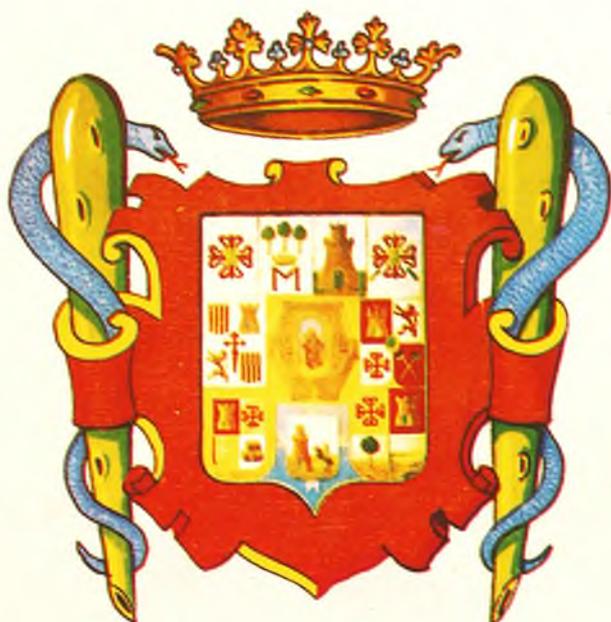


BOLETIN DEL COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE CIUDAD REAL



**INFORMATIVO
PROFESIONAL**

N.º 137
Marzo - Abril
1988



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

DIRECTOR:

Santos Martínez-Conde Martínez

CONSEJO DE REDACCION:

La Junta Directiva

COLABORADORES:

Todos los colegiados

REDACCION Y

ADMINISTRACION:

Plaza de la Provincia, 3

Teléfono 21 14 32

Imprime:

G. Cervantes, Paz, 4 - C. Real

Depósito Legal:

C.R. 451-1981

SVR 209

Soporte válido M. Sanidad.

MARZO-ABRIL - 1988

NUM. 137

SUMARIO

Págs.

Editorial.....	3
Actividades Colegiales:	
Toma de posesión. III Curso de Actividades Científico Culturales. Otras Actividades.	
Rumores.....	4
Federación Española de Asociaciones Pro-Vida	6
Reunión de la Regional Centro de la Sociedad Española de Anatomía Patológica.....	8
XVI Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol.	12
Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid: Concurso de Premios para el curso académico de 1988.....	13
Consulta planteada por el vocal nacional de Médicos Titulares sobre integración en Equipos de Atención Primaria.....	15
Ultima Hora: Acuerdos del Consejo de Ministros sobre Régimen Retributivo del Personal Estatutario del INSALUD.....	22
Síndromes de West y Lennox.....	34
Circular de la Organización Médica Colegial... Bajas Colegiales, marzo-abril-1988.....	41
Altas Colegiales, marzo-abril-1988.....	42
In Memoriam.....	43

LE ABRIMOS LAS PUERTAS DEL FUTURO

- Le ofrecemos la más amplia gama de servicios
- 122 sucursales y muchos amigos para ayudarle



CAJA DE AHORROS DE
CUENCA Y CIUDAD REAL

NUESTRA CAJA

EDITORIAL

Un nuevo estilo

Con motivo de mi toma de posesión como Presidente de la Agrupación de Colegios Oficiales de Médicos de Castilla-La Mancha, he tenido ocasión de visitar al señor Consejero de Sanidad de la Junta de Comunidades, don Rafael Otero, y a su Director de Salud, don Jesús Gutiérrez Morlote.

Me resulta muy grato manifestar desde aquí que las conversaciones mantenidas con ellos, largas y distendidas, amigables, han abierto en mi ánimo una puerta a la esperanza. Porque, en efecto, he creído percibir, en estos dos representantes de la Administración, un nuevo estilo de relación presidida por la cordialidad y el deseo de colaboración. Nuestros cambios de impresiones han puesto de manifiesto que, con un mínimo de sensibilidad y de receptividad para nuestros problemas y nuestras aspiraciones, no es difícil encontrar una base de acuerdo. En temas tan importantes como Centros de Atención Primaria, remuneraciones, formación continuada, compensaciones por aislamiento, etcétera, etcétera, puntualmente tratados, quedó perfectamente claro que nuestras posiciones no están demasiado lejanas y que, con un poco de buena voluntad por parte de todos, el acuerdo está al alcance de la mano.

No vamos, por nuestra parte, a regatear esfuerzos y, si fuera necesario, sacrificios para conseguirlo. No adoptaremos nunca posiciones dogmáticas o apriorísticas. Intentaremos ser críticos y exigentes sólo en la medida justa y necesaria; dúctiles y comprensivos, cuando haga falta; corteses y educados, «civilizados», siempre. Ello nos da derecho a esperar, confiados, que este nuevo espíritu se materialice en hechos concretos que nos demuestren que tanta belleza va a tener una realidad inmediata.

Santos MARTINEZ-CONDE
(Presidente)

ACTIVIDADES COLEGIALES:

TOMA DE POSESION

El pasado 1.º de abril, tomó posesión de la Presidencia de la Agrupación de Colegios oficiales de Médicos de Castilla-La Mancha nuestro Presidente, doctor Martínez-Conde. Con este motivo, fue recibido en Toledo por el Consejero de Sanidad de la Junta de Comunidades, don Rafael Otero Fernández, y por el Director General de Salud, don Jesús Gutiérrez Morlote. En ambas entrevistas, muy cordiales, fueron temas de diálogo los principales problemas que nuestra profesión tiene planteados en el momento actual.

III CURSO DE ACTIVIDADES CIENTIFICO-CULTURALES

Continuando con el programa establecido, el pasado 18 de marzo, tuvo lugar la lección sobre «Enfermedad de Parkinson», con el patrocinio de Laboratorios SANDOZ. Y el 22 de abril, la titulada «Antiinflamatorios no esteroideos», patrocinado por el Laboratorio ANDREU, desarrollada ésta por el catedrático de Farmacología de la Facultad de Medicina de Valladolid, profesor doctor don Alfonso Velasco.

* * *

El curso finalizará el próximo 20 de mayo con la conferencia que, por gentileza de Laboratorios SQUIBB, dará el doctor Alcázar, de Madrid, sobre «Diagnóstico y tratamiento de la nefropatía diabética»:

* * *

Los correspondientes Diplomas estarán a disposición de quienes los han merecido, en nuestras oficinas, a partir del día 1.º de junio próximo.

OTRAS ACTIVIDADES

El pasado día 15 de abril y en colaboración con el Servicio de Alergia del Hospital Provincial (Dr. Feo Brito), tuvo lugar en nuestro Salón de Actos, la conferencia que sobre «Alergia a pólenes: Importancia de los factores aero biológicos», a cargo del doctor E. Subiza Martín, Presidente de la Comisión de Polinosis de la Sociedad Española de Alergia.

* * *

Con el patrocinio de Laboratorios SANDOZ, el profesor doctor don Horacio Rico Lenza, Catedrático de Patología Médica de la Facultad de Medicina de Alcalá de Henares, desarrolló, el pasado 28 de abril, una magnífica lección sobre «Aspectos socio-económicos y terapéuticos de la Osteoporosis». La brillante disertación del profesor Rico, en otro tiempo colegiado y compañero nuestro, fue premiada con una gran salva de aplausos por todos los asistentes.

* * *

Por último, os recordamos que los próximos días 26 y 27 de mayo y por gentileza de ANTIBIOTICOS, S.A., se celebrará un «Simposio sobre Patología Infecciosa». El primer día, jueves 26, a las 20 horas, el doctor José M.^a Lorente del Hospital General del Aire (Madrid), disertará sobre «Infecciones en O.R.L.». Y el segundo día, viernes 27, a la misma hora, el doctor Melero Moreno, del Hospital Victoria Eugenia (Madrid), lo hará sobre «Infecciones respiratorias».

RUMORES...

Se dice que el Ministerio de Sanidad va a realizar una convocatoria extraordinaria de MIR, a fin de paliar la notable escasez de algunos especialistas, por cuya causa se encuentra a punto de colapso la asistencia sanitaria en algunos hospitales a la Seguridad Social.

Lo celebraríamos muy sinceramente.

* * *

Se dice también que en breve se nombrará un «Director territorial de Insalud», y hasta circula algún nombre.

¿Anticipo de transferencia?

* * *

Otro rumor, éste con muchos visos de verosimilitud, es que el Consejo de Ministros que aprobó el nuevo sistema de remuneraciones de los EAP (Equipos de Atención Primaria), elevó las cuantías de algunos de los conceptos retributivos.

Agradeceríamos el detalle.

FEDERACION ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES PRO-VIDA

En relación a la noticia aparecida en diversos medios de comunicación sobre el contenido de un dictamen encargado por el Ministerio de Sanidad, al Catedrático de Derecho Penal, señor Cobo del Rosal, según el cual puede entenderse erróneamente limitado el derecho de objeción de conciencia en las prácticas abortivas, la Federación considera necesario hacer público el siguiente comunicado.

1) El Tribunal Constitucional en su Sentencia de 11 de abril de 1985, ha dicho que: «la objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el artículo 16.1 de la Constitución», y que puede ser ejercida con independencia de que se haya dictado o no una ley que regule este derecho. Por lo tanto, es falso que los médicos estén obligados a practicar los abortos legales con o sin matizaciones derivadas de la objeción de conciencia, pues éste, es un derecho fundamental de la persona que no admite «matizaciones».

2) En el caso del «aborto terapéutico», el médico no está obligado a practicar el aborto para salvar la vida o la salud de la embarazada pues —aparte de ser hoy una hipótesis no real el grave peligro para la vida—, esta indicación, no excluye el derecho a la objeción de conciencia frente a la misma que es plenamente ejercitable en nuestro ordenamiento jurídico. Todo médico tiene obligación de atender a un enfermo en caso de peligro, pero jamás a practicar un aborto por mucho peligro que haya.

3) En la noticia dada por la Agencia EFE, sobre el dictamen del señor Cobo se defienden otras ideas sobre el alcance de la exoneración de responsabilidad penal por aborto que son difícilmente compatibles con la doctrina del Tribunal Constitucional.

En consecuencia, es nula de pleno derecho y los médicos y demás personal sanitario no están sujetos a ella, toda indicación restrictiva de la objeción de conciencia mientras no se apruebe una ley sobre esta materia.

5) En España se están dando con frecuencia en el ámbito de la sanidad pública, ataques al derecho de objeción de conciencia, mediante presiones sobre el personal afectado y mediante actos de las autoridades sanitarias que pretenden eliminar en la práctica la objeción de conciencia. Los médicos deben saber que existen medios jurídicos para defenderse contra tales prácticas totalitarias y antidemocráticas.

6) La Federación, cuenta en todas las provincias españolas, con equipos jurídicos perfectamente preparados, para defender la libertad de objeción de conciencia frente al aborto, que están en disposición de ayudar a cualquier profesional de la sanidad que se vea cuartado en sus derechos o perseguido por negarse a colaborar en la práctica de abortos.

Para ser asesorado o defendido jurídicamente en esta materia cualquier médico puede ponerse en contacto con la Asociación Pro-Vida, de su provincia o región.

7) La Federación —salvando las legítimas opiniones del letrado autor del dictamen y cuyo contenido sólo conocemos por el resumen periodístico— lamenta profundamente la vergonzosa desinformación que se provoca en los médicos con versiones infundadas jurídicamente y que atentan contra derechos fundamentales de la persona.

Gabinete Jurídico
Federación Española
PRO-VIDA
Marzo, 1988

Rogamos a todos aquellos colegiados que, perteneciendo a la Agrupación Mutua Aseguradora (A.M.A.) de Previsión Sanitaria Nacional, deseen estar representados en la Junta General Ordinaria que se celebrará en Madrid el 29 de junio de 1988 y no puedan desplazarse, nos envíen debidamente firmadas, sus tarjetas de asistencia y nos encargaremos de su representación.

LA JUNTA DIRECTIVA

REUNION DE LA REGIONAL CENTRO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ANATOMIA PATOLOGICA

PARADOR NACIONAL DE ALMAGRO (Ciudad Real)
10 - 11 junio 1988



ORGANIZA: SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL NTRA. SRA. DE ALARCOS DE CIUDAD REAL
Dr. M. Carbajo

INFORMACION Y SECRETARIA: Servicio de Anatomía Patológica - c/. Pío, XII - Telf.: 21 34 44 - Ext. 218 - CIUDAD REAL

**REUNION
DE LA
REGIONAL CENTRO
DE LA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
ANATOMIA PATOLOGICA**

**PARADOR NACIONAL DE ALMAGRO (Ciudad Real)
10 - 11 junio 1988**

**ORGANIZA:
SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL
HOSPITAL NTRA. SRA. DE ALARCOS DE CIUDAD REAL
Dr. M. Carbajo**

**INFORMACION Y SECRETARIA:
Servicio de Anatomía Patológica – c/. Pío XII – Telf.: 21 34 44
Ext. 218 – CIUDAD REAL**

PROGRAMA CIENTIFICO

VIERNES, día 10 de junio

17,30 horas: **Seminario de Citopatología Clínica**

MODERADOR: Dr. R. Martínez Cabruja

RELADORES: Dr. P. de Agustín

Dr. P. Fernández Segoviano

Dr. A. Pérez Barrios

Dra. F. Rivas Manga

Dr. I. Sanz

Dr. A. Rocamora

Dr. B. Vicandi

Dr. J. M. Viguer

20,00 horas: **Discusión y Comentarios**

SABADO, día 11 de junio

9,30 horas: **Comunicaciones Libres**

11,30 horas: **Descanso**

12,00 horas: **Seminario de Patología Quirúrgica General**

2,15 horas: **Clausura**

NOTA. Todos los hospitales de la Regional Centro de la S.E.A.P. recibirán un juego de diapositivas de los 20 casos del Seminario de Citopatología Clínica, y otro juego de preparaciones de Patología Quirúrgica. Se acompañarán todos de sus respectivas historias clínicas.

PROGRAMA SOCIAL

VIERNES, día 10 de junio

20,30 horas: **Cena típica manchega en el Santuario Ntra. Sra. de las Nieves de Almagro. Invitación del Comité Provincial.**

23,00 horas: **Visita al Corral de Comedias de Almagro y actuación del Grupo de Teatro "Candilejas".**

SABADO, día 11 de junio

14,30 horas: **Comida de clausura de la reunión en el Refectorio del Parador Nacional de Almagro.**

BOLETIN DE INSCRIPCION (GRATUITO)

Apellidos Nombre

Centro de Trabajo

Título de la comunicación

.....

Autor y Coautores

.....

BOLETIN DE ALOJAMIENTO

TIPO DE RESERVA

A). **Habitación doble** (precio por persona: 6.500 ptas.)

1. Apellidos Nombre

2. Apellidos Nombre

B). **Habitación individual** (precio por persona: 8.300 ptas.)

1. Apellidos Nombre

NOTAS IMPORTANTES: El precio de la reserva incluye; alojamiento, buffet-desayuno, comida de clausura e IVA.

El Parador Nacional, sólo posee 6 habitaciones individuales. Teniendo en cuenta que el N° de habitaciones dobles es muy reducido **no será posible en principio reservar habitaciones dobles para uso individual.**

Pago de reserva: Esta se realizará mediante talón bancario nominativo o transferencia a la Reunión de la Regional Centro de la SEAP, c/c. 13812-3 del Banco de Bilbao de Ciudad Real. **La reserva de la habitación no se considerará en firme sin la confirmación bancaria del pago.** Esta y el Boletín de inscripción deberán obrar en la Secretaría de la Reunión **antes del 9 de mayo de 1988.**

Secretaría de la Reunión: Hospital Ntra. Sra. de Alarcos
Servicio de Anatomía Patológica
c/. Pío XII, Telf.: 21 34 44 - 13002 CIUDAD REAL

Seminario de Patología Quirúrgica General

Los Hospitales que deseen participar en el Seminario de Patología Quirúrgica General, deberán enviar un resumen de la historia clínica así como 25 preparaciones histológicas antes del día 9 de mayo de 1988 a: Dr. Acevedo, Hospital de la Princesa, Servicio de Anatomía Patológica, c/. Diego de León, 62 - 28006 MADRID



**XVI JORNADAS NACIONALES DE
SOCIDROGALCOHOL**

SOCIEDAD CIENTÍFICA ESPAÑOLA
DE ESTUDIOS SOBRE EL ALCOHOL
EL ALCOHOLISMO Y LAS OTRAS
TOXICOMANIAS

■ 27, 28 y 29 de Octubre de 1988

SECRETARIA GENERAL:
SERVICIO CONTRA DROGA Y ALCOHOLISMO
CRUZ ROJA ESPAÑOLA

FELIPE II, s/n
Teléfonos: 35 33 18 - 36 80 00
47003 - VALLADOLID

*Ilmo. Sr. Presidente del Colegio Oficial de Médicos
CIUDAD REAL*

Con motivo de la próxima celebración en VALLADOLID, los días 27, 28 y 29 de octubre de 1988, de las «XVI JORNADAS NACIONALES DE SOCIDROGALCOHOL», tal como se acordara en la Asamblea General de esta Sociedad en Zaragoza, durante el desarrollo el pasado año de las XV Jornadas Nacionales, me dirijo a usted, en nombre de la Comisión Organizadora, para invitarle a su asistencia, como presidente del organismo colegial de médicos de esa provincia, al igual que también deseáramos que asistiera el resto de los colegiados de la misma.

A tal objeto, le agradeceremos conceda a esta nota informativa el máximo de difusión entre sus colegiados, por el procedimiento que considere más eficaz y factible.

Por otro lado, también le agradeceríamos, nos enviara relación de los colegiados registrados como PSIQUIATRAS, con sus respectivas direcciones, para enviarles una información más directa y personalizada, que incluya el avance del programa científico que se adjunta.

Sin otro particular, reciba con nuestra gratitud un cordial saludo de su colega y amigo,

*Fod. Dr. Blas Bombín Mínguez
Presidente de la Comisión Organizadora*

Valladolid, 2 de marzo del 88

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE VALLADOLID CONCURSO DE PREMIOS PARA EL CURSO ACADEMICO DE 1988

LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE VALLADOLID ABRE UN CONCURSO PARA CINCO PREMIOS ENTRE TODOS LOS MEDICOS, FARMACEUTICOS Y VETERINARIOS DE ESPAÑA, SUJETO A LAS BASES SIGUIENTES:

1.^a—Los temas sobre los que han de versar los trabajos serán: PREMIO «BANCO DE BILBAO DE VALLADOLID», dotado con 150.000 ptas., sobre «Trabajo original de investigación clínica o experimental de tema libre».

PREMIO DE LA CAJA DE AHORROS PROVINCIAL DE VALLADOLID, dotado con 150.000 ptas., sobre «Trabajo de libre elección de investigación básica».

PREMIO DE LA CAJA DE AHORROS POPULAR DE VALLADOLID, dotado con 100.000 ptas., sobre «Trabajo de libre elección de investigación clínica».

PREMIO DE LA DELEGACION TERRITORIAL DE BIENESTAR SOCIAL «FRANCISCO BECARES» Y DE LOS COLEGIOS OFICIALES DE FARMACEUTICOS Y VETERINARIOS DE VALLADOLID, dotado con 75.000 ptas., sobre «Investigación epidemiológica sobre procesos de elevada morbilidad en Castilla-León».

PREMIO DEL COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE VALLADOLID, dotado con 70.000 ptas., sobre «Prevención Hospitalaria del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida».

2.^a—Los trabajos premiados llevarán implícita la concesión del título de académico corresponsal, que en caso de ser varios los autores se concederá el que lo firme en primer lugar.

3.^a—Se puede conceder un accésit a cada uno de los trabajos siguientes en méritos al premiado, al que se otorgará el título de académico corresponsal.

4.^a—Los trabajos serán mecanografiados a doble espacio en hojas holandesas o de tamaño similar por una sola cara, enviándose dos copias perfectamente legibles. las figuras y otras ilustraciones como esquemas, diapositivas, etcétera, debidamente enumerados deberán acompañar al pie del mismo una breve explicación aclaratoria de su significación para evitar, en su interpretación, recurrir al texto.

5.^a—La Academia podrá premiar con la distinción de «Mención Honorífica» y el título de académico corresponsal, alguno o algunos de los trabajos de los distintos premios, que se hagan merecedores de ella.

6.^a—A este Concurso no podrán concurrir los académicos corresponsales de esta Corporación, así como tampoco los numerarios de ninguna de las Reales Academias de Medicina de España.

7.^a—Los trabajos no contendrán dedicatoria a miembro de número de la Corporación, ni dato alguno que pueda desvelar el incógnito riguroso en que ha de mantenerse el autor del trabajo. Los que no reúnan estas condiciones, a juicio de la Academia, serán eliminados del Concurso .

8.^a—A la condición de inéditos y originales, que necesariamente han de tener los trabajos, habrá de sumarse la de presentarse por vez primera a este Concurso, sin que puedan hacerlo a otro hasta no duplicarse el fallo de esta Corporación.

9.^a—Los trabajos serán enviados por duplicado en correo certificado a la Secretaría de esta Academia (apartado 420) antes del día 1.º de noviembre del corriente año, en sobre certificado y lacrado, dentro del cual constarán el nombre y apellidos del autor, así como su residencia, y el centro científico, universitario, departamento, hospital y servicio en el que se haya realizado el trabajo.

10.^a—En la Junta General que se celebrará en el mes de diciembre del año actual, y una vez se conozcan los lemas de los trabajos premiados, el señor Presidente abrirá a continuación las plicas que contienen los nombres de los respectivos autores, a los que se les comunicará seguidamente, anunciándoles la fecha del solemne acto de la Apertura de Curso, con el fin de que puedan recoger personalmente los respectivos premios, dado que para que tengan efectividad éstos, es inexcusable este requisito.

11.^a—Los trabajos premiados no podrán ser publicados íntegramente o en resumen en cualquier revista nacional o extranjera hasta tanto hayan transcurrido dos meses a lo menos en que fue adjudicado el premio, haciendo en todo caso constar, la fecha en que el mencionado trabajo fue premiado por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid.

12.^a—Los trabajos que hayan sido totalmente objeto de tesis doctorales serán eliminados del Concurso.

13.^a—La Academia se reserva el derecho de premiar sólo alguno o algunos de los trabajos o declarar los premios desiertos.

14.^a—Todos los trabajos premiados quedarán propiedad de esta Real Academia.

Valladolid, 15 de enero de 1988

CONSULTA PLANTEADA POR EL VOCAL NACIONAL DE MEDICOS TITULARES SOBRE INTEGRACION EN EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA

El Vocal Nacional de Médicos Titulares, remite a esta Asociación Jurídica, documentación sobre un supuesto concreto de integración de un Médico Titular al Equipo de Atención Primaria a la Zona de Salud de Alcázar de San Juan (Ciudad Real), a lo que procede informar lo siguiente:

I. PLANTEAMIENTO

La consulta plantea la cuestión de determinar el alcance de la oferta de integración a un Médico Titular en un Equipo de Atención Primaria, de tal forma, que si, según esa oferta, no se integra, o más concretamente, si no ejerce la opción, pasará a la situación de excedencia forzosa, en virtud del artículo 70 de la Ley 5/1985, de 26 de junio, de la Función Pública de Castilla-La Mancha (en adelante, Ley 5/85).

Se plantean, pues, dos cuestiones diferentes.

Por un lado, la situación del funcionario en el caso de que no se ejerza la opción.

Por otro, la situación de aquel de que se ejerza la opción, tanto en un sentido afirmativo como negativo.

II. LA SITUACION EN CASO DE QUE NO SE EJERZA LA OPCION

1. Cuestión previa

Según la resolución de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de Castilla-La Mancha, en el supuesto de que el Médico Titular no ejerza la opción, pasará a la situación de excedencia forzosa, según el artículo 70 de la ley /585.

El problema que se plantea aquí es el de determinar si el supuesto de hecho concreto (no ejercer la opción) determina la aplicación de la norma. Lo que conduce al examen de la situación de excedencia forzosa.

2. La Situación de excedencia forzosa.

a) *En la Comunidad de Castilla-La Mancha*

El artículo 70.1 de la citada Ley 5,85, dice:

«La declaración de excedencia forzosa se producirá cuando un funcionario no obtenga puesto de trabajo del grupo o nivel que le corresponda, con oca-

sión de reestructuración de plantillas y siempre que no sea posible proceder de acuerdo con lo previsto en el artículo 75.2 de esta ley.»

Según este precepto, se pasa a la situación de excedencia forzosa:

— Cuando el funcionario no obtenga puesto como consecuencia de la *reestructuración de plantillas*.

— Cuando no estemos ante un supuesto de reingreso en el servicio activo (art. 75.2. Ley 5/1985).

Esta disposición, sin embargo, no es aplicable al supuesto de hecho de referencia y además parece contraria a las normas fijadas por el Estado y a los derechos fundamentales de los funcionarios transferidos a las Comunidades Autónomas.

b) En la legislación del Estado

La ley 30/1984, de 2 de agosto, de medidas para la reforma de la Función Pública, establece una derogación en lo que respecta a las situaciones de los funcionarios (artículo 29); este artículo es considerado en la propia Ley (art. 1.3) como norma básica, esto es, aplicable a las Comunidades Autónomas. Pues bien, esta normativa básica fue desarrollada por el Reglamento de situaciones administrativas de los Funcionarios de la Administración del Estado (aprobado por Real Decreto 730/1986, de 11 de abril), que también se entiende como una regulación de bases a los efectos del desarrollo legislativo y reglamentario de las Comunidades Autónomas. En este Reglamento, se establecen los principios básicos sobre la situación de excedencia forzosa, al señalar, el artículo 14, lo siguiente:

«La excedencia forzosa se produce por las siguientes causas:

a) Cuando en virtud de norma de rango legal se lleva a cabo una reducción de puestos de trabajo que suponga el cese obligado en el servicio activo de los funcionarios afectados por la misma.

b) Cuando el funcionamiento declarado en la situación de suspensión firme y, una vez cumplida la suspensión por el tiempo que se le hubiere impuesto, solicite el reingreso y no fuera posible concedérsele por falta de puesto vacante con dotación presupuestaria.»

La aún vigente Ley de Funcionarios Civiles del Estado de 1964, en su artículo 44.1 dice:

«La excedencia forzosa se producira por las siguientes causas:

a) Reforma de plantilla o supresión de la plaza de que sea titular el funcionario, cuando signifiquen el cese obligado en el servicio activo.

b) Imposibilidad de obtener el reingreso al servicio activo, en los casos en que el funcionario cese con carácter forzoso en la situación de supernumerario.»

Del tenor literal de estos preceptos se observa, claramente, una contradicción con la norma de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

3. **Contradicción entre la norma básica estatal y la de la Comunidad Autónoma**

Como se acaba de señalar entre el artículo 70 de la Ley 5/85 de Castilla-La Mancha, y los artículos 44.1 de la Ley de Funcionarios de 1964 y artículo 14 del Reglamento de situaciones administrativas, existe una contradicción .

Sin entrar a examinar todos los problemas jurídicos que tal contradicción plantea, estudiados por doctrina y resueltos por la jurisprudencia constitucional (por ejemplo, si por vía de reglamento puede establecerse la normativa básica o si una normativa básica posterior implica la adaptación de la legislación autonómica anterior) lo que hay que señalar es que, en su día Médicos Titulares, en los posibles recursos contra los actos que les declaran en situación de excedencia forzosa en virtud del artículo 70 de la Ley 5/85, podrían plantear, entre sus fundamentos de derecho, la cuestión de inconstitucionalidad del citado precepto, en cuanto se puede entender contrario a la normativa básica dictada por el Estado, a la que deben someterse todas las Comunidades Autónomas, independientemente al grado de competencias legislativas que hayan asumido en materia de función pública en sus respectivos Estatutos, pues, como establece la ley 30/1984 citada, las normas sobre situaciones administrativas «se consideran bases del régimen estatutario de los funcionarios públicos, dictadas al amparo del artículo 149.1, 18 de la Constitución, y en consecuencia aplicables al personal de todas las Administraciones Públicas.»

4. **El supuesto de hecho en el presente caso no determina una situación de excedencia forzosa**

El supuesto de hecho concreto en el presente caso es el de no ejercer la opción sobre integración en los Equipos de Atención Primaria.

Sin extendernos, este no es el supuesto que norma contempla. No ya el que contempla el artículo 14 del Reglamento de situaciones administrativas que se refiere a «una reducción de puestos de trabajo» y, además, en virtud de una *ley*, sino el propio artículo 70 de la Ley 5/85, que se refiere a «reestructuración de plantillas», supuesto diferente a la creación de los Centros de Salud y Equipos de Atención Primaria.

Por lo tanto, tampoco desde este aspecto puede aplicarse la normativa sobre excedencia forzosa al médico que no ejerza la opción de integrarse en aquellos Equipos de Atención Primaria.

5. **Conclusión**

En conclusión, por el mero hecho de no ejercer la opción de integrarse en los Equipos de Atención Primaria ofrecida por el órgano de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, no puede declararse al Médico Titular en situación de excedencia

forzosa, en cuanto ni estamos ante el supuesto de hecho que la norma contempla, y en todo caso, la misma (art. 70, Ley 5/85) es contraria a la normativa básica fijada por el Estado, de conformidad con el artículo 149.1, 18 de la Constitución.

III. LAS SITUACIONES EN CASO DE EJERCER LA OPCION

1. Cuestión previa

La decisión del Médico Titular será la de aceptar la incorporación en el Equipo de Atención Primaria o la de no aceptarla.

A ambas situaciones haremos referencia a continuación, teniendo en cuenta que la segunda (no aceptar la oferta) es una cuestión compleja y no del todo admisible tal y como está la actual normativa sobre integración en los Equipos de Atención Primaria.

2. Aceptación de la oferta de integrarse

La aceptación supone la integración sin más en los Equipos de Atención Primaria, y el sometimiento a la regulación específica, no sólo la del Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud (norma básica del Estado), sino la del Decreto 34/1986, de 22 de abril, de Ordenación Funcional de los Servicios de Atención Primaria de Salud, de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. Asimismo, en lo que se refiere a la retribución del personal, se estará a lo dispuesto en la Orden de 9 de octubre de 1985 («B.O.E.», de 16 de octubre).

Hay que señalar que las dos disposiciones estatales citadas están recurridas por el Consejo General de Médicos.

Igualmente, el Médico Titular que se integre estará sometido a la reglamentación específica del Equipo de Atención Primaria en que se integre (artículo 6 del Decreto 34/86 citado), que no deberá ser distinta a los principios y normas fijadas por las disposiciones generales citadas anteriormente, sin perjuicio de su estatus o condición funcional (Disposición Adicional Primera Decreto 34/86).

Finalmente, es de destacar que la integración, como seguidamente se va a examinar, determina una auténtica transferencia de funcionarios del Estado a las Comunidades Autónomas, lo que supone estar a la normativa general sobre esta materia.

3. La no aceptación de la integración parece contraria a la normativa vigente

a) **Carácter de la oferta de integración: la potestad administrativa de autoorganización**

La oferta se produce como consecuencia de la reestructuración. De tal forma, que no se admite una doble posibilidad al funcionario en el sentido de mantenerse

como está o integrarse en una nueva situación. Sino que aquí, reestructuración, implica ejercicio del *ius variandi*, esto es, de la prerrogativa de autoorganización propia de la Administración Pública.

Ante esta situación nueva y diferente, al funcionario sólo le queda la garantía de los derechos adquiridos. Es decir, el único límite a esa potestad de autoorganización es el del respeto a los derechos adquiridos. «que una reiterada jurisprudencia ha limitado a los de orden económico o al contenido de la función a realizar» (así, Sentencia de 29 de marzo de 1984 —Arz. 1685—). Teniendo en cuenta, como recuerda otra sentencia de 18 de mayo de 1983 (Arz. 3.358), «que no cabe olvidar tampoco que las situaciones simplemente objetivas, generales, estatutarias, nunca dan lugar al nacimiento de verdaderos derechos», «pues respetando el contenido económico de la relación jurídica básica, lo demás o casi todo se articula en función del bien del servicio, entrando dentro de las facultades organizativas que a la Administración otorga el ordenamiento».

La obligatoriedad de integrarse en los Equipos de Atención Primaria (dejando a salvo los derechos adquiridos) se deduce, pues, de las disposiciones transitorias tercera y cuarta del Decreto 137/84, y de las disposiciones adicionales primera y segunda del Decreto 34/86 de la Comunidad de Castilla-La Mancha.

b) El supuesto de la transferencia de funcionarios a las Comunidades Autónomas

a) Los derechos de los funcionarios

En cualquier caso, en el presente supuesto parece evidente que estamos ante un supuesto de transferencia de funcionarios a las Comunidades Autónomas.

El tema fue regulado definitivamente en la Ley 12/1983, de 14 de octubre de Proceso Autonómico (que es el resultado del recurso constitucional contra la LOAPA, según sentencia del Tribunal Constitucional de 5 de agosto de 1983).

De esta Ley, y en concreto su artículo 24, interesa destacar el régimen de que los funcionarios transferidos no pierden su condición de miembros de su cuerpo o escala de origen (situación que tiene relevancia respecto de sus derechos económicos, respecto de los puestos de trabajo a desempeñar en las Comunidades Autónomas, que no pueden ser de inferior nivel a los que corresponden a dichos cuerpos, y también en relación con los concursos de traslado —que pueden permitir un retorno a la Administración estatal— y demás derechos reconocidos, que se respeten en su integridad), pero pasan a tener la condición de funcionarios propios de la Comunidad Autónoma y a integrarse en su propia organización funcional. En lo sucesivo dependen, a todos los efectos derivados de su relación orgánica y de servicio, de la Comunidad Autónoma. Todos los derechos y obligaciones respecto de ellos los asume, pues, la Comunidad Autónoma, con las siguientes dos únicas excepciones: 1.^a) las Comunidades Autónomas se responsabilizan de las anteriores obligaciones del Estado en relación con

las clases pasivas, Seguridad Social o Muface, pero la gestión de estos sistemas de aseguramiento se mantiene de forma unitaria en manos del Estado; 2.^a) las sanciones de separación del servicio sólo pueden imponerse previo dictamen —no vinculante— del Consejo de Estado.

Así, se deduce de los siguientes preceptos:

— Artículo 24, apartados 1 y 2, de la citada Ley 12/1983, de 14 de octubre, de Proceso Autonómico, que dice:

«1. Los funcionarios adscritos a órganos periféricos de la Administración estatal o de otras instituciones públicas, cuyos servicios sean transferidos a las Comunidades Autónomas, pasarán a depender de éstas, en los términos previstos en el artículo 25.1 de esta misma Ley, siéndoles respetados los derechos de cualquier orden que les correspondan en el momento del traspaso.

2. Los funcionarios estatales transferidos a las Comunidades Autónomas continuarán perteneciendo a sus Cuerpos o Escalas de origen y tendrán los mismos derechos económicos, de carrera y profesionales que correspondan a los funcionarios de dichos Cuerpos o Escalas que estén en servicio activo.»

— Artículo 12.1, Ley 30/1984, de 2 de agosto, de medidas para la Reforma de la Función Pública, que señala:

«Los funcionarios transferidos a las Comunidades Autónomas se integran plenamente en la organización de la Función Pública de las mismas.

Las Comunidades Autónomas al proceder a esta integración de los funcionarios transferidos como funcionarios propios, respetarán el grupo del Cuerpo o Escala de procedencia, así como los derechos económicos inherentes al grado personal que tuviesen reconocido.

Se garantiza la igualdad entre todos los funcionarios propios de las Comunidades Autónomas, con independencia de su Administración de procedencia.»

Este reconocimiento de derechos ya se establecía expresamente en el Decreto 2 545/1980 de 21 de noviembre, sobre funcionarios transferidos a las Comunidades Autónomas.

b) Referencia al traslado forzoso

La doctrina se ha referido al carácter de traslado forzoso de la transferencia de funcionarios. Así, MUÑOZ MACHADO (en *Derecho Público de las Comunidades Autónomas*, II, Madrid, 1984, pág. 107), ha señalado que:

«Todas las transferencias de funcionarios son, a mi juicio, aunque no se denominen siempre así, traslados forzosos, puesto que se obliga a los funcionarios, sin su consentimiento, a ocupar un nuevo puesto de trabajo en una Administración distinta. Sin embargo, cuando la transferencia afecta aun funcionario de los servicios centrales, el

traslado, además de forzoso, implica (salvo cuando se opera a la Comunidad de Madrid) cambio de residencia, lo que supone una carga singular de contenido expropiatorio que el funcionario no está obligado a soportar. De aquí que en tal supuesto la medida es indemnizable.»

Y a este traslado forzoso se refiere la disposición transitoria octava de la citada Ley 30/84, que establece en su apartado 7 lo siguiente:

«Los efectivos de personal que, procedentes de los servicios centrales, deban ser transferidos a las Comunidades Autónomas, y que no puedan ser obtenidos por éstas a través de los procedimientos previstos en la presente disposición transitoria, se procurarán mediante el sistema de traslado forzoso. El personal afectado por dichos traslados que no deseen trasladarse, podrá optar por pasar a la situación administrativa de excedencia forzosa sin derecho a retribución alguna.»

Este supuesto, que incluye la situación de excedencia forzosa en caso de que no acepte el traslado, no parece que sea el que contempla la integración en los Equipos de Atención Primaria, por lo expuesto anteriormente (apartado II).

4. Conclusión

En conclusión, la aceptación de la oferta determina la plena integración de los Equipos de Atención Primaria, con sometimiento a la reglamentación específica, estatal y autonómica, dictada sobre la materia, sin perjuicio de los derechos adquiridos del funcionario, que se concretan, únicamente, como ha destacado la jurisprudencia, a los derechos económicos.

No parece procedente negarse a la integración, en cuanto la comunidad Autónoma está ejerciendo una de sus prerrogativas de autoorganización, amparada por la propia normativa de Estructuras Básicas.

En el caso de que se entiendan éstas ante un supuesto de transferencia de funcionarios a las Comunidades Autónomas (supuesto complejo y discutible, pero admisible) deberían igualmente respetarse los derechos del funcionario y, en todo caso, entender, como último reducto, que la situación es de traslado forzoso y que conlleva, la indemnización en caso de aceptar, o la situación de excedencia forzosa en caso de no hacerlo.

Madrid, 16 de marzo de 1988

Fdo. Pedro González Salinas
ASESOR JURIDICO

ULTIMA HORA

«B.O.E.», núm. 10 de 29-4-1988

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

10.734 RESOLUCION de 25 de abril de 1988, de la Secretaría General de Asistencia Sanitaria, por la que se ordena la publicación de los Acuerdos del Consejo de Ministros sobre Régimen Retributivo del Personal Estatutario del INSALUD.

El Consejo de Ministros, en las reuniones celebradas en los días que se indican, aprobó los siguientes acuerdos:

«Acuerdo por el que se autoriza al Ministerio de Sanidad y Consumo a efectuar los trámites precisos para organizar, desde el 1 de julio de 1987, la prestación de servicios por parte de los Facultativos Jerarquizados Hospitalarios bajo la modalidad de dedicación exclusiva al Sector Sanitario Público», aprobado en la reunión de 15 de mayo de 1987.

«Acuerdo por el que se aprueba la aplicación del Régimen Retributivo previsto en el Real Decreto-Ley sobre Retribuciones del Personal Estatutario del Instituto Nacional de la Salud», aprobado en la reunión de 18 de septiembre de 1987.

«Acuerdo por el que se aprueba la aplicación del Régimen Retributivo previsto en el Real Decreto-Ley 3/1987, de 11 de septiembre, al Personal Facultativo y Ayudante Técnico Sanitario/Diplomado Universitario de Enfermería de los Equipos de Atención Primaria y de los Servicios de Urgencia», aprobado en la reunión de 15 de abril de 1988.

Los mencionados Acuerdos se publican como anexos A), B) y C), respectivamente, a esta Resolución.

Madrid, 25 de abril de 1988. El Secretario General, Eduardo Arrojo Martínez.

ANEXO A)

Acuerdo del Consejo de Ministros por el que se autoriza al Ministerio de Sanidad y Consumo a efectuar los trámites preciso para organizar, desde el 1 de julio de 1987, la prestación de servicios por parte de los Facultativos jerarquizados Hospitalarios bajo la modalidad de Dedicación Exclusiva al Sector Sanitario Público

El Ministerio de Sanidad y Consumo viene manteniendo, desde hace meses, negociaciones con las Centrales Sindicales más representativas en orden a elaborar el proyecto de Estatuto-Marco que prevé el artículo 84 de la Ley General de Sanidad, uno de cuyos aspectos fundamentales es el Sistema Retributivo. En este sentido, se han suscrito el 25 de marzo y el 25 de abril pasados dos Acuerdos con la FSP-UGT,

CESM y ELA-STV, que permiten adaptar el Sistema Retributivo dominante en la Administración al Sector Sanitario Público.

La dedicación exclusiva al Sector Público por parte de sus servidores, especialmente los más cualificados, es un principio recogido en la vigente Ley de Incompatibilidades que pasa en su aplicación al personal Estatutario del INSALUD y específicamente al personal Facultativo Hospitalario por la asignación del denominado Complemento Específico, que, por la actual configuración de la prestación de servicios por parte de este personal, debe considerarse, en su aceptación inicial, de carácter voluntario, respecto de los Facultativos que vienen prestando servicios, en la actualidad, al sistema.

Por otra parte, el anteproyecto de Estatuto-Marco, de cuyo borrador disponen tanto las Comunidades Autónomas como las Centrales Sindicales más representativas desde hace algún tiempo, prevé su entrada en vigor, de acuerdo con su Disposición Final, al día siguiente de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado», aunque el Sistema Retributivo que regula el Estatuto podrá tener efectividad económica con anterioridad, si los interesados reúnen los supuestos de hecho necesarios para su aplicación.

Es patente que la percepción del Complemento Específico, por la incompatibilidad absoluta que conlleva, requiere la habilitación de un plazo para que los interesados soliciten la prestación de servicios bajo tal modalidad, y manifiesten su compromiso de cesar en cualquier actividad que resulte incompatible. Es igualmente claro que, no estando todavía regulado el nuevo Sistema Retributivo, que es competencia del Gobierno, cualquier decisión del Ministerio de Sanidad y Consumo relacionada con el asunto, debe ser previamente autorizada por Consejo de Ministros.

Se somete a la consideración del Consejo de Ministros la adopción del siguiente Acuerdo:

Primero.—Se autoriza al Ministerio de Sanidad y Consumo a adoptar las medidas oportunas tendentes a posibilitar que los Facultativos jerarquizados Hospitalarios puedan percibir el Complemento Específico que les corresponda, de acuerdo con los pactos suscritos entre la Administración y las Centrales Sindicales, una vez quede aprobado por el Gobierno de la Nación el Real Decreto que apruebe el Estatuto-Marco previsto en el artículo 84 de la Ley General de Sanidad.

Segundo.—El devengo del Complemento Específico se efectuará desde el 1 de julio de 1987, siempre que los interesados, a partir de dicha fecha y en los términos de la vigente normativa sobre incompatibilidades, no desempeñen actividades privadas lucrativas y presten exclusivamente servicios en un sólo puesto de trabajo al Sector Sanitario Público y así lo hagan constar expresamente durante el plazo que al efecto habilite el Ministerio de Sanidad y Consumo.

ANEXO B)

Acuerdo del Consejo de Ministros por el que se aprueba la aplicación del Régimen Retributivo previsto en el Real Decreto-Ley sobre Retribuciones del Personal Estatutario del Instituto Nacional de la Salud

El Ministerio de Sanidad y Consumo ha venido manteniendo desde principios del presente año negociaciones con las Centrales Sindicales más representativas en orden a elaborar el anteproyecto de Estatuto-Marco previsto en la Ley General de Sanidad. En el ámbito de dichas negociaciones centradas predominantemente en el Sistema Retributivo que ha de contener el Estatuto-Marco citado, la Administración ha suscrito en cuatro de las cinco Centrales más representativas del sector, tres Acuerdos en 25 de marzo, 25 de abril y 9 de junio pasados.

Por otra parte el Real Decreto-Ley sobre retribuciones del Personal Estatutario del Instituto Nacional de la Salud aprueba provisionalmente, el nuevo Sistema Retributivo, autorizando al Gobierno a adoptar las medidas precisas tendentes a hacer efectivas las retribuciones de acuerdo con dichos sistemas.

Mediante el presente Acuerdo, se atiende a la determinación, por parte del Gobierno, de los aspectos necesarios para poder aplicar el régimen retributivo recientemente aprobado, al asignar Complementos de Destino y Específico a diferentes puestos de trabajo y aprobar las cuantías del Complemento de Atención Continuada, todo ello respecto de la mayor parte del Personal Estatutario del Instituto Nacional de la Salud, quedando fijado el ámbito de aplicación del Acuerdo en el punto segundo del mismo.

Se somete a considerar del Consejo de Ministros la adopción del siguiente Acuerdo:

Primero.—Uno. Con la efectividad que se determina en la Disposición Final segunda dos del Real Decreto-Ley sobre retribuciones del Personal Estatutario del Instituto Nacional de la Salud y el ámbito que señala el punto tercero del presente Acuerdo, se aprueban los Complementos de Destino y Específicos que se recogen en los siguientes anexos:

Anexo I. Determinación de los niveles de los Complementos de Destino correspondientes a los diferentes puestos de trabajo.

Anexo II. Determinación de las cuantías de los Complementos Específicos correspondientes a diversos puestos de trabajo.

Dos.—Respecto del Complemento de Productividad, la Dirección de cada Institución Sanitaria, de acuerdo con las directrices que dicte el Ministerio de Sanidad y Consumo, asignará las cuantías individuales que pudieran corresponder siempre dentro de las correspondientes disponibilidades presupuestarias.

Tres.—Las cuantías correspondientes al Complemento de Atención Continuada son las que figuran en el anexo III para el personal que se indica y conforme a las modalidades que se expresan en el mismo anexo. El Ministerio de Sanidad y Consumo determinará las condiciones de prestación de los servicios para la percepción de este concepto retributivo.

Segundo.—El presente Acuerdo es de aplicación a todo el Personal Estatutario del Instituto Nacional de la Salud salvo al que percibe sus retribuciones a través del Servicio de Determinación de Horarios (cupos y zona), al Personal Facultativo y Diplomado de Enfermería de los Centros de Salud y demás Instituciones de Atención Primaria y de los Servicios de Urgencia, al Personal Directivo de las Instituciones Sanitarias que no han adoptado todavía el modelo de gestión previsto en el Real Decreto 521/1987 y al Personal declarado a extinguir del Instituto Nacional de la Salud, que continuará siendo remunerado de acuerdo con el anterior sistema retributivo, incrementándose sus retribuciones individuales, sobre las correspondientes a 1986, hasta el porcentaje previsto en el artículo 19 de la vigente Ley de Presupuestos.

Tercero.—Las cuantías correspondientes a los conceptos del nuevo Sistema Retributivo se corresponden con la jornada ordinaria, con un módulo horario semanal de 40 horas. Los titulares de puestos de trabajo que vengán efectuando jornadas de 36 horas semanales o inferiores, percibirán todos los conceptos retributivos con la reducción proporcional correspondiente.

La cuantía anual correspondiente a los Complementos de Destino continuará percibiéndose de la misma forma que con anterioridad a la vigencia del Real Decreto-Ley 3/1987, de 11 de septiembre.

Cuarto.—Las referencias relativas a retribuciones contenidas en el presente Acuerdo, se entienden siempre hechas a retribuciones íntegras.

ANEXO I

<i>Nivel</i>	<i>Puesto de trabajo</i>
29	Gerente de Hospital
28	Director Médico de Hospital, Subdirector Gerente de Hospital, Jefe de Departamento Sanitario.
27	Director de Gestión y Servicios Generales de Hospital, Subdirector Médico de Hospital.
26	Director de Enfermería de Hospital, Subdirector de Gestión y Servicios Generales de Hospital, Jefe de Servicio Sanitario, Jefe de Servicio no Sanitario.
25	Subdirector de Enfermería de Hospital.

<i>Nivel</i>	<i>Puesto de trabajo</i>
24	Jefe de Sección Sanitario, Jefe de Sección no Sanitario.
22	Médico adjunto/Facultativo Especialista de área.
18	Matrona, Enfermera, ATS/DUE, Fisioterapeuta, Terapeuta ocupacional (Jefes o adjuntos); Grupo Técnico de la Función Administrativa, Ingeniero Superior, Bibliotecario; Directora técnica Escuela Universitaria de Enfermería.
16	Enfermera Supervisora, Enfermera Jefe del Servicio de Atención al Paciente, Secretaria de Estudios de Escuela Universitaria de Enfermería.
14	Matrona, Ingeniero técnico-Jefe de Grupo, Jefe de Grupo (Administrativo), Jefe de Taller, Controlador de Suministros, Gobernanta, Jefe de Personal Subarterno en Hospitales.
13	Profesora Escuela Universitaria de Enfermería, Enfermera, ATS/DUE, Practicante, Fisioterapeuta, Terapeuta ocupacional Grupo de Gestión de la Función Administrativa, Maestro Industrial-Jefe de Equipo, Profesor de EGB, Profesor de Educación Física, Asistente Social, Encargado de Equipo Personal de Oficio, Telefonista-Encargado de Equipo Personal de Oficio, Telefonista-Encargado de Hospitales y Servicios Especiales de Urgencia, Jefe de Equipo (Administrativo), Jefe de Personal subalterno en II.AA.
12	Enfermera Jefe, Subjefe o adjunta en II.AA., Técnico Especialista, Técnico Ortopédico, Grupo Administrativo de la Función Administrativa, Delineante, profesor de Logofonía y Logopedia, Cocinero, Auxiliar de Enfermería en funciones de Técnico Especialista.
11	Enfermera Jefe del Servicio de Atención al Paciente en II.AA., Auxiliar de Enfermería, Azafata Relaciones Públicas, Locutor, Monitor, Auxiliar Ortopédico, Telefonista, Auxiliar Administrativo, Conductor de Instalaciones, Albañil, Calefactor, Carpintero, Costurera, Conductor, Electricista, Fontanero, Fotógrafo, Jardinero, Mecánico, Operador de Máquinas de Imprimir, Peluquero, Pintor, Tapicero, Celador Sanitario.
10	Celador no Sanitario, Fogonero, Lavandera, Planchadora, Pinche, Peón, Limpiadora.
9	Fisioterapeuta en II.AA.
8	Enfermeras y ATS/DUE en II.AA.
7	Técnico Especialista en II.AA. y Auxiliar de Enfermería que realiza funciones de Técnico Especialista en II.AA.
6	Auxiliar de Enfermería en II.AA.

ANEXO II

<i>Complemento específico anual</i>	<i>Puesto de trabajo</i>
2.550.000	Director Gerente Grupo 1.º
2.200.000	Director Médico Hospital Grupo 1.º, Director de Gestión y Servicios Generales Hospital Grupo 1.º
2.050.000	Director Gerente Hospital Grupo 2.º, Subdirector Gerente Hospital Grupo 1.º
1.850.000	Director Gerente Hospital Grupo 2.º, Director de Gestión y Servicios Generales Hospital Grupo 2.º, Subdirector Médico Hospital Grupo 1.º, Subdirector de Gestión y Servicios Generales Hospitales Grupo 1.º
1.750.000	Director de Enfermería Hospital Grupo 1.º
1.600.000	Director Gerente Hospital Grupo 3.º, Subdirector Gerente Hospital Grupo 2.º
1.400.000	Director Médico Hospital Grupo 3.º, Director de Gestión y Servicios Generales Hospital Grupo 3.º, Director Enfermería Hospital Grupo 2.º, Subdirector Médico Hospital Grupo 2.º, Subdirector Gestión y Servicios Generales Hospital Grupo 2.º, Subdirector Enfermería Hospital Grupo 1.º
1.100.000	Director Gerente Hospital Grupo 4.º, Subdirector Gerente Hospital Grupo 3.º, Jefe de Departamento Sanitario, Jefe de Servicio Sanitario.
1.000.000	Director Médico Hospital Grupo 4.º, Subdirector Médico Hospital Grupo 3.º, Director de Gestión y Servicios Generales Hospital Grupo 4.º, Subdirector Gestión y Servicios Generales Hospital Grupo 3.º, jefe de Sección Sanitaria.
900.000	Médico adjunto/Facultativo Especialista de Area.
800.000	Director de Enfermería Hospital Grupo 3.º, Subdirector Enfermería Hospital Grupo 2.º
700.000	Director Gerente Hospital Grupo 5.º, Director Médico Hospital Grupo 5.º, Director de Gestión y Servicios Generales Hospital Grupo 5.º
600.000	Director de Enfermería Hospital Grupo 4.º, Subdirector Enfermería Hospital Grupo 3.º
540.000	Jefe de Servicios no Sanitario.
396.000	Jefe de Sección no Sanitaria, Ingenieros Superiores.
360.000	Técnico Función Administrativa, Bibliotecario.
250.000	Director de Enfermería Hospital Grupo 5.º

ANEXO II

<i>Complemento específico anual</i>	<i>Puesto de trabajo</i>
240.000	Matrona Jefe o adjunta, fisioterapeuta Jefe o adjunto, Enfermera Jefe, Subjefe, o adjunta, Directora técnica Escuela Universitaria de Enfermería, Terapeuta ocupacional Jefe o adjunto, Ingeniero Técnico-Jefe de Grupo.
204.000	Jefe de Grupo (Personal no Sanitario).
180.000	Enfermera Supervisora, Enfermera Jefe de Servicio Atención al Paciente, Secretaria Estudios Escuela Universitaria de Enfermería, Maestro Industrial-Jefe de Equipo, Jefe de Equipo (Personal no Sanitario), Jefe de Taller, Jefe de Personal Subalterno en Hospitales.
144.000	Enfermera Jefe, Subjefe o adjunta en II.AA., Jefe de Personal Subalterno en II.AA., Gobernanta.
120.000	Enfermera Jefe del Servicio de Atención al Paciente en II.AA., Encargado Equipo Personal de Oficio.

ANEXO III

I. Personal Facultativo Jerarquizado

<i>Modalidad</i>	<i>Cuantía</i>
A (1)	910.000 pesetas/año
B	450.000 pesetas/año

(1) Módulos adicionales: 12.750 pesetas/17 horas con presencia física y 6.375 pesetas/17 horas en alerta localizada.

II. Resto de personal

<i>Modalidad</i>	<i>Grupo</i>	<i>Cuantía en pesetas</i>	
		<i>1.ª y 2.ª semana</i>	<i>3.ª y 4.ª semana</i>
A	B	10.184	6.000
A	C	8.284	6.000
A	D y E	7.246	6.000

<i>Modalidad</i>	<i>Grupo</i>	<i>Cuantía en pesetas</i>
<i>Domingos y festivos</i>		
B	B	1.200
B	C	1.100
B	D y E	1.000

ANEXO C)

Acuerdo por el que se aprueba la aplicación del régimen retributivo previsto en el Real Decreto-Ley 3/1987, de 11 de septiembre, al personal Facultativo y Ayudante Técnico Sanitario/Diplomado universitario de Enfermería de los equipos de atención primaria y de los servicios de urgencia

La disposición final primera del Real Decreto-Ley 3/1987, de 11 de septiembre, sobre Retribuciones del Personal Estatutario del Instituto Nacional de la Salud, autoriza al Gobierno para adoptar los acuerdos precisos en orden a hacer efectivas las retribuciones de dicho personal, de acuerdo con lo previsto en el citado Real Decreto-Ley.

El Consejo de Ministros, en su reunión del pasado 18 de septiembre, adoptó un acuerdo que afectaba a la mayor parte del personal estatutario, restando, no obstante, algunos colectivos pendientes de posterior aplicación del nuevo sistema. Tal aplicación se produce ahora, respecto del personal Facultativo y Ayudante Técnico Sanitario/Diplomado Universitario de Enfermería (ATS/DUE), integrados en los Equipos de Atención Primaria, elementos organizativos esenciales del nuevo modelo de Atención Primaria de Salud y en los Servicios de Urgencia.

Al igual que se acordó para el personal Facultativo Jerarquizado Hospitalario, la dedicación exclusiva a la Sanidad Pública debe considerarse, en su aceptación inicial, de carácter voluntario, respecto de los Facultativos que vienen prestando servicios, en la actualidad, en los Equipos de Atención Primaria. Por ello, se hace preciso establecer un plazo para que los Facultativos puedan solicitar la asignación del complemento específico correspondiente, y manifestar su compromiso de cesar en cualquier actividad que resulte incompatible con el compromiso de mantenerse en tal modalidad de prestación de servicios durante un período determinado.

Por otra parte, la prestación de servicios del personal ATS/DUE de los Equipos de Atención Primaria reúne las características específicas y diferentes del resto del personal sanitario no facultativo, en cuanto a los que se prestan fuera de la jornada legal ordinaria, por lo que resulta necesario prever los mecanismos para retribuir dichos servicios a través del complemento de atención continuada. Igualmente, en las Instituciones sanitarias cerradas determinado personal de Enfermería ha de realizar servicios

fuera de la jornada legal ordinaria, por lo que es conveniente su inclusión dentro de tal régimen de atención continuada.

Finalmente, es obligado adecuar las retribuciones de determinado personal no estatutario al nuevo concepto de atención continuada introducido por el Real Decreto-Ley 3/1987, en cuanto que sustituye al anterior concepto de guardias médicas, a la par que debe habilitarse al Ministerio de Sanidad y Consumo para llevar a cabo las adecuaciones funcionales precisas en la prestación de tales servicios por parte de los Médicos de Urgencia Hospitalaria y Médicos residentes.

En su virtud, el Consejo de Ministros acuerda:

Primero.—a) Se asignan los siguientes niveles de complemento de destino a los puestos de trabajo de los Equipos de Atención Primaria (AEP) y de los Servicios de urgencia:

<i>Puesto de trabajo</i>	<i>Nivel</i>
Coordinador de EAP.....	24
Médico general EAP.....	22
Pediatra EAP.....	22
Coordinador de Enfermería EAP.....	16
ATS/DUE EAP.....	13
Médicos Servicios Especiales de Urgencia.....	22
Médico Servicios Normales de Urgencia.....	18
Practicante, ATS/DUE Servicios Especiales de Urgencia.....	13
Practicante, ATS/DUE Servicios Normales de Urgencia.....	13

b) Se asignan los siguientes complementos específicos a los puestos de trabajo de los Equipos de Atención Primaria:

<i>Puesto de trabajo</i>	<i>Cuantía anual C.E.</i>
Coordinador de EAP.....	1.040.000
Médico general AEP.....	936.000
Pediatra EAP.....	936.000
Coordinador de Enfermería en EAP.....	187.200

Por el Ministerio de Sanidad y Consumo se establecerá un plazo no inferior a un mes que permita que los Facultativos actualmente integrados en los Equipos de Atención Primaria puedan optar por desempeñar sus servicios, en exclusividad, a la Sanidad Pública, renunciando a cualquier otra actividad pública o privada incompati-

ble con la percepción del complemento específico, de acuerdo con la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas, y normativa de desarrollo.

Segundo. 1.—Se señalan seguidamente las cuantías correspondientes al complemento de atención continuada del personal de los Equipos de Atención Primaria, determinándose por el Ministerio de Sanidad y Consumo las condiciones de la prestación de los servicios para la percepción de este concepto retributivo:

Modalidad A

<i>Tipo de personal</i>	<i>Cuantía anual</i>
Facultativos EAP.....	87.360
ATS/DUE EAP.....	187.200

Modalidad B

<i>Tipo de personal</i>	<i>Cuantía anual</i>
Facultativos EAP.....	688.640
ATS/DUE EAP.....	443.200

2.—Los Servicios que los Médicos de Urgencia Hospitalaria y los Médicos residentes presten fuera de la jornada establecida, serán remunerados a través del concepto retributivo de atención continuada, a cuyo efecto se señalan, seguidamente, las cuantías correspondientes al mismo, que sustituyen a todas las que, en concepto de guardias médicas, viene percibiendo dicho personal. Por el Ministerio de Sanidad y Consumo se determinarán las condiciones de la prestación de los servicios para la percepción de este concepto retributivo:

Modalidad A

<i>Tipo de personal</i>	<i>Cuantía anual</i>
Médicos Urgencia Hospitalaria.....	851.400
Médicos residentes —primer año—.....	816.532
Médicos residentes —segundo año—.....	866.259
Médicos residentes —tercer año y sucesivos—.....	917.992

Modalidad A

<i>Tipo de personal</i>	<i>Cuantía anual</i>
<i>Retribución adicional por módulo de diecisiete horas de prestación de servicios:</i>	
Médicos Urgencia Hospitalaria.....	10.698
Médicos residentes —primer año—.....	6.960
Médicos residentes —segundo año—.....	7.407
Médicos residentes —tercer año y sucesivos—.....	7.853

Modalidad B

<i>Tipo de personal</i>	<i>Cuantía anual</i>
Médicos Urgencia Hospitalaria.....	425.700
Médicos residentes —primer año—.....	408.266
Médicos residentes —segundo año—.....	433.130
Médicos residentes —tercer año y sucesivos—.....	458.996

3. Las cuantías correspondientes al complemento de atención continuada, fijadas en el apartado 1 anterior, serán de aplicación al personal de Enfermería de Instituciones sanitarias cerradas que preste servicios fuera de la jornada legal ordinaria y no puedan ser retribuidos de conformidad con lo previsto sobre dicho Complemento en el acuerdo del Consejo de Ministros de 18 de septiembre de 1987 y normativa posterior.

Tercero.—Respecto del complemento de productividad, las Direcciones Provinciales del INSLAUD, de acuerdo con las directrices que dicte el Ministerio de Sanidad y Consumo, asignarán las cuantías individuales que pudieran corresponder, siempre dentro de las correspondientes disponibilidades presupuestarias.

Cuarto.—El personal de los Cuerpos Sanitarios Locales (Médicos, Prácticantes y Matronas titulares), transferidos a las Comunidades Autónomas e integrados en los Equipos de Atención Primaria, percibirá, con cargo al presupuesto del INSLAUD, unas retribuciones complementarias por un importe tal que sumado a las previstas en el artículo 44 de la Ley 33/1987, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1988, totalicen, en cómputo anual, unos importes equivalentes a los que percibirá, de conformidad con el presente acuerdo, el resto del personal homónimo de los Equipos de Atención Primaria.

Quinto.—El presente acuerdo tendrá efectividad desde el 1 de enero de 1988, para el personal de los Servicios de Urgencia, los ATS/DUE de los Equipos de Atención Primaria, los Médicos de Urgencia Hospitalaria y los Médicos residentes. Respecto del personal Facultativo de los Equipos de Atención Primaria, tendrá efectividad desde el día 1 del mes siguiente a aquel en que concluya el plazo a que se refiere el punto primero b) anterior.

Sexto.—Las cuantías correspondientes a los conceptos del nuevo Sistema Retributivo se corresponden con la jornada ordinaria con un módulo horario semanal de cuarenta horas. Los titulares de puestos de trabajo que vengan efectuando jornadas de treinta y seis horas semanales o inferiores, percibirán todos los conceptos retributivos con la reducción proporcional correspondiente.

La cuantía anual correspondiente a los complementos de destino continuará percibiéndose de la misma forma que con anterioridad a la vigencia del Real Decreto-Ley 3/1987, de 11 de septiembre.

Séptimo.—Las referencias relativas a retribuciones contenidas en el presente acuerdo se entienden siempre hechas a retribuciones íntegras.

«SINDROMES DE WEST Y DE LENNOX»

Por Francisco Torres González
(Ex-director del Hospital de «La Atalaya»)

Entre los cuadros epilépticos asociados con oligofrenia merecen una especial mención el síndrome de West y el síndrome de Lennox.

Nunca faltan en los hospitales infantiles y suelen representar un problema para el cuerpo médico por su mala respuesta terapéutica.

SINDROME DE WEST

Este cuadro fue descrito primeramente por el médico W. I. WEST (descripción dramática, pues el autor hablaba de su propio hijo).

Aparece entre los tres y los nueve meses, aunque también es cierto que puede surgir más tarde o, por el contrario en los primeros días de la vida.

Sabemos todos que se admite un West *idiopático* o esencial, sin lesión encefálica previa. Y un West *secundario*: complicación de una encefalopatía preexistente a la que se llegó por mecanismos muy variados; sobre todo, por un parto patológico. (Tendríamos, a fin de cuentas, la misma gama etiológica que debe estudiarse en cualquier otra epilepsia, pero con un cerebro que responde de un modo *sui generis*.) Estudios más actualizados, sin embargo, recogen la posibilidad de que las alteraciones sean más bien prenatales y a ellas se deba, realmente, la dificultad en el parto.

Recordemos las características del síndrome.

Tiene, desde luego, un componente convulsivo: espasmos instantáneos (no duran medio segundo) en que el niño se dobla por la cintura y abre quizá los brazos; como una especie de sobresaltado saludo oriental. Por eso se han llamado, también, «espasmos de saludo» o «tics de salaam». Esta curiosa epilepsia —figura 1— corresponde, en el electroencefalograma, a un trazado de gran amplitud, tormentoso y anárquico (la «hipsarritmia», de *hipsos*: alto) que traduce las desorganizadas acciones y reacciones del sistema encefálico estimulante y del sistema inhibitor en un cerebro totalmente inmaduro.

Pero, además de estos dos factores —*convulsiones e hipsarritmia*—, hay un tercer componente como todos sabemos: el *retraso mental* (el «retraso psicomotor» habría que decir más pro-

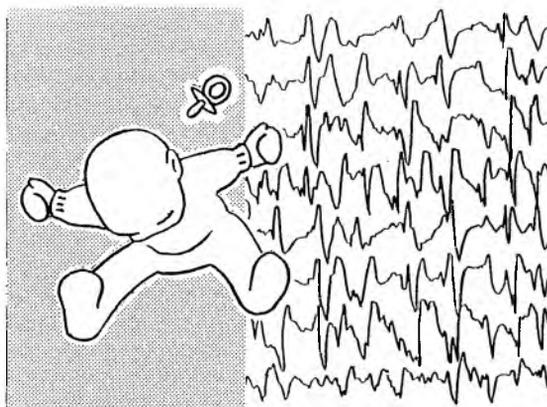


Figura 1.—Electroencefalograma en el síndrome de West: hipsarritmia.

piamente, teniendo en cuenta la edad). Véase la figura 2. Este déficit psíquico suele iniciarse al mismo tiempo que la gráfica hipsarrítmica, sin que sepamos qué perturbaciones, bioquímicas sin duda, están entorpeciendo la máquina mental.

El hecho es que el cuadro de West suele provocar una situación desesperante para el médico y para la familia. El niño adquiere un notable retraso y sufre uno y otro ataque sin que, en la mayoría de los casos, pueda hacerse gran cosa por él. No es raro que florezcan los síntomas neurológicos y acaben instaurándose parálisis de origen central.

Cuando logramos que las crisis epilépticas resulten menos numerosas (eso solamente), ya lo consideramos un resultado notable. Y un éxito si conseguimos detenerlas, aunque el retraso mental siga presente.

Se producen algunas remisiones completas cuando se instaura un tratamiento precocísimo de ACTH o de benzodiazepinas. Serían de todas formas casos excepcionales y de tipo idiopático. Los autores se muestran, desde luego, discordantes. Y, mientras unos reducen estas remisiones a 3 o 4 por cada 100 enfermos, otros hablan del 20 por 100.

¿Quién se acerca más a los hechos reales? La verdad es que no tengo experiencia directa para contestar. No lo sé. Los psiquiatras raramente intervenimos en estos momentos iniciales. Son edades muy tempranas que recaen habitualmente en los compañeros de pediatría. Nosotros, por lo tanto, sólo vemos los casos ya consolidados; no los que lograron curarse. (Téngase presente que los casos se consolidan en cuanto hay unas semanas de evolución.)

Pero sospecho que, como ocurre en otros temas médicos, quizá estamos manejando conceptos que no coinciden del todo. He visto que algunos autores, por ejemplo, admiten modalidades del West en que falta el retraso mental.

Me pregunto, además, si algunas de estas remisiones no corresponderán, en realidad, a simples epilepsias tónicas con un trazado parecido a la hipsarritmia. (A veces, resulta muy difícil diferenciar la hipsarritmia y el trazado de otras epilepsias tempranas.)

Sea como sea, hay que considerar excepcionales las remisiones. Y creo que, en la práctica, todos los médicos sentimos lástima por el niño cuando le diagnostica-



Figura 2.—La trada sintomática en el síndrome de West.

mos el síndrome de West; sabiendo que lo más seguro es que se consolide un retraso mental profundo.

Hacia los tres años de edad (y coincidiendo sin duda con un nuevo escalón madurativo) las convulsiones del West se transformarán en otras modalidades comiciales que pueden resultar muy variadas. La gráfica hipsarrítmica se modificará también, dando paso a otras imágenes; imágenes patológicas, claro está, pero no tan inmaduras. (A veces, incluso, llega el electroencefalograma a hacerse inexpresivo —así he visto cinco casos en «La Atalaya»— sin que por ello desaparezca la epilepsia clínica.)

Pero, con relativa frecuencia, la gráfica y las convulsiones derivan hacia otro síndrome del que quiero hablar ahora: el de Lennox.

SINDROME DE LENNOX

El cuadro de Lennox resulta, de algún modo, semejante al que acabamos de ver. Sólo que trasladado a un cerebro de otra edad.

Es cierto que aparece también en la infancia; pero en una infancia más avanzada: entre los 2 y los 8 años. Muchas veces —y aquí está el lado trágico— surge en un niño que hasta entonces había sido normal en todos los aspectos. Y es que no siempre aparece este síndrome (conviene recordarlo) como una continuación del West.

En efecto; el síndrome de Lennox puede brotar desde los más diversos antecedentes; a veces muy lejanos. Uno —y muy importante— es el síndrome de West, desde luego. Pero resulta más importante, quizá, el antecedente de las meningoencefalitis y, más aún, el del parto patológico. De los veintiún casos de Lennox que han permanecido en «La Atalaya» (bien en internamiento completo, bien en régimen de *hospital de día*), sólo tres presentaban de un modo claro el antecedente del West. Uno de ellos, por cierto, seguía mostrando todavía, al cabo de los años, un EEG de transición sin decidirse a soltar sus nostalgias hipsarrítmicas.

En el cuadro de Lennox caben, por supuesto, otras posibles causas; todas ellas dejando el cuño de la organicidad o, simplemente, del disturbio metabólico. Uno de nuestros casos, por ejemplo, es de tipo fenilpirúvico.

Continuando aún con la etiología, resulta necesario citar también, como hicimos en el West, los casos que llamamos (para ocultar nuestra ignorancia) *idiopáticos* o *esenciales*: aquéllos que parecen surgir por generación espontánea y que suelen ser, por lo común, más tardíos, y si tenemos mucha suerte, de pronóstico menos malo.

Cabe repetir, en suma, lo que ya dije hablando del West: podemos hallar los mil antecedentes que también se describen en las otras epilepsias. Sólo que con un cerebro respondiendo de forma especial.

Y, comparando de nuevo con el West, también aquí vamos a encontrar una triada sintomática compuesta por *crisis epilépticas*, *electroencefalograma especial* y *oli-*

gofrenia. (Figura 3.)

Pero las crisis epilépticas no son los espasmos que antes vimos, sino crisis atónicas bruscas (el niño se desploma como herido por el rayo), crisis tónicas (con el mismo resultado) y ausencias atípicas; modalidades que aparecen aisladas o combinándose de diversas maneras.

El electroencefalograma (figura 4) no muestra aquella hiparritmia caótica, sino la *punta-onda variante*; lenta y generalizada.

Y el tercer elemento de la triada es la oligofrenia. Que se instala en cuanto aparece el síntoma epiléptico (si no era una oligofrenia transferida desde un West) y que suele ir en aumento.

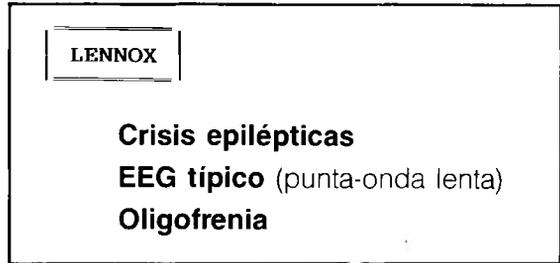


Figura 3.—La Triada sintomática en el síndrome de Lennox.

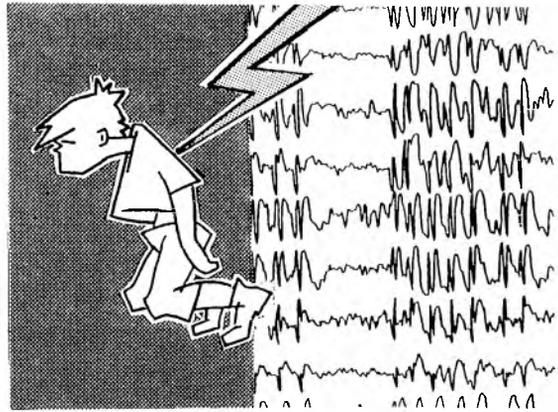


Figura 4.—Electroencefalograma en el síndrome de Lennox.

¿Remiten muchos enfermos de Lennox? Muy pocos. Casos excepcionales. Y, revisando la literatura, hasta podría objetarse que algunos de ellos no eran casos verdaderos, sino meras epilepsias traducidas por un electroencefalograma de punta-onda lenta. Sin más. Casos que se reducen al problema del tratamiento antiepiléptico (difícil con ese electroencefalograma, es cierto) pero sin el terrible acompañante del deterioro mental.

¿Es eso un síndrome de Lennox realmente?

Para algunos autores, sí. Por ejemplo Oller Daurella —padre de la mejor monografía que se ha escrito sobre el tema—, después de afirmar que el deterioro mental es lo más característico del Lennox, admite, sin embargo, casos incompletos en que falta ese deterioro.

La opinión más extendida, sin embargo, considera que el síndrome ha de reunir *siempre* sus tres elementos. O estar en vías de reunirlos; ya que puede existir una breve etapa entre la aparición de los signos epilépticos (ataques y EEG) y la iniciación del deterioro. En esta breve etapa —digamos de paso— es donde hay que concentrar todas las esperanzas. Siempre muy limitadas, por supuesto. Esperanzas que debemos perder una vez que se ha iniciado la oligofrenia.

La verdad —hablando de modo general— es que la aparición, en un niño, de la punta-onda lenta y generalizada es, según mi experiencia, un aviso temible. Que puede anunciar un deterioro desesperante en que la mente infantil termina siendo una

pobre caricatura de sí misma. Resulta corriente, además, que el niño sufra esas bruscas caídas del Lennox con mucha frecuencia (enfermos con numerosas heridas y cicatrices). Son, en efecto, crisis muy rebeldes que a menudo desembocan en uno y otro *status* al borde de la muerte. Nada tiene de particular, claro está, que el deterioro, por todo esto, se acentúe. Y que haya un acompañamiento de signos neurológicos que sólo falta en los casos más tardíos.

Los pacientes del Lennox representan esas epilepsias, para decirlo de una vez, en que intentamos, a la desesperada, todo tipo de tratamientos (incluida la dieta cetógena).

Hay casos en que el propio inicio es un veto a la esperanza. Se observa a veces, en efecto (nosotros, al menos, lo hemos observado), que el deterioro se pone en marcha *antes, incluso*, de que aparezcan los ataques. En este sentido tenemos un caso bastante gráfico que he podido seguir desde sus comienzos.

El niño a que me refiero fue traído a consulta porque sufría un cierto tartamudeo. Por lo demás aparentaba una total normalidad, si bien, se detectaron algunas perturbaciones en el test de Bender. Contaba entonces cinco años. Mostró un Cociente Intelectual de 113 —una buena inteligencia, pues— y un electroencefalograma sin anomalías.

Volvimos a estudiarlo dos años después, ya que había iniciado un bajón en el rendimiento escolar. Y vimos que su C.I. (antes de 113) era de 94. *Empezaba el deterioro*. Y, sin embargo, aún no existían crisis epilépticas. El electroencefalograma, además, seguía siendo inexpresivo y todo parecía reducirse a un problema pedagógico.

Lo observamos de nuevo cuatro años más tarde (tenía once, por lo tanto). Era ya francamente un oligofrénico; con un C.I. de 61. Y, al repetir el electroencefalograma de rutina, apareció la temible punta-onda lenta. Apareció como una sorpresa solitaria; sin ataques de ningún tipo.

Pronto, sin embargo, se precipitó la evolución.

El niño empezó a apagar su vivacidad, fue perdiendo vocabulario y se hundió, más y más, en el deterioro mental. Y al mismo tiempo se hicieron presentes los síntomas epilépticos, poco crueles en este caso: unas ausencias de componente vegetativo que, además —cosa no usual—, desaparecieron con el tratamiento. Sin que ello detuviera, claro está, el derrumbamiento de la inteligencia.

Actualmente tiene veinte años. Y su CI, que en tiempos fue de 113, es ahora de 34. Una *oligofrenia severa*, según la clasificación de la O.M.S.

No ha habido modo, por cierto, de descubrir la etiología de este caso. En el recorrido del chico por diversos especialistas, se fue sometiendo a una serie de pruebas: T.A.C., cariotipo y, en el laboratorio de «La Atalaya», un examen de variados aspectos metabólicos. ¿Un caso idiopático? La realidad es que todas las pruebas resultaron negativas.

* * *

En relación con los síndromes de Lennox y de West cabe repetir la misma pregunta que me hacía en un artículo anterior: la oligofrenia, ¿surge a consecuencia de las convulsiones? Todo indica que, en estos síndromes, no es así. Sino que ambos factores —oligofrenia y epilepsia— proceden de una causa común, aunque desconocemos el mecanismo íntimo. Pero también parece evidente que el factor oligofrénico acaba acentuándose a causa de las convulsiones y de los repetidos status.



ORGANIZACION MEDICA COLEGIAL
PATRONATO DE HUERFANOS DE MEDICOS

Villanueva, 11
28001 MADRID



El Patronato de Huérfanos de Médicos, en sesión celebrada en 24 de mayo de 1980, acordó instituir el Premio «Jesús Galán», en memoria de la actuación de dicho doctor como Vicepresidente del mismo, consistente en la cantidad de 75.000 ptas., en favor del huérfano que justifique mejores notas al término de su carrera superior.

Con objeto de que los huérfanos pertenecientes a esa provincia puedan solicitar dicho premio, notifico a V.I. la Convocatoria, cuyo texto es el siguiente:

«El huérfano de médico que haya finalizado la carrera superior en el curso 86-87, y justifique haber obtenido las mejores calificaciones de entre todos los solicitantes, le será concedido un premio de 75.000 ptas, y creándose un accésit por importe de 25.000 ptas, entregándose a juicio de la Junta Rectora. Las solicitudes, con la correspondiente certificación de estudios deberán dirigirse al Patronato de Huérfanos de Médicos, en Madrid, calle de Villanueva, 11, antes del próximo día 15 de julio.»

Las solicitudes serán remitidas a través del Colegio Oficial de Médicos de la provincia, los cuales informarán las peticiones con arreglo a los datos que posean en relación a la familia del huérfano solicitante, número de hermanos, edad de los mismos y estudios que realizan.

Las solicitudes que tengan entrada en el Patronato de Huérfanos de Médicos pasado el 15 de julio citado, no serán válidas.

Lo comunico a V.I. para su conocimiento y efectos consiguientes, rogándole lo comunique a los interesados a sus efectos.

Dios guarde a V.I. muchos años
Madrid, 3 de mayo de 1988
EL SECRETARIO GENERAL

RICARDO CEDRON PEREZ

Ilmo. Sr. Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real

BAJAS COLEGIALES MARZO-ABRIL 1988

N.º Colegiado	Nombre y Apellidos	Motivo Baja
3.013	M. ^a Paz Gutiérrez Martín	Traslado a Andalucía
3.041	José Anaya Ruiz	Traslado a Cuenca
2.875	Manuela Muñoz Mármol	Traslado a Córdoba
2.822	Manuel Ortiz Cantos	Servicio Militar
3.028	Leoncio M. Muñoz Sánchez	Traslado a Granada
3.027	Margarita Morales Torres	Traslado a Córdoba
3.009	Luis Gallart Cervi	Traslado a Granada
2.853	Susana Urrutia Hernando	Traslado a Toledo
2.072	Luis F. Díaz Mora	Traslado a Madrid
2.994	José Sorroche Baldomero	Traslado a Granada
2.423	M. ^a Pilar Torrijos Torrijos	Traslado Barcelona
2.783	Jesús Sánchez Sánchez	Traslado a Toledo
2.926	Miguel A. Barba Romero	Servicio Militar
2.684	Daniel Olivares Zarco	Traslado a Madrid
3.034	Manuel Zafra Gómez	Traslado a Córdoba
2.670	Amparo Fernández de Simón Almera	Traslado a Sevilla
2.685	Juan Arévalo Serrano	Traslado a Madrid
3.014	Manuel Torres Pascual	Traslado a Alicante
2.789	Cristina Polo Usaola	Traslado a Madrid
2.68€	Luis M. Morena González	Traslado a Granada
2.792	Antonio Moreno Ortega	Traslado a Granada
2.890	Daniel Aliseda Pérez M.	Traslado a Madrid
2.630	Taha Atyeh Taha Alterwi	Traslado a Madrid

ALTAS COLEGIALES MARZO-ABRIL 1988

N.º Colegiado	Nombre y Apellidos	Domicilio
3.043	Nieves Fernández Hernando	MANZANARES
3.044	José L. Castillo Torres	CIUDAD REAL
3.045	Antonio A. Martín Vicente	CIUDAD REAL
3.046	Juan A. Toro Morales	TOMELLOSO
3.047	Ramón C. de Lara Calvache	PUERTOLLANO
3.048	Francisco Delgado García	MIGUELTURRA
3.049	Miguel A. Morcillo López Hidalgo	TOLEDO
2.937	José A. Jiménez García	FUENCALIENTE
3.050	M. ^a José Ciudad Cabañas	CIUDAD REAL
3.052	Emilio J. Velasco Martínez	SACERUELA
3.051	Jeanette Ruth Biendicho	ALCAZAR S. JUAN
3.053	Fca. Victoria Fernández Ruiz	PIEDRABUENA
3.054	Catalina Martínez Lozano	CIUDAD REAL
3.055	José Carlos Bravo Navas	CIUDAD REAL
3.057	Luis Martín Casado Moragón	PUERTOLLANO
3.058	Kalil Assle	MANZANARES
3.059	Alonso Téllez Bolea	CIUDAD REAL
2.504	Manuel Albi Núñez	CIUDAD REAL
3.060	José A. Froufe García	TORRALBA
3.061	Luisa Gómez Mata	CIUDAD REAL



IN MEMORIAM

DON RAFAEL MAZUECOS PEREZ-PASTOR

Falleció el día 1-4-88 en Alcázar de San Juan (C. Real), a los 94 años de edad, rodeado de sus familiares y de los innumerables admiradores de su espléndida, ejemplar vida de trabajo y de servicio.

DESCANSE EN PAZ.