

**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 Montarrosa 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 I.I. Sanidad:  
SVR 209.

Noviembre-Diciembre 1984.

Núm. 117.

## SUMARIO

Editorial ... ..	3
Actividad Corporativa ... ..	5
Vida Colegial ... ..	19
Actividad Consejo General:	
«Conclusiones definitivas sobre es- terilización irreversible» ... ..	24
Informe de la OMC sobre Incompa- tibilidades ... ..	25
Boletín Oficial del Estado:	
Ley de Incompatibilidades ... ..	47
Modificación de retribuciones del personal sanitario dependiente del Insalud ... ..	54
Requisitos para practicar trasplan- tes de corazón ... ..	56
Actividad Docente:	
II Curso de Reumatología para Mé- dicos Generales ... ..	58
Previsión Sanitaria Nacional:	
Normas a seguir en los Seguros del Automóvil ... ..	60
Colaboraciones:	
Estudio de la frecuencia de la hiper- tensión arterial ... ..	63
Noticias ... ..	78

# EDITORIAL

En la sesión del día 15 de diciembre de la Asamblea de Presidentes, se dio a conocer la constitución de una Comisión que estudie la futura Ley del Medicamento. Esta Comisión estará formada por dos Catedráticos de Farmacología, un Internista y un Psiquiatra.

El Presidente de la O.M.C., Dr. Rivera, informó del escrito dirigido al señor Lluch en relación con las recientes OO. MM. de provisión de vacantes, etc., en las II.CC. del INSALUD, y su repercusión en asistencia hospitalaria, en cuanto a calidad e incentivación profesional.

Informó asimismo que el proyecto de Ley General de Sanidad ha entrado en el Consejo de Ministros, pero su salida y visto bueno parece ser que ha sido interrumpido como consecuencia de controversias interiores. Se analizó todo cuanto la O.M.C. ha realizado para el perfeccionamiento de la Ley en esta fase de consultas y asesoramientos. A continuación se suministrará cuanta información precisen los parlamentarios, agencias y medios de difusión y conocimiento de la opinión de los sanitarios a través de encuestas y referéndum acordado a realizar.

Se trató de la diversa y variada aceptación que tienen los Centros de Salud, pues así como hay provincias donde el rechazo es unánime, en otras son bienvenidos como es en nuestro caso, por lo cual el informe colegial al trámite de audiencia solicitado por la Delegación Provincial será de aceptación al haberse manifestado los facultativos afectados favorablemente.

---

En relación con nuestra gestión colegial, con gran satisfacción os informo del acuerdo del Pleno del día 13 de diciembre para mejorar el tradicional aguinaldo navideño de diez mil pesetas, que donaremos a nuestros actuales veintitres huérfanos con otra cantidad semejante en concepto de Reyes, lo que ha supuesto un montante de 460.000 pesetas y se han hecho efectivas a las viudas de los compañeros fallecidos en 1984 las 500.000 pesetas, donativo colegial independiente de la voluntaria derrama, lo que ha supuesto la cifra de 4.500.000 pesetas.

Se os puede informar que la antigua vivienda del portero se ha habilitado en oficina, dotándola de autonomía climática, al objeto de que su arren-

damiento incremente los ingresos procedentes de los bienes inmobiliarios-

Era mi deseo remozar y modernizar las oficinas colegiales, salón de actos, local comercial y dotar de ascensor al edificio, pero ante lo incierto del futuro, se ha creído más conveniente que el saldo al expirar mi mandato, lo sea en efectivo, lo cual me libera de las correspondientes preocupaciones que todas las obras conllevan.

Una vez más, agradezco a todos los miembros de la Junta Directiva estos acuerdos, que prácticamente ponen punto final a una gestión de seis años y que en estos tres próximos meses de calendario electoral, mi única misión será vigilar su cumplimiento y, a semejanza de los gestores provisionales, dedicarse exclusivamente a los trámites administrativos e intervenir el mínimo posible en política colegial, para mantener el máximo de independencia y neutralidad.

Nuestra Navidad ya está ahí, que todos con los nuestros cantemos:

¡Ay Belén, Belén, Belén!

No me gustan tus casas de cerrojos echados.

Me encanta tu Gruta del campo perdido

donde ángeles y pastores proclaman unidos

la Verdad venida en el Niño nacido.

Que 1985 sea año de ventura y paz, y mi más cordial felicitación en nombre de todos y para todos.

**LUIS CORRALES**  
**Presidente**

# ACTIVIDAD CORPORATIVA

ACTA DE LA PERMANENTE DE LA JUNTA DE ESTE COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS CELEBRADA EL DIA 30 DE AGOSTO DE 1984.

## ASISTENTES:

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

En Ciudad Real las 19,30 horas del día 30 de agosto 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.—Se da lectura del acta de la Permanente anterior celebrada el día 5 de julio de 1984, siendo aprobada por unanimidad.

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

3.—Informe del Sr. Presidente.

a) Se da lectura de una carta, de un médico de Sana Cruz de Mude-la, solicitando prórroga para el abono de cuotas colegiales.

b) Cartas de los Dres. D. Fernando Bermejo Corrales y D. José García García, solicitando ser baja en la Derrama de Defunción. Se acuerda conceder estas peticiones.

c) Se da lectura a escritos relacionados con la problemática del Dr. Sánchez Enfedaque, residente en Manzanares y reunión sosteni-

da con los titulares de Porzuna, sobre el tema de los pueblos de El Robledo.

d) Se da cuenta de la carta recibida de don Antonio Rodríguez Daimiel, residente del Colegio Oficial de Farmacéuticos, acompañando, catálogo de especialidades farmacéuticas y relación de productos dados de baja. Se acuerda publicarlo en el Boletín del Colegio.

e) Se da lectura a varios télex recibidos del Consejo General y del presidente del Colegio de Médicos de Navarra.

f) Recorte del diario «Lanza» rectificando la nota informativa publicada por el Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real el día 15 de agosto de 1984.

g) Aluda del Presidente del Consejo General, y nos adjuntan por encargo del Presidente del Colegio de Zaragoza y para su mayor difusión, recortes de prensa, con relación al aumento de plazas para especialización de médicos extranjeros.

h) Se da cuenta del escrito de la Dirección Provincial del Ministerio de Cultura de Ciudad Real, remitiéndonos fotocopia de la Ley 29/1984, de 2 de agosto, por la que se regula la concesión de ayudas a empresas periodísticas y agencias informativas, publicada en el B.O.E.

i) Dar cuenta del escrito del Sindicato Médico de Ciudad Real, enviando informe que en su día elaboró la Asesoría Jurídica de la DESM en relación con los escritos que se han recibido por parte del NSALUD y en relación a la jerarquización de ambulatorios.

j) Se informa sobre escrito del Instituto Nacional de la Salud en el que nos agradecen sirvamos notificarles la designación de un médico de la Seguridad Social, jefe de equipo, como asimismo un titulado de Tocoginecología y otro de Psiquiatría. El doctor D. Mario Polo, como Psiquiatra denuncia la propuesta sobre su posible participación en tribunal para plaza del Centro de Orientación Familiar.

Sobre este tema, el Sr. Secretario del Colegio envía copia del concurso, acompañado con sus correspondientes saludas a dos doctores de la especialidad de Tocoginecología.

k) e da cuenta del Saluda recibido del Presidente del Colegio

Oficial de Médicos de Avila, comunicando sus nuevos miembros de la Junta Directiva.

l) Se informa sobre oficio recibido del Consejo General, concediendo a la huérfana María Rosario Palacios Salinas, la cantidad de 1.000 pesetas, para la obtención del Título de Licenciada en Medicina, cantidad que ya le ha sido satisfecha por el Colegio.

ll) Saluda del Sr. Secretario del Consejo remitiendo copia del proyecto de Real Decreto, para ser informado en el plazo de 10 días. Se envía fotocopia al Dr. D. Santos Martínez-Conde.

m) Se informa sobre escrito recibido del Ministerio de Sanidad y Consumo (Subsecretaría), en el que acompañan fotocopia del Boletín Oficial del Estado de fecha 2 de los corrientes que publica la Orden de 19 de junio de 1984 por la que se regula el reconocimiento de interés sanitario para actos de carácter científico.

4.—Informe de los miembros de la Permanente: Ningunos.

5.—Ruegos y preguntas: Ningunas.

Y no habiendo más asuntos a tratar, el Sr. Presidente dio por finalizada la sesiéndolo, siendo las 21,30 horas del día 30 de agosto de mil novecientos ochenta y cuatro.

ACTA DE LA SESION DEL PLENO DE LA JUNTA DIRECTIVA DE ESTE ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS CELEBRADA EL DIA 13 DE SEPTIEMBRE DE 1984.

ASISTENTES:

Presidente: D. Luis Corrales Céspedes  
Secretario: D. Gerardo Alemany S. de León  
Tesorero: D. Eduardo Rodríguez Arévalo  
Vocales: D. Santos Martínez M.-Conde  
D. José A. Velasco Medina  
D. José Luis de Diego Lozano  
D. Mateo Pérez Sánchez  
D. Alfredo Badía Mir  
D. Francisco J. Fernández Martínez

Como invitado al Pleno asiste el abogado D. Luis Sánchez Morate.

D. Emilio Enríquez Ferrer, justificó su ausencia.

En Ciudad Real, siendo las 18 horas del día 13 de septiembre de 1984, se reúnen en la Sede del lustre Colegio Oficial de Médicos, los miembros del Pleno de la Junta Directiva, que arriba se expresan, según convocatoria de fecha 5 del mismo mes, para tratar de lo siguiente:

1.—Lectura y aprobación si procede de las actas del Pleno celebrado el día 2 de agosto de 1984 y Permanente del 30 de agosto.

Por el Sr. Secretario se dio lectura a los anteproyectos de las actas anteriores, siendo aprobadas ambas por unanimidad.

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

3.—Informe del Sr. Presidente.

Se dio lectura al escrito de la Excma. Diputación solicitando vocales Médicos titulares y suplentes para formar parte del Tribunal para plazas de Jefes de servicio y Sección de diversas especialidades del Hospital Provincial. Se leen nombres propuestos y se aprueban.

Se da a conocer Presupuesto de la obra de reforma del piso alto

del edificio del Colegio, se pasa a Junta y se aprueba.

Se da lectura a diversos escritos de Médicos, políticos, etc., sobre el tema de los Médicos titulares de Porzuna, se deja al letrado del Colegio e informa sobre el asunto de recibos de cuotas impagadas. e propone que si no contestan en el plazo de un mes y normalizan su situación se les abrirá un expediente con arreglo a las normas del Estatuto de la Organización Médica Colegial.

Se da lectura carta coordinadora Prov. Asoc. Méd. Ayud. Cupos Quirúrgicos Se traslada al Rep. Médicos menos 5 años para que la haga llegar a su vocal nacional.

Se propone celebrar en último trimestre Asamblea Ordinaria para presentar presupuestos del año 1985.

Se tratan asuntos de los Drs. D. Juan G. Sánchez Barrejón Ruiz y D. Dámaso Alegre Jiménez, trasladándolo al Sr. Letrado.

Se da lectura de la contestación del Letrado Asesor del Consejo General sobre Colegiación.

Se da lectura a la carta recibida por diferentes médicos de zona pa-

ra reintegrarse en Equipos de Atención Primaria, así como de la contestación al Sr. Presidente.

Se leen varios télex del Consejo General en relación con Médicos especialistas de Ambulatorios.

Carta del Dr. D. Laureano Gómez González sobre diferentes asuntos profesionales y contestación de la Presidencia.

Oferta de la Empresa EPROM, S. A., sobre diferentes medios informáticos.

Carta del Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Castellón con avance del programa del «SYMPOSIUM» de Medicina en situaciones catastróficas.

Se da conocimiento del borrador de orden por la que se fija población adscrita a los distintos miembros de los Equipos Médicos de atención primaria y proyecto de orden ministerial por la que se establece obligatoriedad de informe de alta.

Se da conocimiento de los siguientes escritos:

Del asesor ejecutivo del Ministerio de Sanidad al secretario general de la O.M.C., sobre Ley General de Sanidad.

Análisis de la carta anterior remitido por el Consejo General.

Acta de la reunión de la Comisión Negociadora del anteproyecto de Ley de Sanidad, celebrada el 19 julio 1984.

Estudio actualización económica del proyecto de reforma de la Asistencia Extrahospitalaria de la Seguridad Social.

Carta de los Médicos ayudantes de equipos quirúrgicos, interinos.

Copia conferencia pronunciada por el Ministro de la Presidencia sobre Ley de Colegios Profesionales.

Carta Consejo General Colegios Ingenieros Técnico Agrícolas al Presidente O.M.C., y contestación de éste.

Contestación del Ministerio de Sanidad, sobre control previo de población médico sanitaria.

Informe de Asesoría Jurídica Consejo General sobre cambio horario consulta Médicos especialistas de Ambulatorios.

Saluda del Director Gabinete Técnico Provincial de Seguridad e Higiene en el trabajo adjuntando programa Curso Medicina Laboral.

Saluda del Presidente O.M.C. adjuntando cartas Presidente Comisión racionalización gastos farmacéuticos al Ministro de Sanidad y Director General de Farmacia.

Orden por la que se establecen normas Jerarquizar ór Especialidades, Radiología y Laboratorio de las II. SS. abiertas, de la S. Social.

Citación Asamblea Madrid sobre cambio de horario Médicos Ambulatorios. Se acuerda vayan Sr. Presidente, Sr. Secretario y el Sr. Vocal de la Sección correspondiente.

4.—Informe miembros del Pleno:

El Dr. Martínez Martínez-Conde, Vocal Representante de los Médicos Titulares informa sobre conversación con el Consejero de Sanidad de la Junta de Comunidades Castilla-La Mancha en Toledo, sobre las Unidades Básicas de Salud, al cual entrega un informe solicitando conteste una serie de preguntas referentes a este tema. Se acuerda remitir el cuestionario a los Médicos Titulares, y al resto de los Médicos de Zona, con un saluda del Sr. Presidente.

5.—Ruegos y preguntas.

Informe del Dr. Fernández Martínez, Vocal de Médicos menos de 5 años ejercicio sobre posible reestructuración de la Bolsa de desempleo, acordándose por el Pleno que él como Vocal proceda con los interesados a establecer las normas más idóneas.

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



ACTA DEL PLENO EXTRAORDINARIO DE LA JUNTA DIRECTIVA DE ESTE ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS, CELEBRADO EL DIA 19 DE SEPTIEMBRE DE 1984.

ASISTENTES:

Presidente: D. Luis Corrales Céspedes  
Secretario: D. Gerardo Alemany S. de León  
Vocales: D. Lucio Moraleda  
D. Ulpiano Luengo, en representación del Titular.  
D. Francisco Carazo Marín  
D. Manuel Brazal Castell  
Dr. Calero, en representación del Titular de Manzanares  
Representante del Dr. Velasco Lobo de Valdepeñas  
D. Emilio Enríquez, justifica su ausencia

En Ciudad Real a las diecinueve horas del día 19 de septiembre y en segunda convocatoria, se reúnen en Pleno Extraordinario la Junta directiva de este Colegio Oficial de Médicos asistiendo los relacionados al margen, con el siguiente orden del día:

Información del tema tratado en la Asamblea extraordinaria del Consejo de Colegios Oficiales de Médicos del día 15 de septiembre de 1984.—«situación conflictiva actual de los Ambulatorios del INSA-LUD, en las distintas provincias, y medidas a adoptar».

Se acuerda, por unanimidad or-

ganizar por parte de este Colegio un servicio gratuito de autobuses que partirán de diferentes localidades de la provincia, según sea necesario por el número de plazas solicitadas, para asistir a la conferencia que el Sr. Bon Ramiro Rivera, Presidente del Consejo General dará en el Palacio de Exposiciones y Congresos de Madrid el día 29 de septiembre actual.

Y no habiendo más asuntos a tratar y siendo las veinte horas del día 19 de septiembre, el Sr. Presidente da por finalizada la sesión, de la que se levanta la presente acta que firman conmigo el Secretario de que **certifico**.

ACTA DE LA SESION DEL PLENO DE LA JUNTA DIRECTIVA DE ESTE ILUSTRE COLEGIO. CELEBRADA EL DIA 11 DE OCTUBRE DE 1984.

ASISTENTES:

Presidente: D. Luis Corrales Céspedes  
Secretario: D. Gerardo Alemany S. de León  
Vocales: D. Alfredo Badía Mir  
D. Emilio Enríquez Ferrer  
D. Santos Martínez y M. Conde  
D. Mateo Pérez Sánchez

En Ciudad Real, siendo las 17 horas del día 11 de octubre de 1984, se reúnen en la sede del

Ilustrte Colegio Oficial de Médicos, los miembros del Pleno de la Junta Directiva que arriba se expre-



san, según convocatoria, para tratar de lo siguiente:

1.—Lectura y aprobación, si procede, de las actas del Pleno del día 13 de septiembre y Pleno Extraordinario del día 19 del mismo mes y año.

Por el Sr. Secretario se dio lectura a los anteproyectos de las actas anteriores, siendo aprobadas por unanimidad.

2.—Movimiento de colegiados (altas y bajas).— Va en sección aparte.

3.—Informe del Sr. Presidente.

a) El Sr. Presidente da a conocer carta recibida de D. Eusebio Palomo Fariñas, delegado provincial de Laboratorios UPJOHN, pidiendo permiso para ocupar el salón de actos. El Pleno acuerda concedérselo y se le comunica al solicitante, para el día 8-XI-84.

b) Otro escrito del Instituto Nacional de la Salud.— Hospital «Ntra. Sra. de Alarcos», de la Seguridad Social, firmada por D. Juan Vicente Caballero, solicitando también permiso para ocupar el salón de actos para el día 19 de los corrientes. También se le concede y se le comunica interesado.

c) Se envían saludas del Presidente y Secretario del Colegio al Excmo. Sr. D. Manuel Sánchez Ordóñez, felicitándole por su reciente nombramiento de delegado provincial de la Consejería de Sanidad B. Social y Trabajo.

d) Saluda al Dr. D. Francisco José Fernández Martínez, representante de los médicos jóvenes, y se le remite fotocopia de propuesta de normativa de inscripción en Bolsas de Parados para efectuar sustituciones, editada en el Boletín informativo del Colegio de León.

e) A propuesta del Sr. Presidente el Pleno acuerda traspasar la

pensión por Ayuda del Colegio que venía percibiendo doña Hortensia Vélez, fallecida recientemente, a su hermana doña Filomena Vélez del Campo, por encontrarse en mala situación económica.

f) El Sr. Presidente da cuenta del contenido de la carta del Sr. Secretario, que ha dirigido a doña Lucía Camacho Torres, referente a la baja forzosa con la Mutualidad de P.S.N., por impago de recibos.

g) El Sr. Presidente da cuenta del informe recibido del letrado don José Antonio Torres Vargas, sobre asunto de los médicos de Porzuna.

h) eS da cuenta del escrito en «Lanza» recibido de D. Ernest Lluçh Martín, en el que nos envían un ejemplar del texto editado por el Servicio de Publicaciones de ese Departamento «Oferta y demanda de médicos en España», pod si lo consideramos de interés.

i) Télex del Consejo General, informando cómo van las conversaciones entre la O.M.C. y Ministerio. El Sr. Presidente hace un resumen desde la reunión en Alicante al momento actual.

j) Se acuerda se informe al Sr. Tesorero tenga preparado para el próximo Pleno el presupuesto para el año 1985.

k) Enviando saluda a varios compañeros y se les adjunta encuesta recibida con carácter de urgencia de la ubdirección General de Atención Primaria y Medicina Laboral, con el fin de hacerlas llegar al Ministerio de Sanidad.

l) Saluda del Presidente D. Luis Corrales a D. Ricardo Cedrón, Secretario general del Consejo de Colegios Médicos y se le adjunta fotocopia del escrito dirigido por este Colegio a la Excmo. Diputación, en relación con un contrato de un médico y la contestación que hemos recibido del Secretario de di-

cha Diputación, para que nos informe sobre el tema.

l) Saluda del Presidente del Consejo General en el que nos adjuntan fotocopia de la orden por la que se modifica el art. 43 del Estatuto de Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social, para que enviemos las sugerencias que estemos oportunas.

m) Se informa sobre carta recibida de D. Luis Sánchez Morate, Asesor del Colegio, sobre asunto desahucio local arrendado por doña Angela Trujillo Roldán en el que se ha conseguido que dejen el local vacío y entreguen las llaves del mismo.

n) Se informa con fotocopia del

R.O. del Estado de fecha 15 de abril de 1982, publicado por el Ministerio de Administración Territorial, sobre real decreto 712/1982, de 2 de abril por el que se simplifica el procedimiento para el ingreso en la Función Pública Local.

p) Se da cuenta de varias circulares recibidas relacionadas con Ambulatorios y de Servicio Jerarquizados de las Instituciones Sanitarias de la S. Social.

4.—Informe de los miembros del Pleno: Ningunos.

5.—Fuegos y preguntas.  
Ningunos.

Y no habiendo más asuntos a tratar el Sr. Presidente dio por finalizada la sesión, siendo las 18 horas del día 11 de octubre de 1984.

## ACTA DE LA SESION DEL PLENO DE LA JUNTA DIRECTIVA DE ESTE ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS CELEBRADA EL DIA 8 DE NOVIEMBRE DE 1984.

### ASISTENTES:

Presidente: D. Luis Corrales Céspedes  
Secretario: D. Gerardo Alemany S. de León  
Tesorero: D. Eduardo Rodríguez Sánchez  
Vocales: D. Alfredo Badía Mir  
D. Francisco J. Fernández Martínez  
D. José Luis de Diego Lozano  
D. Manuel Velasco Lobo  
D. José Antonio Velasco Medina  
D. Emilio Enríquez Ferrer, justificó su ausencia.

En Ciudad Real, siendo las 17 horas del día 8 de noviembre de 1984, se reúnen en la Sede del Ilustre Colegio Oficial de Médicos, los miembros del Pleno de la Junta Directiva que arriba se expresan, según convocatoria, para tratar de lo siguiente:

1.—Lectura y aprobación, si procede, del acta del Pleno anterior celebrado el día 11 de octubre de 1984.

Por el Sr. Secretario se dio lec-

tura al anteproyecto del acta anterior, siendo aprobada por unanimidad y sin modificación alguna.

2.—Movimiento de colegiados (altas y bajas).— Va en sección aparte.

3.—Informe del Sr. Presidente.

a) Recibido saluda de D. Manuel Sánchez Ordóñez, agradeciendo felicitación.

b) Se acuerda contestación a la Excma. Diputación, vocales, tribu-

nales oposiciones varias especialidades.

c) e da lectura a la instancia presentada por el funcionario D. Félix Aponte Oliver, autorizándole lo que solicita.

d) Escrito contestación del Presidente del Colegio de Farmacéuticos, asunto colegiado, se acuerda trasladarlo al abogado.

e) Escrito de D. Francisco Fernández Páez, colegiado en Toledo, solicitando médico próxima jubilación. e acuerda contestarle.

f) Escrito del Consejo General sobre exámenes de médicos extranjeros. Se acuerda entregar fotocopia al vocal de menos de cinco años.

g) Escrito del Ministerio de Sanidad remitiendo proyecto de orden armas reguladoras pruebas selectivas residentes. Se le entrega fotocopia al vocal de menos de cinco años.

h) Escrito video Noticiario Médico. Se acuerda solicitar amplían información.

i) Escrito de Europa Press, suscripción boletín «Cultura y Sociedad». Se acuerda contestarle negativamente.

j) Propuesta del Presidente, nombramiento colegiado de honor a la funcionaria doña Carmen Bernardez Arias. Se acuerda por unanimidad.

k) Se acuerda recabar del abogado situación, cobro recibos, cuotas pagadas y solicitud formación Patronato de Acción Social.

l) Se da lectura al escrito aparecido en el diario «Lanza», 31 de octubre. Ante el anuncio certificados médicos.

ll) Se acuerda solicitar proyecto y presupuesto obra primera planta edificio Colegio.

m) Se establece como orden del

día para la Asamblea General del mes de diciembre el siguiente:

—Lectura y aprobación, si procede, de los presupuestos para el año 1985.

—Lectura y aprobación, si procede, del Reglamento de Régimen Interior.

—Situación y decisión sobre colegiados que tienen recibos de cuotas impagados.

n) Se acuerda coincidiendo con la Asamblea General dar un vino a los asistentes a la misma.

ñ) Se aprueban los presupuestos presentados por el Sr. Tesorero, correspondientes al año 1985 haciendo constar que en caso de modificación de la venta de certificados médicos sería necesario su nueva confección.

c) Se da lectura a los siguientes escritos:

—Del delegado de Hacienda sobre calendario fiscal.

—Del Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Lérida, remitiendo carta del director general de Farmacia sobre expedientes.

—Contestación de la Presidencia de Gobierno a la pregunta formulada por el vicepresidente de este Colegio, D. Juan Angel del Rey, sobre el asunto médicos titulares de Porzuna.

—Del Excmo. Ayuntamiento de Ciudad Real concediendo licencia de obras.

—Del Interventor general del Consejo General solicitando direcciones colegiados.

—Del Comité de Empresas Residencia Sanitaria «Ntra. Sra. de Alarcos».

—Del Dr. D. Enrique Morales Musulen, solicitando la jubilación. Se acuerda contestarle afirmativamente.

—Del Patronato de Huérfanos de

Médicos dictando nuevas normas y cuantías de las becas.

—De Previsión Sanitaria Nacional remitiendo Estatutos.

—Del Consejo General remitiendo convocatoria Asamblea Representantes provinciales de Medicina Rural.

—Escrito del Ministerio de Sanidad en el que indica no existen ningún inconveniente en el Reglamento del Patronato de Acción Social, indicando debe remitirse a la Dirección General de Acción Social.

—Del Consejo General, diversos escritos y télex sobre conversaciones entre el Ministerio de Sanidad y la O.M.C. sobre el proyecto de Ley General de Sanidad.

—De la Escuela Nacional de Acupuntura.

—Informe de la Asesoría Jurídica del Consejo General sobre «Legalidad de representación colegial en la Junta de Gobierno del INSA-LUD».

—Del Consejo General enviando convocatoria Asamblea Extraordinaria Representantes Sección Médicos Titulares.

—Del Consejo General remitiendo borrador orden ministerial sobre creación comisiones Farmacoparatéuticas descentralizadas.

—Del Consejo General remitiendo relación altas especialidades

farmacéuticas. Se acuerda incluirlo próximo Boletín.

—Escrito Laser-España sobre segundo Seminario aplicaciones Laser.

—Del Fondo Mutual Sanitario ofertando plan de jubilación.

—Del Editorial Salvant, ofreciendo colección Cba de Frank H. Netter. eS acuerda su compra.

—Artículo aparecido en el diario «El País», 4 de noviembre, sobre las indemnizaciones sanitarias.

p) Se acuerda remitir a Mapfre acuerdo del Pleno sobre honorarios médicos accidentados de trabajo.

q) Oficio del Consejo General concediendo beca de libros y matrículas la huérfana doña María Isabel Ruiz Villa, por importe de doscientas mil pesetas.

r) Se acuerda solicitar del Consejo General saque a concurso de traslado la plaza de Auxiliar Administrativo de este Colegio a 31 de diciembre 1984.

4.—Informe de los miembros del Pleno.

Ningunos.

5.—Ruegos y preguntas.

Ningunos.

Y no habiendo más asuntos a tratar el Sr. Presidente dio por finalizada la sesión, siendo las 20 horas del día 8 de noviembre de 1984.

ACTA DE LA SESION DEL PLENO DE LA JUNTA DIRECTIVA DE ESTE ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS CELEBRADA EL DIA 13 DE DICIEMBRE DE 1984.

ASISTENTES:

Presidente: D. Luis Corrales Céspedes  
Secretario: D. Gerardo Alemany S. de León  
Tesorero: D. Eduardo Rodríguez Sánchez  
Vocales: D. Santos Martínez M. Conde  
D. Lucio Moraleda Martín  
D. Emilio Enríquez Ferrer  
D. Alfredo Badía Mir

En Ciudad Real, siendo las 17 horas del día 13 de diciembre de 1984, se reúnen en la Sede del Ilustre Colegio Oficial de Médicos, los miembros del Pleno de la Junta Directiva que arriba se expresan, según convocatoria para tratar de lo siguiente:

1.—Lectura y aprobación, si procede del acta del Pleno anterior celebrado el día 8 de noviembre de 1984.

Por el Sr. Secretario se dio lectura al anteproyecto del acta anterior, siendo aprobada por unanimidad y sin modificación alguna.

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

3.—Informe del Sr. Presidente.

a) El Sr. Presidente propone que a los huérfanos actualmente dependientes del Colegio y que suman 23, dar la tradicional paga extraordinaria ee Navidad y otra en Reyes por la misma cuantía.

b) Informa y se acuerda comunicar a los médicos de menos de 5 años o en periodo de formación, la constitución de una Comisión Docente para realizar los cursos de formación que se consideren más apropiados.

c) El Presidente informa que en el próximo Pleno ya tendrá toda la Junta el anteproyecto del acta antes de la reunión.

d) Se da cuenta del escrito de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha contestación al que se le envió el 10 de septiembre de 1984 en el que se le planteaban a la Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, diez preguntas referentes al desarrollo del real decreto 137/1984 del 11 de enero sobre estructuras básicas de salud.

—Se pide opinión al letrado del Colegio.

—Se da el informe al Dr. D. Santos Martínez Martínez Conde.

e) Da cuenta del informe elaborado por el Consejo General de Colegios Médicos en relación con los proyectos de órdenes ministeriales por los que se regulan el sistema de promoción a los puestos de Jefes de Servicio y de Sección de los Servicios Jerarquizados de las Instituciones Santarías de la Seguridad Social.

f) Carta del Dr. D. Fernando Colado Pinés, solicitando autorización de utilización del salón de actos en nombre de la Comisión organizadora de la Sociedad Castellano-Manchega de Reumatología. Se le concede la petición.

g) Carta del Secretario del Colegio a doña María Jesús Cacho Benito, viuda del Dr. D. César Martín Duarte, comunicándola que con el Dr. Linares Díaz se le envió un ta-

lón nominativo por importe de 500.000 pesetas, correspondiente a la Derrama de Defunción Colegial. Asimismo se le informa sobre los seguros que tenía contratados su esposo con Previsión Sanitaria Nacional.

h) Oficio del Consejo manifestando que el Pleno de la Junta Directiva de este Colegio, celebrada el 8 de noviembre, acuerda solicitar de ese Consejo General saque a concurso de traslado la plaza de Auxiliar Administrativo en este Colegio.

i) Se informa y se da lectura a varios télex recibidos del Consejo y Colegios.

j) Carta de la Compañía Iberbrok a este Colegio, remitiéndonos dos páginas fotocopiadas del periódico «El País», en su edición de 4 de noviembre pasado.

k) Se informa sobre circular recibida de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos.

l) Se da lectura a los siguientes escritos:

—Boletín Oficial de las Cortes Generales «Senado». Texto remitido por el Congreso de los Diputados sobre incompatibilidades.

—Cartas del Sr. Secretario, dirigidas a dos colegiados sobre expedientes disciplinarios.

—Circular núm. 910 del Consejo General, informando como se debe proceder a la confección del proyecto de Presupuesto de Ingresos y Gastos para el ejercicio 1985.

—Saluda a D. Luis Sánchez Morate Casal, adjuntándole escrito y documentación recibida del Dr. D. José Antonio Velasco Medina para su tramitación.

—Saluda a D. Luis Sánchez Morate, adjuntándole escrito y documentación recibida del Dr. D. Francisco-Javier Cristóbal, con el fin de solucionar el asunto que se trata.

—Saludas a D. Luis Sánchez Morate, adjuntándole documentación sobre expedientes a varios compañeros.

—Oficio del Consejo remitiendo fotocopia del informe elaborado por ese Consejo General sobre el proyecto de orden por la que se establecen las normas reguladoras de las pruebas selectivas de residentes que presentan en la Subsecretaría de Sanidad y Consumo.

—Saluda del Presidente al vocal provincial de Médicos de Hospitales, adjuntándole fotocopia de los anteproyectos de órdenes, con los tres puntos que indican.

—Organización Médica Colegial. Informe sobre e proyecto de presupuestos del Instituto Nacional de la Salud para el año 1985, realizado por el asesor del Consejo General de Colegios Médicos de España, D. Javier Minondo Sanz.

—Saluda del Presidente del Consejo Médico de Granada, comunicando la toma de posesión de los nuevos miembros de la Junta Directiva.

—Carta del Dr. D. Ramiro Rivera a D. Luis Corrales, agradeciéndole las amables palabras de felicitación y aliento por el reciente nombramiento como consejero de la Asociación Médica Mundial.

—Saluda del Secretario del Consejo General remitiendo copia del acuerdo adoptado por el Comité Económico-Administrativo del Pleno del Consejo General, con fecha 6 de octubre de 1984, sobre «Examen del informe jurídico sobre certificados y acuerdos a proponer a la Asamblea General».

—Oficio del Consejo, adjuntando dos ejemplares de la convocatoria de la Asamblea Extraordinaria que celebrarán los representantes provinciales de la elección de Médicos de Hospitales.



—Escrito del Consejo sobre «Estudio del escrito dirigido al Consejo por la Sección de Medicina Extrahospitalaria de la Seguridad Social».

—Saluda del Secretario de la Sociedad Española de Médicos Acupuntores.

m) Se acuerda donar 50.000 pesetas a la Asociación de la Lucha contra la Toxicomanía.

n) Se informa al Pleno que los ingenieros darán su opinión sobre los proyectos presentados de calefacción para el Colegio. Se agradece la asistencia y colaboración de los señores D. José María Romero y D. Andrés Cañadas.

o) Visto el informe de los técni-

cos anteriormente nombrados se aprueba el presupuesto de Cabañes.

p) Se da lectura al oficio del Consejo General remitiendo dos ejemplares de la citación a la Asamblea de Representantes provinciales de la Sección de Medicina Extrahospitalaria, que se celebrará el día 14 de diciembre de 1984.

4.—Informe de los miembros del Pleno.

Ninguno

5. Ruegos y preguntas.

Ninguno.

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

#### ANTEPROYECTO DE ACTA DE ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA DE COLEGIADOS CELEBRADA EL DIA 31 DE MARZO DE 1984 EN LA SEDE DE ESTE ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS.

Siendo las 18,30 horas del día 31 de marzo de 1984 en primera convocatoria y a las 19 en segunda, se celebra la Asamblea General Ordinaria, con arreglo al orden del cía establecido.

1.—Lectura y aprobación de actas de Asambleas anteriores.

Se da lectura a los anteproyectos de las actas de la Asamblea General Ordinaria y de la Asamblea General Extraordinaria, celebradas los días 17 y 18 de marzo de 1983, respectivamente, siendo aprobadas ambas por unanimidad.

2.—Memoria del Sr. Secretario.

El Sr. Secretario informó a los presentes sobre el movimiento de colegiados en el año 1983 y que fueron 188 altas y 106 bajas haciendo un total de 816 colegiados. En el mismo periodo se produjeron 6 jubilaciones y 8 fallecimientos.

Informa sobre las aportaciones por ayudas a huérfanos, viudas y huérfanos mayores, dando un re-

sumen de cantidad aportadas por el Colegio y Patronato de Acción Social.

Asimismo dio cuenta donde van destinados los fondos que se recogen del 1% de Habilitación de los Médicos Titulares, informando que el 0,50% se envía al Consejo General que destina para gratificaciones a Médicos jubilados de esta Sección.

También dio las correspondientes explicaciones sobre la compra del local para el Gabinete de reconocimientos médicos para certificados de conducir.

Se actúan algunos puntos sobre las actas.

Informa sobre la mecanización de las nóminas de Médicos Titulares para la mayor agilización en los trabajos administrativos.

También se envió la lista de Colegiados en el Boletín Informativo 105-106.

Se informa que a las viudas y



huerfanas mayores, que perciben ayuda por este Colegio se unifique a todos a 8.000 pesetas mensuales.

Se aumentó el capital de gastos para Cultura, como informará el Sr. Tesorero.

### 3.—Memorias del Sr. Tesorero.

El Sr. Tesorero leyó ante los asistentes los Presupuestos de Ingresos y Gastos del año 1983, como asimismo los del año 1984, siendo aprobados ambos.

También dio lectura al informe presentado por el encargado de la Sección del Automóvil en los siguientes términos:

Accidentes producidos durante el año 1983, 335; Seguros Automóviles realizados, 61; Recibos cobrados, 22.388.426; Recibos que se devuelven, 4.442.914; Pagos siniestros enviados a P.S.N., 14.905.616; Participación que ha enviado P.S.N. por gestión del automóvil, 1.445.443.

El servicio administrativo ha mejorado notablemente en esta Sección, aunque aún quedan problemas por solucionar.

### 4.—Informe del Sr. Presidente.

Por el Boletín Colegial se os viene dando información de la actividad colegial a nivel provincial y del Consejo General, tanto en sus aspectos de relaciones intercolegiales, así como con la Administración, especialmente en los informes preceptivos que establece la ley a cualquier proyecto de orden ministerial, que nos han remitido.

El Consejo General, además ha enviado al Ministerio una serie de estudios técnicos que pudieran servir de orientación a las reformas e inquietudes de la Administración por mejorar y cualificar nuestra actividad. Como ejemplo, tenemos los borradores de la Asis-

tencia Extrahospitalaria, Hospitalaria, crítica a la Ley General de Sanidad, Unidades básicas de Salud, etcétera.

Con respecto a nuestra actividad provincial se informa de la construcción del Centro de Reconocimiento de Conductores, sin abrir por carecer de oftalmólogo y el correspondiente de sanidad de los compañeros en desempleo.

Estamos informatizando toda la administración y se os ruega que envíeis el cuestionario para la puesta al día de las direcciones, etcétera. Espero que pronto tengamos aprobado el estatuto del Patronato de Acción Social donde se reglamenta toda la Acción Social que en estos momentos venimos prestando y que corremos el peligro de que desaparezca si se establece alguna restricción en los certificados médicos. Os puedo informar igualmente que vamos a someter al próximo Pleno la compra de un solar en la carretera de Porzuna dentro de la nueva urbanización a un precio correcto y ventajoso, con el objetivo de vincular las oficinas de todos los Colegios profesionales, conjuntándolo con unas instalaciones deportivas y culturales a semejanza de un club social que aglutine nuestra juventud y familias. En imprenta está el proyecto de reglamento de este Colegio provincial que debe existir y que si no se le ha hecho antes, era en espera de la nueva Ley de Colegios profesionales.

Hay problemas y conversaciones entre la O.M.C. y Ministerio sobre los precios de los certificados a consecuencia de algún recurso interpuesto por los Centros de Reconocimiento de conductores privados.

Da a conocer de que los Médicos jóvenes que se colegian por primera vez rechazan la Derrama

por Defunción del Colegio, al ser en la actualidad voluntaria. Se propone se haga una Asamblea para ver de dar soluciones a esta normativa.

5.—Ruegos y preguntas.

#### ANTEPROYECTO DE ACTA DE ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA DE COLEGIADOS CELEBRADA EL DÍA 6 DE DICIEMBRE DE 1984, EN LA SEDE DE ESTE ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS.

Siendo las 17 horas del día 6 de diciembre de 1984, en primera convocatoria y las 17,30 horas en segunda, se celebra la Asamblea General ordinaria, con arreglo al orden del día establecido.

1.—Lectura y aprobación del acta de la Asamblea anterior.

Se da lectura al anteproyecto de acta de la Asamblea General Ordinaria celebrada el día 31 de marzo de 1984, siendo aprobada por unanimidad.

2.—Lectura y aprobación, si procede, de los presupuestos del año 1985.

El Sr. Tesorero da lectura y comenta los presupuestos elaborados para el año 1985, siendo aprobados por unanimidad.

3.—Lectura y aprobación, si procede del reglamento de régimen interior.

Por D. Santos Martínez y Martínez Conde, se da lectura al reglamento de régimen interior del Colegio de Médicos de Ciudad Real al cual le ha dado su forma actual.

El Dr. D. Santos Martínez y Martínez Conde, anota las rectificaciones para proceder a efectuarlas y con las cuales se aprueba por unanimidad.

4.—Situación y decisión sobre Colegiados que tienen recibos de cuotas impagados.

Por parte de la Junta Directiva se informa a la Asamblea de que reiteradas veces se ha comunicado a

El Dr. Carrillo, preguntó el por qué no asisten a la Asamblea toda la Junta Directiva.

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

los interesados la situación en que se encuentran sus recibos de cuotas.

Se aprueba por unanimidad comunicar nuevamente a dichos colegados esta situación advirtiéndoles que pasado los plazos establecidos se tomarán las medidas previstas en el Estatuto General de la O.M.C.

5.—Reestructuración y aprobación, si procede, de los presupuestos de reestructuración de locales y Colegio Médicos.

El Sr. Presidente informa de las diversas obras que se piensan realizar en el edificio.

—Modificar el sistema de calefacción, transformándolo en aire acondicionado para invierno y verano.

—Reformar la antigua vivienda del portero convirtiéndola en una oficina para alquilar.

—Reforma de la planta primera del edificio adaptándola a las nuevas necesidades de los servicios administrativos del Colegio.

—Reforma del local comercial sito en la calle Tinte con el fin de dotarle de aire acondicionado de invierno y verano independiente.

Después de deliberaciones se aprueba las obras antes descritas.

6.—Ruegos y preguntas.

Ningunas.

Y no habiendo más asuntos a tratar el señor Presidente dio por finalizada la Asamblea.

## IN MEMORIAM

† 25 noviembre 1984

**D. César Martín-Duarte Delgado**



Querido amigo César:

Aún no hemos salido de nuestro estupor.

Cuando nos notificaron que habías sufrido un accidente jamás hubiéramos podido suponer que ya no te volveríamos a ver.

A todos los que por las mañanas nos reuníamos después de pasadas las consultas para comentar juntos las últimas noticias del día nos has producido un vacío. Hemos muerto un poco al morir tú.

La tristeza que nos ha producido tu falta ha sido grande.

Únicamente decirte que sepas que el gran vacío que hemos sentido lo has compensado tú con la lección que hemos aprendido al ir a despedirte a Puertollano a tu entierro; allí hemos sabido que tu paso por esta tierra no ha sido inútil, que has dejado un mensaje sin pretenderlo; que lo has dejado con tu vida diaria de médico en tu trato diario con las personas que acudían a tí para que unas veces las sanases y otras simplemente las aconsejases. Mucha gente de Puertollano iba comentando cuál era tu estilo, haciendo amigos al ir ejerciendo tu profesión.

En el momento en que vivimos, en el que por unos motivos o por otros, las personas e incluso los mismos compañeros nos vamos distanciando y deshumanizando, tú nos has dado una lección de humanidad y buen hacer.

Yo estoy seguro que ya gozas de lo que el Padre de todos tiene prometido a los que cumplen su mandato de Amor.—TOMAS

A sus familiares, les reiteramos el sentimiento de la Colegiación y Junta Directiva. Descanse en paz.

## IN MEMORIAM

† 26 diciembre 1984

**D. Santos Morales González**

El día 26 de diciembre de 1984 falleció nuestro querido compañero y amigo D. Santos Morales González.

Desde el año 1930 que se colegió, ejerció la profesión en su pueblo natal, La Solana, como Médico Titular, dejando honda huella de bondad, siendo muy querido y respetado por cuantos le trataron.

A sus apenados hijos les reiteramos, desde estas líneas nuestro sentido pésame, elevando una oración por el eterno descanso de su alma. Descanse en paz.



**IN MEMORIAM**

† 11 diciembre 1984

**D. José María Alberdi Goñi**

El pasado día 11 de diciembre, falleció en Infantes, a la edad de 87 años, el Dr. D. José María Alberdi Goñi, ciudad en la que ejerció como Médico Titular más de cincuenta años, hasta su jubilación, es decir, toda su vida profesional.

Queremos resumir, en esta nota necrológica, una parte de su ingente labor profesional y de los muchos reconocimientos y distinciones que, como profesional Médico, alcanzó en su larga vida.

Premios extraordinarios de la Licenciatura y Doctorado (Facultad de Medicina de Madrid), Premio «Rodríguez Abaytúa», Académico Corresponsal de la Real Academia de Medicina de Sevilla, Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad, Colegiado de Honor del Consejo General de Médicos y del Colegio de Médicos de Ciudad Real. Ya jubilado, mereció el Premio «Conde de Cartagena», que otorga la Real Academia de Medicina de Madrid, por su trabajo sobre «Patogenia y Profilaxis de la Ateromatosis.

Colaborador activo de varias revistas médicas, etc.

Aparte de estos premios y distinciones, la vida del Dr. Alberdi fue de entrega total a la profesión médica, a la que dio su talento y su inagotable capacidad de trabajo.

A sus familiares les reiteramos desde estas líneas el sentimiento de la Colegiación y Junta Directiva en especial a su viuda e hijo Dr. Alberdi Frías. Descanse en paz.

**IN MEMORIAM**

† 29 diciembre 1984

**D. Federico Grande Barragán**

Ha muerto Federico Grande Barragán, como sus enfermos le llamaban, D. Federico «El Grande». Con esta denominación creo que se plasma su personalidad, por un lado su hacer médico y por otro, tal vez más importante, su gran humanidad y bondad.

Hacer una breve semblanza de su vida es imposible en estas cortas líneas, tan solo recordar que toda ella transcurrió en el ámbito hospitalario, primero bajo las órdenes del Dr. López de Coca, en el Hospital Provincial, alternándolo con unos años de Médico de Cabecera. Desde que se inauguró la Residencia dirigió el Servicio de Medicina Interna, plaza que desempeñaba en la actualidad.

La Colegiación ha perdido un gran profesional y sobre todo un gran amigo, que siempre era encontrado en los momentos necesarios.

¡Federico, descansa en paz!

**PREVISION SANITARIA NACIONAL****PRESTACION DE ENFERMEDAD**

La fecha del inicio del expediente para la prestación por enfermedad, será la del día de entrada de la solicitud o comunicación de la enfermedad en el Colegio.

- 2.560.—D.<sup>ª</sup> Estrella Rivas Nieto, de nueva colegiación, fija su residencia en Ciudad Real.
- 2.561.—D. Luis Fernando García Fernández, de nueva colegiación, fija su residencia en Puertollano.
- 2.562.—D. Emiliano Aldea Aguirre, de nueva colegiación, fija su residencia en la localidad de Daimiel.
- 2.563.—D. Luis Alberto García Rodríguez, de nueva colegiación, fija su residencia en Almagro.
- 2.326.—D.<sup>a</sup> Isabel Maestre Moyano (reingreso), procedente del Colegio de Madrid, fija su residencia en Córdoba.
- 2.565.—D. Miguel Angel Monescillo Rodríguez, de nueva colegiación, fija su residencia en Villamayor de Calatrava.
- 2.566.—D.<sup>a</sup> María del Carmen Manzanares Aragón, de nueva colegiación, fija su residencia en Manzanares.
- 2.567.—D. Joaquín Grande Baos, procedente del Colegio de Huelva, fija su residencia en Ciudad Real.
- 2.568.—D.<sup>a</sup> María Antonia Tejedor Martín, de nueva colegiación, fija su residencia en Malagón.
- 2.569.—D. Ricardo Anguita Rodríguez, procedente del Colegio de Cuenca, fija su residencia en Puertollano.
- 2.419.—D.<sup>a</sup> Silvia Ruiz Cotoli (reingreso), procedente del Colegio de Madrid, fija su residencia en Almagro.
- 2.570.—D. Carlos Pereira Copín, procedente del Colegio de Madrid, fija su residencia en Herrera de la Mancha.
- 2.571.—D. Alfonso Pedro Ruiz-Poveda García-Rojo, de nueva colegiación, fija su residencia en Valdepeñas.
- 2.572.—D.<sup>a</sup> Carmen Alfonso Pizarro, procedente del Colegio ñe Huelva, fija su residencia en Ciudad Real.
- 2.573.—D. Manuel Valenzuela Dávila, procedente del Colegio de Guadaluajara, fija su residencia en Almagro.
- 2.574.—D. Santiago Murillo Rico, de nueva colegiación, fija su residencia en Ciudad Real.
- 2.575.—D.<sup>a</sup> María de los Desamparados Montalbán Soriano, de nueva colegiación, fija su residencia en Pedro Muñoz.
- 2.576.—D. Manuel Daniel Hernández Castellanos, de nueva colegiación, fija su residencia en Ciudad Real.
- 2.577.—D. Jairo Lozano Mejía, procedente del Colegio de Córdoba, fija su residencia en Ciudad Real.
- 2.578.—D.<sup>a</sup> Isabel María Monescillo Díaz, de nueva colegiación, fija su residencia en la localidad de Almagro.
- 2.579.—D.<sup>a</sup> María del Carmen Flores Muñoz, de nueva colegiación, fija su residencia en Manzanares.
- 2.580.—D. José María Arenas Delgado, de nueva colegiación, fija su residencia en la localidad de Almadén.
- 2.581.—D.<sup>a</sup> Olga Martínez Amor, procedente del Colegio de Cuenca, fija su residencia en Puertollano.
- 2.582.—D. Cristóbal Jiménez Prieto, de nueva colegiación, fija su residencia en Puertollano.
- 2.583.—D. Vicente Alonso Melitón Aragoneses, procedente del Colegio de Badajoz, fija residencia en Arroyo San Serván.
- 2.584.—D. Juan Carmona Sánchez, de nueva colegiación, fija su residencia en Granada.



- 1.642.—D. Antonio Órtiz Viso, procedente del Colegio de Madrid, fija su residencia en Villanueva de la Fuente.  
2.585.—D.<sup>a</sup> María Dolores Trujillo Buruaga, procedente del Colegio de Madrid, fija su residencia en Valdepeñas.  
2.586.—D. Jesús López Cid Fuentes, procedente del Colegio de Madrid, fija su residencia en Valdepeñas.  
2.587.—D. Juan Carlos Chacón Martín, de nueva colegiación, fija su residencia en Valdepeñas.  
2.588.—D. Juan Manuel Gil Gahete, de nueva colegiación, fija su residencia en Fuencaliente.  
2.589.—D. Francisco Javier Beltrán Ureña, de nueva colegiación, fija su residencia en Huétor Tajar (Granada).  
2.590.—D.<sup>a</sup> Susana Alcón Alargada, procedente del Colegio de Castellón, fija su residencia en Ciudad Real.  
2.591.—D. Juan León Escudero Martínez, de nueva colegiación, fija su residencia en Socuellamos.  
2.592.—D. Juan Castell Monsalve, procedente del Colegio de Sevilla, fija su residencia en Viso del Marqués.  
2.593.—D. Ricardo Ruiz Fernández, procedente del Colegio de Madrid, fija su residencia en Ciudad Real.  
2.594.—D.<sup>a</sup> María del Pilar Aguilar Rosell, de nueva colegiación, fija su residencia en Puertollano.  
2.595.—D. Idefonso Caro Moreno, de nueva colegiación, fija su residencia en Granada.  
2.468.—D. Guillermo Peinado Ruiz (reingreso), procedente del Colegio de Guadalajara, fija su residencia en Guadalmez.
- B A J A S**
- 2.235.—D.<sup>a</sup> Carmen Gascón Brumos, colegiada en Ciudad Real, solicita la baja para traslado al Colegio de Zaragoza.  
2.343.—D.<sup>a</sup> Amaya Oyarbide Orbe, con residencia en Herencia, solicita traslado al Colegio de Alava.  
2.424.—D. José Barberá López, con residencia en Ciudad Real, solicita baja por traslado al Colegio de Zaragoza.  
2.509.—D. Víctor José López Trapero, con residencia en Socuellamos, solicita baja por traslado al Colegio de Madrid.  
2.341.—D. Francisco Gallardo Rodríguez, con residencia en Porzuna, solicita baja por traslado al Colegio de Sevilla.  
2.535.—D.<sup>a</sup> María Isabel Vázquez Burgos, con residencia en Alcázar de San Juan, solicita traslado al Colegio de Madrid.  
2.556.—D.<sup>a</sup> María del Carmen Poblete Cabanillas, con residencia en Ciudad Real, solicita traslado al Colegio de La Coruña.  
2.854.—D. Francisco Javier Rodríguez González, con residencia en Puertollano, solicita baja para el Colegio de Burgos.  
2.526.—D.<sup>a</sup> María Librada Franco Ruiz, con residencia en Alamillo, solicita baja por traslado a Córdoba.  
2.513.—D. Joaquín Velasco Antequera, con residencia en La Solana, solicita baja por traslado al Colegio de Sevilla.  
2.319.—D.<sup>a</sup> María Elena Blanco Morón, que ejerció la profesión en Manzanares solicita traslado al Colegio de Granada.  
D. Constanancio Fernández Hernández baja por fallecimiento ocurrido en Valencia, donde residía últimamente.

- 532.—D. Alfredo Ballester Escobar, con ejercicio en Ciudad Real, pasa a la situación de jubilado en 1-9-84.
- 1.294.—D. Alfonso Pinedo Sánchez, con residencia en Ciudad Real, solicita baja por traslado al Colegio de Málaga.
- 1.887.—D. José Luis Jiménez Hernández, con residencia en Ciudad Real, solicita baja por traslado al Colegio de Madrid.
- 1.906.—D. Samir Tabbara, solicita traslado para el Colegio de Madrid.
- 1.961.—D. Mohamed Samir Chichakli, con residencia en Puertollano, solicita baja por traslado al Colegio de Madrid.
- 2.303.—D. Nicanor Sabín González, con residencia en Ciudad Real, solicita baja por traslado al Colegio de Madrid.
- 2.373.—D. Asterio Galván Cañizares, con residencia en Almagro, solicita la baja por traslado al Colegio de Madrid.
- 2.384.—D. José Luis Silos Muñoz, con residencia en Alcázar de San Juan, solicita baja por traslado a Badajoz.
- 2.491.—D.<sup>a</sup> Mariana García de León Alvarez, con residencia en Bolaños, solicita baja por traslado al Colegio de Madrid.
- 2.4596.—D.<sup>a</sup> Ana Isabel Peñuela Teruel, con residencia en Alcázar de San Juan, solicita traslado para el Colegio de Madrid.
- 2.510.—D. Juan José Rivero Rojas, con residencia en Ciudad Real, solicita baja por traslado al Colegio de Oviedo.
- 2.551.—D. Diego Ramón González Gómez, con residencia en Alcázar de San Juan, solicita baja para el Colegio de Madrid.
- 2.563.—D. Luis Alberto García Rodríguez, con residencia en Almagro, solicita baja por traslado al Colegio de Alicante.
- 603.—D. Enrique Morales Musulén, con ejercicio en Alcázar de San Juan, se jubila con fecha 30 de octubre de 1984.
- 2.048.—D.<sup>a</sup> María Dolores Benítez García, con residencia en Puertollano, solicita baja por traslado al Colegio de Sevilla.
- 2.051.—D. Francisco Javier Moncallán León, con residencia en Ciudad Real, solicita baja por traslado a La Coruña.
- 2.228.—D. Joaquín Torres Moreno, con residencia en Argamasilla de Alba, solicita baja por traslado al Colegio de Huelva.
- 2.469.—D. Ángel Luis Tocino Ferrera, con residencia en Argamasilla de Alba, solicita baja por traslado a Huelva.
- 2.507.—D. Manuel Pérez Berengena, solicita baja para traslado al Colegio de Sevilla.
- 2.522.—D.<sup>a</sup> María Teresa Holgado Pérez, con residencia en Ciudad Real, solicita baja por traslado al Colegio de Madrid.
- 2.534.—D.<sup>a</sup> María del Rocío Tomás García, con residencia en Ciudad Real, solicita baja por traslado al Colegio de Sevilla.
- 2.557.—D. Eduardo Briones Pérez de la Blanca, solicita baja por traslado al Colegio de Sevilla.
- 266.—D. José María Alberdi Goñi, Médico Titular en Villanueva de los Infantes baja por fallecimiento el 11-12-1984.
- 953.—D. César Martín-Duarte Delgado, con residencia en Puertollano, falleció en accidente de tráfico el 25-11-1984.
- 2.340.—D.<sup>a</sup> Elisa Gómez Marín, con residencia en Alhambra, solicita baja por traslado al Colegio de Valencia.
- 2.494.—D.<sup>a</sup> Gloria Hernández Pezzi, con residencia en Ciudad Real, solicita baja por traslado al Colegio de Toledo.



# ACTIVIDAD DEL CONSEJO GENERAL

## CONCLUSIONES DEFINITIVAS SOBRE ESTERILIZACION IRREVERSIBLE

La Asamblea General del Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de España, en sesión celebrada el 15 de diciembre 1984, adoptó el acuerdo de proceder a la aprobación de las «**Conclusiones definitivas sobre esterilización irreversible**», acordadas por la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado, en sesión 30-11-84. Son las siguientes:

1.<sup>a</sup>—Aunque la práctica de la esterilización voluntaria, esto es, la que se hace sin indicación médica y por la sola decisión del sujeto que la solicita, ha sido despenalizada, no por ello deja de ser una grave mutilación, que deprecia la calidad biológica y personal de quien la sufre. En consecuencia, la esterilización voluntaria ha de tenerse como acto condenable desde el punto de vista ético y su realización debe ser desaconsejable por todos los médicos, cualquiera sea la modalidad de su práctica profesional.

2.<sup>a</sup>—El artículo 115 del Código de Deontología Médica establece las circunstancias en las cuales la esterilización terapéutica puede ser permitida. Se trata siempre de indicaciones médicas que han de establecerse con criterio muy fuertemente restrictivo y por razones proporcionadas a la gravedad e irreversibilidad de sus resultados.

3.<sup>a</sup>—Los consejos o recomendaciones de las Comisiones son puramente indicativos, nunca imperativos. El médico sabrá evaluar como un valioso elemento de juicio el dictamen cualificado que le ofrece la Comisión de Deontología del Colegio, pero está obligado siempre a seguir el dictamen de su ciencia y su conciencia, reteniendo en todas las circunstancias, junto a su libertad de prescripción, su responsabilidad personal.

4.<sup>a</sup>—El Consejo General de Médicos asume la tutela de la libertad de prescripción, su responsabilidad personal.

a) Que nunca podrá ser inquietado o perjudicado un médico que, en contra de la opinión de otros colegas o de los directores de la institución en que trabaje, se negara a practicar una operación esterilizante que, a su juicio, no está indicada. Y

b) Que considere como decididamente contrarias a la deontología médica aquellas convocatorias para cubrir plazas de médicos de hospitales públicos o privados, que impusieren entre los requisitos para optar a la plaza, la obligación de realizar operaciones esterilizantes o de colaborar en ellas, pues ello equivaldría a una intolerable hipoteca de la libertad de decisión del médico.

5.<sup>a</sup>—Que en tanto se constituyen y reglamentan por la Organización Médica Colegial, Comisiones Deontológicas Hospitalarias, que valoren la realización de esterilizaciones irreversibles por razones de salud, deberá oírse necesariamente a la Junta Deontológica Provincial en todos los casos, a fin de conseguir unificar los criterios ético-médicos sobre estas cuestiones.

# SOBRE INCOMPATIBILIDADES

El problema de las incompatibilidades es sumamente preocupante para un extenso colectivo de médicos. El asesor de la O.M.C. sobre temas técnico-sanitarios, Sr. Minondo, ha elaborado un informe, compuesto de dos partes, que considero de sumo interés y que complementa el publicado en nuestro Boletín Colegial en los números 115 y 116.

Como podrás comprobar se ha hecho un extenso análisis de toda la normativa jurídica en sus diferentes escalones de su distinto rango y cuál es la interpretación que puede darse a los plurales posicionamientos que cada cual pueda afectar en su caso particular, ante las situaciones que el informe pretende esclarecer.

Espero que nos sea de utilidad en el momento oportuno.

## INFORME DE LA O.M.C. SOBRE LA LEGISLACION ESPAÑOLA DE INCOMPATIBILIDADES DE MEDICOS

### — PRIMERA PARTE —

Se plantean a consulta las posibilidades que pudieran existir en cuanto a la compatibilidad para el ejercicio profesional, de Médicos jerarquizados de Instituciones cerradas de la Seguridad Social, con el desempeño de puesto de trabajo médico en un centro sanitario privado y, alternativamente, con la titularidad de una parte de la propiedad de este último centro así como sobre su posible pertenencia al Consejo de Administración de la Sociedad Anónima propietaria del centro.

En cualquier caso, el presente estudio parte de la premisa previa de que ambas actividades se desarrollasen en horarios diferentes y claramente diferenciados, ésto es, en régimen de lo que comúnmente se denomina «compatibilidad horaria», lo que presupone en cualquier caso el estricto cumplimiento por los Facultativos afectados del horario establecido en el Hospital de la Seguridad Social.

Las hipótesis de estudio son variadas, si bien, a nuestro entender, las más significativas pueden ser las siguientes:

a) Compatibilidad de ejercicio profesional y titularidad de participación en la propiedad con centro no concertado de la Seguridad Social, b) las compatibilidades anteriores en centro concertado con la Seguridad Social; c) compatibilidades a luz de la legislación actual reguladora de la materia, y de la legislación que previsiblemente pueda regular la materia en el futuro.

### I. ENCAJE CONSTITUCIONAL

En cualquier caso, y en orden a los supuestos que ahora nos ocupan, su encaje normativo fundamental reside en el artículo 103 número 3 de la Constitución Española, al manifestar que «la Ley regulará (para los funcionarios públicos)... el sistema de incompatibilidades», lo que representa un

claro mandato al legislador, que motiva y justifica la legislación posterior sobre la materia.

Es claro que el texto constitucional trata de garantizar el interés público, la objetividad e imparcialidad, y la «imagen» de los funcionarios públicos. Pero de forma inmediata, surgen varias cuestiones a deslindar y definir, como son las siguientes: ¿Es el Médico asistencial un funcionario público?; ¿en su caso, la función pública que desempeña es motivadora de incompatibilidades, y en tal caso, de cuáles?; ¿qué límites debe establecerse a las incompatibilidades habida cuenta de la existencia de otros derechos constitucionales?

En la contestación a las preguntas anteriores puede residir el verdadero alcance constitucional de las incompatibilidades para los servidores públicos —para los Médicos adscritos a la asistencia pública sanitaria— y en tal medida la procedencia de la legislación que aborde el desarrollo y la concreción del citado precepto constitucional, de ahí su interés en el presente informe.

En efecto la consideración como «funcionario público» de los Médicos asistenciales de la Seguridad Social es harto dudosa, máxime si se considera que el Tribunal Constitucional en su sentencia de 11 de noviembre de 1981, les aplica el Estatuto de los Trabajadores, y máxime cuando resulta que, de futuro, el anteproyecto de Ley General de Sanidad prevee su consideración como personal laboral en contrapunto a los funcionarios públicos. De otro lado, parece evidente que las funciones de un Médico asistencial, en modo alguno son asimilables a las desempeñadas por los servidores públicos que cumplen funciones típicamente públicas en la gestión y administración de los intereses generales.

De otra parte, y además de las diferencias antes invocadas, resulta obvio que las incompatibilidades tienen como finalidad la preservación de la objetividad, independencia y moralidad de los funcionarios públicos; (Sta. TS. s<sup>a</sup> 5, 14 Novbre. 83) (Sta. TS. s<sup>a</sup> 5, 10 mayo 83), por lo que cualquier regulación que exceda a tales fines carece de fundamento, y, en tal sentido, afectaría sin causa suficiente al ejercicio de los derechos y libertades establecidos en los artículos 14 —igualdad ante la Ley—, 33 —derecho de propiedad privada—, 35 —derecho a trabajar—, y 38 —libertad de empresa—, todos ellos de la Constitución. Es decir, ha de entenderse que el establecimiento e incompatibilidades, tiene unos límites en atención a sus fines, que el legislador no debe traspasar.

## 2. REGULACION A LA LUZ DE LA LEGISLACION ACTUAL

La regulación actual de las incompatibilidades en el sector público, se contiene en la Ley 20/1982, de 9 de junio BOE del 19) y en la orden ministerial de Presidencia del Gobierno de 30 de diciembre de 1982 (BOE del 31), sin que observemos normas directamente aplicables a dicha materia ni en la Ley 30/1984, de 2 de agosto —sobre reforma de la Función Pública— ni en el real decreto 2169/1984, de 28 de noviembre dictado para su desarrollo.

De entrada, la Ley 20/1982 parte del principio de establecer la incompatibilidad de la función pública con otras actividades públicas o privadas «que impidan o menoscaben su imparcialidad o independencia o perjudiquen los intereses generales» (art. 1 núm. 2), definición que puede estimarse correcta y respetuosa con la enunciación constitucional. Dicho de

otro modo, cuando no concurren tales elementos, no habría lugar a la incompatibilidad.

A su vez, los Médicos asistenciales, no funcionarios, de la Seguridad Social, en principio quedan no incluidos en el ámbito de directa aplicación de la Ley 20/1982 (art. 1, núm. 3). No obstante quedan afectados por las incompatibilidades que se establezcan adaptadas a los principios de esta Ley (art. 1, núm. 4), y por las peculiaridades previstas para el personal sanitario en el mismo instrumento legal.

## 2. 1. **Compatibilidad con la propiedad de empresa privada**

Nos referimos a la simultaneidad de la asistencia pública con la titularidad de una empresa privada, con la participación en la propiedad de la misma (supuesto de Sociedades), o con la pertenencia a Consejos u órganos de gobierno de tal tipo de empresas.

En los tres supuestos anteriores, no existe ninguna incompatibilidad, cuando la actividad de la empresa privada en cuestión, no esté relacionada con la del organismo en cuestión, ni relacionada con éste en virtud de concierto de prestación de servicios. Dicho de otra forma, y para el supuesto que nos ocupa, si no existe concierto entre la empresa privada y la Seguridad Social, no cabe en modo alguno incompatibilidad.

En el caso de que el centro privado esté concertado con la Seguridad Social, la posibilidad de compatibilización precisa algunas matizaciones que pasamos a exponer.

—Es incompatible el asesoramiento o la pertenencia a Consejo de Administración de empresas cuya actividad esté directamente relacionada con la que desarrolle el organismo. A nuestro juicio la actividad de un centro sanitario privado —aunque esté concertado con la Seguridad Social— no se encuentra «directamente relacionada» con la actividad del INSALUD (art. 3, a) de la Ley 20/1982).

—Es incompatible la titularidad individual o compartida de conciertos de prestación de servicios con la Entidad pública en la que el funcionario desempeñe su puesto (art. 3, b). Es evidente que los Médicos asistenciales, amén de no ser funcionarios, en el supuesto de empresas con formas jurídica de sociedad mercantil, no ostentan titularidad alguna en el concierto, puesto que lo ostenta la Sociedad, y, en tal supuesto, no habría causa de incompatibilidad.

—Es causa de incompatibilidad la participación superior al diez por ciento en el capital de Sociedades que tengan conciertos de prestación de servicios (art. 3, c), circunstancia fácil y habitualmente obvia para no incurrir en dicha causa.

## 2. 2. **Incompatibilidad por prestar servicios en otros centros privados**

Por último, es causa de incompatibilidad el trabajo **al servicio de la Entidad concertada**, cualquiera que sea la modalidad de dicho trabajo (art. 3, c). Tampoco, y a pesar de su aparente rotundidad, los Médicos asistenciales de la Seguridad Social tienen en este supuesto impedimento de incompatibilidad absoluta, por las razones siguientes:

Tales Médicos no tienen la condición de funcionario público, ni a los efectos legales generales (ver Disposición Adicional 16 de la Ley 30/1984 de 2 de agosto), ni a los de la Ley de Incompatibilidades que comentamos y que es la que aquí nos interesa, puesto que no figuran incluidos en su ar-

título 1 número 3 bajo el epígrafe textual de «la presente Ley será de aplicación a». Y sí, por el contrario, el personal que ostenta la condición de funcionario al servicio de la Seguridad Social), amén de la excepción que para el resto del personal al servicio de dicho Sistema —el que no es funcionario— figura en el número 4 del mismo artículo en relación con la Disposición Adicional cuarta, y que luego comentaremos. La razón es bien sencilla: además de que así lo diga la propia Ley, a los efectos de preservar los intereses generales, el estricto cumplimiento de los deberes profesionales del funcionario y su imparcialidad e independencia —a que se refiere el artículo 1 de la Ley de 9 de junio de 1982— es claro que no se encuentran en situación asimilable un Interventor o un Inspector Médico, póngase por ejemplo, que un Médico asistencial de una Institución sanitaria de la Seguridad Social, lo que entendemos de una obviedad aplastante.

Además de todo ello, es la propia Ley de Incompatibilidades de 1982 la que expresamente permite y autoriza dicha compatibilidad. Y ello, por cuanto, con carácter definitivo y no transitorio, su Disposición Adicional cuarta, apartado b, permite «desempeñar simultáneamente dos puestos de trabajo asistencial», siempre que uno sea hospitalario y el otro asistencial extrahospitalario (ambos en el sector público), o cuando los dos tengan este carácter si corresponden a centros de distintas Administraciones Públicas, Seguridad Social, Empresas públicas o centros concertados, y no lo impidan los horarios y demás circunstancias objetivas.

La literalidad del antedicho precepto legal, parece asimilar, sólo a estos efectos de incompatibilidades, los centros del sector público y los concertados con aquel. De ser esto así, sólo cabría la compatibilidad cuando de los puestos de trabajo, uno sea hospitalario y el otro no, o cuando los dos sean no hospitalarios, y todo ello sin considerar el período transitorio de tres años regulado por la Disposición Transitoria primera de la Ley.

Pero, en cualquier caso, y por lo que se refiere a los Médicos asistenciales, tal interpretación tiene la indudable tacha de la dudosa aplicabilidad de dicha normativa a tal colectivo profesional, dado el sentido con que se expresan el tan citado artículo 1, número 3, de la Ley 20/1962 y la Norma quinta de la Orden Ministerial de 30 de diciembre de 1982, cuestión no aclarada por la Circular de la Subsecretaría de Sanidad y Consumo de 9 de diciembre de 1982 (BOE del 15), ni por la todavía inexistente jurisprudencia sobre esta materia.

De otro lado, si la prestación de los servicios profesionales se realiza en **centro no concertado** de carácter privado, no existe en la legalidad actual ningún impedimento de incompatibilidad.

### 2. 3. Conclusiones

Dejando a salvo eu respeto a la llamada «incompatibilidad horaria», las conclusiones de la exposición anterior son las siguientes:

a) No existe ninguna incompatibilidad con respecto al ejercicio de actividades profesionales en centros privados no concertados, ni para su titularidad o propiedad.

b) Con respecto a los centros concertados, es posible y factible la participación en la propiedad de las Sociedades titulares de los mismos, en la forma apuntada.

c) Con respecto a la prestación de servicios profesionales en centros

privados concertados, cuando de los dos puestos de trabajo, uno sea hospitalario y el otro no, o cuando los dos sean no hospitalarios.

d) La prestación de servicios en centros privados concertados es de dudosa compatibilidad cuando los dos puestos de trabajo tengan el carácter de hospitalarios; en cualquier caso, parece lógico esperar que la Administración actual lo interprete siempre con carácter negativo.

e) No disponemos de una norma de calificación o distinción clara entre lo que deba entenderse por centro o ámbito hospitalario y no hospitalario; en determinados supuestos la distinción será fácil ante la evidencia objetiva, pero en otros tal posibilidad puede ser más difusa.

### 3. LA FUTURA LEGISLACION

Se tramita actualmente en las Cortes Generales de la nación un Proyecto de Ley de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones públicas, que modificará la legalidad actual, y que actualmente se encuentra en avanzado trámite en el Senado.

Según el dictámen de la correspondiente Comisión del Senado, la filosofía de dicho proyecto responde a dos pautas básicas: a) la dedicación del personal a un sólo puesto de trabajo en el sector público, y b) el respeto a las actividades privadas que no impidan o menoscaben el cumplimiento de las obligaciones del personal público o comprometan su imparcialidad e independencia.

Con respecto a la legalidad hoy vigente, la mayor dureza y extensión de las futuras incompatibilidades surge ya del contenido del párrafo anterior y, como veremos, se confirma en el texto del articulado.

En efecto, a los fines que aquí nos interesan, el Proyecto de Ley amplía el ámbito de aplicación de las incompatibilidades incluyendo en el concepto de sector público a «las entidades colaboradoras y las concertadas de la Seguridad Social en la prestación sanitaria» (artículo 1.1), e integrando directamente en dicho ámbito de aplicación al «personal al servicio de la Seguridad Social, de sus Entidades Gestoras y de cualquier otra entidad u organismo de la misma» (artículo 2.1), cuando resulta que la Ley hoy vigente se refiere únicamente al personal de la Seguridad Social que ostente la condición de funcionario.

#### 3. 1. Incompatibilidad en relación a centros concertados

Como se dijo, estos centros en la futura Ley pasarían a formar parte de lo que el Proyecto denomina «actividades públicas», entre las que —en principio— no cabe un segundo puesto de trabajo, aun cuando se establezcan excepciones para las actividades sanitarias, a las que se abren posibilidades, aunque con fortísimas limitaciones.

Por lo que al personal sanitario se refiere, el proyectado artículo 3, en relación con la Disposición Adicional cuarta, preve lo siguiente:

— Se regulará esta materia para los sanitarios, mediante una futura norma con rango de Ley.

— Mientras tanto, los respectivos órganos del Estado o de las Comunidades Autónomas determinarán, con carácter general, los puestos de trabajo del sector público (entre ellos los de centros concertados) susceptibles de prestación a tiempo parcial.



— Aún cuando la redacción actual del Proyecto de Ley es propensa a confusión, dicha clasificación parece que puede ir vinculada y referida a los criterios que —sin la claridad deseable— parecen expresarse en el artículo 3 en relación a las condiciones o características del segundo puesto de trabajo, siendo una de ellas la de su prestación a tiempo parcial.

— Que la cantidad total percibida por ambos puestos, no supere la remuneración establecida para el cargo de Director General, ni supere en un 30 % a la correspondiente al cargo o puesto principal, salvo acuerdo expreso del Gobierno nacional o autonómico por razones de especial interés para el servicio.

— Es precisa, siempre, una autorización expresa para acceder a la compatibilidad.

Como se indicó, nos encontramos ante una regulación tan severa como confusa (dada su deficiente redacción) que, si bien exceptúa al personal médico de la prohibición general, en definitiva supedita la concesión de compatibilidades al contenido de una Ley posterior, y al arbitrio decisorio de la Administración Pública correspondiente (Estado o Autonomía).

Junto a lo anterior y en relación con todo ello, es obligada una referencia a determinados anteproyectos normativos ya conocidos del Ministerio de Anidad y Consumo, de rango formal inferior al de Ley, y que —caso de prosperar— afectarían directamente a la materia que nos ocupa. Nos referimos a la proyectada normativa de acceso, sobre provisión de jefaturas y sobre jornada de trabajo para el personal médico jerarquizado de la Seguridad Social, en el sentido de que las Jefaturas de Servicio y de Sección puedan quedar afectadas por el régimen de dedicación exclusiva, o que se establezca un horario de trabajo en las Instituciones públicas que imposibilite «de facto» la compatibilidad de más de un puesto de trabajo.

Estos anteproyectos de Ordenes Ministeriales, cuyo fundamento técnico es totalmente impresentable y aberrante, parecen responder a dos únicas motivaciones: incompatibilizar a los Médicos del sector público, y proporcionar al Poder político la más amplia discrecionalidad y arbitrariedad en su designación y promoción. De prosperar tales anteproyectos, podrían llegar a constituir un impedimento para las compatibilidades, más serio y severo que el constituido por el Proyecto de Ley de Incompatibilidades que antes hemos comentado. Con todo, es de esperar que el buen sentido de los responsables de la Administración impida que tan desdichados Anteproyectos de Ordenes puedan convertirse en normas de efectiva aplicación.

### **3. 2. Incompatibilidad en relación a la gestión o propiedad de centros concertados**

A tales respetos, el citado Proyecto de Ley establece las incompatibilidades siguientes:

— La pertenencia a Consejos de Administración de empresas privadas cuya actividad «esté directamente relacionada con la que gestione el Departamento, Organismo o Entidad en que preste sus servicios el personal afectado». No es fácil discernir con claridad qué alcance debe darse a la locución «directamente relacionada», y hasta qué punto la actividad de un centro concertado en su totalidad ha de considerarse directamente relacionada con la actividad del INSALUD, cuando resultase que el volumen de lo concertado fuese parcial o minoritario respecto a la actividad global del centro.



Parece lógico esperar que la actual Administración socialista habrá de pretender una interpretación amplia de dicho precepto; no obstante, cuando la actividad concertada en proporción a la total del centro no sea mayoritaria, creemos muy difícil que prospere una tesis interpretativa de incompatibilidad, y, de forzarla la Administración, sabe esperar que la acción de los Tribunales de Justicia no admitan tal desafuero.

— El desempeño por sí o por persona interpuesta de cargos en Empresas concesionarias o contratistas de servicios; se refiere el Proyecto, creemos, a cargos de dirección o responsabilidad —aún cuando utilice la locución o frase de «cargos de todo orden», estimando que tales situaciones son obvias, a la cual también le es de aplicación el comentario establecido en el párrafo anterior.

— La participación superior al % en el capital de la sociedad propietaria del centro concertado, y cuyo comentario lo hicimos con anterioridad, por tratarse de una regulación idéntica a la contenida en la vigente Ley de 1982.

### 3. 3. **Compatibilidad en centros no concertados**

Al igual que en relación con los centros concertados, también en estos supuestos la regulación que se proyecta es drástica y limitativa. Amén de todo ello y como en todo el conjunto del Proyecto de Ley, se advierte un exceso de confusionismo y de inconsecución, junto con una amplia discrecionalidad en favor del Gobierno y de la Administración para la determinación de los supuestos de compatibilidad.

En líneas generales las incompatibilidades serán las siguientes:

— Las actividades que se relacionan directamente con las que desarrolle la Entidad en que estuviera destinado. Su comentario es similar al establecido en el apartado anterior, si bien aquí nos encontramos ante el supuesto de centro no concertado.

Pero en relación con lo anterior, se establece a renglón seguido, que el Gobierno —por Real Decreto— podrá determinar con carácter general las funciones, puestos o colectivos del sector público incompatibles con determinadas profesiones o actividades privadas. Cuanto antecede, al no explicitar las reglas básicas o criterios fundamentales para que el Ejecutivo elabore tales determinaciones (lo que no es precisamente ortodoxo), nos impide intuir qué uso y alcance pudiera darse a tales facultades.

— Son incompatibles las actividades profesionales prestadas a personas a quienes se esté obligado a atender en el desempeño del puesto público.

La inconcreción del pasaje anterior es evidente. Llevado a sus últimos extremos, supondría la incompatibilidad plena de todos los Médicos asistenciales de la Seguridad Social (y más cuando ésta afecte a toda la población) si se estima que cualquier ciudadano —en cuanto beneficiario de la Seguridad Social— es persona a quien se está obligado a atender en el desempeño del cargo público. Bien es cierto que como una pretensión tan monstruosa supondría la incompatibilidad del enfermo para acudir al Médico que desee en la esfera privada, esperamos no merezca nunca una interpretación tan amplia y abusiva.

A nuestro juicio, esta incompatibilidad va dirigida únicamente a funcionarios que tienen encomendadas la gestión de asuntos y funciones públicas

que entrañan la facultad de decisión o de colaboración en la misma, y no es éste el caso de un Médico asistencial.

— La compatibilidad de un puesto privado que requiera una presencia igual o superior a la mitad de la jornada semanal ordinaria en la Administración, sólo será posible cuando la actividad pública sea de las conceptuadas como de tiempo parcial.

— No cabrá compatibilidad con el sector o actividad privada, para quienes contabilicen dos puestos en el sector público.

— Serán incompatibles todos los puestos públicos que comporten la percepción de complementos específicos (de incompatibilidad entre ellos).

Asimismo, y para estos supuestos de compatibilización con actividades en centros no concertados (o para el ejercicio libre) hemos de remitirnos a cuanto anteriormente se indicó respecto a la normativa proyectada por el Ministerio de Sanidad, y que se comentó en el precedente apartado.

### 3. 4. Conclusiones

Las conclusiones que ofrece la futura Ley de Incompatibilidades en su actual redacción, son las siguientes:

a) Se trata de legislación dura y confusa, que concede un amplio margen de discrecionalidad («cheque en blanco») al Gobierno y a la Administración en la determinación de incompatibilidades.

b) Los centros concertados tienen la consideración de sector público a estos efectos.

c) Serán compatibles dos puestos asistenciales en el sector público, siempre que el segundo sea en jornada de duración parcial, la cantidad total percibida no exceda de la correspondiente a un Director General o supere en el 30 % a la del cargo principal.

d) Será compatible un puesto público asistencial con la gestión o propiedad de centros concertados, siempre que el volumen de la actividad concertada no sea mayoritario sobre el conjunto total, o cuando la participación en la propiedad del centro no supere el 10 %.

e) Será compatible el desempeño de un puesto público y de otro de libre ejercicio o de trabajo en centro privado no concertado, cuando no se perciba complemento especial en el puesto público, cuando éste no figure en las relaciones de incompatibilidad que puede establecer el Gobierno, cuando no se compatibilicen dos puestos en el sector público o cuando el tiempo de presencia en la actividad privada no supere la mitad de la jornada semanal ordinaria en la Administración salvo que el puesto público sea a tiempo parcial.

f) En el supuesto de que prosperasen los anteproyectos de Ordenes del Ministerio de Sanidad sobre acceso, promoción y jornada de los Médicos de la Seguridad Social, las incompatibilidades serían amplísimas por el doble juego de las dedicaciones exclusivas y del horario de imposible compatibilidad objetiva con cualquier otra actividad.

### COMENTARIO FINAL DE CIERRE

Parece evidente que la actual Administración sanitaria del Estado, en cuantas actuaciones o iniciativas emprende viene a establecer un nuevo eslabón en una ya larga cadena de reducciones, limitaciones o agresiones

al «status» de los Médicos españoles y a la función social y profesional que a los mismos corresponde en cualquier Comunidad desarrollada que valore y estime como un factor de especial atención el derecho a la protección de la salud de sus ciudadanos.

En cualquier caso, y como cuestión previa, ha de resaltarse la especialísima incidencia que para los Médicos españoles supone cualquier regulación de sus posibles incompatibilidades profesionales; y no se olvide nunca, que establecer incompatibilidades para los Médicos supone establecerlas también —y de forma bien directa— para los enfermos. Y tienen las incompatibilidades especial repercusión en los Médicos, por una serie de causas históricas propiciadas por la propia Administración, a las que han sido totalmente ajenas la voluntad y el interés de los facultativos.

Es evidente y de sobra conocido que desde los inicios de la socialización de la Medicina —con la Seguridad Social— hasta nuestros días, el régimen de dedicación, empleo y retribución de los facultativos ha propiciado y ha obligado a los médicos a acudir a fórmulas inevitables de pluriempleo; y todo ello, sin entrar a considerar que los médicos —junto con los enfermos— son las víctimas directas de una concepción deshumanizada de la asistencia pública sanitaria. En efecto la burocratización de la función asistencial del profesional sanitario, la política de bajas retribuciones y la carencia casi absoluta de incentivos de todo género en la política sanitaria de la Administración ha conducido —por vía natural— a la proliferación de situaciones generalizadas de pluriempleo profesional que ahora, drásticamente, se pretenden cortar sin modificar ninguna de las causas productoras y generadoras de dicha situación. Se quiere hacer, en expresión vulgar y gráfica, «por real decreto».

Hechas las anteriores observaciones, cúmplenos ahora establecer unos comentarios de carácter general sobre el contenido de la futura Ley de Incompatibilidades en la redacción actual.

A.—En primer lugar, y para situar exactamente el problema, debemos recordar que la esencia sociológica y política del sistema de incompatibilidades a que hace referencia nuestra Constitución, parece referirse substancialmente a las que deben aplicarse al desempeño de funciones de carácter público en la gestión de los intereses generales. Parece obvio que tales características apenas se dan —o no se dan— en el ejercicio de la Medicina asistencial, cuya esencia no se altera por el hecho secundario de que quien organice y sufrague tal asistencia sean los Poderes Públicos.

B.—En correspondencia con todo lo anterior, entendemos que constituye una evidente extralimitación la configuración de unas incompatibilidades previstas para la función pública, extendiéndolas a otros supuestos no constitutivos de función pública aún cuando por mucho que el titular patrimonial o patronal de tales actividades sea la Administración.

A tal respecto, por la valoración jurídica que la consideración merece, no puede desconocerse que el artículo 103 de la Constitución refiere exclusivamente a los «funcionarios públicos» el establecimiento de un régimen de incompatibilidades. Es evidente que el Médico asistencial no es hoy funcionario público —ni desempeña funciones públicas en su exacto sentido—, ni en el Anteproyecto de Ley de anidad elaborado por la propia Administración socialista está previsto que lo sea, antes al contrario trabajador con vínculo privado laboral.

C.—Aún en el supuesto —que no se da— de que los Médicos asistenciales desempeñasen funciones públicas en la gestión de los intereses generales de la comunidad social, las incompatibilidades deberían tener unos determinados y exactos límites.

En efecto, en el tratamiento de esta materia pueden entrar en colisión dos derechos: el de la Sociedad comunitaria a velar por la garantía de independencia e imparcialidad de los servidores públicos y por el estricto cumplimiento de sus deberes, y, de otro lado, el derecho y la libertad al trabajo que asiste a los ciudadanos, a todos los ciudadanos.

En esta colisión, y para los funcionarios públicos, ha de darse primacía a los intereses generales que latan en la función pública, pero limitados exclusivamente a la garantía de los valores que tratan de preservarse, nunca más allá. Si se sobrepasan tales límites, como ocurre en el caso que nos ocupa, fácilmente se puede incurrir en supuestos de ilegalidad constitucional, al afectarse negativamente los derechos y libertades consagrados en los artículos 14, 33, 35, 36 y otros de la Constitución Española, lo que también ha de tener su adecuada transcendencia jurídica.

En resumidas cuentas, la Constitución permite y pide un sistema de incompatibilidades en la función pública adecuado y acorde a las peculiaridades de dicha función; lo que la Constitución no permite es la desigualdad sin causa de los trabajadores, ni «la incompatibilidad por la incompatibilidad».

D.—El Proyecto de Ley de referencia incurre en defectos técnicos de posible transcendencia jurídica y, por supuesto, social. Nos referimos al carácter confuso de no pocos de sus pasajes, y a la indeterminación de otros, aspectos inadmisibles en materia como ésta que afecta directamente al derecho al trabajo de las personas y a la necesidad de tener un código claro de actuación para la proyección de las capacidades profesionales de la persona.

A su vez, el aludido Anteproyecto es abusivo en la adjudicación de facultades discrecionales a la Administración en la determinación genérica y en la aplicación de los supuestos de incompatibilidad, sin tan siquiera establecer los principios o criterios fundamentales para su regulación reglamentaria, lo cual tampoco está en línea con los principios establecidos en el artículo 82 de la Constitución, que no permite la discrecionalidad tan absoluta en favor de la Administración.

E.—El excesivo rigor y dureza en la configuración de las incompatibilidades para los Médicos asistenciales, traerá como consecuencia directa, innecesarios perjuicios para los enfermos, afectándoles negativamente en el derecho que reconoce el artículo 43 de la Constitución.

En efecto, no puede perderse de vista —como ya dijimos— que las incompatibilidades para los Médicos, comportan automáticamente incompatibilidades para los enfermos en su derecho a la protección de la salud. Del mismo modo, el excesivo rigor en el diseño de las incompatibilidades a aplicar a los Médicos de la asistencia pública, comportará ineludiblemente, y la experiencia así lo enseña y confirma, el deterioro de la misma y la consiguiente huída de los ciudadanos hacia la Medicina privada, a la que sólo podrán acogerse los mejor dotados económicamente, con lo que —a la postre— se generan injustas e irritantes desigualdades sociales que atentan a la moral y a la ética social.

F.—El Proyecto que comentamos es contradictorio con la propia política del Gobierno socialista. No se alcanza a comprender cómo, por ejemplo, los centros sanitarios concertados tienen la consideración de «sector público» para las incompatibilidades de los Médicos y no la tienen para la asistencia sanitaria de los ciudadanos, porque nunca hemos pensado que se trate tan sólo, de agredir a los Médicos, estimamos que nos hayamos ante una contradicción no meditada. Tampoco parece claro cómo se establecen tan rígidas incompatibilidades para los Médicos en esta Ley, mientras en los Anteproyectos de Ley sobre adaptación del Impuesto de Tráfico de Empresas o en el del Impuesto sobre el Valor Añadido, se da un tratamiento en favor a la asistencia médica pública y privada.

Sería muy duro llegar a la conclusión que el Ministerio de Hacienda vela más por los enfermos españoles que el de Sanidad.

Madrid, 19 de diciembre de 1984.

\* \* \*

## SEGUNDA PARTE

### LA O. M. C. Y LAS POSIBILIDADES DE DEFENSA PROFESIONAL ANTE LOS PREVISIBLES EXCESOS DE LAS INCOMPATIBILIDADES

Decíamos y razonábamos en el apartado anterior que, según la actual redacción conocida, la futura Ley de Incompatibilidades se excede en el señalamiento de los supuestos de incompatibilidad profesional para los Médicos asistenciales de la Seguridad Social; y que, asimismo, podían apreciarse en el aludido Proyecto de Ley elementos de exceso de discrecionalidad en favor del Gobierno o de la Administración que podían conducir —y que conducen— a la discrecionalidad arbitraria.

El tratamiento ciertamente somero de la legislación española sobre las incompatibilidades de los Médicos, seguramente no quedaría completo, si no aludiéramos a las posibilidades que, por los cauces judiciales, pueden ser arbitradas por la Organización Colegial Médica para la defensa de los derechos de los Médicos e, indirectamente, de los derechos de los enfermos y ciudadanos en general.

#### a) Planteamiento del tema

Se indicaba en la primera parte de este Informe que, a nuestro entender, las incompatibilidades de los funcionarios públicos deben medirse en función del bien a proteger mediante las mismas (los intereses generales insertos en la función pública), la correspondencia entre dichos fines y los medios para asegurarlos (relación de causalidad y medios), y la proporción adecuada entre los fines, los medios y las limitaciones que se producen con las incompatibilidades en las libertades, derechos e intereses de los afectados.

Asimismo, indicábamos que el sistema de incompatibilidades en España, está constitucionalmente previsto para los funcionarios públicos, y los Médicos asistenciales no tienen tal condición ni en los anteproyectos

legislativos existentes está previsto que lo sean en el futuro, antes al contrario. Asimismo, aludíamos a la necesidad de diferenciar entre el desempeño de funciones públicas (entendiendo como tales las de gestión de los intereses generales), y el desempeño de puestos de trabajo que no tienen tales características aunque el empresario o el propietario de la Entidad-empresa sea el Estado.

Se exponía, también, que las incompatibilidades —aún reconociendo su necesidad y procedencia, en abstracto—, suponen evidente impedimento o limitación para el ejercicio o disfrute de determinados derechos establecidos por la Constitución, como entre otros son el derecho a la propiedad privada (artículo 33), el derecho de fundación (artículo 34), el derecho al trabajo (artículo 35), y el derecho a la libertad de empresa (artículo 38); y que las incompatibilidades pueden afectar al principio de igualdad de los españoles ante la ley, si se establecieran y aplicaran en exceso y fuera de los términos que la lógica de su razón de ser demandan (artículo 14).

Efectivamente, el principio de igualdad constitucional no puede entenderse con carácter absoluto, sino que tal vez deba aspirar a crear condiciones objetivas para posibilitar la igualdad y a tratar por igual a las personas en la medida en que son iguales y se encuentren en condiciones asimismo iguales. Por ello, una vez que un determinado nivel de incompatibilidad logra garantizar el derecho de los intereses generales que latan en la función pública, mayores exigencias de incompatibilidad producen desigualdad sin motivo suficiente entre los afectados y no afectados por tales medidas; por la misma razón, si las incompatibilidades propias de los funcionarios públicos se pretenden aplicar en tal medida a quienes no desempeñan funciones públicas aunque trabajen por cuenta del Estado, se origina una indudable situación de desigualdad entre éstos y aquellos que —realizando idénticas labores y misiones— prestan servicios por su cuenta o por cuenta de entidades privadas; por ello, puede estimarse que una vez garantizadas la independencia e imparcialidad de los servidores públicos, cualquier exceso en el tratamiento de sus incompatibilidades puede suponer una vulneración a los derechos a que anteriormente nos hemos referido.

En las anteriores exposiciones, tal vez pueda encontrarse bases para el entramado argumental a utilizar en la defensa de los derechos e intereses de los Médicos asistenciales en esta materia.

#### **b) Defensa ordinaria**

Es la constituida por el cauce que ofrece la Ley de 27 de diciembre de 1956, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.

Claro que al encontrarnos —de futuro— ante normas con rango de Ley formal, la defensa y consiguiente impugnación sólo podría afectar a los actos de la Administración que produzca en aplicación de la referida Ley, sin perjuicio de que el Tribunal competente pueda promover al Constitucional una cuestión de inconstitucionalidad en los términos de la Ley 2/1979. Las reglas y alcance de esta vía, son las propias de esta Jurisdicción ordinaria.

#### **c) Defensa constitucional o especial**

Es la establecida por la Ley Orgánica 2/1979, de 3 de octubre, reguladora de los procedimientos y competencias del Tribunal Constitucional.



En este sentido, caben los supuestos siguientes:

- Recurso de inconstitucionalidad.
- Cuestión de inconstitucionalidad.
- Recurso de amparo constitucional.

El **recurso de inconstitucionalidad** puede ejercitarse, entre otros, por el Defensor del Pueblo, cincuenta Diputados o cincuenta Senadores, en el plazo de tres meses desde la publicación de la Ley impugnada. Las sentencias tendrán el valor de cosa juzgada, vincularán a todos los Poderes Públicos y, si declarase la inconstitucionalidad, declarará asimismo la nulidad de los preceptos impugnados y conexos.

La **cuestión de inconstitucionalidad** podrá ser promovida, de oficio o a instancia de parte, cuando un Juez o Tribunal considere que una norma con rango de Ley pueda ser contraria a la Constitución, con similar alcance y validez al considerado para el anterior supuesto. Presupone, por tanto, el planteamiento previo de un contencioso ante los Tribunales o Jueces ordinarios, en el que puede ser posible la legitimación activa de la OMC, y, en cualquier caso, la de todos y cada uno de los Médicos afectados por el exceso de incompatibilidad.

El **recurso de amparo** es vía apta para la defensa de los derechos y libertades reconocidos en los artículos 14 a 29 de la Constitución, contra Leyes o disposiciones que los vulneren, estando legitimados para su interposición las personas directamente afectadas, el Defensor del Pueblo y el Ministerio Fiscal. La sentencia del Tribunal Constitucional otorgará o denegará el amparo, siendo los efectos del otorgamiento la declaración de nulidad de la decisión, el reconocimiento del derecho o el restablecimiento en la integridad del derecho vulnerado, y, si se estimase que una Ley desconoce derechos o libertades fundamentales, el Pleno del Tribunal Constitucional podrá declarar la nulidad de dicha Ley por inconstitucionalidad.

Recuérdese que el derecho a la igualdad ante la Ley se recoge en el artículo 14 de la Constitución, uno de los comprendidos entre los susceptibles del recurso de amparo.

Como hemos expuesto, es esta vía especial del Tribunal Constitucional la que permite, directa y frontalmente, establecer la impugnación de normas con rango de Ley.

En cualquier caso, el carácter exclusivamente informativo de este documento, tiene como finalidad abrir cauces y posibilidades para la búsqueda de la defensa de los derechos e intereses de los Médicos; a partir de aquí, deberán los futuros acontecimientos, la reflexión serena y meditada, y el rigor del estudio jurídico quienes aconsejen los futuros pasos.

Madrid, 21 de diciembre de 1984.



## LA SITUACION DE LAS INCOMPATIBILIDADES DE LOS MEDICOS TITULARES, Y OTRAS CUESTIONES DE INCOMPATIBILIDAD DE MEDICOS, A LA VISTA DE LA LEY 58/1984, DE 26 DE DICIEMBRE

La promulgación y publicación en el Boletín Oficial del Estado de 4 de enero de 1985, de la llamada Ley de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, permite ya llevar a cabo un estudio de aproximación al contenido y previsibles consecuencias de dicha normativa definitiva, una vez que se han superado los estudios, labores y discusiones parlamentarias propias de su gestación.

Acometamos, por tanto, un estudio urgente y de aproximación, centrandó nuestra atención en la afección que se produce a los denominados Médicos Titulares —dada su peculiar situación de simultaneidad de funciones—, y, asimismo, trataremos de aproximarnos a otros temas relativos al conjunto general de los Médicos asistenciales (principalmente de la Seguridad Social) dado que ahora nos encontramos ante el texto definitivo ya convertido en Ley, todo ello, sin perjuicio de poder acometer con mayor detenimiento una consideración más sosegada sobre otros aspectos concretos y no pocas dudas que sugiere y suscita dicha Ley.

### LA SITUACION DE LOS MEDICOS TITULARES

La peculiaridad de este colectivo profesional consiste en que, por imperativo legal, estos facultativos simultanean dos funciones sanitarias, que son las correspondientes a su condición de funcionario público del Estado —o actualmente de las Comunidades Autónomas—, y la de Médico asistencial de la Seguridad Social. Obviamente, una Ley como la que nos ocupa de signo radicalmente incompatibilizador, tenía que plantearse las peculiaridades de esta situación, con mayor razón cuando ambos puestos o funciones corresponden al sector público.

#### 1.—Consideración especial de los Médicos Titulares.

Decíamos que la citada simultaneidad de funciones tiene origen legal (artículo 115 de la Ley General de la Seguridad Social y art. 64 del Estatuto Jurídico), en el sentido de que tal simultaneidad se concibe no sólo como un derecho sino también como un deber; esto es, resulta obligatorio para el facultativo por imperativo legal. Y parece también obvio que tal sistemática, respondía y responde a unas determinadas y reales necesidades sanitarias.

De otro lado, es claro que tal sistemática ha dado lugar a una concreta situación y «status» de dicho personal sanitario, tanto facultativo como auxiliar, a la que los afectados han tenido que acomodarse —repetimos que a consecuencia de un imperativo legal— con sus consecuencias en orden al nacimiento de unos específicos derechos e intereses profesionales que parece lógico desconocer.

A diferencia del conjunto de los demás Médicos asistenciales —mayormente considerados en nuestros Informes anteriores—, los Médicos Titulares tienen la condición clara de funcionarios públicos y, además, y en razón a dicha condición, la de personal estatutario de la Seguridad Social en cuanto participan en la asistencia sanitaria de la misma en virtud del

ajudido mandato legal, lo que constituye una situación peculiar y específica sólo atribuible a este colectivo profesional.

## **2.—Los Médicos Titulares en la filosofía de la nueva Ley de Incompatibilidades.**

La filosofía general de la Ley 53/1984 se fundamenta en la incompatibilidad de los funcionarios y personal del sector público, para desempeñar en el mismo un segundo puesto de trabajo, salvo estrictas excepciones que habrán de autorizarse expresamente; además dicha Ley, que adolece de falta de rigor técnico y de la deseable precisión y claridad, incurre en una evidente y estimamos que excesiva atribución de facultades discrecionales en favor de la Administración, y es sabido que la discrecionalidad es fuente y origen de arbitrariedad.

Pues bien, en el conjunto de este panorama normativo de marcado signo incompatibilizador, los Médicos Titulares vienen a constituir una de las excepciones a esta regla general tal y como examinaremos, si bien con los riesgos y limitaciones sobre su actual situación que también trataremos de comentar.

## **3.—Los Médicos Titulares en la Ley 53/1984.**

La única mención directa sobre tales Médicos Titulares es la contenida en la Disposición Transitoria quinta de la referida Ley, de cuyo examen podemos extraer las conclusiones básicas siguientes:

—Su regulación no parece tener carácter definitivo en la voluntad del legislador, por cuanto se trata de una Disposición Transitoria, y por cuanto manifiesta expresamente que tal regulación rige «en tanto se reestructuran los Cuerpos o funciones aludidos», sin que tal temporalidad de principio tenga establecido un límite determinado de duración, por lo que, entra en lo posible que pueda llegar a disfrutar de una duración indefinida, aún cuando tal expresión antes reproducida pueda dejar entrever la intención o la simple posibilidad de reestructurar los Cuerpos o las funciones de los mismos.

—Durante dicho período de impredecible duración, y como excepción a la regla general establecida por la Ley, los Médicos Titulares «continuarán prestando las mismas funciones y devengando las remuneraciones que figuran en los Presupuestos del Estado y de la Seguridad Social». Todo ello viene a suponer que tales facultativos tienen reconocida, directamente por la Ley, la compatibilidad de ambas funciones como funcionarios públicos y como Médicos asistenciales de la Seguridad Social, así como el consiguiente devengo de retribuciones por ambas funciones.

—Otro tema distinto es el de la cuantía de tales remuneraciones, a percibir por el desempeño de ambas funciones o puestos de trabajo.

En una primera fase, que finalizará el 30 de septiembre de 1985, se les garantiza a título personal el importe de la media mensual de las retribuciones percibidas en los dos puestos de trabajo durante los doce meses anteriores a la entrada en vigor de esta nueva Ley.

A partir de dicho momento, 1 de octubre de 1985, percibirán ambas remuneraciones, si bien en concepto de sueldo y la otra como gratificación, a cuyo efecto —y en su momento— los Médicos afectados deberán formular la oportuna opción en los términos que reglamentariamente se determinen; o lo que es lo mismo, en los meses venideros —por vía de Regla-

mento o por vía de desarrollo específico de este precepto concreto—, se establecerán los términos para que dichos Médicos Titulares puedan optar entre ambas retribuciones al objeto de que una tenga la consideración de sueldo y la otra la de mera gratificación.

Con todo, es claro que de la preceptiva que acabamos de comentar no se desprende ni la cuantía de las retribuciones totales de estos Facultativos, ni tan siquiera los criterios indicativos que puedan aproximarnos a la misma. Ante dicho silencio, caben formularse las siguientes posibilidades:

a) Que la normativa reglamentaria de desarrollo prevista por la Disposición Transitoria quinta de la Ley, establezca reglas reguladoras de dicha materia, con carácter específico para el supuesto de los Sanitarios Titulares dado el carácter de especialidad y excepcionalidad que la propia otorga a su situación, con mayor razón si se considera que el impreciso vocablo de «en los términos» que utiliza la comentada Disposición pudiera entenderse que acoge también a las condiciones de cuantificación retributiva de ambos supuestos de trabajo separadamente y en su conjunto global. En tal caso, nos encontraríamos ante lo desconocido, al no existir actualmente dicha normativa anunciada.

b) Que hubiesen de aplicarse los criterios de cuantificación que establece el artículo 7 de la propia Ley 53/1984, dada su generalidad, bien porque la normativa posterior de desarrollo no concrete dicho extremo, bien porque se remita a este último precepto; en tal hipótesis, las reglas que establece el citado artículo 7 limitan el tope máximo de la cantidad total percibida por ambos puestos de trabajo, al montante de las retribuciones establecidas presupuestariamente para el cargo de Director General, sin que, en ningún caso, supere en el 30 % a la correspondiente al puesto principal en régimen de dedicación ordinaria.

Esta hipótesis aparejaría una reducción de retribuciones, como consecuencia del juego de las limitaciones expresadas; con todo, siempre cabe —según dicho artículo— que el Gobierno o el órgano de cada Comunidad Autónoma, acuerden la superación de tales límites por causa de interés público para el servicio y, en tal supuesto, podría aplicarse tal posibilidad al conjunto de Médicos Titulares, en todas o varias de las Comunidades Autónomas.

c) Que la cuantía de las retribuciones sea igual que en la actualidad —como tercera hipótesis—, lo que parece estar en contradicción con el signo general de la Ley, y con las expresas menciones de la Disposición Transitoria quinta, en el sentido de que tal régimen finalice en septiembre de 1985, lo que parece presuponer que el aplicable con posterioridad haya de ser diferente.

—En cuanto a la posible compatibilidad de las anteriores funciones desempeñadas en el ámbito del sector público con el ejercicio de actividades profesionales privadas, y aún cuando la Ley que comentamos no contiene referencias específicas para los Médicos Titulares, parece que habría de aplicárseles el principio general de carácter prohibitivo que se refleja en el artículo 13 de la misma Ley, que establece la incompatibilidad para actividades privadas a quienes se hubiese autorizado la compatibilidad para un segundo puesto en el sector público. Con todo, cabe apuntar una interpretación contraria, habida cuenta que la literalidad del citado precepto se manifiesta textualmente que tal incompatibilidad (con actividad privada) afecta «a quienes se les hubiera autorizado la compatibilidad para un se-

gundo puesto o actividad públicos, siempre que la suma de jornadas de ambos sea igual o superior a la máxima en las Administraciones Públicas», y además de que pudieran darse condiciones de jornada no incursas en las indicadas previsiones, parece evidente que —en el supuesto de los Médicos Titulares— no existe una autorización de compatibilidad para los dos puestos públicos, sino que dicha simultaneidad de funciones viene determinada —entendemos que obligatoriamente— por la propia Ley 53/1984 y por la Ley General de la Seguridad Social.

—En materia de derechos pasivos y de devengo de trienios o premios de constancia, y a tenor de los números 2 y 3 del artículo 7 de la Ley, es de advertir que no se computarán a tales efectos los servicios prestados en el segundo puesto (posiblemente el sometido a régimen de «gratificación» en la opción que haya de ejercitarse en su día), tanto en el régimen funcional de Derechos Pasivos como en el de pensiones de la Seguridad Social, pudiendo suspenderse o adecuarse la cotización a estos sistemas de protección social.

—Asimismo, las pagas extraordinarias y las prestaciones familiares, sólo podrán percibirse en uno de los dos puestos o funciones.

#### **4.—Conclusiones en torno a la Ley 53/1984 en su relación con los Médicos Titulares.**

Es evidente que la Ley que comentamos viene a excepcionar del contenido general de la misma a los Médicos Titulares, en cuanto que prorroga para los mismos el régimen de compatibilidad de su puesto como funcionario público con la atención a la asistencia sanitaria de los beneficiarios de la Seguridad Social.

Pero tal excepción, en modo alguno puede considerarse como una graciosa concesión a estos profesionales, sino que —como anteriormente indicamos— tiene su motivación en las necesidades asistenciales y sanitarias de la población y en el origen imperativo y obligatorio de dicho régimen de simultaneidad de funciones. Es más, la compatibilidad funcional que prorroga la citada Disposición Transitoria quinta, tiene también carácter imperativo y obligatorio para los Facultativos afectados («continuarán prestando las mismas funciones» dice la citada Disposición).

En virtud de lo examinado, las novedades y riesgos que para dichos profesionales entrevemos en esta nueva legalidad de incompatibilidad, podríamos resumirlos en los siguientes:

A. La compatibilidad funcional y retributiva que establece la tan citada Ley, tiene vocación de temporalidad («en tanto se reestructuran los Cuerpos y funciones aludidos») y figura en una norma de carácter transitorio. El futuro es impredecible —y más ante los posibles avatares del discurrir político—, por ello actualmente no podemos establecer juicios de valor sobre esas posibles y futuras reestructuraciones, sobre su signo, y sobre las condiciones de afección a estos facultativos.

Sí, en cualquier caso, llamar la atención sobre una posible conexión entre tal reestructuración y una posible futura normativa reguladora de llamadas «estructuras básicas de Salud», cierto que, para ello, entendemos debe modificarse previamente el marco legislativo actualmente aplicable. Amén de lo anterior, y porque la realidad práctica ya nos lo ha ofrecido, no pueden descartarse presiones e incluso manipulaciones para forzar en

determinado sentido a estos Médicos, cuya legalidad estimamos harto dudosa.

B. Es claro que durante la impredecible vigencia efectiva de la citada Disposición Transitoria quinta, existe también compatibilidad para la percepción de retribuciones por el desempeño de ambos puestos o funciones; y que su cuantificación sólo ofrece —o puede ofrecer— problemas o dudas en la segunda fase que se inicia en 1 de octubre de 1985.

C. En efecto, a partir de 1 de octubre próximo, cabe la posibilidad de que estos Médicos vean reducidas sus retribuciones reales, según el juego de las hipótesis que se expusieron con anterioridad.

A nuestro entender, ello no tiene que suceder necesariamente aún cuando sea muy posible. Y evidentemente, tal solución sería injusta. Injusticia evidéntísima que emana de la simple consideración de que —de ser ello así— mediante una disposición basada en el mandato del artículo 103 de la Constitución en sentido de establecer un sistema de incompatibilidades para los funcionarios públicos, el único resultado práctico y real para estos facultativos fuese el de una reducción de sus emolumentos; o dicho de otra forma, con la excusa de las incompatibilidades, únicamente se redujesen sus sueldos y retribuciones.

D. Idéntica consideración cabe hacer respecto de las pagas extraordinarias correspondientes a las dos funciones.

E. Con respecto a las posibilidades de compatibilidad de estos facultativos con el ejercicio, hemos de remitirnos a nuestra anterior exposición sobre el tema.

Para quienes se ven obligados a simultanear ambas funciones del sector público, estimamos perfectamente válida la interpretación que como posible establecíamos anteriormente por las razones antes indicadas. Si por el contrario, la Administración argumentase en contrario fundamentándose en una dedicación de los facultativos superior a la jornada máxima en las Administraciones Públicas, una especial o exclusiva dedicación, o argumentaciones de similar contenido, parece adecuado iniciar el correspondiente planteamiento de reivindicación retributiva, bien por las vías legales de presión que reconoce la Constitución, bien por las judiciales ordinarias (Contencioso-Administrativa como funcionarios, Laboral como personal estatutario de la Seguridad Social), bien por ambas vías.

Los que no resulten obligados a efectuar la simultaneidad de ambas funciones, si los hubiere (que no desempeñen funciones de asistencia sanitaria de la Seguridad Social), no encontramos en principio causa de incompatibilidad por tal motivo.

F. De todos modos, y apesar del carácter básico de la Ley de Incompatibilidades que comentamos a los efectos del artículo 149 de la Constitución, en virtud del cual dicha Ley afecta a los órganos del Estado y de las Comunidades Autónomas, determinadas facultades y competencias que se establecen en la meritada Ley se atribuyen a las referidas Comunidades con respecto a su personal, por lo que tal fuese posible obtener en todas o en algunas un tratamiento favorable de la problemática de los Médicos Titulares de entre los que posibilita la Ley. En todo caso, entendemos que, dado el mencionado carácter básico, el desarrollo reglamentario de la Disposición Transitoria quinta corresponde al Estado.

G. En la medida que sea aplicable al supuesto constituido por los Mé-

dicos Titulares, hemos de remitirnos al comentario final contenido en nuestro Informe de 19 de diciembre de 1984.

H. En cuanto a las posibilidades de defensa de los intereses profesionales afectados por la tan citada Ley, también hemos de remitirnos al Informe de 21 de diciembre de 1984.

Obviamente, dichas vías de defensa se refieren exclusivamente a lo que pudiéramos denominar «defensa constitucional» de tales derechos e intereses. Por ello, tal vez convenga su complemento con otras, máxime cuando se prevee normativa reglamentaria subsiguiente precisamente en la materia que nos ocupa, por lo que caben las oportunas estiones a realizar al respecto por las Entidades asociativas específicas del colectivo afectado y/o por la Organización Colegial general en sus ámbitos nacional y autonómico, al objeto de lograr una interpretación más favorable de entre las posibles para las justas expectativas de los Médicos Titulares, y todo ello sin entrar a considerar otras fórmulas legales de acción en la medida que puedan estimarse oportunas y, en su caso, necesarias.

##### **5.—Las estructuras básicas y los Médicos Titulares.**

La normativa reguladora de dichas Estructuras viene recogida en el Real Decreto de 11 de enero de 1984 (BOE del 1 de febrero).

La legalidad de alguna de sus partes parece más que dudosa, y la calidad técnica jurídica de su elaboración, así como su estilo y comprensión literarios dejan bastante que desear. No es, por tanto, sorprendente que el Consejo de Estado disintiera del contenido de dicho Real Decreto en su preceptivo dictámen, ni que en la actualidad se encuentre pendiente de revisión ante los Tribunales.

Además de cuanto se ha indicado y con independencia del juicio que merezca el citado Real Decreto, en determinadas regiones españolas parece que los facultativos se están viendo presionados por los responsables de la correspondiente Administración sanitaria, con el fin de que se integren —en ocasiones forzándolos— en las aludidas Estructuras Básicas de Salud, circunstancia que merece un comentario sobre tal actitud administrativa.

A nuestro entender, la incorporación del personal sanitario a los equipos que prevee dicha disposición, es voluntaria; y así se desprende inequívocamente del propio Real Decreto, amén de cuanto se establece en normas de superior rango aplicables al caso o supuestos planteados (ver Disposiciones Transitorias segunda y cuarta), por lo que resulta ilegítima cualquier presión directa o indirecta encaminada a forzar una integración no deseada en los correspondientes equipos.

Asimismo ha de reputarse como ilegítima cualquier presión o medida consistente en la supresión o reducción del cupo de beneficiarios adscritos al Médico en cuestión, porque además de vulnerar el principio de voluntariedad antes comentado, atentaría a lo establecido en los artículos 111, 112 y demás de aplicación de la Ley General de la Seguridad Social actualmente en vigor, y ello sin olvidar que tales actuaciones desconocen y vulneran —asimismo— el derecho de elección de facultativo en la medida que actualmente está reconocido a los ciudadanos beneficiarios de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Al propio tiempo, el artículo 115 de la citada Ley de la Seguridad Social, atribuye a los Médicos Titulares en el ámbito de la asistencia sanitaria de



la Seguridad Social, el desempeño de plazas correspondientes a los Médicos Generales en la correspondiente localidad, por lo que también resultaría ilícita cualquier presión para forzarle, en contra de su voluntad, a ejercer funciones diferentes o en localidades distintas a la asignada, con la posible extensión funcional a que se refiere el núm. 2 del artículo antes citado (niños, gestantes y parturientas).

De otro lado, es de advertir que mientras el Decreto implantador de las Estructuras Básicas determina la jornada de trabajo de los componentes de los equipos en cuarenta horas semanales —y ello, sin precisar si tal jornada acoge la atención de guardias, urgencias y asistencia a domicilio—, no se precisa suficientemente el régimen retributivo ni la cuantía de las percepciones de quienes se integren en los equipos de atención primaria, cuestión que no resuelve suficientemente la Orden de 30 de mayo de 1984 —máxime si se considera su carácter provisional— al no establecerse la estructura y sistema de emolumentos de tales puestos de trabajo; tal situación adquiere aún mayor incertidumbre si se considera el contenido antes comentado de la Ley 53/1984 sobre Incompatibilidades, y las posibles limitaciones retributivas contenidas en el texto de dicho instrumento legal, con lo que podríamos encontrarlos —como hipótesis posible— que quienes se integren en los referidos equipos, vean incrementadas sus obligaciones y jornada laboral a la par que ven reducidos sus emolumentos retributivos.

Además de todo cuanto se ha indicado, y sobre lo cual estimamos preciso que se aclaren las dudas e incertidumbres existentes con la adecuada seguridad y compromiso (nos referimos a las condiciones funcionales y económicas), parece evidente que las actitudes de presión en cuanto que puedan ser coactivas, pueden llegar a conformar ilícitos penales, sin perjuicio, en su caso, de prevaricación también sancionable penalmente, o de posible malversación de caudales públicos si diere destino diferente al establecido a las cantidades económicas presupuestadas para el pago de los «cupos» reglamentariamente asignados a cada facultativo. Es obvio que todo ello, se indica en el ámbito de la hipótesis y si concurriesen las circunstancias de incriminación.

## LAS INCOMPATIBILIDADES GENERALES DE LOS MEDICOS

Se indicó anteriormente que entre los defectos de la Ley 53/1984 sobre Incompatibilidades, encontramos el de la indefinición precisa en la determinación más exacta posible de los supuestos de incompatibilidad que establece, aspecto que parece revestir especial entidad en tratamiento de las incompatibilidades del personal sanitario.

Promulgada pues la mencionada Ley, tratamos de exponer un breve comentario sobre su contenido regulador en cuanto afecta a los Médicos, y con carácter complementario de los Informes de 19 y 21 de diciembre de 1984, que en alguna medida pueden ser matizados por el presente.

### **1.—Compatibilidades entre puestos del sector público.**

A estos efectos ha de entenderse como sector público el correspondiente a la Administración directa e institucional del Estado, Autonomías y Corporaciones Locales, los entes y empresas dependientes de dichas instancias y «las Entidades colaboradoras y las concertadas de la Seguridad Social en la prestación sanitaria» (artículo 1.1).



El principio general de la Ley es el de la incompatibilidad de un segundo puesto en el sector público, con las excepciones que anuncia el artículo 3, entre las que se encuentra la función sanitaria.

Además de la específica situación que se establece para los Médicos Titulares y a la que nos hemos referido «in extenso» anteriormente, la Ley 53/1984 sólo contiene dos bloques alusivos a los Médicos, el relativo a la compatibilidad de funciones docentes y sanitarias públicas, y los demás supuestos dentro del sector público.

—Por lo que se refiere al primer grupo, el artículo 4 posibilita la autorización de compatibilidad a los Catedráticos y Profesores de Universidad y de Escuelas de Enfermería, para compatibilizar un segundo puesto en el sector público sanitario, siempre que los dos puestos estén reglamentariamente clasificados como de prestación a tiempo parcial; del mismo modo, puede compatibilizarse un puesto del sector público sanitario con uno de los puestos docentes antes referidos.

—Con respecto al bloque general del personal sanitario, encontramos dos alusiones directas: la de la Disposición Adicional cuarta y la de la Disposición Transitoria tercera de la tan citada Ley.

Una primera lectura, puede dar la impresión de que —a partir de 1 de octubre de 1985— no podrán compatibilizarse dos puestos en el sector público sanitario, cuando uno de ellos viniera desempeñándose en régimen de jornada ordinaria (o así haya de desempeñarse en el futuro porque así se establezca), a cuyo objeto los Organos del Estado o los de las Comunidades Autónomas podrán determinar con carácter general los puestos del sector público sanitario susceptibles de prestación a tiempo parcial, en cuyo caso sólo serían compatibles en el sector público sanitario dos puestos, ambos con prestación a tiempo parcial. Con todo, y como quiera que la Disposición Adicional citada anuncia la futura promulgación de una Ley sobre esta materia, cabe la posibilidad de que por esa vía se matice la severidad de la regulación indicada.

—Con todo, el artículo 3 abre la posibilidad de que se establezcan supuestos de compatibilidad, por el Consejo de Ministros u órgano de gobierno de las Comunidades Autónomas, por razón de interés público; en tal supuesto, la actividad sólo podría prestarse en régimen laboral, a tiempo parcial y con duración determinada. Puede ser una posibilidad a aplicar con los Médicos, en el ámbito estatal o en el autonómico.

## **2.—Compatibilidad con actividades privadas.**

El principio general (artículo 11) es el de la compatibilidad, con las limitaciones que consignaremos, siempre que las actividades privadas no se relacionen directamente con las que desarrolle el Organismo o Entidad en que se esté destinado; o siempre que no se trate de actividad que el Gobierno pueda declarar incompatible por Real Decreto y con carácter general con determinado puesto o función.

Las limitaciones previstas son, en síntesis, las siguientes:

\* Actividades profesionales a prestar a personas a quienes se esté obligado en el desempeño del puesto público, limitación que puede tener —según se interprete extensiva o restrictivamente— evidente incidencia limitadora en los Médicos.

\* La pertenencia a Consejos de Administración, cargos en Empresas o participación en el capital de las mismas, cuando su actividad esté directamente relacionada con la del Organismo al que se pertenezca.

\* No podrá reconocerse compatibilidad para actividades privadas a quienes la tuvieran autorizada para segundo puesto público, siempre que la suma de las jornadas del sector público sean igual o superior a la máxima en la Administración.

\* Sólo podrá autorizarse compatibilidad para actividad privada, si la jornada pública es igual, perdón, si la jornada o tiempo de presencia en la actividad privada es igual o superior a la mitad de la jornada semanal ordinaria de la Administración, cuando la actividad pública sea a tiempo parcial.

\* Para el ejercicio de la actividad profesional privada, no se podrá invocar o hacer uso de la condición pública.

Como puede apreciarse, alguna de las limitaciones que se establecen para el ejercicio privado o particular de la profesión, podrían condicionar en gran medida la efectividad práctica de la compatibilidad que se establece. Piénsese que según el alcance interpretativo que se dé al artículo (2.1, a), pudiera impedirse la atención a las personas con derecho a la asistencia pública, que, previsible y constitucionalmente, pueden ser la totalidad de la población.

### **3.—Consideraciones generales y comunes.**

Para cualquier tipo de compatibilidad —dentro del sector público o con actividad privada— es requisito necesario la correspondiente autorización administrativa.

No podrá autorizarse ni reconocerse compatibilidad de ningún género, a quienes desempeñen puestos que comporten la percepción de complementos especiales o específicos; piénsese la incidencia que puede tener la normativa proyectada por el Ministerio de Sanidad respecto del personal jerarquizado, y a la que aludió en los Informes anteriores. Lo mismo que cabe aludir a dicho riesgo si se reordenan los puestos de trabajo y se varía la duración o la distribución de la jornada en el puesto público.

La redacción del núm. 2 de la D. A. cuarta, plantea una serie de evidentes dudas sobre el alcance actual de las incompatibilidades médicas, de difícil contestación en este momento.

Las autorizaciones de compatibilidad, se reconocerán al Ministerio de Presidencia para el personal de dependencia estatal, o las correspondientes instancias de las Comunidades Autónomas o de las Corporaciones Locales para el personal de esta dependencia.

Con respecto a las actuales compatibilidades reconocidas entre dos puestos del sector público, se reconoce su continuidad hasta el 30 de septiembre de 1985. De otro lado, la compatibilidad de dos puestos en el sector público, comporta el límite de que la cantidad total a percibir por ambos, no supere la remuneración presupuestariamente prevista para el cargo de Director General, ni supere la correspondiente al principal en el 30 %, amén de que el segundo puesto no devengará trienios, derechos pasivos, pagas extraordinarias ni prestaciones familiares.

Madrid, 11 de enero de 1985.



# BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO

## GACETA DE MADRID

### JEFATURA DEL ESTADO

LEY 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas.

JUAN CARLOS I, REY DE ESPAÑA

A todos los que la presente vieren y entendieren.

Sabed: Que las Cortes Generales han aprobado y Yo vengo en sancionar la siguiente Ley:

La nueva regulación de las incompatibilidades contenida en esta Ley parte, como principio fundamental, de la dedicación del personal al servicio de las Administraciones Públicas a un solo puesto de trabajo, sin más excepciones que las que demande el propio servicio público, respetando el ejercicio de las actividades privadas que no puedan impedir o menoscabar el cumplimiento de sus deberes o comprometer su imparcialidad o independencia.

La operatividad de un régimen general de incompatibilidad exige, como lo hace la Ley, un planteamiento uniforme entre las distintas Administraciones Públicas que garantice además a los interesados un tratamiento común entre ellas.

La Ley viene a cumplir, en esta materia, el mandato de los artículos 103.3 y 149.1, 18, de la Constitución.

Por otra parte, la regulación de esta Ley exige de los servidores públicos un esfuerzo testimonial de ejemplaridad ante los ciudadanos, constituyendo en este sentido un importante avance hacia la solidaridad, la moralización de la vida pública y la eficacia de la Administración.

#### CAPITULO PRIMERO

##### Principios generales

Artículo primero. 1. El personal comprendido en el ámbito de aplicación de esta Ley no podrá compatibilizar sus actividades con el desempeño, por sí o mediante sustitución, de un segundo puesto de trabajo, cargo o actividad en el sector público, salvo en los supuestos previstos en la misma.

A los solos efectos de esta Ley se considerará actividad en el sector público la desarrollada por los miembros electivos de las Asambleas Legislativas de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales, por los altos cargos y restante personal de los órganos constitucionales y de todas las Administraciones Públicas, incluida la Administración de Justicia y de los Entes, Organismos y Empresas de ellas dependientes, entendiéndose comprendidas las Entidades colaboradoras y las concertadas de la Seguridad Social en la prestación sanitaria.

2. Además, no se podrá percibir, salvo en los supuestos previstos en esta Ley, más de una remuneración con cargo a los presupuestos de las Administraciones Públicas y de los Entes, Organismos y Empresas de ellas dependientes o con cargo a los de los órganos constitucionales, o que resulte de la aplicación de arancel ni ejercer opción por percepciones correspondientes a puestos incompatibles.

A los efectos del párrafo anterior, se entenderá por remuneración cualquier derecho de contenido económico derivado, directa o indirectamente, de una prestación o servicio personal, sea su cuantía fija o variable y su devengo periódico u ocasional.

3. En cualquier caso, el desempeño de un puesto de trabajo por el personal incluido en el ámbito de aplicación de esta Ley será incompatible con el ejercicio de cualquier cargo, profesión o actividad, público o privado, que pueda impedir o menoscabar el estricto cumplimiento de sus deberes o comprometer su imparcialidad o independencia.

## CAPITULO SEGUNDO

### Ambito de aplicación

Artículo segundo. 1. La presente Ley será de aplicación a:

- a) El personal civil y militar al servicio de la Administración del Estado y de sus Organismos Autónomos.
- b) El personal al servicio de las Administraciones de las Comunidades Autónomas y de los Organismos de ellas dependientes, así como de sus Asambleas Legislativas y órganos institucionales.
- c) El personal al servicio de las Corporaciones Locales y de los Organismos de ellas dependientes.
- d) El personal al servicio de Entes y Organismos públicos exceptuados de la aplicación de la Ley de Entidades Estatales Autónomas.
- e) El personal que desempeñe funciones públicas y perciba sus retribuciones mediante arancel.
- f) El personal al servicio de la Seguridad Social, de sus Entidades Gestoras y de cualquier otra Entidad u Organismo de la misma.
- g) El personal al servicio de Entidades y Corporaciones de Derecho Público cuyos presupuestos se doten ordinariamente en más de un 50 por 100 con subvenciones u otros ingresos procedentes de las Administraciones Públicas.
- h) El personal que preste servicios en Empresas en que la participación del capital, directa o indirectamente de las Administraciones Públicas sea superior al 50 por 100.
- i) El personal al servicio del Banco España y de las instituciones financieras públicas.
- j) El restante personal al que resulte de aplicación el régimen estatutario de los funcionarios públicos.

2. En el ámbito delimitado en el apartado anterior se entenderá incluido todo el personal, cualquiera que sea la naturaleza jurídica de la relación de empleo.

## CAPITULO TERCERO

### Actividades públicas

Artículo tercero. 1. El personal comprendido en el ámbito de aplicación de esta Ley sólo podrá desempeñar un segundo puesto de trabajo o actividad en el sector público en los supuestos previstos en la misma para las funciones docente y sanitaria, en los casos a que se refieren los artículos quinto y sexto y en los que, por razón de interés público, se determinen por el Consejo de Ministros, mediante Real Decreto, u órgano de gobierno de la Comunidad Autónoma, en el ámbito de sus respectivas competencias; en este último supuesto la actividad sólo podrá prestarse en régimen laboral, a tiempo parcial y con duración determinada, en las condiciones establecidas por la legislación laboral.

Para el ejercicio de la segunda actividad será indispensable la previa y expresa autorización de compatibilidad, que no supondrá modificación de jornada de trabajo y horario de los dos puestos y que se condiciona a su estricto cumplimiento en ambos.

En todo caso la autorización de compatibilidad se efectuará en razón del interés público.

2. El desempeño de un puesto de trabajo en el sector público, delimitado en el párrafo segundo del apartado 1 del artículo primero, es incompatible con la percepción de pensión de jubilación o retiro por Derechos Pasivos o por cualquier régimen de Seguridad Social público y obligatorio.

La percepción de las pensiones indicadas quedará en suspenso por el tiempo que dure el desempeño de dicho puesto, sin que ello afecte a sus actualizaciones.

Por excepción, en el ámbito laboral, será compatible la pensión de jubilación parcial con un puesto de trabajo a tiempo parcial.

Artículo cuarto. 1. Podrá autorizarse la compatibilidad, cumplidas las restantes exigencias de esta Ley, para el desempeño de un puesto de trabajo en la esfera docente como Profesor universitario asociado en régimen de dedicación no superior a la de tiempo parcial y con duración determinada.

2. A los Catedráticos y Profesores titulares de Universidad y a los Catedráticos de Escuelas Universitarias podrá autorizarse, cumplidas las restantes exigencias de esta Ley, la compatibilidad para el desempeño de un segundo puesto de trabajo en el sector público sanitario o de carácter exclusivamente investigador en Centros públicos de investigación, dentro del área de especialidad de su Departamento universitario y siempre que los dos puestos vengan reglamentariamente autorizados como de prestación a tiempo parcial.

Recíprocamente, a quienes desempeñen uno de los definidos como segundo puesto en el párrafo anterior, podrá autorizarse la compatibilidad para desempeñar uno de los puestos docentes universitario, a que se hace referencia.

Asimismo a los Profesores titulares de Escuelas Universitarias de Enfermería podrá autorizarse la compatibilidad para el desempeño de un segundo puesto de trabajo y en el sector público sanitario de los términos y condiciones indicados en los párrafos anteriores.

3. La dedicación del profesorado universitario será en todo caso compatible con la realización de los trabajos a que se refiere el artículo 11 de la Ley de Reforma Universitaria, en los términos previstos en la misma.

Artículo quinto.—Por excepción, el personal incluido en el ámbito de aplicación de esta Ley podrá compatibilizar sus actividades con el desempeño de los cargos siguientes:

a) Miembros de las Asambleas Legislativas de las Comunidades Autónomas, salvo que perciban retribuciones periódicas por el desempeño de la función o que por las mismas se establezca la incompatibilidad.

b) Miembros de las Corporaciones Locales, salvo que desempeñen en las mismas cargos retribuidos y de dedicación exclusiva.

En cualquier caso, en los supuestos comprendidos en este artículo, sólo podrá percibirse la retribución correspondiente a una de las dos actividades, sin perjuicio de las dietas, indemnizaciones o asistencias que correspondan por la otra.

Artículo sexto.—Sin perjuicio de lo previsto en el artículo cuarto, 3, al personal incluido en el ámbito de esta Ley podrá autorizársele, excepcionalmente, la compatibilidad para el ejercicio de actividades de investigación, de carácter no permanente, o de asesoramiento en supuestos concretos, que no correspondan a las funciones del personal adscrito a las respectivas Administraciones Públicas.

Dicha excepcionalidad se acredita por la asignación del encargo en concurso público o por requerir especiales cualificaciones que sólo ostenten personas afectadas por el ámbito de aplicación de esta Ley.

Artículo séptimo. 1. Será requisito necesario para autorizar la compatibilidad de actividades públicas el que la cantidad total percibida por ambos puestos o actividades no supere la remuneración prevista en los Presupuestos Generales del Estado para el cargo de Director general, ni supere la correspondiente al principal, estimada en régimen de dedicación ordinaria, incrementada en:

— Un 30 por 100, para los funcionarios del grupo A o personal de nivel equivalente.

— Un 35 por 100, para los funcionarios del grupo B o personal de nivel equivalente.

— Un 40 por 100, para los funcionarios del grupo C o personal de nivel equivalente.

— Un 45 por 100, para los funcionarios del grupo D o personal equivalente.

— Un 50 por 100, para los funcionarios del grupo E o personal equivalente.

La superación de estos límites, en cómputo anual, requiere en cada caso acuerdo expreso del Gobierno, órgano competente de las Comunidades Autónomas o Pleno de las Corporaciones Locales, en base a razones de especial interés para el servicio.

2. Los servicios prestados en el segundo puesto o actividad no se computarán a efectos de trienios ni de derechos pasivos, pudiendo suspenderse la cotización a este último efecto. La paga extraordinaria, así como las prestaciones de carácter familiar, sólo podrán percibirse por uno de los puestos, cualquiera que sea su naturaleza.

3. Los servicios prestados en el segundo puesto o actividad tampoco se computarán a efectos de pensiones de Seguridad Social en la medida en que puedan rebasarse las prestaciones correspondientes a cualquiera de los puestos compatibilizados, desempeñados en régimen de jornada ordinaria, pudiendo adecuarse la cotización en la forma que reglamentariamente se determine.

Artículo octavo.—El personal incluido en el ámbito de aplicación de esta Ley que en representación del sector público pertenezca a Consejos de Administración u órganos de gobierno de Entidades o Empresas públicas o privadas, sólo podrá percibir las dietas e indemnizaciones que correspondan por su asistencia a los mismos, ajustándose en su cuantía al régimen general previsto para las Administraciones Públicas. Las cantidades devengadas por cualquier otro concepto serán ingresadas directamente por la Entidad o Empresa en la Tesorería pública que corresponda.

No se podrá pertenecer a más de dos Consejos de Administración u órganos de gobierno a que se refiere el apartado anterior, salvo que excepcionalmente se autorice para supuestos concretos mediante acuerdo del Gobierno, órgano competente de la Comunidad Autónoma o Pleno de la Corporación Local correspondiente.

Artículo noveno.—La autorización o denegación de compatibilidad para un segundo puesto o actividad en el sector público corresponde al Ministerio de la Presidencia, a propuesta de la Subsecretaría del Departamento correspondiente, al órgano competente de la Comunidad Autónoma o al Pleno de la Corporación Local a que figure adscrito el puesto principal, previo informe, en su caso, de los Directores de los Organismos, Entes y Empresas públicas.

Dicha autorización requiere además el previo informe favorable del órgano competente de la Comunidad Autónoma o Pleno de la Corporación Local, conforme a la ad-

cripción del segundo puesto. Si los dos puestos correspondieran a la Administración del Estado, emitirá este informe la Subsecretaría del Departamento al que corresponda el segundo puesto.

Artículo diez.—Quienes accedan por cualquier título a un nuevo puesto del sector público que con arreglo a esta Ley resulte incompatible con el que vinieran desempeñando habrán de optar por uno de ellos dentro del plazo de toma de posesión.

A falta de opción en el plazo señalado se entenderá que optan por el nuevo puesto, pasando a la situación de excedencia voluntaria en los que vinieran desempeñando.

Si se tratara de puestos susceptibles de compatibilidad, previa autorización, deberán instarla en los diez primeros días del aludido plazo de toma de posesión, entendiéndose éste prorrogado en tanto recae resolución.

## CAPITULO CUARTO

### Actividades privadas

Artículo once. 1. De acuerdo con lo dispuesto en el artículo primero, 3, de la presente Ley, el personal comprendido en su ámbito de aplicación no podrá ejercer, por sí o mediante sustitución, actividades privadas, incluidas las de carácter profesional, sean por cuenta propia o bajo la dependencia o al servicio de Entidades o particulares que se relacionen directamente con las que desarrolle el Departamento, Organismo o Entidad donde estuviera destinado.

Se exceptúan de dicha prohibición las actividades particulares que, en ejercicio de un derecho legalmente reconocido, realicen para sí los directamente interesados.

2. El Gobierno, por Real Decreto, podrá determinar, con carácter general, las funciones, puestos o colectivos del sector público, incompatibles con determinadas profesiones o actividades privadas, que puedan comprometer la imparcialidad o independencia del personal de que se trate, impedir o menoscabar el estricto cumplimiento de sus deberes o perjudicar los intereses generales.

Artículo doce.1. En todo caso, el personal comprendido en el ámbito de aplicación de esta Ley no podrá ejercer las actividades siguientes:

a) El desempeño de actividades privadas, incluidas las de carácter profesional, sea por cuenta propia o bajo la dependencia o al servicio de Entidades o particulares, en los asuntos en que esté interviniendo, haya intervenido en los dos últimos años o tenga que intervenir por razón del puesto público.

Se incluyen en especial en esta incompatibilidad las actividades profesionales prestadas a personas a quienes se esté obligado a atender en el desempeño del puesto público.

b) La pertenencia a Consejos de Administración u órganos rectores de Empresas o Entidades privadas, siempre que la actividad de las mismas esté directamente relacionada con las que gestione el Departamento, Organismo o Entidad en que preste sus servicios el personal afectado.

c) El desempeño, por sí o persona interpuesta, de cargos de todo orden en Empresas o Sociedades concesionarias, contratistas de obras, servicios o suministros, arrendatarias o administradoras de monopolios, o con participación o aval del sector público, cualquiera que sea la configuración jurídica de aquéllas.

d) La participación superior al 10 por 100 en el capital de las Empresas o Sociedades a que se refiere el párrafo anterior.

2. Las actividades privadas que correspondan a puestos de trabajo que requieran la presencia efectiva del interesado durante un horario igual o superior a la mitad de la jornada semanal ordinaria de trabajo en las Administraciones Públicas sólo podrán autorizarse cuando la actividad pública sea una de las enunciadas en esta Ley como de prestación a tiempo parcial.

Artículo trece.—No podrá reconocerse compatibilidad alguna para actividades privadas a quienes se les hubiera autorizado la compatibilidad para un segundo puesto o actividad públicos, siempre que la suma de jornadas de ambos sea igual o superior a la máxima en las Administraciones Públicas.

Artículo catorce.—El ejercicio de actividades profesionales, laborales, mercantiles o industriales fuera de las Administraciones Públicas recibirá el previo reconocimiento de compatibilidad.

La resolución motivada reconociendo la compatibilidad o dejando la incompatibilidad, que se dictará en el plazo de 2 meses, corresponde al Ministerio de la Presidencia, a propuesta del Subsecretario del Departamento correspondiente; al Órgano competente de la Comunidad Autónoma o al Pleno de la Corporación Local, previo informe, en su caso, de los Directores de los Organismos, Entes y Empresas públicas.

Los reconocimientos de compatibilidad no podrán modificar la jornada de trabajo y horario del interesado y quedarán automáticamente sin efecto en caso de cambio de puesto en el sector público.



Quienes se hallen autorizados para el desempeño de un segundo puesto o actividad públicos deberán instar el reconocimiento de compatibilidad con ambos.

Artículo quince.—El personal a que se refiere esta Ley no podrá invocar o hacer uso de su condición pública para el ejercicio de actividad mercantil, industrial o profesional.

## CAPITULO QUINTO

### Disposiciones comunes

Artículo dieciseis. 1. No podrá autorizarse o reconocerse compatibilidad alguna al personal que desempeñe puestos que comporten la percepción de complementos-específicos o concepto equiparable, y al retribuido por arancel.

2. A efectos de lo dispuesto en el presente artículo, la dedicación del profesorado universitario a tiempo completo tiene la consideración de especial dedicación.

3. Se exceptúan de la prohibición enunciada en el apartado 1 las autorizaciones de compatibilidad para ejercer como Profesor universitario asociado en los términos del apartado 1 del artículo cuarto, así como para realizar las actividades de investigación o asesoramiento a que se refiere el artículo sexto de esta Ley, salvo para el personal docente universitario a tiempo completo.

Artículo diecisiete. 1. Los Delegados del Gobierno en las Comunidades Autónomas, en relación al personal de los servicios periféricos de ámbito regional, y los Gobernadores civiles respecto al de los servicios periféricos provinciales, ejercerán las facultades que esta Ley atribuye a los Subsecretarios de los Departamentos respecto del personal de la Administración Civil del Estado y sus Organismos autónomos y de la Seguridad Social.

2. Las referencias a las facultades que esta Ley atribuye a las Subsecretarías y órganos competentes de las Comunidades Autónomas se entenderán referidas al Rector de cada Universidad, en relación al personal al servicio de la misma, en el marco del respectivo Estatuto.

Artículo dieciocho.—Todas las resoluciones de compatibilidad para desempeñar un segundo puesto o actividad en el sector público o el ejercicio de actividades privadas se inscribirán en los Registros de Personal correspondientes. Este requisito será indispensable, en el primer caso, para que puedan acreditarse haberes a los afectados por dicho puesto o actividad.

Artículo diecinueve.—Quedan exceptuadas del régimen de incompatibilidades de la presente Ley las actividades siguientes:

a) Las derivadas de la Administración del patrimonio personal o familiar, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 12 de la presente Ley.

b) La dirección de seminarios o el dictado de cursos o conferencias en Centros oficiales destinados a la formación de funcionarios o profesorado, cuando no tengan carácter permanente o habitual ni supongan más de setenta y cinco horas al año, así como la preparación para el acceso a la función pública en los casos y forma que reglamentariamente se determine.

c) La participación en Tribunales calificadoros de pruebas selectivas para ingreso en las Administraciones Públicas.

d) La participación del personal docente en exámenes, pruebas o evaluaciones distintas de las que habitualmente les correspondan, en la forma reglamentaria establecida.

e) El ejercicio del cargo de Presidente, Vocal o miembro de Juntas rectoras de Mutualidades o Patronatos de Funcionarios, siempre que no sea retribuido.

f) La producción y creación literaria, artística, científica y técnica, así como las publicaciones derivadas de aquéllas, siempre que no se originen como consecuencia de una relación de empleo o de prestación de servicios.

g) La participación ocasional en coloquios y programas en cualquier medio de comunicación social; y

h) La colaboración y la asistencia ocasional a Congresos, seminarios, conferencias o cursos de carácter profesional.

Artículo veinte. 1. El incumplimiento de lo dispuesto en los artículos anteriores será sancionado conforme al régimen disciplinario de aplicación, sin perjuicio de la efectividad de la incompatibilidad en que se haya incurrido.

2. El ejercicio de cualquier actividad compatible no servirá de excusa al deber de residencia, a la asistencia al lugar de trabajo que requiera su puesto o cargo, ni al atraso, negligencia o descuido en el desempeño de los mismos. Las correspondientes faltas serán calificadas y sancionadas conforme a las normas que se contengan en el régimen disciplinario aplicable, quedando automáticamente revocada la autorización o reconocimiento de compatibilidad si en la resolución correspondiente se califica de falta grave o muy grave.

3. Los órganos a los que compete la dirección, inspección o jefatura de los diversos servicios cuidarán bajo su responsabilidad de prevenir o corregir, en su caso, las incom-



patibilidades en que pueda incurrir el personal. Corresponde a la Inspección General de Servicios de la Administración Pública, además de su posible intervención directa, la coordinación e impulso de la actuación de los órganos de inspección mencionados en materia de incompatibilidades, dentro del ámbito de la Administración del Estado, sin perjuicio de una recíproca y adecuada colaboración con las inspecciones o unidades de personal correspondientes de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones locales.

#### DISPOSICIONES ADICIONALES

Primera.—Con la salvedad del artículo tercero, 2, las situaciones de incompatibilidad que se produzcan por aplicación de esta Ley se entienden con respeto de los derechos consolidados o en trámite de consolidación en materia de Derechos Pasivos o de pensiones de cualquier régimen de Seguridad Social, quedando condicionados, en su caso, a los niveles máximos de percepción o de actualización que puedan establecerse.

Segunda.—Toda modificación del régimen de incompatibilidades de la presente Ley contendrá una redacción completa de las normas afectadas.

Tercera.—El Consejo Superior de la Función Pública informará cada seis meses a las Cortes Generales de las autorizaciones de compatibilidades concedidas en todas las Administraciones Públicas y en los Entes, Organismos y Empresas de ellas dependientes.

A estos efectos, las distintas Administraciones Públicas deberán dar traslado al mencionado Consejo Superior de las autorizaciones de compatibilidad inscritas en sus correspondientes registros.

Cuarta.—1. Los órganos de la Administración del Estado que reglamentariamente se señalen y los de gobierno de las Comunidades Autónomas podrán determinar, con carácter general, en el ámbito de su competencia, los puestos de trabajo del sector público sanitario susceptibles de prestación a tiempo parcial, en tanto se proceda a la regulación de esta materia por norma con rango de Ley.

2. En tanto se dicta la norma aludida, la dirección de los distintos Centros hospitalarios se desempeñará en régimen de plena dedicación, sin posibilidad de simultanear esta función con alguna otra de carácter público o privado.

3. Los órganos a que se refiere el apartado 1 podrán determinar, asimismo, con carácter general y en el ámbito de su competencia, los puestos de carácter exclusivamente investigador de los Centros públicos de investigación susceptibles de prestación a tiempo parcial.

Quinta.—Se autoriza al Gobierno para adaptar en el plazo de seis meses, a propuesta del Ministerio de Defensa, de acuerdo con el de Interior, por lo que se refiere a la Guardia Civil, las disposiciones de esta Ley a la estructura y funciones específicas de las Fuerzas Armadas.

Sexta.—El Gobierno y los Organos competentes de las Comunidades Autónomas dictarán las normas precisas para la ejecución de la presente Ley, asegurando la necesaria coordinación y uniformidad de criterios y procedimientos.

Séptima.—Las nuevas incompatibilidades generadas por virtud de la presente Ley tendrán efectividad en el ámbito docente a partir del 1 de octubre de 1985.

Octava.—El régimen de incompatibilidades del personal inciuico en el ámbito de aplicación de esta Ley que tenga la condición de Diputado o Senador de las Cortes Generales será el establecido en la futura Ley Electoral, siendo de aplicación entre tanto el régimen vigente en la actualidad.

Novena.—La incompatibilidad a que se refiere el artículo 3.2 de esta Ley no será de aplicación a los Profesores universitarios eméritos.

#### DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera.—Al personal que por virtud de la presente Ley incurra en incompatibilidades le serán de aplicación las normas siguientes:

a) Cuando la incompatibilidad se produzca por desempeño de más de un puesto en el sector público habrá de optar por uno de ellos en el plazo de tres meses, contando a partir de la entrada en vigor de la presente Ley.

Tratándose de funcionarios, a falta de opción en el plazo señalado, se entenderá que optan por el puesto correspondiente al grupo superior, y si lo fueran del mismo, por el de mayor antigüedad.

En cuanto a todo el personal laboral, así como al no funcionario dotado con mayor retribución básica.

En ambos casos pagarán a la situación de excedencia en los demás puestos que vienesen ocupando.

b) Si la opción referida se realiza dentro del primer mes y la retribución íntegra del puesto por el que opte no supera la cifra que como retribución mínima se fija en los Pre-

supuestos Generales para el ejercicio 1984, incrementada en un 50 por 100, podrán compatibilizarse el segundo puesto o actividad del sector público que viniera desempeñando en la fecha de entrada en vigor de esta Ley, por un plazo máximo e improrrogable de tres años y en las condiciones previstas en la misma. En el caso de que el puesto compatibilizado correspondiera a contratación temporal, el plazo aludido no podrá exceder además del tiempo que reste en el desempeño del mismo.

La resolución autorizando o denegando dicha compatibilidad se adoptará dentro de los tres meses siguientes a la entrada en vigor de esta Ley.

Segunda.—Queda exceptuada del régimen de incompatibilidades de la presente Ley la actividad tutorial en los Centros Asociados de la Universidad Nacional de Educación a Distancia, salvo para el personal indicado en los artículos 13 y 16 de esta Ley y siempre que no afecte al horario de trabajo, entanto se modifica el régimen de dicha actividad.

Tercera.—1. Sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 11 y 12, así como en la disposición transitoria quinta, hasta el 30 de septiembre de 1985 el personal sanitario podrá compatibilizar dos puestos de trabajo en el sector público, si los viniera desempeñando con anterioridad al 1 de enero de 1983, o hubiera obtenido autorización expresa con posterioridad, siempre que no se produzca entre ellos coincidencia de horario y no fueran incompatibles al 1 de enero de 1983, si bien una remuneración lo será en concepto de sueldo y la otra como gratificación, a cuyo efecto deberán formular los afectados la oportuna opción en los términos que reglamentariamente se determinen.

Dicha compatibilidad quedará anulada cuando, como consecuencia de reordenación asistencial y racionalización de funciones de cualquiera de los puestos, se aumente su horario hasta alcanzar la jornada ordinaria de las Administraciones Públicas o se establezca el régimen de jornada partida para quienes vinieren desarrocando su actividad en jornada continuada ordinaria, debiendo optar por uno de los puestos en el plazo de tres meses desde la efectividad de la modificación. Si lo hiciera por el puesto reordenado se le garantizará, por el período transitorio aludido, el importe total de retribuciones que viniera percibiendo por los dos puestos compatibilizados.

2. Sin perjuicio, asimismo, de lo dispuesto en los artículos 11 y 12, a partir de 1 de octubre de 1985 quedarán anuladas todas las compatibilidades aludidas en el apartado anterior cuando con anterioridad uno de los puestos viniera desempeñándose en régimen de jornada ordinaria, debiendo optar por uno de ellos en el plazo de tres meses contado a partir de dicha fecha.

También se producirá la citada anulación de compatibilidad cuando, con posterioridad a 1 de octubre de 1985 y en virtud de reordenación, uno de los puestos pasara a ser de jornada ordinaria, debiéndose realizar la misma opción en el plazo de tres meses a partir de la efectividad de aquélla, siendo de aplicación desde la fecha citada en primer lugar lo dispuesto en el artículo 13.

3. Realizada cualquiera de las opciones indicadas en esta disposición transitoria se pasará automáticamente en el otro puesto a la situación de excedencia.

A falta de opción en los plazos señalados se entenderá que opta por el puesto de jornada ordinaria, pasando a la situación de excedencia en el otro puesto. Si ambos fueran de jornada ordinaria, por el de grupo superior, y si lo fueran del mismo, por el de mayor nivel. En cuanto al personal laboral y al no funcionario de la Seguridad Social se entenderá referida la opción al puesto dotado con mayor retribución básica.

Cuarta.—En tanto se establece la regulación de los hospitales universitarios, la actividad docente de los Catedráticos y Profesores de Facultades de Medicina y Farmacia y de Escuelas Universitarias de Enfermería no precisarán autorización de compatibilidad para su complementaria actividad asistencial en los centros hospitalarios de la Universidad o concertados con la misma, pudiendo desempeñar dichas actividades, en su conjunto, en régimen de dedicación completa o a tiempo parcial.

Quinta.—Los funcionarios de los Cuerpos Especiales al servicio de la Sanidad Local que deben prestar asistencia sanitaria a los beneficiarios de la Seguridad Social, en las condiciones legalmente establecidas, continuarán prestando las mismas funciones y devengando las remuneraciones que figuran en los Presupuestos del Estado y de la Seguridad Social, en tanto se reestructuran los Cuerpos o funciones aludidos, si bien una remuneración lo será en concepto de sueldo y la otra como gratificación, a cuyo efecto deberán formular los afectados la oportuna opción en los términos que reglamentariamente se determinen.

En todo caso se les garantizará, a título personal, hasta el 30 de septiembre de 1985, el importe de la media mensual de las retribuciones percibidas en los dos puestos en los doce meses anteriores a la entrada en vigor de esta Ley.

Sexta.—Lo previsto en el artículo 12.2 de esta Ley no será de aplicación a los Farmacéuticos titulares obligados a tener oficina de farmacia abierta en la propia localidad en que ejercen su función.

Séptima.—Hasta tanto se revise el régimen jurídico de los Médicos del Registro Civil, el ejercicio de su actividad como tales podrá compatibilizarse, previa autorización, con otro puesto en el sector público, siempre que no impida o menoscabe el estricto cumplimiento de sus deberes y sin perjuicio de lo dispuesto en el capítulo IV.

Octava.—Lo dispuesto en el artículo tercero, 2, de la presente Ley no será de aplicación, en cuanto a la pensión de retiro, a los funcionarios integrados en las Administraciones Públicas al amparo de las Leyes de 15 de julio de 1952, 28 de diciembre de 1963 y 17 de julio de 1958, salvo cuando en el puesto administrativo que desempeñen perciban el total de las retribuciones que al mismo correspondan.

Novena.—La incompatibilidad a que se refiere el artículo tercero, 2, se aplicará igualmente a las pensiones de orfandad.

#### DISPOSICIONES FINALES

Primera.—Las anteriores normas de esta Ley se considerarán bases del régimen estatutario de la función pública, dictadas al amparo del artículo 149,1, 18, de la Constitución, a excepción de las contenidas en los preceptos siguientes: artículo 17.1, disposición adicional quinta y disposición transitoria séptima.

Segunda.—El régimen de incompatibilidades del personal de las Cortes Generales se regulará por el Estatuto al que se refiere el artículo 72.1 de la Constitución, que se ajustará a la presente Ley.

Tercera.—1. En el plazo de tres meses, desde la entrada en vigor de la presente Ley quedarán sin efecto las autorizaciones de compatibilidad concedidas para el desempeño de cargos, puestos o actividades públicos.

Los susceptibles de autorización con arreglo a esta Ley habrán de ajustarse a lo previsto en ella.

Lo dispuesto en los párrafos anteriores de este apartado se entenderá sin perjuicio de lo previsto en las disposiciones adicional séptima y transitorias tercera, cuarta, quinta y séptima.

2. La adecuación a las normas de esta Ley de los reconocimientos de compatibilidad de actividades privadas, efectuados con anterioridad a su entrada en vigor, se realizará en la forma que reglamentariamente se determine.

#### DISPOSICION DEROGATORIA

Quedan derogadas todas las disposiciones con rango de Ley o inferior, sean de carácter general o especial, en cuanto se opongan a lo dispuesto en la presente Ley, quedando subsistentes las incompatibilidades más rigurosas establecidas para personal determinado de acuerdo con la especial naturaleza de su función.

Por tanto, Mando a todos los españoles, particulares y autoridades, que guarden y hagan guardar esta Ley.

Palacio de la Zarzuela, Madrid, a 26 de diciembre de 1984.

JUAN CARLOS R.

El Presidente del Gobierno,  
FELIPE GONZALEZ MARQUEZ

---

## MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

**ORDEN de 17 de diciembre de 1984 por la que se modifica la de 31 de mayo de 1984 de retribuciones del personal sanitario y no sanitario dependiente del Instituto Nacional de la Salud.**

Ilmos. Sres.: Realizados los oportunos trámites y ajustes técnicos necesarios para la ejecución de un proceso de homologación y equiparación progresiva del personal, a propuesta de la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud, este Ministerio ha tenido a bien disponer:

Artículo primero.—Se modifican parcialmente los anexos I, IV, V, VIII y XV de la Orden de 31 de mayo de 1984 («Boletín Oficial del Estado» de 15 de junio) afectando a las categorías, grupos y clases que se señalan en los anexos que, con el mismo número, se adjuntan a la presente Orden, permaneciendo inalterable el resto del contenido de los mismos.

## DISPOSICIONES FINALES

Primera.—La presente Orden retrotraerá sus efectos económicos al 1 de octubre del presente año de 1984.

Segunda.—Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo establecido en la presente Orden, que entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado», con excepción de lo dispuesto en la disposición final anterior.

Lo que se comunica a VV. II. para su cumplimiento y efectos oportunos.  
Madrid, 17 de diciembre de 1984.

LLUCH MARTIN

Ilmos. Sres. Subsecretario, Directores generales del Departamento y Director general del Instituto Nacional de la Salud.

### ANEXO I

**Tabla de coeficientes del personal médico de cupo**

	Coeficiente médico	Coef. quirúrgico	Total
Médico ayudante de Cirugía General ... ..	2,440	0,95	3,390
Médico ayudante de Tocología ... ..	2,654	0,41	3,064
Médico ayudante de Oftalmología ... ..	2,438	0,26	2,698
Médico ayudante de Traumatología ... ..	2,438	0,43	2,868
Médico ayudante de Otorrinolaringología ...	2,438	0,43	2,868
Médico ayudante de Urología ... ..	1,197	0,40	1,597
Médico ayudante de Ginecología ... ..	1,197	0,40	1,597

### ANEXO V

**Tablas de complemento especial de Médicos ayudantes de Equipos Médico-Quirúrgicos**

Personal	Pesetas mensuales
1.º Para los Médicos ayudantes de Cirugía General:	
1. Hasta 8.460 titulares adscritos ... ..	2.548
2. De 8.461 a 12.690 titulares adscritos ... ..	733
3. De 12.691 en adelante ... ..	267
2.º Para los Médicos ayudantes de Tocología:	
1. Hasta 7.680 titulares adscritos ... ..	1.302
2. De 7.681 a 11.520 titulares adscritos... ..	1.593
3. De 11.521 en adelante ... ..	187
3.º Para los Médicos ayudantes de Oftalmología:	
1. Hasta 8.460 titulares adscritos ... ..	1.205
2. De 8.461 a 12.690 titulares adscritos ... ..	1.445
3. De 12.691 en adelante ... ..	578
4.º Para los Médicos ayudantes de Traumatología:	
1. Hasta 8.460 titulares adscritos ... ..	1.346
2. De 8.461 a 12.690 titulares adscritos ... ..	1.049
3. De 12.691 en adelante ... ..	76
5.º Para los Médicos ayudantes de Otorrinolaringología:	
1. Hasta 8.460 titulares adscritos ... ..	1.346
2. De 8.461 a 12.690 titulares adscritos ... ..	1.049
3. De 12.691 en adelante ... ..	76
6.º Para los Médicos ayudantes de Urología, y	
7.º Para los Médicos ayudantes de Ginecología:	
1. Hasta 16.920 titulares adscritos ... ..	1.923
2. De 16.921 a 25.380 titulares adscritos ... ..	536
3. De 25.381 en adelante ... ..	51

## REQUISITOS PARA PRACTICAR TRASPLANTES DE CORAZON Y CORAZON-PULMON

El «Boletín Oficial del Estado» del día 15 del presente mes ha publicado una orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 29 de noviembre de 1984, por la que se determinan los criterios mínimos, básicos y comunes para la acreditación de centros para la práctica de trasplantes de corazón y corazón-pulmón, cuyo texto íntegro es el siguiente:

El Real Decreto 426/1980, de 22 de febrero, que desarrolla la Ley 30/1979, sobre extracción y trasplante de órganos, en su disposición final 4.1 confiere al Ministerio de Sanidad la especificación de los requisitos técnicos, las condiciones mínimas y los criterios generales de funcionamiento que deben cumplir los laboratorios, «bancos de órganos» de Centros sanitarios en materia de extracción y trasplante de órganos humanos, entendidos como conjunto de medidas de carácter mínimo, básico y común en el sentido definido por el Tribunal Constitucional.

Las diferentes normas que, hasta el momento, han desarrollado el citado Real Decreto no han regulado los requisitos técnicos y condiciones mínimas para la acreditación de Centros para la práctica de trasplantes de corazón y corazón-pulmón. De aquí la necesidad de la presente Orden, dado, además, las especiales características de este tipo de Centros que han de realizar procedimientos terapéuticos con indicación para casos muy concretos y peculiares que justifiquen el riesgo, y que exige una tecnología avanzada y una experiencia profesional y técnica altamente cualificada.

En su virtud, y tras los asesoramientos técnicos previos, tengo a bien disponer:

Artículo 1.º La acreditación y autorización para el trasplante de corazón y corazón-pulmón sólo podrá concederse a Centros hospitalarios que reúnan como mínimo los requisitos y condiciones siguientes:

- a) Estar autorizado como Centro extractor de órganos.
- b) Disponer de Servicio de Cardiología, dotado de secciones de Hemodinámica y Ecocardiografía de modo M y bidimensional, y experiencia demostrada en la práctica de biopsias cardíacas.
- c) Disponer de Servicios de Cirugía Cardíaca con amplia y reconocida experiencia en intervenciones con circulación extracorpórea, para lo cual deberán demostrar la práctica de un mínimo de 300 intervenciones anuales con circulación extracorpórea. En el caso de Servicios de Cirugía Cardíaca Pediátrica deberán demostrar la práctica de un mínimo de 200 intervenciones anuales con circulación extracorpórea.
- d) Disponer de turnos de guardia y presencia física en los Servicios mencionados en los apartados b y c.
- e) En el caso de trasplante corazón-pulmón deberá disponer de Servicio de Neumología con experiencia en fisiopatología respiratoria y biopsias pulmonares.
- f) Disponer de Servicio de Anatomía Patológica con experiencia demostrada en la interpretación de biopsias cardíacas.
- g) Disponer de unidades de Inmunología y Microbiología y experiencia en la determinación de niveles de ciclosporina, células en roseta y número total de células T y de cultivo de hongos, y acceso a diagnóstico de enfermedades víricas, en especial por citomegalovirus y toxoplasmosis.
- h) Posibilidad estructural de aislamiento de pacientes trasplantados en el postoperatorio.
- i) Certificación por Centro extranjero con experiencia demostrada en la práctica de trasplantes cardíacos de la estancia y trabajos desarrollados en el mismo por los cirujanos implicados en el programa de trasplante cardíaco.
- j) Certificación de la realización, por el equipo de Cirugía Cardíaca, de un mínimo de 25 intervenciones previas en animales de experimentación.

k) Existencia en el mismo Centro de programas de trasplante renal, con la práctica de un mínimo de 15 intervenciones anuales.

Art. 2.º 1. La solicitud de autorización para la práctica de dichos procedimientos se hará mediante documento firmado por el director del Centro en el que se justifique el cumplimiento de los requisitos mínimos reseñados en el artículo anterior. En dicha solicitud se señalará el nombre de los cirujanos responsables del programa de trasplante cardíaco.

2. La documentación a que hace referencia el apartado anterior se acompañará de:

a) Memoria de funcionamiento del Servicio de Cirugía Cardíaca, con referencia expresa a la mortalidad habida en las intervenciones realizadas, reintervenciones y supervivencia en diferentes plazos y lista de espera para distinto tipo de intervenciones. Se acompañará igualmente de eficiencia de las listas de espera para la práctica de cateterismos cardíacos en la Sección o Servicio de Hemodinámica.

b) Memoria de potenciales donantes en el Centro, con referencia a pacientes con muerte cerebral asistidos en los Servicios de Traumatología, Neumología y Cuidados Intensivos.

c) Especificación de la lista de indicaciones para la práctica del trasplante de corazón o de corazón-pulmón.

d) Protocolo previsto de seguimiento de los pacientes sometidos a esta clase de trasplantes, especificando los plazos de realización de distintos procedimientos y la necesidad de permanencia del paciente en el mismo Centro.

3. La documentación mencionada en los anteriores apartados será presentada en el Ministerio de Sanidad u órganos de las Comunidades Autónomas competentes, quienes, efectuadas las comprobaciones que en cada caso se estimen convenientes, procederán a la acreditación y autorización del Centro hospitalario para la realización de trasplantes cardíacos y/o de corazón y pulmón por un período de tiempo determinado.

Los citados órganos competentes de las Comunidades Autónomas mantendrán en esta materia una estrecha y permanente colaboración y coordinación con el Ministerio de Sanidad y Consumo, el cual ejercerá de forma asimismo permanente específicas funciones de coordinación y alta inspección para hacer efectivas las garantías y requisitos establecidos en esta orden.

Art. 3.º En lo referente a Libro de Registro, publicidad de la autorización de los Centros respectivos para la realización de trasplantes, y documentación precisa para la práctica de cada trasplante, serán de aplicación las normas contenidas en los artículos 8, 9, 10 y 11 de la Resolución de 27 de junio de 1980 por la que se desarrolla el Reglamento de la Ley de Extracción y Trasplante de Órganos.

#### DISPOSICION ADICIONAL

1. En el Ministerio de Sanidad y Consumo se constituirá una Comisión de Seguimiento del programa de trasplante cardíaco, con participación de las Sociedades científicas correspondientes.

2. Será competencia de dicha Comisión el hacer una valoración periódica, al menos con carácter anual, de los resultados obtenidos en la práctica de los trasplantes cardíacos y/o de corazón-pulmón. Como consecuencia de las citadas valoraciones, la Comisión de Seguimiento podrá proponer la revocación de las autorizaciones en cualquier momento, o por el contrario la autorización de nuevos Centros para el trasplante.

#### DISPOSICION DEROGATORIA

Para la autorización inicial de Centros para el trasplante cardíaco se abre un plazo de dos meses a partir de la fecha de entrada en vigor de la presente orden, en el cual todos los Centros que deseen emprender el programa de trasplante cardíaco deberán presentar la documentación a que hace referencia el artículo 2.º

#### DISPOSICION FINAL

1. Lo dispuesto en la presente orden se entenderá sin perjuicio de las competencias de las Comunidades Autónomas en materia de acreditación de Centros extractores y trasplantes de órganos.

2. La presente orden entrará en vigor al siguiente día de su publicación en el Boletín Oficial del Estado.





## II Curso de Reumatología para Médicos Generales

Como continuación al primer curso celebrado en el año 1983, organizado por la Sección de Reumatología del Hospital Provincial Ntra. Sra. del Carmen de Ciudad Real y la Comisión de Docencia de ese Centro, entre el 8 de febrero y el 11 de mayo de 1985, se realizará el II Curso de Reumatología para Médicos Generales.

El número de Médicos asistentes será fijado en veinte, por orden de inscripción, dando prioridad a aquellos que no realizaron el anterior.

Los temas teóricos se desarrollarán los viernes, a las 11 de la mañana y se complementarán con asistencia a Policlínica y Planta en grupos de cinco, los jueves y sábados respectivamente.

El programa teórico a desarrollar es el siguiente:

- 1.—Concepto y clasificación de las enfermedades reumáticas.
- 2.—Anamnesis y exploración del aparato locomotor.
- 3.—El Lab. en las enfermedades reumáticas.
- 4.—Radiología en las enfermedades reumáticas.
- 5.—La membrana sinovial.
- 6.—Artritis por microcristales.
- 7.—Artritis reumatoide.
- 8.—Artritis crónica juvenil.
- 9.—Fiebre reumática.
- 10.—Lupus Eritematoso sistematizado.

- 11.—Artritis reactivas.
- 12.—Espondiloartropatías seronegativas.
- 13.—Anti-inflamatorios.
- 14.—Artrosis.
- 15.—Metabolismo óseo.
- 16.—Cirugía de las enfermedades reumáticas.

Los temas teóricos serán desarrollados por los siguientes profesores y doctores:

- Prof. F. Bolumar. Catedrático de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de Alicante.
- Dr. P. Castellón de Arce, jefe de la Sección de Reumatología de la Ciudad Sanitaria «Virgen de la Areixaca» de Murcia.
- Dr. J. L. Ferrer, secretario general de la Liga Reumatológica Española.
- Dr. J. Gijón, jefe del Servicio de Reumatología de la Ciudad Sanitaria «La Paz» de Madrid.
- Dr. P. Fernández del Vallado, jefe del Servicio de Reumatología de la Fundación Jiménez Díaz, de Madrid.
- Dr. A. Larrea, jefe del Servicio de Reumatología de la Clínica Puerta de Hierro, de Madrid. Presidente de la Liga Reumatológica Española.
- Dr. V. Moraleda, médico general, en Herencia, Ciudad Real.
- Prof. L. Munuera. Jefe del Departamento de Traumatología y Ortopedia de la Ciudad Sanitaria «La Paz», de Madrid. Catedrático de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Alcalá.
- Dr. E. Noguera. Jefe de Sección del Servicio de Reumatología de Puerta de Hierro, de Madrid.
- Prof. A. Rapado, jefe de la Unidad Metabólica de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid. Prof. de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Dr. A. Zea, médico adjunto del Servicio de Reumatología del Centro Especial Ramón y Cajal, de Madrid.
- Dr. E. Pascual, jefe de la Sección de Reumatología de la Ciudad Sanitaria «20 de Noviembre», de Alicante.

Los servicios de Cardiología, Pediatría, Reumatología y Anatomía Patológica del Hospital Provincial «Ntra. Sra. del Carmen», participarán igualmente en el desarrollo del curso.

El precio de la inscripción será de 5.000 pesetas, dirigiendo las solicitudes de admisión al secretario del Curso, Dr. De Juan, Sección de Reumatología del Hospital Provincial «Ntra. Sra. del Carmen» de Ciudad Real.

Ciudad Real, diciembre de 1984.



## Normas a seguir en los Seguros del Automóvil

Con el fin de orientar a todos los Mutualistas de Previsión Sanitaria Nacional, Mutualidad de Previsión Social, para asegurar sus vehículos de primera y tercera categoría deben tener presentes las siguientes normas cuando suscriban las propuestas de seguros, tanto en los Colegios Provinciales como en las Oficinas Centrales de la Entidad.

Se pretende, por tanto, agilizar el trámite de las documentaciones correspondientes y evitar en lo posible correspondencia y consultas innecesarias.

1.º) Para poder asegurar los vehículos de primera y tercera categoría es requisito imprescindible que el Tomador del Seguro sea Mutualista de P.S.N. y se encuentra al corriente en el pago de sus cuotas.

Además, se debe reflejar en la solicitud de inscripción de la Sección del Automóvil el número que le corresponde como Mutualista de P.S.N. Asimismo, se habrá de presentar el último recibo de esta Mutual que tenga en su poder con el fin de agilizar el trámite de la documentación correspondiente.

2.º) Para la contratación de nuevos seguros sólo se admitirán las coberturas de aquellos vehículos cuya propiedad en Tráfico se encuentre a nombre del Mutualista de esta Institución o de su cónyuge, así como las viudas de Mutualistas de P.S.N., en tanto mantengan esta situación de viudez.

3.º) Quienes por cualquier circunstancia se encuentren dados de baja en Previsión Sanitaria Nacional, no podrán solicitar seguros de vehículos hasta que no ingresen nuevamente en la Entidad. A su vez, los vehículos que tengan asegurados, una vez que se curse la baja en P.S.N., motiva en el acto la baja de los mismos. No obstante, por deferencia, se cursará la baja de estos vehículos a sus respectivos vencimientos mientras permanezcan en situación de baja en P.N. Podrán asegurarse nuevamente una

vez que reingresen en Previsión, ateniéndose a la normativa vigente de admisión de vehículos.

4.º) No se aceptará ningún seguro de Responsabilidad Civil Suplementaria si no se solicita conjuntamente con el Seguro Obligatorio de Vehículos a Motor o viceversa.

5.º) Cuando se aseguran las coberturas de Daños-Incendio y Robo se debe tener en cuenta «el valor de nuevo» (O.M. del 31 de Marzo de 1977), entendiéndose como valor de nuevo: «El precio total de venta al público en estado de nuevo del vehículo asegurado, incluyendo los recargos e impuestos legales que le hacen apto para circular por la vía pública, y todo ello con arreglo a los catálogos de las casas vendedoras o listas de organismos oficiales. En el supuesto de que el vehículo ya no se fabrique o no se encuentre comprendido en los citados catálogos o listas, se aplicará como valor de nuevo el correspondiente a un vehículo de análogas características...».

Con relación a lo últimamente expuesto, se debe tener muy presente que en las reparaciones de los vehículos se debe pagar por las mismas el precio actual de los repuestos, piezas y mano de obra. Estas reparaciones son más costosas cuantos más años de uso tenga el vehículo. Por lo tanto, al asegurar un coche en Daños-Incendio no se asegura el riesgo de un capital de «X» pesetas. Se asegura el riesgo de que por sufrir un siniestro sea necesario reparar el vehículo, reparaciones que son más costosas cuantos más años de uso tenga el mismo. Por este motivo, cuando un accidente se considera siniestro total (dado que no es posible su reparación por exceder el coste de la misma del 75% del valor venal), se indemniza al interesado por lo que realmente supone de pérdida en su patrimonio y nunca por lo que moralmente le puede representar dicho vehículo.

6.º) Todo aquello que figura como opcional y no proviene de fabricación standar, debe declararse como accesorios en las casillas correspondientes de la solicitud de inscripción del Seguro Voluntario, para lo cual es necesario reseñar clase, marca, modelo y valor en miles de pesetas de cada accesorio individualizado. Únicamente se asegurarán los accesorios cuando se soliciten los ramos de Daños-Incendio y Robo en vehículos de primera categoría. Es, por tanto, muy conveniente, cuando se tenga duda, que se adjunte la fotocopia de la factura de compra del vehículo donde deben figurar incluidos los accesorios que se declaran.

7.º) Cuando se soliciten las coberturas de Daños-Incendio y Robo, se debe indicar en la solicitud de inscripción si la pintura del vehículo es o no metalizada, así como si lleva o no aire acondicionado de fábrica.

8.º) Los automóviles de importación no se asegurarán «a todo riesgo» (Seguro Combinado) cuando su antigüedad desde la fecha de su fabricación sea superior a dos años y con respecto a los de fabricación nacional, cuando su antigüedad sea superior a los tres años. No obstante, se podrán asegurar en las garantías de Responsabilidad Civil Suplementaria (Daños a Terceros), Seguro Obligatorio de Vehículos a Motor y Seguro de Accidentes individuales para Ocupantes de Vehículos a Motor.

9.º) Se podrán contratar las garantías conjuntas de Responsabilidad Civil Suplementaria y Robo únicamente para aquellos vehículos de fabricación nacional, que se ajusten a las normas vigentes con respecto a la fecha de fabricación del vehículo.

10.º) Cualquier cambio de domicilio o de cuenta corriente, debe ser comunicado a esta Entidad, facilitando la matrícula del vehículo asegurado.

11.º) Transcurridos sesenta días a partir de la fecha de vencimiento de los seguros, aquellos recibos que no se encuentren abonados o sean devueltos, tanto de las cuentas corrientes como de los Colegios Provinciales, se cursará la baja de los respectivos vehículos, quedando por tanto rescindidas por falta de pago las coberturas de los mismos.

12.º) Los seguros voluntarios se pueden solicitar por un período anual o temporal. En el primer caso, de no indicarse nada por parte del Tomador del Seguro o por esta Entidad, se renovará automáticamente a su vencimiento. En cuanto a los seguros temporales, causarán baja el día de su vencimiento y por tanto no son renovables.

Por lo anteriormente expuesto, en el caso de venta de un vehículo y teniendo en cuenta que la Entidad asume el riesgo de tener que atender cualquier siniestro que se produzca desde el mismo día de iniciarse el vencimiento, no es posible la devolución de la parte de prima no consumida hasta la fecha del vencimiento.

No obstante, la parte de prima no consumida del Seguro Voluntario cuando un vehículo causa baja, se aplica únicamente en aquellos casos en que se efectúa transferencia simultánea del seguro de este vehículo a otro distinto. Por lo tanto, cuando en la solicitud de inscripción se refleja simultáneamente la baja del vehículo ya asegurado y el alta de otro, se aplica a este último la parte de prima no consumida hasta la fecha del vencimiento del vehículo que se da de baja, deduciendo su importe del nuevo recibo que se factura.

13.º) La reducción de coberturas, en el sentido de pasar del Seguro Combinado (T. R.) al Seguro de Responsabilidad Civil Suplementaria (Daños a Terceros), se debe solicitar con un mínimo de 45 días de antelación a la fecha de vencimiento.

De esta forma, se evitará la facturación del recibo correspondiente, tanto a Colegios como a cuentas corrientes. Para reintegrar el importe del Seguro Combinado por cuenta corriente se necesita el recibo original; deberá, por tanto, ser devuelto a estas Oficinas Centrales, indicando que se ha solicitado reducción a Responsabilidad Civil con anterioridad a la fecha de vencimiento.

14.º) Cuando se desee solicitar la baja de los Seguros de un vehículo asegurado, se debe indicar claramente la matrícula del mismo y la fecha de la baja. No se admitirán Bajas con anterioridad a la Fecha de Registro en los Colegios Provinciales o de su entrada en estas Oficinas Centrales.

Por lo anteriormente expuesto, quienes vayan a vender su vehículo en fechas próximas al vencimiento, aconsejamos soliciten la Baja de los Seguros y soliciten simultáneamente en el Colegio Provincial respectivo o en estas Oficinas Centrales (para los Asociados de Madrid), un Seguro Temporal por el tiempo que estimen necesario hasta la venta del vehículo.

**NOTA:** ESTAS NORMAS SON UNA RECOPIACION DE LAS YA ENVIADAS CON ANTERIORIDAD.

# COLABORACIONES



## *Estudio de la frecuencia de la hipertensión arterial, en una población rural con fines epidemiológicos.*

Por el Dr. FERNANDO COLADO PINES  
Médico Titular de Poblete

### I) INTRODUCCION

Al intentar profundizar en el estudio de la hipertensión arterial, el médico es consciente de que se halla ante un problema de indudable trascendencia, ya que se trata sin lugar a dudas de una de las enfermedades más frecuentes y quizá menos estudiada del conjunto de afecciones con las que debe enfrentarse.

La disparidad de criterios, con respecto a su definición, hasta que fue sistematizada por la OMS, la escasa trascendencia que se le atribuía sobre la población general hasta hace pocos años, y la ausencia de estudios epidemiológicos a gran escala, que descubrieron su presencia en la población, han sido algunos de los factores que han motivado la falta de interés por el tema.

Afortunadamente, la aparición de diversos estudios epidemiológicos entre los cuales el de Framingham fue pionero, han venido a demostrar la relación existente entre las cifras elevadas de tensión arterial y la morbilidad y mortalidad en la población general, y como era posible mediante campañas de detección y tratamiento precoz, reducir en cifras importantes las tasas de mortalidad por problemas cardíacos y cerebrovasculares.

Según la OMS, existirían en el mundo alrededor de un 10-20% de individuos con hipertensión, cifras que pueden ya darnos una idea de la gravedad del problema que la enfermedad hipertensiva significa, para la salud, tanto a nivel médico como social o económico. Es evidente que existen



aún numerosos interrogantes sin respuesta que plantean un reto al investigador, en cuanto a la etiopatogenia, factores de tipo genético, ambiental y alimentario, que condicionan la aparición y mantenimiento de unas cifras tensionales altas ( así el hecho de su mayor prevalencia en determinadas razas, la influencia que sobre ellas pueden ejercer el stress, la ingesta de sal o ciertas enfermedades endocrinas, son puntos no suficientemente aclarados que dificultan un mejor conocimiento de la enfermedad.

El elevado número de hipertensos que hoy desconocen su enfermedad, la falta de control adecuado sobre los ya detectados, y la escasa mentalidad que sobre la trascendencia del problema tiene el enfermo hipertenso, son otros de los factores que definen a la H.T.A. como un serio problema de salud pública, dentro de la comunidad.

Por otra parte está suficientemente demostrado que enfermedades muy directamente implicadas con la H.T.A., como las cardiopatías isquémicas (1), la insuficiencia cardíaca o los accidentes vasculocerebrales, son una de las primeras causas de muerte en el ser humano. La importancia de luchar contra la hipertensión favorecedora de aquellos procesos queda así patente, si se quiere disminuir el índice de mortalidad y mejorar la calidad de vida al evitar secuelas e invalideces derivadas de las mismas.

El presente trabajo se ha orientado como un estudio de la frecuencia de la H.T.A. en una muestra de población total de una comunidad rural. En el contexto en el que se desenvuelve actualmente el médico rural, es impensable obtener conclusiones con un mínimo de rigor estadístico. No se pretende eso en estas líneas, sino el dar a conocer una modesta aportación en el estudio del tema.

## II) FASES DEL ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO

### 1 Selección de la comunidad: Estudio demográfico.

La muestra elegida para la realización del estudio, ha sido la localidad de Poblete, municipio de esta provincia que cuenta con una población de 650 habitantes, y cuyas características de proximidad al núcleo urbano de la capital (7 Km.) y de enclave en plena carretera N-430, distante 30 Km. del primer foco industrial de la provincia (Puertollano), le confieren unos caracteres socioeconómicos especiales, dentro de su estructura rural, lo que conlleva que posea un nivel de vida medio-alto, sin los problemas de escasez de condiciones sanitarias, ausencia de hábitos dietéticos correctos, falta de infraestructura higiénica, etc., que suelen estar presentes por desgracia con bastante frecuencia en los pequeños núcleos rurales aislados.

La distribución de la población arroja una producción más o menos equilibrada entre los distintos grupos de edades, con un predominio del grupo de niños y ancianos y una disminución de la población activa, lo que según los criterios de Stamp la coloca como población en declinación incipiente (2) con una tendencia al envejecimiento progresivo.

No obstante se observa en los últimos cinco años una tendencia ligeramente expansiva de su población, debido a que este municipio no ha conocido el fenómeno de la emigración que en las últimas décadas ha sacudido con insistencia a la inmensa mayoría de los pueblos de esta provincia, produciendo en ella una baja general de la población que puede estimarse en los últimos 20 años alrededor de un 5-10% (3).

La población trabajadora del municipio, se cifra en 159 individuos, lo que supone un 44,16% del total de habitantes comprendidos entre la edad de 20-60 años.

## 2 Toma de la muestra.

La muestra de población para el estudio fue tomada al azar sobre la población total con exclusión de los menores de 20 años. El total de personas encuestadas fue de 244 sobre una cifra máxima ideal de 443 lo que constituye un porcentaje del 55,07%. La cifra máxima ideal de 443 se obtiene de restar al censo total de la población (650 hab.) los menores de 20 años que suman 207.

La distribución por edades de los 244 individuos estudiados se expone en la tabla I.

## 3 Material y método:

### a) Determinación de la presión arterial:

Para la determinación de la presión arterial, de los individuos sometidos al estudio, se siguió la metódca propuesta por Blackburn y Rose y aceptada por la OMS. Se procuró obtener un ambiente distendido en la entrevista, para lo cual se contaba con un local idóneo (el consultorio médico) con una temperatura adecuada, el individuo, relajado tras haber descansado unos minutos en la camilla, sin haber fumado y habiendo intentado mediante breve charla darle confianza, es decir se intentó buscar aqueqa cifra tensional llamada por los expertos de OMS «ocasional» y que se aproxima con bastante exactitud al valor idóneo de la tensión arterial del individuo. Para la medición se utilizó un aparato SK-Miniatur-300 de columna de mercurio, con un brazaete de 53 x 14 cm. aplicándolo 3 cm. por encima de la flexura del codo del brazo desnudo sin ropa alguna que pudiese comprimirlo.

Se utilizó el método auscultorio de Korotkoff —que no se describe con detalle por ser suficientemente conocido— usando un fonendoscopio clásico sobre la arteria humeral, en la cara anterointerna del brazo y encima del pliegue del codo para recoger los ruidos. Aún cuando ecientes investigaciones en este campo llevadas a cabo en nuestro país por Pardell (5), han demostrado que cuando se determina la presión arterial por este método auscultorio con fonendoscopio aparecen más errores, que cuando éste es sustituido por un sistema de medida con señal acústica incorporada, no hemos podido usar dicho método al no contar con un aparato de medida como el citado de señal acústica automática.

La presión arterial se tomó en posición sentado tras un reposo de 10 minutos durante las horas de 10-12 de la mañana y durante un total de 60 días (meses de octubre y noviembre de 1981) no realizándose más de 10 entrevistas-registro por día.

A aquellos pacientes que en la primera entrevista mostraron cifras tensionales por encima de las aceptadas por la OMS como normales, se volvió a realizar dos nuevas mediciones con un intervalo mínimo de diez días entre ambas, pudiendo constatar que la prevalencia inicial de H.T.A. había disminuido ostensiblemente debido sin duda al fenómeno de familiaridad del sujeto con el procedimiento o «fenómeno de regresión al valor medio».

## b) Historia clínica:

A todos los encuestados se les realizó una historia clínica completa que incluía datos personales (edad, talla, peso, hábito de vida, profesión, etcétera), antecedentes familiares de H.T.A. y/o de enfermedades endocrinas, así como la existencia de factores de riesgo (tabaquismo, consumo de grasas y sal, uso de contraceptivos orales, etc.) y la presencia o no de tratamiento hipotensor anterior.

La anamnesis se orientó en el sentido de buscar síntomas sugestivos presentes: cefaleas, vértigo, trastornos sensitivos (hormigueos, visión borrosa), trastornos psíquicos (depresión, pérdida de memoria) o cualquier otro significativo: dolor precordial, palpitaciones...

La exploración comprendió auscultación cardíaca (frecuencia, soplos, arritmias) y pulmonar así como neurológica y vascular de laboratorio (colesterol, ac. úrico, glucosa, urea...) y orina con tiras reactivas realizándose exámenes complementarios siguiendo protocolo establecido en el Servicio de Nefrología de la Residencia Sanitaria de Ciudad Real (Dra. Jarillo) a tres pacientes que dentro de los encuestados ofrecieron signos de «sospecha etiológica»: crisis de sudoración y palpitaciones en un caso. inicio brusco de H.T.A. en un segundo sujeto joven con elevación importante de cero a pesar del tratamiento impuesto. En todos ellos se descartó la HTA la tasa de colesterol serico y cifras persistentemente elevadas en un ter-secundaria etiquetándoles de idiopáticos.

## III) RESULTADOS

El estudio arroja un número de 33 individuos con hipertensión arterial establecida (T. arterial sistólica igual o superior a 160 mm Hg y además o independientemente una T. arterial diastólica igual o superior a 95 mm. Hg, siempre en reposo), lo que supone el 13,52% sobre la población encuestada, cifra que encaja en las previsiones de la OMS (4) y es ligeramente inferior a la encontrada en nuestro país por diversos autores (6,7) que revelan porcentajes en distintas regiones que oscilan entre el 17% y el 25%. Con respecto a los porcentajes descritos fuera de nuestro medio las cifras son bastante similares, destacando la prevalencia de HTA en los estudios de Méndez y cols (8) en Méjico D. F., que describe un 11,2% en la población de ambos sexos, o los estudios del National Health and Nutrition Survey de EE.UU., según los cuales la frecuencia en individuos entre 18 y 74 años sería del 18%. Por su parte el estudio de Framingham da una prevalencia que se sitúa entre el 18% para el hombre y el 16% en la mujer y recientes trabajos (13) estiman que alrededor del 15 % de los adultos norteamericanos muestran una tensión diastólica igual o superior a 95 mm. de Hg.

Hipertensión arterial «borderline» o límite (T. arterial sistólica entre 140-160 mm. Hg y/o t. arterial diastólica entre 90-95 mm. Hg) se encontró en once individuos, lo que supone un 4,5% de la muestra, cifra más baja que la referida por otros autores españoles como Dorta y cols (7) que hablan en Tenerife de un 11%.

El resto de los individuos encuestados —un total de 200— ofrecieron cifras totalmente normales (T. arterial sistólica igual o inferior a 140 mm. Hg y t. arterial diastólica igual o inferior a 90 mm. Hg). En la figura 1 se observa la distribución de la presión arterial en la población estudiada y en

la figura 2 se establece la comparación entre la muestra y la población general mayor de 20 años con respecto al sexo.

En cuanto al grado de conocimiento que sobre la existencia de su enfermedad tenían estos pacientes se observa que del total de 33 hipertensos detectados sólo 15 de ellos conocían la existencia del proceso (45,4 por ciento), pero sólo 9 (60%) se trataban y llevaban un control adecuado de la misma, de lo que se deduce que sólo un 27,5% del total de hipertensos estaban realmente controlados.

#### IV) DISTRIBUCION DE LA H.T.A. E NLA POBLACION GENERAL

##### 1) Distribución según edad y sexo.

Globalmente puede apreciarse la existencia de una diferencia ostensible entre ambos sexos con un porcentaje de pacientes varones hipertensos del 30,3% frente a un 69,7% de hembras (figuras 3 y 4). Con respecto a la edad encontramos que el mayor porcentaje de pacientes con elevación de sus cifras tensionales se haya comprendido en el grupo de edad de 61-70, existiendo una prevalencia significativamente más alevada en el sexo femenino para este mismo grupo de edad. Este hecho ya puesto de manifiesto por otros grupos de trabajo (8,6) sería quizá debido a un progresivo envejecimiento de la población ya que en colectividades donde predomina la población joven, se observa un menor número de hipertensos. En las gráficas 5 y 6 se puede observar la distribución de la HTA según edad y sexo en estos 33 enfermos.

##### 2) Distribución según categoría profesional.

El grupo más numeroso de hipertensos corresponde al encuadrado como, amas de casa (69,6% sobre el total), seguido del grupo de población técnica no especializada (12%) y del de agricultores y ganaderos (9%).

#### V) ESTUDIO DE LOS FACTORES DE INFLUENCIA EN LA ETIOPATOGENIA DE LA H.T.A.

e analizan a continuación una serie de datos (personales, ambientales, genéticos...) que presumiblemente pudieran ser causa de elevación de la tensión arterial y su presencia en la población catalogada como hipertensa en este estudio.

##### a) Sobrepeso:

Es un hecho aceptado por unanimidad y avalado por diversas investigaciones (8,4) la clara relación existente entre el peso y la presencia de HTA tanto en el niño como en el adulto. En el presente estudio se ha utilizado el índice de Lorentz que relaciona peso y talla según la fórmula siguiente:

$$P = \frac{\text{talla (cm)} - 100}{\text{talla (cm)} - 150} \times 4$$

grado de obesidad, resultando que del total de pacientes catalogados como portadores de HTA el 33,3% tenían un peso normal, el 45,4% presentaba obesidad leve, el 12% obesidad moderada y un 9,3% un grado de obesidad grave.

## b) Ingesta de sal.

La ingesta de sal es un factor patogénico sometido a constantes y diversas opiniones, pues no se sabe de manera cierta si la modificación en el consumo de la misma es total o parcialmente responsable del incremento de las cifras tensionales. (4). Por una parte existe la creencia de que aquellas colectividades que ingieren una cantidad de sal por encima de los 4-5 gr./día ofrecen un aumento proporcional de los valores de su tensión arterial. Diversos estudios epidemiológicos realizados en Norteamérica (4) no han mostrado una clara relación entre la ingesta de sal y las cifras tensionales y en este sentido abunda Pickering al afirmar que sólo un porcentaje mínimo de la población respondería con una disminución de su tensión arterial a la restricción sódica y en consecuencia la ingesta de sal solamente puede tener importancia en casos extremos que de ninguna manera pueden aplicarse a la población media de nuestra sociedad.

La dificultad de lograr una correlación entre las cifras de sal consumidas por una determinada población y el aumento de la tensión arterial en la misma, ha hecho pensar que quizá exista una personal sensibilidad individual de respuesta a la misma en forma de elevación de las cifras tensionales (13). Para Rapado (9) los hipertensos heredarían un mayor dintel para reconocer el gusto a la sal, lo que hipotéticamente podría suponer que estos individuos consumen más sal que los normotensos.

Kawasaki y cols (10) han sugerido que dentro de aquellos pacientes afectos de HTA idiopática existe un grupo que ellos denominan como «no sensibles a la sal» en los cuales la sobrecarga de sodio no se vería correspondida por un aumento de las cifras tensionales, mientras que en el grupo de «sensibles a la sal» sí se observa y últimamente y también con respecto a este tema son sugestivos los trabajos de Clegg (11), el cual demuestra la existencia en individuos hipertensos que no se encontraban bajo tratamiento y también en individuos con historia familiar de hipertensión un aumento de la concentración de sodio en el interior de sus hemáties. Con independencia de todos los datos enumerados anteriormente parece haberse demostrado experimentalmente (12) que para producir una elevación ostensible de la tensión arterial se requieren cantidades de sal mucho más levadas que las que se consumen como promedio en una población normal.

Es evidente la imposibilidad real de medir el consumo de sal por parte de la población encuestada, aunque en general los hipertensos declararon consumir los alimentos con sal en la mitad del total, por lo que la valoración de este dato no deja de ser absolutamente subjetiva.

## c) Stress:

La influencia de ciertos factores psicosociales no está suficientemente aclarada, siendo objeto de variadas hipótesis, así algunas teorías, pretenden asociar factores agudos desfavorables que conllevan un estado de especial tensión, angustia o responsabilidad con una elevación transitoria de la tensión arterial. Dentro del grupo de hipertensos que comprende este estudio, no se hallaron aparentemente situaciones personales o sociales que condicionasen una inestabilidad psíquica (desempleo, marginación, pobreza...).

### d) Antecedentes familiares de H.T.A.:

Aún cuando no se halla podido determinar de forma concreta el mecanismo de transmisión hereditaria de la HTA, puede afirmarse que la herencia influye claramente en la patogenia de la enfermedad, habiéndose demostrado que aquellos parientes de primer grado de individuos hipertensos presentan tensiones mayores que otros que no tienen esta relación familiar, y que la tensión arterial de los hijos adoptivos no guarda relación alguna con la de sus padres de adopción.

Por otra parte parece existir mayor riesgo de aparición de HTA en individuos que presentan antecedentes familiares de la enfermedad. Estos hechos han intentado ser explicados mediante diversas hipótesis, como la que apunta la posibilidad de que existiera en estas familias de hipertensos un trastorno hereditario en la eliminación del sodio por orina (9).

Esta teoría genética explicaría asimismo para otros autores (14), la mayor frecuencia de HTA en ciertas razas con respecto a otras, debido a alteraciones enzimáticas del transporte  $K^+ - Na^+$  que se transmitirían genéticamente.

Se ha encontrado constancia dentro del grupo de hipertensos encuestados de antecedentes familiares directos de la enfermedad en 8 de ellos lo que supone el 24,2% del total, cifra inferior a la revelada en nuestro medio por otros autores (16) que refieren hasta un 45% del total.

### e) Composición del agua de bebida:

No está definitivamente demostrado, pese a la existencia de ciertos datos orientativos, la relación existente entre la presencia de HTA y el consumo de aguas blandas o con un elevado contenido de cadmio, relación que ya fue puesta de manifiesto por Schroeder, el cual describió una relación inversa entre la mortalidad por hipertensión y el grado de dureza del agua en calcio y magnesio.

Se realizó análisis químico del agua de bebida de la red pública, resultando ser un agua blanda. (Dureza: 16 hidrotimétricos franceses, ;  $Ca^{++} = 32,06$  mg/1. ;  $Mg^{++} = 19,45$  mg/1.).

## VI) ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO HALLADOS EN LA POBLACION HIPERTENSA

### a) Alcohol y tabaco:

La relación existente entre la elevación de las cifras tensionales y el consumo elevado de bebidas alcohólicas, ya había sido observado en diversos países europeos, que cuentan con estudios concretos sobre el tema, como Escocia o Suecia (4), y se piensa al respecto que la causa primaria iría ligada a una acción directa del alcohol sobre el complejo mecanismo hormonal que regula la tensión arterial (15).

Es obvia la dificultad que supone obtener datos precisos y veraces sobre esta circunstancia personal del hipertenso, habiéndose encontrado en el interrogatorio que el 27,2% del total de hipertensos —todos varones— confesaron consumir cantidades moderadas de alcohol, y que en un solo caso se observaron rasgos que permitieron catalogar al paciente como etílico crónico.



Otro tanto puede decirse con respecto al hábito de fumar cigarrillos, el cual parece tener una desfavorable influencia sobre el desarrollo evolutivo de la enfermedad y es un evidente factor de riesgo coronario y arterioesclerótico.

Ninguna hembra hipertensa se declaró fumadora y sólo un 13.6% de varones confesó fumar más de 20 cigarrillos al día.

#### **b) Hipercolesterolemia.**

Las tasas elevadas de colesterol sérico y la presión arterial han sido relacionados (17), y parece demostrado que el individuo hipertenso va a presentar cifras de colesterolemia más elevadas que en el individuo normal de su misma edad.

Tasas elevadas de colesterol (por encima de 250 mg/100 ml) se hallaron en 11 pacientes lo que supone un 33%. En la gráfica 7 se expresan los porcentajes de los distintos valores encontrados en el grupo de población hipertensa.

#### **c) HTA y diabetes.**

Diversos estudios han evidenciado la mayor frecuencia de cifras tensionales altas en individuos diabéticos, incidencia que podría llegar al doble de la que se observa en la población control (18) y que presumiblemente se debería a una expansión del volumen sanguíneo como factor relacionado con el anormal metabolismo de la glucosa que presentan estos pacientes.

Sólo se encontró un 9% de pacientes con HTA que mostraron unas cifras de glucemia por encima de los valores normales.

#### **d) Hiperuricemia:**

No se observó una incidencia especialmente importante de este factor dentro del grupo, siendo más bien escaso el porcentaje de hiperuricemia, tal y como se significa en la figura 8, donde se expone la distribución total de las cifras halladas en los hipertensos.

### **VII) CONSIDERACIONES CLINICAS SOBRE LA H.T.A.**

#### **a) Comienzo del proceso:**

El interrogatorio de los 33 hipertensos indica que 15 de ellos conocían la existencia de su enfermedad, descubriéndose el resto con motivo del estudio. El bajo porcentaje de enfermos que siendo conocedores de su enfermedad llevaban un control adecuado indica el reducido grado de concienciación que sobre su enfermedad poseían, mostrando mayor preocupación aquéllos pacientes que habían sufrido alguna complicación secundaria o conocían la problemática de la enfermedad por haberla vivido en familiares cercanos.

#### **b) Sintomatología:**

Es sabido que el paciente afecto de HTA. esencial puede permanecer largo tiempo asintomático, así como el subjetivismo que aparece a la hora de manifestar el enfermo sus síntomas, no siendo raro encontrar pa-

cientes que comienzan a aquejar molestias desde el mismo momento en que se le informa de lo elevado de sus cifras tensionales. En general se puede afirmar que los enfermos que en el momento de la encuesta desconocían la presencia previa de su enfermedad, revlaban escasas molestias y todas ellas eran de un marcado carácter funcional: cefaleas, vértigos, insomnio, pérdida de memoria, etc.

Se pueden dividir los síntomas encontrados en los pacientes dentro de los siguientes grupos (figura 9):

- Síntomas de carácter funcional: 60,6%.
- Síntomas de carácter orgánico: 21,3%.
- Asintomáticos: 21,3%.

En la gráfica 10 se exponen los síntomas más frecuentemente hallados en el grupo de hipertensos.

### c) **Complicaciones:**

Del total de hipertensos entrevistados, el 18,1% ha sufrido complicaciones importantes a lo largo de su vida, ocasionadas, por la enfermedad y que se distribuyen así:

Infarto de miocardio: Un enfermo; Insuf. renal: Un enfermo; ACVA: Cuatro enfermos, en la mitad de los cuales quedaron secuelas permanentes secundarias al ACVA en forma de invalidez.

### d) **Tratamiento previo del hipertenso:**

Ya se menciona en otro apartado anterior que sólo el 27,5 % de los hipertensos se hallaban bajo control real. Estas cifras son realmente significativas de la escasa importancia que se concede a la enfermedad hipertensiva y son concordantes al parecer con la situación general de nuestro país, en cuanto al control y prevención de ella, pues según el estudio sociológico Hipertensión'80 (19) la mitad de enfermos hipertensos que existen en España, desconocen su enfermedad y de aquellos que la conocen solo llevarían tratamiento el 50 % y únicamente el 15 % seguiría un tratamiento farmacológico hipotensor.

Con respecto al tratamiento que seguían los enfermos que se medicaban dentro del grupo de este estudio, se pudo constatar que el fármaco más usado para el control de su tensión, fue la reserpina, sola o asociada a diuréticos (54,5 %), seguida de los betabloqueantes (27,3 %) y de la alfa-metildopa (18,2 %).

## RESUMEN

Se describe la realización de un estudio con fines epidemiológicos sobre la frecuencia de la hipertensión arterial en el municipio de Poblete (Ciudad Real), de 650 habitantes, núcleo rural situado en el centro geográfico de la provincia, con una economía fundamentalmente industrial y una escasa infraestructura agrícola y ganadera.

En el estudio se encuestó una muestra tomada al azar que constituye el 55,07 % de la población total con excepción de los menores de 20 años. La metodología consistió en la realización de una historia clínica que recogía datos personales, los antecedentes familiares de HTA, el tratamiento hipertenso previo y la existencia de factores de riesgo asociado (tabaco, alcohol, sal...).

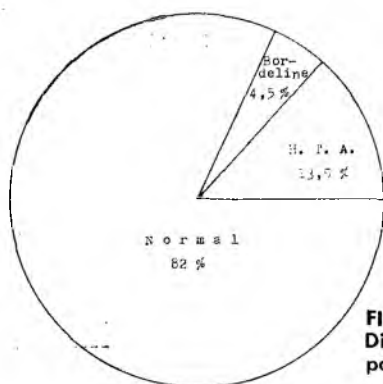
La exploración clínica fue completa y se determinaron diversos parámetros biológicos examinándose la orina con tiras reactivas. Se realizó la toma de tensión arterial siguiendo las normas propugnadas por O.M.S. y mediante el método auscultatorio de Korotkoff, repitiéndose la medición por dos veces más a aquellos pacientes que en la primera determinación mostraron cifras elevadas.

Los datos más importantes y representativos del estudio fueron:

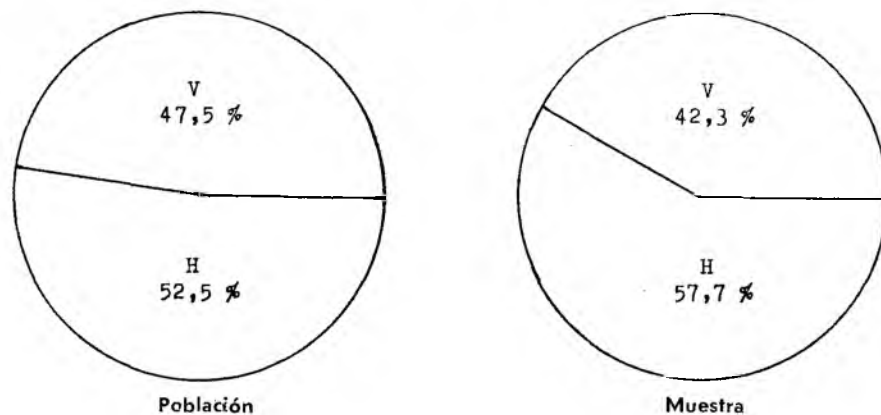
- 1) Porcentaje de HTA del 13,5% junto al 4,5% de cifras «bordeline» sobre el total de encuestados.
- 2) Porcentaje de enfermos que desconocían padecer la enfermedad del 54,6% sobre el total de afectos.
- 3) Porcentaje de enfermos hipertensos que se encontraban adecuadamente del 27,5% sobre el total de enfermos.
- 4) Predominio del grupo de amas de casa (69,6%), seguido del grupo de trabajadores no especializados (12%) en la distribución de la HTA según la profesión.
- 5) Predominio de la hipertensión en el sexo femenino (69,7%) frente al masculino (30,3%).
- 6) Porcentaje más elevado de hipertensos en el grupo de edad comprendido entre 61 y 70 años con una prevalencia más alta en el sexo femenino para este grupo de edad.
- 7) Presencia en el 24,2% de hipertensos de antecedentes familiares de la enfermedad.
- 8) Predominio de los síntomas funcionales en las manifestaciones clínicas aquejadas por los pacientes (60,6%).
- 9) El síntoma más frecuentemente confesado por los hipertensos fue la cefalea (40%).
- 10) El fármaco más usado por el enfermo hipertenso que seguía o había seguido un control de hipertensión resultó ser la reserpina (54,5%).

E d a d	♂	♀	Total.
Grupo de 20 a 30 años	18	26	44
Grupo de 31 a 40 años	16	26	42
Grupo de 41 a 50 años	24	30	54
Grupo de 51 a 60 años	17	15	32
Grupo de más de 61 años	28	44	72
	103	141	244

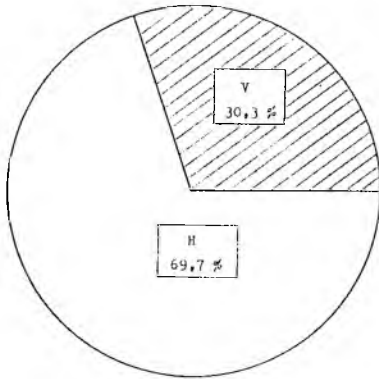
**TABLA I**  
Distribución por edades de la muestra de población estudiada (Poblete 1981)



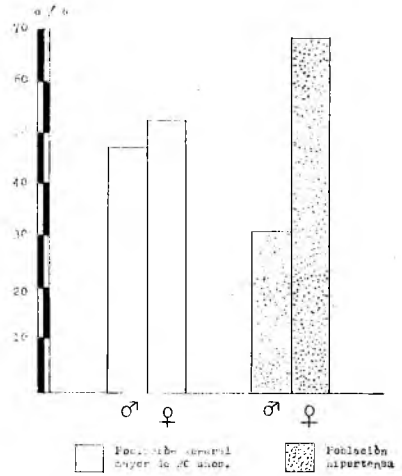
**FIGURA 1**  
Distribución de la tensión arterial en la población estudiada (Poblete 1981)



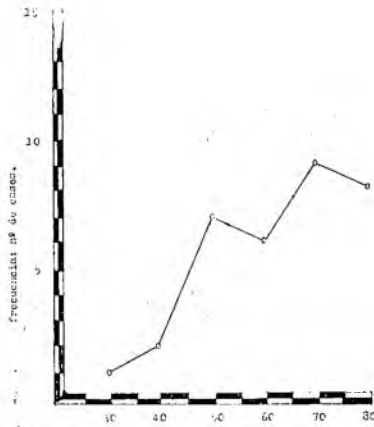
**FIGURA 2**  
Comparación entre la muestra y la población general mayor de 20 años (Poblete 1981)



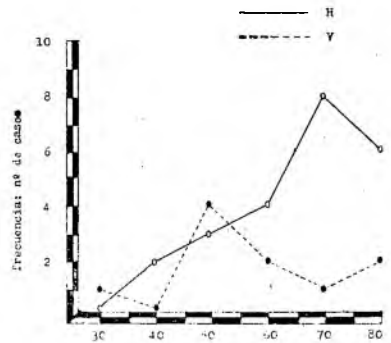
**FIGURA 3**  
Distribución por sexos de la población hipertensa.  
(Poblete, 1981)



**FIGURA 4**  
Distribución por sexos del porcentaje de hipertensos en comparación con la población general mayor de 20 años.  
(Poblete, 1981)



**FIGURA 5**  
Distribución de la HTA por edades  
(Poblete, 1981)



**FIGURA 6**  
Distribución de la HTA según la edad y el sexo.  
(Poblete, 1981)

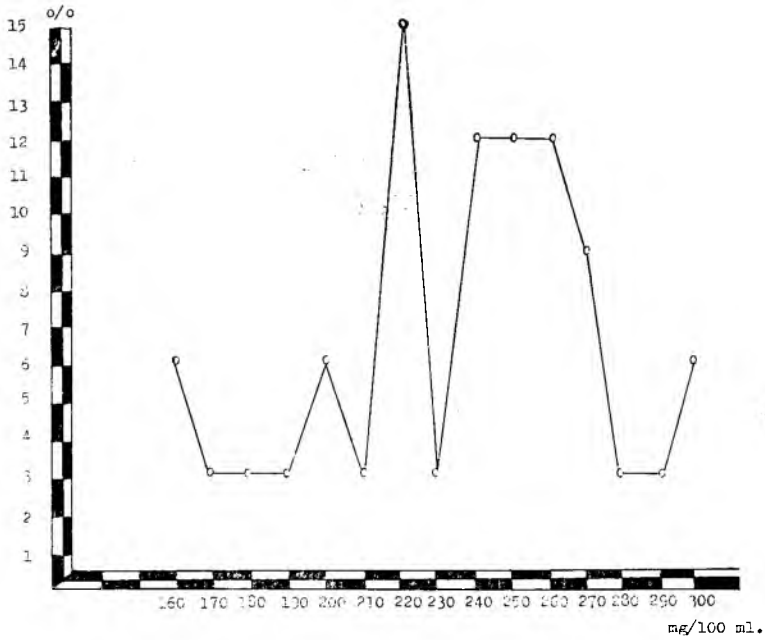


FIGURA 7

Colesterolemia. Porcentajes de los distintos valores obtenidos en la población hipertensa. (Poblete, 1981)

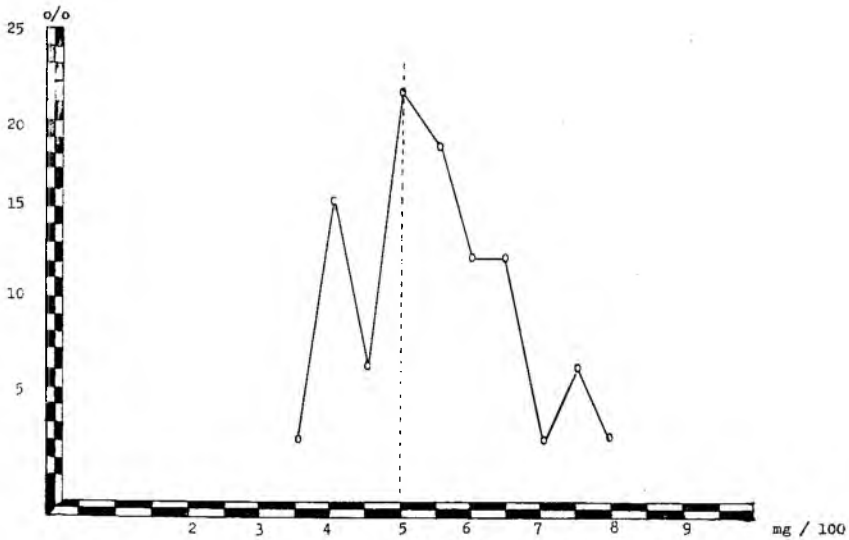
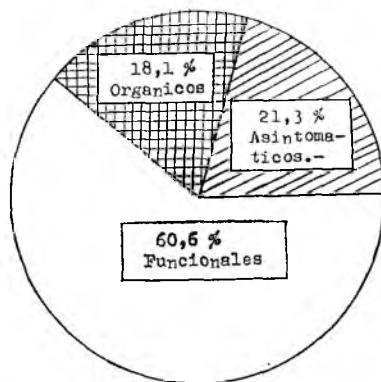


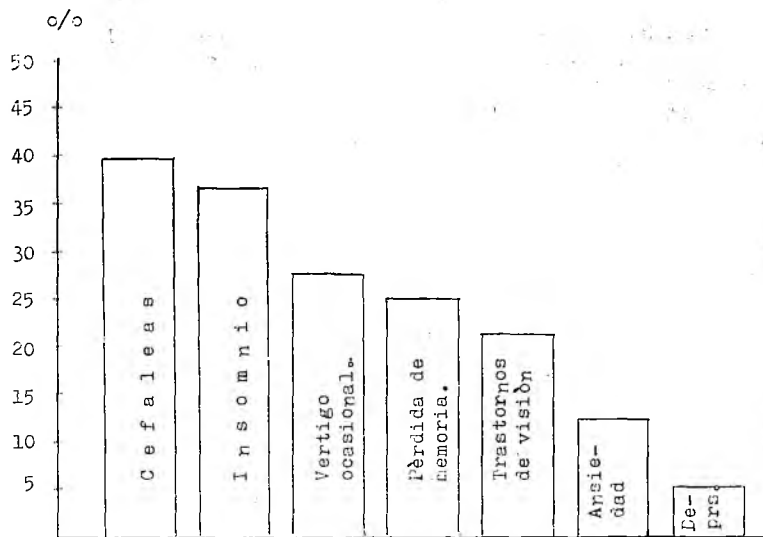
FIGURA 8

Uricemia. Porcentajes de los distintos valores obtenidos en la población hipertensa. (Poblete, 1981)





**FIGURA 10**  
 Síntomas hallados en los pacientes hipertensos.  
 (Poblete, 1981)



**FIGURA 11**  
 Sintomatología funcional más frecuentemente hallada en los hipertensos. (Poblete, 1981)

## BIBLIOGRAFIA

- 1) BALAGUER VINTRO, I. Los resultados de los estudios epidemiológicos y el futuro de la prevención de la cardiopatía coronaria. *Med. Clin. (Barc.)* 1983; 81: 572-575.
- 2) STAMP. Declinación incipiente. 1952. Referencia en estudio demográfico de la provincia de C. Real. Citado por Pinedo (2).
- 3) PINEDO SANCHEZ, A. Estudio demográfico de la provincia de C. Real. (1900-1975). Cuadernos del Instituto de Estudios Manchegos de Ciudad Real. Diciembre de 1977.
- 4) HIPERTENSION ARTERIAL. Informe de un Comité de expertos de la OMS. Serie de niformes técnicos, núm. 628. Ginebra, 1978.
- 5) PARDELL, H. ; GASULLA, J. M. ; GARCIA, I. et al. Ensayo controlado de la medida de la tensión arterial. Comunicación a la Reunión Científica de la Liga Española para la lucha contra la hipertensión arterial. Barcelona, 27 de Mayo de 1980.
- 6) PARDELL, H., GASULLA, J. M. ; ARMARIO, P. et al.; Prevalencia de la hipertensión arterial en Hospitales de Llobregat. *Med. Clin. (Barc.)* 1983; 81: 553-557.
- 7) DORTA DELGADO, J.; PEREZ HERNANDEZ, H.; BATISTA MARTIN, J.; et al. La hipertensión arterial en la isla de Tenerife. I. Frecuencia *Med. Clin. (Barc.)* 1973; 73: 424-428.
- 8) CHAVEZ, R.; ZAJARIAS, A.; CESARMAN, E.; Hipertensión arterial. Consideraciones sobre su estado actual en México. *Arch. Inst. Cardiol. Méx.* 1978, vol. 48 889-916.
- 9) MIRANDA, J.; Hipertensión. *El Médico.* 16-82/3-9 Mayo 1982. 14-25.
- 10) KAWASAKI, T.; DELEA, C.; BARTNER, F.; et al. Efecto de las dietas hipersódica e hiposódica sobre la tensión arterial y otras variables en los sujetos afectados de hipertensión idopática. *Am. J. Med. (esp.)* 1978; 7: 2: 101-106
- 11) CLEGG, G.; BRIAN MORGAN, D.; DAVIDSON, CH.; La heterogeneidad de la hipertensión arterial. *Lancet (esp.)* vol-2. 3. 1983: 159-162.
- 12) REVERT, L. Hipertensión arterial. *Med. Clin. (Barc.)* 1983, 80: 669-672.
- 13) ALDERMAN, M. H.; Epidemiología de la H.TA. Etiología. Historia natural y tratamiento. *Card. Rew. Rep. (esp.)* vol-2 núm. 4 1981: 200-208.
- 14) WOLFE, A.; Cotransporte Na-K en los africanos. ¿Una predisposición genética a la hipertensión arterial? *La Presse Medicale.* 1983. 4: 2 253.
- 15) ERIOCOURT, P.; ¿Cuál es el mecanismo del efecto hipotensor del alcohol? *La Presse Medicale.* 1983: 4: 252.
- 16) RAPADO, A.; MARAÑA, D.; MARRON, J. A.; et al. Análisis de 1.000 casos de hipertensión arterial. *Rev. Esp. Card.,* 1969. 22: 450-470.
- 17) LEREN, P.; Prevención de la cardiopatía coronaria antihipertensiva y líquidos plasmáticos. *PICM.* 5-11 Mayo 1983. 25
- 18) CHRISTLIEB, A. R.; Diabetes e hipertensión arterial. *Card. Rev. Rep.* vol-2 núm. 5 1981 258-265.
- 19) HIPERTENSION 80. Estudio sociológico sobre hipertensión arterial en España. Madrid. Bernard. Krieff, 1980.

1985 comenzará con críticas, referéndum y huelga

## **ALIANZA POPULAR, COLEGIOS Y SINDICATOS, ENDURECEN SU OPOSICION A LA POLITICA SANITARIA DEL GOBIERNO**

**Madrid. J. I. Montoya**

Tres días después de que el Consejo de Ministros iniciase su estudio del proyecto de Ley General de Sanidad, y lo parase, coincidieron ayer en Madrid tres reuniones con este polémico proyecto como fondo: la reunión de la Comisión Nacional de Sanidad de Alianza Popular, dirigida por su presidente, el diputado Carlos Ruiz Soto; la reunión de la Asamblea de Presidentes de la Organización Médica Colegial (OMC), presidida por el doctor Ramiro Rivera, y la Asamblea General Extraordinaria de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), presidida por el doctor José María Sala y su secretario, el doctor Juan Blázquez. Los tres mantienen posturas y estrategias diferentes, pero su objetivo es coincidente en un aspecto esencial, la oposición radical a la «reforma sanitaria por decreto», de la que acusan al Ministerio de Sanidad.

### **AP: Abiertos a la negociación**

El presidente de la comisión nacional de Sanidad de Alianza Popular, Carlos Ruiz Soto, mostró su preocupación —más que su alegría— por el parón que el propio Gobierno ha dado al proyecto de Ley de Sanidad y que, en su opinión, demuestra «que ya no convence a nadie, ni a los propios socialistas». El portavoz de AP hizo un nuevo ofrecimiento al Gobierno para lograr entre todos una «ley de Estado», consensuada, que evite los problemas que están surgiendo.

Ruiz Soto afirmó que están dispuestos para «mejorar la ley en el Parlamento» a pesar de que tienen un texto alternativo que no harán público hasta la entrada en el Congreso del proyecto gubernamental. Para Alianza Popular, son muchos los aspectos criticables de este proyecto socialista, como lo referente a transferencias a las autonomías, medicina privada, libre elección de médico, política veterinaria o política farmacéutica.

El responsable de Sanidad de AP criticó duramente la postura de la Administración ante la grave crisis de la Fundación Jiménez Díaz, hasta el punto de afirmar que «no podemos consentir que un catalán nos cierre un hospital madrileño del prestigio y la importancia de la Concepción».

### **Referéndum sobre la reforma**

Durante todo el día de ayer, la asamblea de presidentes de la Organización Médica Colegial (OMC), máximo órgano profesional de los médicos, se reunió en Madrid bajo la presidencia de su presidente, doctor Ramiro Rivera. El acuerdo más importante al que se llegó fue el apoyo a la iniciativa del representante nacional de hospitales, doctor Alberto Berguer, que solicitó la realización de un referéndum nacional entre todos los médicos de hospitales de la Seguridad Social para solicitarles su opinión sobre la reforma hospitalaria planteada por la Administración sanitaria socialista.

Según manifestó a YA el propio doctor Berguer, «ésta es la manera más directa y democrática para conocer la opinión de los médicos sobre algo que les afecta directamente». La OMC propondrá a los sindicatos con representación entrè los médicos su colaboración para realizarlo, ya que, dada su complejidad, habrá que efectuarlo progresivamente por regiones o comunidades autónomas, lo antes que sea posible, probablemente a primeros de 1985.

La asamblea trató también la mala situación de la asistencia primaria, también afectada por la política ministerial, en la que continúa produciéndose una mala distribución de cartillas y sigue habiendo masificación en los ambulatorios que impide una correcta atención del paciente por parte del médico.

Por su parte, la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) se reunió también en Madrid en asamblea general extraordinaria, para estudiar la situación actual de los profesionales sanitarios y también, por supuesto, el proyecto de ley de Sanidad.

### **CESM: Huelga en febrero**

El principal acuerdo al que llegaron es la convocatoria de huelga nacional de médicos de la Seguridad Social, que probablemente se iniciará a primeros de febrero. El motivo es la política seguida por el Ministerio, consistente en el gobierno por decreto, y la reforma sanitaria emprendida, cada vez más socializante según ellos, y que provocará «la dedicación exclusiva de los médicos a la asistencia pública, en malas condiciones, y sin la oportunidad de ejercer la medicina privada».

La huelga, aunque falta diseñar exactamente la estrategia a seguir, se planteará casi seguro de forma rotatoria. Es decir, se relizará simultáneamente en dos autonomías durante dos días, y así en todas las comunidades autónomas, haciéndolas coincidir una semana en todo el territorio nacional.

(Soporte: «Ya» 16-12-84. Pág. 29).

\* Ni la esposa de Agustín Ortega Limón ni la de Angel Ojeda (ambos responsables del Insalud) han pasado la prueba para inspectores médicos de la Seguridad Social. Tampoco aprobaron los doctores Mayayo y Maíz, asesores del subdirector general de Asistencia Hospitalaria. La esposa del ministro de Defensa se inscribió para el examen, pero no se presentó al mismo.

\* \* \*

\* **El Ministerio de Sanidad no ha explicado todavía cómo se pagará a los médicos, una vez que se introduzca la libre elección, que dejará a muchos de ellos sin trabajo.**

\* \* \*

\* El director general del Insalud, Francésc Raventós, ha dado el visto bueno para que se abran expedientes a los 190 médicos toledanos que se autodenunciaron por cobrar igualas.

\* \* \*

\* **Los profesionales de la medicina van a estar exentos del impuesto del IVA, según declaraciones de Luis Fernando Alemany, uno de los redactores del proyecto de ley de este impuesto, que se quiere que entre en vigor el 1 de enero de 1986.**

\* \* \*

\* Mientras que, en otros países, el índice de operaciones quirúrgicas señala que entre un 70 y un 80 por ciento de los casos se realizan dos días después del ingreso, en España se tarda una semana de media en llevarse a cabo.

\* \* \*

\* **Más de 5.600 drogadictos, de los que 1.500 son heroinómanos, están localizados en las cinco poblaciones más importantes de la provincia de Granada, según una encuesta realizada por el Hospital «San Juan de Dios» de Granada.**

\* \* \*

\* La Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia pretende habituar a la población a consumir sal yodada en vez de sal común para disminuir los casos de bocio. Tras un acuerdo con comerciantes, minoristas y almancenistas del sector de la alimentación, se ofrecerá la sal yodada a precios asequibles.

(Soporte «El Médico», núm. 122)