento que puedan experimentar las percepciones del interesado, ya sea en concepto de revalorizaciones o por reconocimiento de nuevas prestaciones de carácter periódico.

3. Con independencia de lo establecido en los números precedentes de este artículo, el importe de las pensiones del extinguido Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez se tomará en cuenta a los solos efectos de la suma de las pensiones concurrentes a que se refiere el número 1 del artículo séptimo.

CAPITULO IV

Pensiones de Convenios Internacionales

Art. 10. En el supuesto de pensiones que hayan sido reconocidas en virtud de Convenios Internacionales y de las que esté a cargo de la Seguridad Social española un tanto por ciento de su cuantía teórica, lo dispuesto en este Real Decreto se llevará a cabo aplicando dicho tanto por ciento al incremento que en cada caso, hubiera correspondido de hallarse a cargo de la Seguridad Social española el 100 por 100 de la citada pensión.

CAPITULO V

Normas de aplicación

SECCION 1.ª FINANCIACION

Art. 11. 1. La revalorización de pensiones establecidas en el presente Real Decreto se financiará con cargo a los recursos generales del sistema de la Seguridad Social y de acuerdo con las dotaciones presupuestarias correspondientes.

2. Las Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo participarán en el coste de la revalorización, incluidos los complementos por mínimos, de las pensiones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, mediante las aportaciones que

fije el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de acuerdo con lo establecido en el artículo 5.º del Real Decreto 1245/1979, de 25 de mayo, y normas concordantes.

3. La revalorización, incluidos los complementos por mínimos, de las prestaciones económicas de invalidez provisional y de larga enfermedad correrá a cargo de la Entidad Gestora o Mutua Patronal de Accidentes de Trabajo que haya reconocido el derecho a la prestación.

SECCION 2.º GESTION

Art. 12. 1. El Instituto Nacional de la Seguridad Social y el Instituto Social de la Marina en el ámbito de sus respectivas competencias, procederán de oficio al reconocimiento del derecho a la revalorización establecida por este Real Decreto.

Las Entidades y Organismos a que se refiere el artículo 6, vendrán obligados a facilitar cuantos datos se consideren precisos para poder efectuar la revalorización regulada en el presente Real Decreto.

2. Los beneficiarios de pensiones concurrentes, así como los pensionistas con cónyuge a cargo a que se refiere el número 1 del artículo 4, y los perceptores de ingresos por los conceptos a que se refiere el número 3 del mismo artículo 4, y que excedan del importe en él fijado, deberán presentar declaración de tales circunstancias antes del 1 de abril de 1984, ante el Instituto que les corresponda. Se exceptúan de dicha declaración las pensiones concurrentes a cargo de un mismo Instituto.

DISPOSICIONES ADICIONALES

Primera.—Los pensionistas del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social por contingencias comunes que, en virtud de las normas vigentes en el momento de su concesión, sólo tengan derecho a percibir al año doce mensualidades de su pensión, cobrarán, junto con la correspondiente al mes de junio, una mensualidad extraordinaria de la misma cuantía que la pensión correspondiente a dicho mes.

Segunda.—1. En los supuestos de concurrencia de pensiones del sistema de la Seguridad Social con otras ajenas a éste, o con las percepciones a que se refiere el artículo cuarto de este Real Decreto, o en el de mínimos por cónyuge a cargo determinados en dicho artículo, la revalorización tendrá carácter provisional hasta tanto se lleve a cabo la actualización individualizada, una vez se disponga de los datos necesarios, deviniendo definitiva el día 31 de octubre de 1984, salvo cuando el interesado hubiese incumplido la obligación de efectuar las notificaciones a que se refiere el número segundo del

artículo 12 o no hubiese facilitado correctamente los datos objeto de declaración.

2. Si, no obstante lo dispuesto en el número anterior, al efectuarse la actualización individualizada resultase una cantidad inferior a la provisionalmente reconocida, la nueva cuantía sólo tendrá efectos retroactivos cuando el interesado no haya presentado dentro de plazo la declaración prevista en el número dos del artículo 12, o ésta contenga datos inexactos o erróneos.

Tercera.—Para la revalorización de las pensiones del sistema de la Seguridad Social por invalidez permanente y muerte y supervivencia derivadas de accidente de trabajo o enfermedad profesional, se tendrá en cuenta lo siguiente:

a) El importe anual de la pensión se dividirá por catorce y el cociente resultante se considerará como importe mensual de la pensión a efectos de aplicar la revalorización general a que se refiere el artículo segundo.

b) Para la determinación por complementos por mínimos establecidos en el artículo cuarto, se procederá en la misma forma indicada en el apartado precedente si bien partiendo de la pensión ya revalorizada conforme al mismo. Cuando el cociente obtenido fuese inferior a la cuantía mínima establecida para las pensiones de su clase, la diferencia constituirá el complemento por mínimo.

c) El incremento que resulte de la aplicación de lo dispuesto en el apartado a), y, en su caso, en el b) de esta disposición, aumentará el importe de cada mensualidad de la pensión salvo las correspondientes a junio y noviembre en las que dicho incremento será doble.

Cuarta.—1. Los complementos por mí-

nimos establecidos en el artículo cuarto del presente Real Decreto serán también de aplicación a las pensiones causadas a partir de 1 de enero de 1984.

2. Las cuantías fijas del extinguido Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez a que se refiere el artículo quinto de este Real Decreto, son igualmente aplicables, de acuerdo con lo establecido en el mismo, a las pensiones causadas a partir de 1 de enero de 1984.

3. Los pensionistas que en 31 de diciembre de 1983 fuesen menores de sesenta y cinco años pasarán a percibir, en su caso, las cuantías establecidas para los que tengan cumplida dicha edad en los artículos mencionados en el apartado anterior, a partir del día 1 del mes siguiente a aquel en que la cumplan.

Quinta.—Los actos de las Entidades gestoras sobre reconocimiento de las revalorizaciones, que hayan sido dictados en aplicación del presente Real Decreto, podrán ser rectificadas de oficio en los casos de errores materiales o de hecho, siguiendo a tal efecto los procedimientos y con los requisitos establecidos en el ordenamiento jurídico.

DISPOSICION FINAL

Se faculta al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social para dictar las disposiciones necesarias para la aplicación y desarrollo del presente Real Decreto, que entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Dado en Madrid a 18 de enero de 1984.

JUAN CARLOS R.

El Ministro de Trabajo y Seguridad Social,
JOAQUIN ALMUNIA AMANN

ANEXO QUE SE CITA Sistemas de la Seguridad Social CUADRO DE CUANTIAS MINIMAS DE LAS PENSIONES PARA EL AÑO 1984

Clase de pensión	Titulares	
	Con cónyuge a cargo Ptas/mes	Sin cónyuge a cargo Ptas/mes
Jubilación		
Titular con sesenta y cinco años	26.160	25.450
Titular menor de sesenta y cinco años	22.875	22.255
Invalidez permanente		
Gran invalidez, con incremento del 50 por 100 ...	39.240	38.175

Absoluta	26.160	25.450
Total: Titular con sesenta y cinco años	26.160	25.450
Parcial del régimen de accidentados de trabajo:		
Titular con sesenta y cinco años	22.875	22.255
Viudedad		
Titular con sesenta y cinco años	—	19.360
Titular menor de sesenta y cinco años	—	16.705
Orfandad		
Por beneficiario	—	7.535
En la orfandad absoluta, el mínimo se incrementará en 16.705 pesetas, distribuidas, en su caso, entre los beneficiarios.		
En favor de familiares		
Por beneficiario	—	7.535
Si no existe viuda ni huérfano pensionista:		
— Un solo beneficiario, con sesenta y cinco años	—	19.360
— Un solo beneficiario, menor de sesenta y cinco años	—	16.705
— Varios beneficiarios: El mínimo asignado a cada uno se incrementará en el importe que resulte de prorratear 9.170 pesetas entre el número de beneficiarios.		
Subsidios de invalidez provisional y de larga enfermedad	19.450	18.925

PRESIDENCIA DEL GOBIERNO

REAL DECRETO 94/1984, de 11 de enero, sobre estructura del Instituto Nacional de la Salud.

Ante la necesidad de actualizar la normativa reguladora de la estructura del Instituto Nacional de la Salud, de acuerdo con los cometidos que corresponden a la expresada Entidad Gestora, como consecuencia de los cambios estructurales que en el contexto de la organización de la Administración Pública procede introducir, tanto por lo que se refiere a la funcionalidad de dicho Instituto en sí como por lo que respecta a las perspectivas autonómicas que de modo especial le afectan, se ha considerado la pertinencia de regular de modo completo los temas relativos a la estructura orgánica de que ha de ser dotado en su ámbito central para el cumplimiento de dichas funciones.

En su virtud, a iniciativa del Ministerio de Sanidad y Consumo y a propuesta del Ministro de la Presidencia del Gobierno, previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 11 de enero de 1984.

D I S P O N G O :

Artículo único.—Se modifican los artículos quinto, sexto, séptimo y octavo del Real Decreto 1855/1979, de 30 de julio, por el que se regula la estructura y competencias del Instituto Nacional de la Sa-

lud, que, referidos a su organización central, quedan redactados en los siguientes términos:

«Artículo quinto.—Dirección General del Instituto.

1. La Dirección General del Instituto asumirá las competencias de dirección, gestión e inspección de las actividades del mismo para el cumplimiento de sus fines.

2. El Director general del Instituto, que asumirá la representación legal del mismo, será nombrado y separado libremente de su cargo por Real Decreto, a propuesta del Ministro de Sanidad y Consumo.

3. A la Dirección General del Instituto se adscribirá orgánicamente la Intervención Central, sin perjuicio de la dependencia de ésta con respecto a la Intervención General del Estado y la Intervención General de la Seguridad Social.

4. Asimismo se adscribirán a la Dirección General los órganos de apoyo a sus funciones y de relación con los medios de comunicación social.»

«Artículo sexto.—Secretaría General.

1. La Secretaría General, con nivel orgánico de Subdirección General, ejercerá las competencias y funciones en materia de registro, documentación, relaciones pú-

blicas y asesoría jurídica, así como la información y asistencia técnica a los miembros del Consejo General.

2. También tendrá a su cargo las funciones de coordinación de cuantos asuntos afecten a la competencia de diversas Subdirecciones Generales, así como la materia relativa a los temas de investigación y docencia y de prestaciones farmacéuticas.

3. El Secretario general sustituirá al Director general del Instituto en los casos de ausencia, enfermedad o vacante.»

«Artículo séptimo.—Subdirecciones y Servicios.

1. Por razones de agrupación funcional se constituyen en la estructura central del Instituto, los siguientes órganos, con rango de Subdirección General:

- Subdirección General de Atención Primaria y Medicina Laboral, que tendrá a su cargo los asuntos relacionados con la medicina preventiva y ordenación de acciones para la gestión de asistencia primaria y los de medicina laboral.
- Subdirección General de Atención Hospitalaria, que ejercerá las funciones relacionadas con la ordenación y evaluación de acciones para la gestión hospitalaria, así como con los conciertos.
- Subdirección General de Gestión Económica, a la que corresponderán, además de las funciones de planificación, estudio y coordinación económica, los asuntos relativos a la gestión presupuestaria, así como el desarrollo de los sistemas informáticos y la evaluación y control de la gestión.
- Subdirección General de Personal, que tendrá a su cargo los asuntos relacionados con el régimen jurídico y control del personal, la actualización de plantillas y la selección de personal, así como el régimen disciplinario y de recursos.
- Subdirección General de Relaciones Autonómicas, con las funciones de coordinación de cuantos asuntos se refieran al desarrollo del proceso autonómico y a la promoción de la cooperación técnica.
- Gerencia de Obras, Instalaciones y Suministros, que tendrá a su cargo la misión de proyectar, dirigir, coordinar y ejecutar los planes y programas del Instituto Nacional de la Salud en materia de obras, instalaciones y suministros, así como los relacionados con la hostelería de los Centros sanitarios y sus servicios generales.

— Subdirección General de Inspección de Servicios Sanitarios, que desarrollará las funciones de inspección de los órganos del Instituto, así como de su personal, Centros y servicios sanitarios, y de los conciertos o convenios, tanto en los aspectos sanitarios como administrativos.

2. Por el Ministerio de Sanidad y Consumo, previa aprobación de Presidencia del Gobierno, se determinarán cuantas unidades inferiores al nivel orgánico de Subdirección General hayan de integrar la organización central del Instituto.»

«Artículo octavo.—Provisión de cargos.

1. El Secretario general del Instituto, así como el Gerente de Obras, Instalaciones y Suministros, serán nombrados y separados libremente por el Ministro de Sanidad y Consumo, a propuesta del Director general del Instituto.

2. Los titulares de las restantes unidades con nivel orgánico de Subdirección General serán nombrados y separados de sus cargos libremente por el Ministro de Sanidad y Consumo, a propuesta del Director general del Instituto entre el personal de la Seguridad Social o funcionarios de la Administración del Estado.

3. Los titulares de las demás unidades orgánicas serán nombrados por el Director general del Instituto entre funcionarios de la Seguridad Social.»

DISPOSICIONES FINALES

Primera.—El número y nivel de los puestos orgánicos que puedan derivarse del presente Real Decreto no podrá superar el número y valoración de los actualmente existentes, sin que en ningún momento se produzca aumento de gasto del sector público.

Segunda.—El Ministro de Sanidad y Consumo, previa aprobación de la Presidencia del Gobierno, dictará las disposiciones necesarias para el desarrollo y cumplimiento del presente Real Decreto, que entrará en vigor el mismo día de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

DISPOSICION DEROGATORIA

Quedan derogadas, en cuanto se opongan a lo establecido en el presente Real Decreto, aquellas disposiciones de idéntico o inferior rango, y de modo especial lo que sobre la materia se contiene en el Real Decreto 2001/1980, de 3 de octubre; Real Decreto 320/1982 de 12 de febrero, y Orden de 20 de mayo de 1981, por la que se creó la Gerencia de Obras, Instalaciones y Suministros del Instituto Nacional de la Salud.

Dado en Madrid a 11 de enero de 1984.

JUAN CARLOS R.

El Ministro de la Presidencia,
JAVIER MOSCOSO DEL PRADO Y MUÑOZ



Las retribuciones públicas activas y pasivas para 1984

Por Antonio DE LORENZO

Por su alcance general para la profesión médica extractamos de la ley 44/1983, de 28 de diciembre («BOE» del 30), de Presupuestos Generales del Estado para 1984, aquellos artículos de mayor interés:

DE LOS CREDITOS DEL PERSONAL ACTIVO

Artículo dos

AUMENTO DE RETRIBUCIONES DEL PERSONAL AL SERVICIO DEL SECTOR PUBLICO

1. Con efectos de 1 de enero de 1984, las retribuciones íntegras del personal no laboral del sector público experimentarán un incremento global máximo del 6,5 por 100 respecto a las vigentes en el ejercicio anterior.

2. Lo dispuesto en el número anterior es aplicable al personal al servicio de:

- a) La Administración del Estado y sus organismos autónomos.
- b) Las administraciones de las comunidades autónomas y los organismos de ellas dependientes.
- c) Las corporaciones locales y los organismos de ellas dependientes, de conformidad con el artículo 10 de la ley 40/1981.
- d) La Seguridad Social.
- e) Los órganos constitucionales, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 72.1 de la Constitución.
- f) Entidades y corporaciones de derecho público cuyos presupuestos se doten ordinariamente en más de un 50 por 100 con subvenciones, tasas u otros ingresos públicos.
- g) Las sociedades estatales.
- h) Igualmente será aplicable al restante personal, al que resulte de aplicación el régimen estatutario de los funcionarios públicos.

Se entenderá comprendido en el ámbito de aplicación el personal al servicio de:

- a) La Administración militar.
- b) Las instituciones financieras públicas.

c) Entes y organismos públicos exceptuados de la aplicación de la ley de Entidades Estatales Autónomas, y

d) Las entidades gestoras y cualquier otra entidad u organismo de la Seguridad Social.

3. Asimismo, y con efectos de 1 de enero de 1984, la masa salarial del personal laboral de los entes que se indican en el número anterior experimentarán un incremento global máximo del 6,5 por 100, comprendiendo en dicho porcentaje el de todos los conceptos, incluso el que pueda producirse por antigüedad y reclasificación.

4. Asimismo, el incremento del 6,5 por 100 a que se refiere este artículo será aplicado tanto en las retribuciones básicas como en el complemento de destino y dedicación y gastos de representación a los altos cargos de la Administración del Estado, presidentes y directores generales de los entes y corporaciones públicas y demás organismos a que se refiere el apartado 2 de este mismo precepto.

Artículo cuatro

RETRIBUCIONES DE FUNCIONARIOS DE EMPLEO Y CONTRATADOS ADMINISTRATIVOS

1. El incremento de retribuciones de funcionarios de empleo y contratados administrativos, dentro del límite señalado en el número 1 del artículo 2 y de lo dispuesto en el artículo 3, se aplicará teniendo en cuenta que las resultantes no sean superiores a las de los funcionarios de carrera a que sean asimilables.

Tal límite se aplicará igualmente a los nuevos nombramientos que puedan producirse en el presente ejercicio con arreglo a la legislación vigente.

2. Las retribuciones básicas de los funcionarios interinos no podrán exceder de las de entrada que correspondan a los funcionarios de carrera del Cuerpo en que ocupen vacantes, sin grado inicial, y sus restantes retribuciones tendrán el carácter de complementarias.

3. Se prorroga hasta el 31 de diciembre de 1984 el plazo fijado en la disposición final segunda, punto 2, del real decreto-ley 22/1977, de 30 de marzo (sobre régimen de retribuciones complementarias).

DE LOS CREDITOS DE HABERES PASIVOS

Artículo ocho

NORMAS GENERALES

1. En relación con el sistema de haberes pasivos de los funcionarios civiles y militares y de la Administración de Justicia, se aplicarán las siguientes normas, con efectos de 1 de enero de 1984:

a) La base de cotización anual estará constituida por la suma de las retribuciones básicas, incluídas pagas extraordinarias, en la cuantía que se derive de esta ley.

b) La base reguladora de las pensiones se formará con la suma de los citados conceptos retributivos. La cuantía mensual de las pensiones se obtendrá dividiendo por 14 la base o haber regulador así determinado, aplicando sobre el mismo el porcentaje que corresponda y corrigiendo el

resultado mediante la aplicación del coeficiente 1.014. Las pensiones extraordinarias no experimentarán la corrección indicada sin perjuicio, en todo caso, de la aplicación de lo previsto en el artículo 12. Las pensiones se devengarán mensualmente, salvo los meses de junio y diciembre, en los que se devengará, además, una mensualidad extraordinaria.

c) La cuota de derechos pasivos exigida por la legislación vigente queda fijada en el 4,35 por 100 de la base de cotización.

2. Para la actualización de pensiones, en los supuestos de percepción de una sola pensión superior a los mínimos establecidos en el artículo 10, o cuando, en caso de percibo de varias, se considere como principal una de las reguladas en el presente artículo, se aplicará provisionalmente un incremento del 8 por 100 sobre el importe de la última mensualidad ordinaria de 1983 y se abonará con efectos del 1 de enero de 1984 hasta el mes en que se realice la actualización individualizada en función de la nueva cuantía de los conceptos integrantes de la base reguladora y del número de trienios devengados por el causante de la pensión, satisfaciéndose desde el mes siguiente el nuevo valor que resulte de dicha actualización, sin que en ningún caso la pensión a percibir pueda ser inferior al último valor de la pensión de 1983 y sin que proceda, en su caso, el reintegro de las cantidades percibidas en exceso. Para el personal afectado por la ley 17/1980, de 24 de abril, el incremento provisional anteriormente mencionado será asimismo del 8 por 100.

3. Lo dispuesto en los números anteriores se entiende sin perjuicio de lo que resulta de la aplicación fraccionada de los derechos pasivos derivados de la ley 17/1980, de 24 de abril, tanto en lo relativo a la determinación inicial de las pensiones como a la actualización de las mismas.

Artículo nueve

CONCURRENCIA DE PENSIONES

1. Se entenderá que existe concurrencia de pensiones cuando un mismo beneficiario tenga reconocidas, cualquiera que sea su naturaleza y sujeto causante, más de una pensión del sistema de la Seguridad Social, Estado, entes territoriales o de organismos, empresas o sociedades de los mismos. En todo caso se considerarán comprendidas las pensiones a cargo de alguna de las siguientes entidades y organismos:

- a) Entidades gestoras del sistema de la Seguridad Social.
- b) Entidades que actúan como sustitutorias de las entidades gestoras a que se refiere el real decreto 1879/1978, de 23 de junio.
- c) Clases pasivas del Estado, civiles y militares.
- d) Entes territoriales.
- e) Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, Instituto Social de las Fuerzas Armadas, Mutualidad Nacional de Previsión de la Administración Local y Mutualidad General Judicial.
- f) Mutualidad de funcionarios, cuando las aportaciones directas de los asociados no sean actuarialmente autosuficientes para la cobertura de las prestaciones a sus beneficiarios.
- g) Las empresas o sociedades en las que el capital corresponda al Estado, organismos autónomos o entes territoriales en más del 50 por 100 y mutualidades de aquéllas en las que las aportaciones directas de los

asociados o causantes de la pensión no sean actuarialmente autosuficientes para la cobertura de las prestaciones a sus beneficiarios.

En los casos a que se refieren los apartados f) y g) anteriores no se entenderá que existe concurrencia de pensiones en aquella parte de las prestaciones que pueda actuarialmente financiarse con las aportaciones procedentes de los propios beneficiarios.

2. En caso de concurrencia de pensiones, tanto si se trata del reconocimiento inicial de las mismas como de la actualización de las ya reconocidas, los interesados deben presentar una declaración indicando las pensiones incluidas en el número anterior que tienen reconocidas, a medida que este hecho se produzca y señalando, además, su carácter principal o complementario. En principio se entenderá que es pensión principal en la declaración; las demás pensiones tendrán el carácter de complementarias.

Una vez ejercitada la opción que se señala en el párrafo anterior, en cuanto al carácter principal de una pensión, no se admitirá alteración en la declaración formulada, salvo que se produzca con posterioridad el reconocimiento de una nueva pensión.

3. En el supuesto de concurrencia de pensiones se seguirán las siguientes reglas:

a) Si la pensión de clases pasivas es la principal, o aun siendo complementarias si se trata de la declaración inicial de la misma, se aplicarán las reglas del artículo 8 y, en su caso, del artículo 11.

b) Si la pensión o pensiones de clases pasivas son complementarias, cualquiera que sea el sistema por el que se rige la principal, se incrementarán de la misma forma que procedería si fueran principales, con el límite máximo de incremento para el conjunto de todas ellas, de ser varias las complementarias de clases pasivas, de la mitad del que experimenten las pensiones mínimas de jubilación a que se refiere el número uno del artículo siguiente. A los fines indicados se tomarán los valores de las pensiones correspondientes a la última mensualidad ordinaria del año 1983.

4. A las pensiones de viudedad concedidas al amparo de lo dispuesto en las leyes 5/1979, de 18 de septiembre; 35/1980, de 26 de junio, y 6/1982, de 29 de marzo, no les serán de aplicación las normas limitativas del crecimiento de pensiones por concurrencia de las mismas cuando el importe total de las distintas pensiones concurrentes no supere el salario mínimo interprofesional.

Artículo diez

PENSIONES MINIMAS

1. La cuantía de las pensiones mínimas mensuales en el sistema de clases pasivas, a partir de 1 de enero de 1984, será el siguiente:

a) Pensión de jubilación o de retiro, 25.450 pesetas.

b) Pensión en favor de familiares, 19.359 pesetas.

2. La cuantía de las pensiones mínimas a que se refiere el número anterior se adecuará, con efectos de 1 de enero de 1984, a la de las mínimas que se determinen para el régimen general de la Seguridad Social. A

estos efectos, la pensión mínima en favor de familiares será la mínima de la Seguridad Social para viudas mayores de sesenta y cinco años.

No se otorgarán complementos para alcanzar las cuantías mínimas de pensión en los siguientes casos:

a) Cuando el titular de la pensión perciba otra pensión de los entes señalados en el artículo anterior.

Se exceptuarán aquellos casos en que la suma de las percepciones de las pensiones sea inferior a los valores mínimos arriba citados, en cuyo caso se complementará la pensión principal en la cantidad correspondiente para alcanzar con el conjunto de pensiones el valor mínimo correspondiente al tipo de las mismas. Caso de concurrir pensiones de jubilación y familiares se considerará mínimo el correspondiente a la pensión de jubilación.

b) Si el titular de la pensión percibe rentas por capital mobiliario o inmobiliario y/o por la realización de trabajo personal, cuando la suma de tales percepciones sea superior a 450.000 pesetas anuales.

c) En las pensiones a favor de los huérfanos mayores de veintitrés años, salvo que estuviesen incapacitados desde antes de cumplir tal edad y fueran pobres en sentido legal.

Artículo doce

NORMAS LIMITATIVAS DEL CRECIMIENTO DE PENSIONES

1. La cuantía de las pensiones de clases pasivas, sean únicas o en concurrencia con otras, conforme a lo dispuesto en el artículo 9, cualquiera que sea el momento del hecho causante, no puede exceder, durante 1984, de 187.950 pesetas mensuales.

Las minoraciones de pensiones que como consecuencia de esta norma sea preciso realizar se aplicarán, en primer término, a las que tengan el carácter de complementarias, comenzando por las de mayor importe, si hubiere varias, y sólo si existiera exceso, después de rebajadas éstas, se procederá a disminuir la principal.

Soporte: «TRIBUNA MEDICA», 27-1-84

El Título de Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria

Por Antonio DE LORENZO

En el «Boletín Oficial del Estado» de 31 de enero se publica el real decreto 127/84, del día 11, por el que se regula la formación especializada y la obtención del título de especialista.

¿Cómo queda la obtención del título de especialista en medicina de familia y comunitaria, que se creó por decreto 2015/78, de 15 de julio?

SISTEMAS BASICOS

Fundamentalmente sigue vigente el real decreto 3303/78, de 29 de diciembre («BOE» de 2-2-79), que estableció dos cauces:

— Uno, general u ordinario (MIR), de formación hospitalaria a través de la Comisión Nacional de Especialidades (artículos cuatro a séptimo), que acaba de tener su último desarrollo en la orden de 19-12-83 («BOE» del 22).

— Otro, particular o específico, mediante «cursillos de perfeccionamiento» (artículo octavo), para los médicos que acreditaran cinco años de ejercicio, en propiedad o interinos, en puestos de asistencia primaria dependientes de cualquier administración pública.

SISTEMAS EXCEPCIONALES

Posteriormente, el real decreto 683/81, de 6 de marzo («BOE» de 14-4), reguló una nueva vía para obtención del título de especialista en medicina de familia y comunitaria en favor de los médicos titulares que al tiempo de la promulgación del decreto pertenecieran a dicho cuerpo.

Y ahora, el nuevo real decreto, que reestructura la especialización, en su disposición transitoria 1.3, otorga la expedición del título de especialista a quienes lo soliciten en plazo de seis meses, a partir de 1 de febrero de 1984, por «haberse dedicado al específico ejercicio profesional propio de la especialidad correspondiente ininterrumpidamente durante tres años, con anterioridad al 1 de enero de 1980, y superen el pertinente examen de la especialidad en una Facultad de Medicina». En consecuencia, existen los siguientes cauces para la obtención del título de especialista en medicina de familia y comunitaria:

CUATRO FORMULAS

1. Formación a través de la Comisión Nacional de Especialidades (MIR), conforme a la orden de 19-12-83 («BOE» 22) y decreto 127/84, de 11-1 («BOE» del 31).

2. Mediante «cursillo de perfeccionamiento» para quienes acrediten cinco años de ejercicio en puestos de asistencia primaria, conforme al decreto 3303/78, de 29-12 («BOE» 2-2-79); cursillos que no se han convocado nunca hasta la fecha.

3. Mediante convalidación automática para quienes pertenecieran al Cuerpo de Médicos Titulares al promulgarse el decreto 683/81, de 6 de marzo, en 14 de abril siguiente. No alcanza a quienes ingresaren después.

4. Por solicitud en plazo de seis meses, a partir de 1 de febrero de 1984 en curso, para quienes hubieren ejercido la especialidad de medicina primaria durante tres años ininterrumpidamente con anterioridad a 1 de enero de 1980.

DEROGACIONES

El real decreto 127/84 deroga la ley de Especialidades de 1955, su reglamento de 1957, las órdenes de 1 de abril de 1958 y 10 de octubre de 1962, el decreto 2015/78 y la orden de 11 de febrero de 1981, que han venido marcando históricamente la evolución de la obtención de los títulos de especialidades médicas.

Soporte: «TRIBUNA MEDICA», 10-2-84

Incógnitas sobre las nuevas estructuras básicas de salud

Por Antonio DE LORENZO

El real decreto 137/84, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud, que constituye la clave de la reforma sanitaria en la medicina primaria, delimita las zonas de salud, define los centros de salud, configura los equipos de atención primaria y sus funciones y anuncia el coordinador médico de los equipos. Pero todo lo demás lo deja entre vaguedades: jornada de trabajo, personal, provisión de vacantes, horarios, medios, locales y sueldos.

Sobre todo ello otorga las más amplias facultades al Ministerio de Sanidad para que dicte las disposiciones reguladoras al efecto, en vez de precisar reglamentariamente las mismas.

Como demostración de ello basta considerar los extremos siguientes:

— Dice que el nombramiento del coordinador médico de los equipos de atención primaria será por tiempo definido, pero no lo fija, ni tampoco los criterios objetivos para tal nombramiento.

— Respecto de la jornada de trabajo dice que será de cuarenta horas semanales, pero sin perjuicio de las dedicaciones que pudiera corresponder por la participación en los turnos de guardia, además de las asistencias a domicilio y las de urgencia, lo que constituye una enormidad en la práctica; no precisando tampoco la retribución que corresponda por los turnos de guardia, ni siquiera si tendrán compensación horaria o económica.

— En el medio rural, la atención se prestará —dice— en un tiempo de mañana y otro de tarde, pero tampoco distribuye dichos tiempos.

— Se dispone que se establecerán turnos rotativos para la asistencia de urgencia, centralizándose en el centro de salud durante todos los días de la semana, pero tampoco precisa cómo.

— La coordinación de los equipos de atención primaria con los servicios especializados se determinará en disposiciones de desarrollo.

— En disposiciones de desarrollo también se fijará el número de médicos de los equipos en función de la población a atender, así como el número máximo de población adscrito a cada médico.

— Se prevén también nuevas disposiciones de desarrollo para el ejercicio del derecho a la libre elección de médico dentro de la zona de salud.

— El Ministerio dictará las normas necesarias para la previsión de vacantes del personal sanitario de los equipos de atención primaria.

— Se regulará el procedimiento de convocatorias, publicidad, pruebas, baremos, tribunales, etc.

— Se coordinará la acción de las zonas de salud con los Servicios de Urgencia de la Seguridad Social.

— Se establecerá el procedimiento que permita el paso de la actual cartilla familiar a la individual.

— Se establecerán complementos económicos para el personal sanitario estatutario con cupo, que se incorpora a los equipos de atención primaria, en tanto no se establezca el modelo retributivo definitivo.

— Se ofrecerá la incorporación a los equipos al personal sanitario de la Seguridad Social con plaza en propiedad, mediante concurso restringido.

— Se regulará también la incorporación de los funcionarios sanitarios locales a los equipos de atención primaria.

— Se autorizan permutas entre los sanitarios locales, aun sin los requisitos del decreto 2120/71.

— Y por último, «por el Ministerio de Sanidad se dictarán las disposiciones precisas para el desarrollo del presente real decreto».

Es decir, que hemos computado en un decreto de diez artículos hasta dieciséis disposiciones, autorizando al Ministerio de Sanidad, sin ningún criterio objetivo, el desarrollo de esos diez artículos. Parece como si el decreto se hubiera dictado precipitadamente y no hubiera tenido tiempo de «desarrollarse» en un verdadero reglamento, que ahora tendrá que producirse fragmentariamente.

SENTENCIA DE LA AUDIENCIA NACIONAL POR LA QUE CONSIDERA ILEGAL UNA HUELGA DE LA ORGANIZACION MEDICA COLEGIAL

El «Boletín Oficial del Estado» publica una orden del Ministerio de Sanidad y Consumo por la que se dispone el cumplimiento de la sentencia dictada por la Audiencia Nacional en el recurso contencioso administrativo número 42.701, interpuesto contra este departamento por el Consejo General de Colegios Médicos de España:

«De orden del excelentísimo señor ministro se publica para general conocimiento y cumplimiento en sus propios términos, el fallo de la sentencia dictada, con fecha 13 de junio de 1983, por la sección cuarta de la Audiencia Nacional en el recurso contencioso-administrativo número 42.701, promovido por el Consejo General de Colegios Médicos de España, sobre ilegalidad de huelga anunciada por la Organización Médica Colegial de Servicios Sanitarios, cuyo pronunciamiento es del siguiente tenor: «Fallamos: Que debemos desestimar y desestimamos el recurso contencioso-administrativo interpuesto por el procurador señor Del Valle Lozano».

NOTICIAS

En una evaluación de recursos en Scanners realizado por la Administración del Insalud se manifiesta que existen suficientes para la población española, aunque se reconoce su mala distribución, tal es el caso de nuestra Autonomía Castilla-La Mancha, que con una población que sobrepasa el millón y medio de manchegos, no dispone de ninguno, cuando se calcula —según estudios de Estados Unidos— que el número idóneo de habitantes por Scanner es o debe ser un millón.

Datos publicados en la prensa nos indican que la media española es de 448.000 y la europea de 573.098. Esta observación ya fue en tiempo pasado realizada a las autoridades del Insalud, pero la economía mandaba sobre las buenas voluntades, esperemos que ahora que la nueva Administración conoce nuestro agravio comparativo autonómico y la prensa nacional le ha dado publicidad, lo reparen con el envío de un TAC a nuestra Sanidad autonómica.

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA (Mapa autonómico de scanners)

NUMERO DE SCANNERS

Comunidad	Habitantes (1)	Insalud	Resto sector público	Total sector público	Sector privado	Total general	Habitantes por scanners público	Habitantes por scanners privado	Habitantes por total de scanners
Andalucía.....	6.440.985	5	2	7	5	12	920.141	1.288.198	536.749
Aragón.....	1.196.952	1	1	2	2	4	598.476	598.476	299.238
Asturias	1.129.556	1	1	2	—	2	564.778	—	564.778
Baleares	655.909	—	—	0	1	1	—	655.909	655.909
Canarias	1.367.646	2	2	4	1	5	341.911	1.367.646	273.529
Cantabria	513.115	—	1	1	—	1	513.115	—	513.115
Castilla-La Mancha	1.648.584	—	—	0	—	0	—	—	—
Castilla-León	2.583.137	1	1	2	1	3	1.291.568	2.583.137	861.046
Cataluña	5.956.414	7	3	10	9	19	595.641	661.823	313.495
País Valenciano ...	3.646.778	1	1	2	5	7	1.823.389	729.356	520.969
Extremadura	1.064.968	—	1	1	—	1	1.064.968	—	1.064.968
Galicia	2.811.912	—	1	1	3	4	2.811.912	937.304	702.978
La Rioja	254.349	—	—	0	—	0	—	—	—
Madrid	4.686.895	6	5	11	4	15	426.081	1.171.724	312.460
Murcia	955.467	1	1	2	1	3	477.733	955.467	318.489
Navarra	509.002	—	1	1	1	2	509.002	509.002	254.501
País Vasco	2.141.809	2	2	4	1	5	535.452	2.141.809	428.362
Ceuta	65.264	—	—	0	—	0	—	—	—
Melilla	53.593	—	—	0	—	0	—	—	—
TOTAL	37.682.355	27	23	50	34	84	753.647	1.108.305	448.600

(1) Población censal 1981.

(Soporte: «Tribuna Médica», 10-2-1984)

Jornadas sobre brucelosis

Organiza: Universidad Castellano-Manchega.
Consejería de Sanidad de la Junta de Cdes. de Castilla-La Mancha.
Hospital Provincial «Ntra. Sra. del Carmen» de Ciudad Real.

Día 13 y 14 de abril 1984, en el Salón de Actos del Colegio Universitario

PONENTES:

Prof. Dr. D. Antonio Rodríguez Torres

Catedrático de Microbiología y Parasitología de la Facultad de Medicina de Valladolid.

Dr. D. Emiliano Esteban Velázquez

Director del Centro Nacional de Brucelosis de Murcia.

Dr. D. Fernando Martínez Navarro

Director General de Salud, Consellería de Sanidad del País Valencià.

Dr. D. Pedro Fernández del Vallado

Jefe del Departamento de Reumatología de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid.

Dr. D. J. Manuel Pereda García

Jefe Asociado del Servicio de Medicina Interna de la Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Viernes 13. Mañana

10,00 horas: Recepción y entrega de documentación.

10,30 horas: Inauguración de las Jornadas.

11 a 14 horas: Mesa redonda. Panorámica de la Brucelosis:

1.—Aspectos etiológicos. Prof. Rodríguez Torres.

2.—Aspectos zoonóticos. Dr. Esteban Velázquez.

3.—Aspectos epidemiológicos y preventivos. Dr. Martínez Navarro.

4.—Aspectos clínicos. Dr. Pereda García.

5.—Coloquio.

Tarde

16,30 horas: Manifestaciones osteo-articulares de la Brucelosis.
Dr. Fernández del Vallado.

17,30 horas: Descanso.

18,00 horas: Tratamiento de la Brucelosis. Prof. Rodríguez Torres.

19,00 horas: Coloquio.

Sábado 14. Mañana

10 a 12,30 horas: Comunicaciones libres.

12,30 a 12,45 horas: Descanso.

12,45 horas: La brucelosis animal como problema sanitario y socio-económico. Dr. Esteban Velázquez.

14,00 horas: Coloquio.

14,30 horas: Clausura de las Jornadas. Comida.

INSCRIPCIONES: 5.000 pesetas. Núm. C/c. 7926-50. Banco Central, Agencia Urbana 1, Calatrava, 46.

SECRETARIA: Comisión de Docencia Hospital Provincial «Ntra. Sra. del Carmen», Ciudad Real.

PLAZO DE INSCRIPCION: Hasta el 30-3-1984.

RECEPCION DE COMUNICACIONES: Hasta el 20-3-1984.