



# HOJA INFORMATIVA

DEL COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE TERUEL

Depósito Legal TE 9 - 1958

ABRIL DE 1959

NUM. 52

## Seguro Obligatorio de Enfermedad

Como contestación a las muchas consultas que hemos recibido de como funcionaría y qué cuota se pagaría por el Seguro de Enfermedad de los sanitarios, a continuación publicamos la Orden Ministerial de 22 de Febrero de 1950, para conocimiento de todos y que es como sigue:

Primero.—Los médicos que presen sus servicios en el Seguro Obligatorio de Enfermedad, tanto en Medicina General como en Especialidades, podrán disfrutar, para sí, su cónyuge, hijos y demás familiares considerados como beneficiarios por las disposiciones del Seguro, de las siguientes prestaciones:

Farmacéuticas, radiografías, tratamientos eléctricos y radioterapéuticos y atenciones de hospitalización que tenga establecidas con carácter obligatorio el Seguro se excluyen de dichas prestaciones las económicas y las no citadas anteriormente.

Segundo.—El régimen financiero de la modalidad que se establece será el de reparto simple; la cuota será satisfecha íntegramente por los expresados facultativos, y equivaldrá al promedio de coste de las referidas prestaciones, calculada y revisada anualmente por la Subdirección Administrativa de la Caja Nacional de dicho Seguro.

Esta cuota se satisfará por dotaciones mensuales, y las revisiones de la misma la acomodarán al coste real de las prestaciones facilitadas en el ejercicio anterior, acumulándose al siguiente el déficit que pudiera haberse producido.

Tercero.—Para establecer los beneficios de la presente disposición es necesario que lo interesen por escrito del Colegio Provincial de Médicos las dos terceras partes de los facultativos actuantes en el

Seguro, y éste ratifique el acuerdo, elevándolo a la Dirección General de Previsión a través del Consejo General de Colegios Médicos

El citado sistema de Seguro será obligatorio exclusivamente para los que lo hayan solicitado.

Cuarto.—Como consecuencia de lo dispuesto, la Dirección General de Previsión, una vez cumplidos dichos trámites acordará su establecimiento en las provincias respectivas.

Quinto.—Se faculta a la citada Dirección General para dictar los acuerdos o normas que exija la ejecución de lo dispuesto.

(ORDEN de 19 de Julio de 1950)

1.º.—La cuota que deberá satisfacer los facultativos actuantes en el Seguro Obligatorio de Enfermedad, a efectos de disfrutar de los beneficios establecidos para los mismos en la Orden de este Ministerio de 22 de Febrero de 1950, será de 17'30 pesetas mensuales.

2.º.—Los beneficios establecidos en la citada Orden podrán ser disfrutados mediante el cumplimiento de los trámites que la misma determina.

**Los recibos de Previsión Sanitaria Nacional, en descubierto, no producen beneficio alguno al asociado y sin embargo perjudica al fondo común de los asociados; facilite la cobranza autorizando a la Entidad en que tenga abierta cuenta corriente o libreta de Ahorros, para que con cargo a la misma se satisfaga el recibo mensual de Previsión Sanitaria Nacional**

## Disposiciones Oficiales

### Ministerio de la Gobernación

ORDEN de 17 de marzo de 1959 por la que se dictan normas para el desarrollo de la Ley de 26 de diciembre de 1958 sobre reorganización del Escalafón del Cuerpo de Médicos Titulares.

Ilustrísimo señor:

La Ley de la Jefatura del Estado de 26 de diciembre de 1958, sobre reorganización del Escalafón del Cuerpo de Médicos Titulares, dispone en su artículo 8.º que «Por el Ministerio de la Gobernación se dictarán las disposiciones complementarias para la ejecución de la presente Ley.»

En cumplimiento de dicho precepto, y para la debida efectividad de la citada disposición legal.

Este Ministerio ha tenido a bien disponer:

Artículo 1.º—Se concede un plazo que finalizará el 30 de abril próximo, para que los Médicos que reúnan las condiciones exigidas en el artículo 2.º de la citada Ley para figurar en el Escalafón «B» del Cuerpo de Médicos Titulares que por la misma se crea, lo soliciten mediante instancia dirigida a esa Dirección General de Sanidad, a la que deberán acompañar:

a) Certificación o certificaciones de los Ayuntamientos respectivos que acrediten haber desempeñado una o varias titulares como interino durante dos años, como mínimo, con anterioridad al 29 de diciembre de 1958, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 4.º de esta Orden.

b) Informe favorable sobre su actuación profesional de la Jefatura o Jefaturas Provinciales de Sanidad correspondiente a la plaza o plazas servidas.

c) Certificado de nacimiento

expedido por el Registro Civil correspondiente, debidamente legalizado y legitimado cuando ello proceda.

d) Título de Licenciado o Doctor en Medicina y Cirugía, o testimonio notarial del mismo o resguardo acreditativo de haber abonado los derechos correspondientes para su expedición.

e) Certificación facultativa que acredite la aptitud física necesaria para el ejercicio del cargo.

f) Certificación de antecedentes penales expedida por el Registro correspondiente.

g) Certificado de buena conducta de la Alcaldía correspondiente al domicilio del interesado.

h) Declaración jurada en la que se haga constar:

1.º Estar en posesión de la nacionalidad española.

2.º No haber sido expulsado en virtud de expediente disciplinario o por Tribunal de Honor de ningún Cuerpo del Estado, Provincia o Municipio

3.º No encontrarse inhabilitado para el ejercicio de cargos públicos por sentencia firme de Tribunal competente, ni tener impedimento para solicitar cargos vacantes.

i) Compromiso de realizar el curso sobre Sanidad Local que establece la Ley de 26 de diciembre de 1958, en su artículo segundo, apartado c), en el plazo máximo de un año, a partir de su inclusión en el Escalafón «B», y a la superación del cual queda condicionada su permanencia en dicho Escalafón.

Los que actualmente desempeñen plaza interinamente, sólo quedan obligados a presentar los documentos reseñados en los apartados a), b), c), d) e i).

Aquellos Médicos que con anterioridad a la publicación de la presente Orden hubiesen formulado solicitud para su inclusión en el Escalafón «B» sin acompañar a la misma la documentación exigida, completarán la que les corresponda dentro del plazo expresado.

Art. 2.º Transcurrido el plazo concedido por el artículo anterior, y a la vista de las solicitudes durante el mismo presentadas, esa Dirección General confeccionará el Escalafón «B» del Cuerpo de

Médicos Titulares, ordenando a los solicitantes por el tiempo de servicios interinos acreditados hasta el 29 de diciembre de 1958, para los que en dicha fecha sumen, al menos, dos años de interinidad. Los empates que pudieran producirse se resolverán con arreglo a las siguientes preferencias:

a) Mayor antigüedad en la terminación de los estudios de la Licenciatura de Medicina y Cirugía.

b) Mayor edad de los solicitantes.

Una vez confeccionado el Escalafón «B» del Cuerpo de Médicos Titulares, la Dirección General de Sanidad lo someterá a la aprobación de este Ministerio.

Art. 3.º Se considerará como fecha de ingreso en el Escalafón a efectos de lo dispuesto en el artículo 7.º de la Ley, la de 29 de diciembre de 1958, en que la misma fué publicada en el «Boletín Oficial del Estado.»

Art. 4.º Los facultativos que cumplan los dos años de interinidad con posterioridad a 29 de diciembre de 1958, y antes de finalizar el plazo que por la presente se concede para solicitar el ingreso en el Escalafón «B», se ordenarán en éste con arreglo a la fecha de vencimiento de los mencionados dos años de interinidad, que servirán a su vez como iniciales a los efectos del artículo 7.º de la Ley.

Art. 5.º El Escalafón «B» tendrá apertura cada año, el día 1 de enero, para aquellos Médicos que hubiesen alcanzado una interinidad de dos años en 31 de diciembre del anterior y soliciten su ingreso en dicho Escalafón hasta el día 31 del expresado mes de enero.

Los solicitantes serán integrados en dicho Escalafón a continuación del último de los admitidos, ordenándolo por las fechas de vencimiento de los dos años de interinidad, que a su vez servirán a los efectos determinados en el artículo 7.º de la Ley.

Art. 6.º Los empates que pudieran producirse en la aplicación de lo dispuesto en los artículos 4.º y 5.º se resolverán por las normas de preferencia establecidas en los apartados a) y b) del artículo 2.º de esta Orden.

Art. 7.º Se faculta a la Direc-

## Contribución sobre la Renta

Según instrucciones recibidas de la Delegación de Hacienda de la provincia, y por lo que respecta al año 1958, los Médicos de esta provincia quedan exentos de tener que presentar la declaración anual de Contribución sobre la Renta por lo referente a ingresos profesionales, o sea por su ejercicio profesional. Por dicho motivo, este Colegio NO ENVIARA como en años anteriores los impresos correspondientes.

Vendrán obligados a presentar la Declaración de Contribución sobre la Renta, los que poseen automóvil, fincas rústicas y urbanas y demás valores e intereses y deberán de presentar estas declaraciones por conducto particular.

## HABILITACION

Con el fin de poder reclamar las cantidades de los nuevos quinquenios de 1.500 pesetas se precisa que todos los señores Médicos Titulares poseedores de estos, remitan con toda urgencia a la Habilitación, el oficio de concesión del último quinquenio concedido para reintegrarlo de acuerdo con lo que determina la Ley del Timbre en vigor.

Es de todo punto necesario que así lo hagan, pues de lo contrario no podrán reclamarse estos nuevos quinquenios.

La Dirección General de Sanidad para dictar las normas pertinentes para la realización de los cursos de Sanidad Local que establece el apartado c) del artículo segundo de la Ley de 26 de diciembre de 1958, para confeccionar los programas de las enseñanzas a desarrollar, así como las pruebas de aptitud que hayan de superar los aspirantes.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos.

Dios guarde a V. I. muchos años.  
Madrid, 17 de marzo de 1959.

ALONSO VEGA  
Ilustrísimo Sr. Director general de Sanidad.

## El Secretario General del Consejo, Dr. Fernando Paz Espeso, formula un voto particular al Plan Nacional de Seguridad Social

(Continuación)

especialización y trabajo en equipo, podrá acontecer que el traumatólogo asignado posea una subespecialización, por ejemplo en cirugía de urgencia de los traumas de la mano y podrá también suceder que no posea esta subespecialización a fondo. Al surgir el accidente, la asignación previa pondrá en marcha su automatismo, y, así, podremos vernos obligados a confiar un caso determinado al menos idóneo para ese mismo caso, con la consiguiente repercusión sobre la incidencia de invalideces. Creemos que estos extremos deben ser muy meditados antes de subvertir el actual estado de cosas; al menos, nosotros, por las consideraciones que acabamos de exponer, no podemos manifestarnos conformes con la integración propuesta sin más madura consideración de las consecuencias remotas.

### Bases XV a XX

No debemos ocultar que, en la exposición de motivos que el señor Segurado hace en su voto particular en referencia a las mismas, se contienen razonamientos que han hecho mella en nuestro ánimo y nos inducen a propugnar una consideración de estos aspectos, sobre los cuales no poseemos la suficiente competencia.

### Base XXI

En el apartado 1 dice textualmente que «en lo concerniente al paro forzoso, la Ley articulada, en la definición de esta contingencia, no comprenderá el paro estacional». Esta limitación, conjugada con lo previsto en la Base XIV, punto 5, donde se dice que «entre las prestaciones aseguradas en caso de paro indemnizable (y el estacional no lo es) figurará el pago de las cuotas del Seguro Total, para mantener los derechos del trabajador asegurado en las demás contingencias cubiertas por dicho se-

guro», deja prácticamente y de manera periódica fuera del Seguro Total a las categorías más necesitadas de productores. Comprende todos los aspectos peculiares de esta cuestión y, muy especialmente, los peligros de un Seguro de paro estacional, probablemente no previsto por ninguna legislación, que le hacen punto menos que imposible. Pero ello no invalida el hecho de que en un Seguro que se titula Total y en el cual se integran en aras del principio de solidaridad desde los más humildes a los más poderosos, masas considerables de compatriotas pendulen periódicamente desde el pleno disfrute de los derechos de la Seguridad Social Total al amparo, forzosamente limitado, que les dispensará la simple asistencia, como en el Plan se denomina a lo antiguamente conocido por Beneficencia. Y pregunto, esta suspensión periódica del abono de las cuotas de todas las restantes contingencias amparadas, ¿qué consecuencias de todo orden tienen sobre la marcha económica de los restantes seguros y sobre la percepción de las prestaciones a ellos correspondientes?

No encontramos respuesta a estas preguntas que íntimamente nos formulamos y, por ello mismo, nos inclinamos a que este punto, como los demás que venimos comentando, merece consideración más dilatada.

### Bases XXII a XXXIII

Análogamente a como lo hacíamos en el comentario de las Bases XV a XX, queremos manifestar, que las consideraciones que, respecto a las que ahora nos ocupan, se contienen en los votos particulares de los Sres. Segurado y Ucelay nos han abierto perspectivas en orden a la posible confusión derivada del concepto de los dos niveles, especialmente de índole administrativa, si se tiene en cuenta que, como se dice en la Base

XXV, se «procurará» que coincidan las condiciones exigidas por los respectivos Seguros, Total y Profesional, para la afiliación y reconocimiento de derechos de un mismo asegurado; en la misma expresión «se procurará», se contiene implícita la posibilidad de que a priori tal circunstancia no pudiera producirse y, si bien en leyes complementarias y reglamentos pudiera obviarse esta dificultad, no es menos cierto que es una circunstancia que merece ser considerada.

### Bases XXIV a XL

#### Ayuda Familiar

No nos sugiere ninguna especial crítica ni comentario.

#### TITULO CUARTO De los Seguros Especiales

##### Base XLI

Tampoco nos sugiere ningún especial comentario.

#### CAPITULO PRIMERO Del Seguro Escolar

##### Bases XLII, XLIII y XLIV

Sin especiales comentarios.

##### Base XLV

La consideración conjunta de sus cuatro apartados nos sugiere las siguientes consideraciones: todo escolar, en cuanto hijo de un padre perteneciente a la población activa del país, está automáticamente en plenitud de derechos como beneficiario del Seguro Total; siendo esto así, las prestaciones que a través de la Mutualidad del Seguro Escolar se le concedan, vendrán a representar el segundo nivel, aplicado a su caso, de la Seguridad Social en dos planos, que el proyecto propugno. Lo que no se comprende fácilmente es la razón por la cual han de asegurarse en este segundo plano contingencias no específicamente escolares, ya aseguradas en el régimen general, tales como la enfermedad, salvo en el caso de diferente resi-

dencia de la paterna, en cuyo caso la duplicidad de cobertura del riesgo pudiera tener una justificación.

#### **Base XLVI**

Sin especial comentario.

### **CAPITULO SEGUNDO**

#### **Del Seguro de los Funcionarios**

##### **Base XLVII**

En ella se establece la obligación de acogerse al régimen general de aquellos que ingresen en el futuro al servicio del Estado, reservándose la facultad optativa de permanecer al margen para los anteriormente ingresados. La obligatoriedad de todos los miembros de la población activa de cooperar a los fines de la Seguridad Social aparece aquí rota por ende y ello por razones que se nos escapan.

##### **Bases XLVIII a LIII**

Sin especial comentario.

### **CAPITULO TERCERO**

#### **Del Seguro de los Eclesiásticos**

##### **Base LIV**

Sin especial comentario.

### **CAPITULO CUARTO**

#### **Del Seguro de las Profesiones Liberales**

##### **Base LV**

Sin especial comentario.

### **TITULO QUINTO**

#### **De la Sanidad Nacional**

##### **Base LVI**

No podemos considerar que se pueda limitar el campo de acción de la Sanidad Nacional en materia de asistencia social ni médica, ni siquiera cuando éstas se ejerciten dentro del marco de la Seguridad Social. Anteriormente ya dijimos que, en nuestro concepto, la Sanidad Pública en sus tres aspectos profiláctico, curativo y reparador, es misión inalienable del Estado a

través de Organos propios, no mediatizados y que su acción puede y debe ejercitarse, ora en función normativa y rectora, ora directamente ejecutora, en todas las partes y ámbitos donde se realice asistencia sanitaria, profiláctica, curativa o reparadora. Solo así puede servirse a un criterio de unidad, evitando las duplicidades y conflictos a que en la Base se alude. Dicho con otras palabras, el único órgano que puede definir la frontera en la cual deba detenerse la Sanidad Pública en materia de asistencia, incluso la que se realice en régimen de Seguridad Social, es la propia Sanidad Nacional.

##### **Base LVII**

En parte ya se reconoce en el apartado A) de la misma este mismo criterio que acabamos de sustentar, cuando en ella se dice que «la Sanidad Nacional continuará ejerciendo la policía sanitaria exterior e interior, de la que forma parte la inspección de las profesiones sanitarias y de los establecimientos y servicios del mismo carácter, tanto públicos como particulares, incluidos los pertenecientes a los Seguros Total y Especiales».

En el apartado B) de esta misma Base se prevee durante el período de aplicación del Plan una *revisión* de las Luchas existentes y se considera la posibilidad de que algunas no subsistan; en efecto, es posible aunque difícil, que en el plazo de tres años las circunstancias epidemiológicas del país varíen hasta el punto de obligar a revisar e incluso suprimir Luchas; pero, por desgracia, el supuesto contrario es más cierto y así acaba de crearse una Lucha nueva: la que se emprende contra las cardiopatías y afecciones reumáticas, encuadrada en la antigua Lucha Antituberculosa, con el fin de evitar duplicidades y utilizar a pleno rendimiento servicios y personal técnico que posean idoneidad para ambas funciones; se perfila también la necesidad de una Lucha Anticancerosa y no es posible preveer ni hipotecar la acción sanitaria pública en orden a la profilaxis ni a la asistencia, según lo acon-

seje el estado sanitario del país y la importancia que cobren o pierdan determinadas afecciones. Pero, respecto a aquella revisión y eventual supresión de Luchas, cabe preguntar: ¿a quién compete revisar, suprimir o completar? No se nos alcanza a qué Organismo del Estado pueda corresponder esta función, como no sea al propio Departamento de Sanidad.

Análogas consideraciones pueden hacerse respecto al apartado C) en el que se establece (pregunto, por quién?) la prohibición de mantener establecimientos dedicados a efectuar prestaciones sanitarias al público y la obligación de transferir a la Seguridad Social los que posea de este carácter. Aparte la soberanía de la Sanidad Pública en orden al establecimiento de instituciones destinadas a tales fines, en cumplimiento de su misión dentro de la sociedad, la existencia de contingentes, siquiera sean mínimos y mal definidos, de personas que no pueden acogerse a la Seguridad Social y si solo a su modalidad de asistencia, mediante el pago de una cama si la hubiera libre, explica y justifica que la Sanidad Pública pueda considerar necesario el mantenimiento de establecimientos de tal carácter.

### **TITULO SEXTO**

#### **De la Asistencia Social**

##### **Base LVIII**

De la cuidadosa lectura de la misma se infiere que lo que cambia es el nombre, puesto que se destina a «amparar a las personas que se hallan excluidas del campo de aplicación del Seguro Total y de los Seguros Especiales y que carecen de medios propios para cubrir sus necesidades vitales». Tales son las personas antiguamente comprendidas en los padrones de Beneficencia. Pero como se advierte en la lectura de la Base LX, en sus párrafos primero y segundo, no es solo el nombre lo que cambia, sino también el dueño, puesto que se previene el «traspaso de bienes y servicios», y la «transferencia al Seguro Total de la utilización de los actuales hospitales provinciales y los de carácter general de la

Beneficencia». A continuación se dispone que «en la red hospitalaria integrada por los mencionados hospitales y las residencias y ambulatorios del actual Seguro de Enfermedad, se realizarán las prestaciones sanitarias a los protegidos por la Asistencia Social...». Asimismo, existirán en esos hospitales «camas de pago para los enfermos no comprendidos en el Seguro Total, ni en la Asistencia Social que no puedan utilizar las clínicas o sanatorios particulares». Habremos de comprender que si se trata de enfermos no comprendidos en el Seguro Total ni en la Asistencia Social no se tratará de asegurados ni de pobres de solemnidad y cuando se dice que serán personas que no puedan utilizar las clínicas o sanatorios particulares, se infiere que tampoco debe tratarse de ricos, por manera que en la red única futura de hospitales tendrían cabida los asegurados, los indigentes y una clase no bien delimitada, que no es asegurada, pobre ni rica, pero que ha de pagar. No es que como médicos, que a todo enfermo debemos dispensar el mismo trato, nos parezca mal que hombres pertenecientes a diferentes clases y distintas economías ocupen camas en el mismo hospital; antes bien, consideramos que ante el dolor y la muerte todos tenemos el triste derecho de ser iguales. Pero, ¿no será preciso hacer algo de historia?

En algún punto de la exposición de motivos se alude a la duplicidad de servicios y a la deficiente articulación de funciones con desperdicio de medios y general perjuicio. Nada más de acuerdo con nuestro modo de pensar; ahora bien, no es posible acusar de duplicidad a quien preexistía, sino en todo caso a quien llegó después y no cabe duda de que la red de hospitales de las Beneficencias provinciales y municipales, así como los establecimientos de iguales perfiles del Estado, preexistían a la red de ambulatorios y residencias del Seguro de Enfermedad. Ciertamente que muchos, pero no todos por cierto, de aquellos hospitales eran insuficientes en capacidad, calidad o equipo y no es menos cierto que la red del S. O. E. es de calidad in-

superable en todos los aspectos señalados; tan es así que constituye un legítimo orgullo nacional y es, posiblemente, la mejor red hospitalaria que conozcamos en el mundo entero.

Pero esta diferencia se debe a no otra cosa que a la diversidad de medios con que contaron, respectivamente, el Estado, las Diputaciones y los Ayuntamientos por una parte, y el Seguro de Enfermedad por otra. La articulación y concatenación que ahora, con mucha razón se pretende, pudo hacerse antes. Tal vez la red de residencias sería menor o menos lujosa, pero es seguro que con menos dispendio se hubiera podido modernizar, ampliar y equipar lo preexistente, para ponerlo en condiciones de atender a la Seguridad Social con plenas garantías de eficacia y dignidad humana. Nosotros, en realidad, no tenemos partido tomado: por una parte, como españoles nos satisface poder alardear de la mejor red hospitalaria del mundo; por otra, tememos que hubiéramos podido llegar a fines de similar eficacia con menor carga financiera. Pero no es esa la cuestión: la cuestión es que la razón única o al menos primordial que se daba para no coordinar, era que no se podía admitir la hospitalización conjunta en el mismo centro de asegurados e indigentes. Ahora, por el simple cambio de denominación y dueño, si es posible lo que hace diez años parecía un dislate.

Y conste que el Vocal que suscribe no se opone a esta hospitalización en común, antes al contrario, la encuentra perfectamente lógica y saluda con júbilo la implantación de la hospitalización médica, subsanando un viejo defecto de nuestro sistema de Seguro de Enfermedad, por tener la convicción de que tal medida redundará en beneficio de los enfermos, progreso de la ciencia médica, ahorro de jornadas de trabajo, disminución de situaciones de invalidez y moderación de la prestación farmacéutica. Pero lo que no está tan claro es que no se pueda o no se haya podido llegar a tal medida mediante un sistema de concierto y subvención en el pasado y se haya de recurrir en el futuro a la

transferencia de bienes y servicios para, en definitiva, obtener lo mismo, hospitalización médica para todos sin distinción de matices.

Y lamento tener que insistir sobre estos mismos aspectos, para contraargumentar a lo que en algún punto de la exposición de motivos se dice, como justificación de estas medidas. Porque si bien es cierto que muchos de los antiguos usuarios de los servicios generales, provinciales y municipales, han sido transferidos al campo de los Seguros Sociales, no es menos cierto que, a pesar de esa transferencia, continúan acudiendo a aquellos mismos servicios como se puede demostrar haciendo un recuento de las personas que los utilizan y averiguando la participación porcentual actual de los asegurados y beneficiarios del S. O. E. entre los asistidos por tales establecimientos. No, estos establecimientos del Estado, de la Provincia y del Municipio, a pesar de la modestia de sus medios, no ven «disminuir constantemente el número de pobres o pacientes para los que fueron creados». Es posible que este persistente favor público se deba más que a la excelencia de sus instalaciones materiales, a la calidad de la medicina que en ellos se dispensa y al viejo crédito de que disfrutaban. Modernizarlos, allí donde esto sea necesario, será una gran obra; utilizarlos para la Seguridad y Asistencia Sociales será una inteligentísima medida, pero no parece necesario llegar a la transferencia de bienes ni servicios ni argumentar con una *desocupación de cuerpos o establecimientos* que en la realidad no existe.

## TITULO SEPTIMO

### De la organización de la Seguridad Social

#### Base LXI

No nos sugiere ningún especial comentario.

#### Base LXII

Se previene en el apartado 2 la creación de una nueva Subsecretaría

ría de Seguridad Social, dependiente del Ministerio de Trabajo, para regular la competencia y funciones de la Administración del Estado respecto a la Seguridad Social, tal y como esta debe entenderse en el Anteproyecto. No nos parece que una Seguridad Social que integra en su seno amplísimos sectores de lo que es imprescriptible campo de acción de la Sanidad Pública pueda encuadrarse dentro de una Subsecretaría de ese título y dependencia. Estimamos por el contrario que cuanto se relacione con la asistencia médica, sea en régimen de Seguridad Social, sea de Asistencia Social, dependa del Estado, de la Provincia o del Municipio, debe encontrar su unidad de mando y uniformidad de organización en el organismo adecuado que no puede ser otro sino un Departamento de Sanidad de rango superior, para la mejor preservación de los intereses de los enfermos, de la salud pública en general, del progreso de la medicina desde el doble punto de vista científico y deontológico y de los intereses profesionales de los médicos. La única razón para hacer depender a la totalidad del Cuerpo Médico y al 90% de la asistencia médica del país de una Subsecretaría de Seguridad Social sería la motivación ponderal dineraria, pero nunca de la dirección adecuada, debida independencia de las materias sanitarias y organización encaminada al mejor progreso de la medicina. Ello nos parece a los médicos tan poco congruente como si nosotros pretendiéramos determinar el cálculo de las primas o cuotas u otros aspectos que constituyen materia actuarial de alta especialización, de la cual no entendemos. Pero de organización sanitaria y asistencia médica, sí; y además, somos los únicos que entendemos.

Parece por ende más adecuado que en el marco de esa Subsecretaría de Seguridad Social que se propugna con el asesoramiento de los organismos ya existentes, se estudie lo relativo a la definición de la Seguridad Social, establecimiento de su ámbito y límites, cálculo de cuotas y posibilidades de financiación, así como la repercusión

que el sistema pueda tener dentro de la economía nacional. Pero los establecimientos asistenciales y su organización y en general todo lo referente a materia médico-sanitaria, deberían quedar bajo la directa dependencia del Departamento de Sanidad, el cual recibirá la parte de cuota que corresponda a la prestación que es de su específica incumbencia y se responsabilizará en la ejecución de los fines de la Seguridad Social en dicha esfera.

#### Bases LXIV a LXX

Por lo que se refiere a las materias contenidas en las mismas, nos inclinamos a suscribir en líneas generales la redistribución de funciones que se perfila en el voto particular del Sr. Segurado (página 28 de su exposición de motivos, apartados a), b) y c). Nos parece más claro este sistema, que promueve el santo principio de una función para cada órgano con delimitación clara de la esfera de acción primitiva de cada uno y queremos destacar como importante en el articulado correspondiente que el Sr. Segurado propone lo que respecta a la preservación de la iniciativa privada, que las Leyes Fundamentales del Reino aconsejan fomentar, encauzar y solo suplir allí donde no exista, así como lo referente a la aplicación de excedentes y a la importancia de las misiones confiadas a las empresas.

### TITULO OCTAVO

#### **Del Procedimiento Administrativo y del Régimen Jurídico**

#### Bases LXXI a LXXIV

Carecemos de competencia sobre la materia por lo cual nos abstemos de comentarios acerca de las mismas.

### TITULO NOVENO

#### **De la Seguridad Social en el orden internacional**

#### Base LXXV

Se nos ocurre a este respecto un único comentario, que enlaza con

lo que al principio de esta exposición sugerimos: la amplitud que el Plan que estamos estudiando pretende conferir a la Seguridad Social en España ha de provocar forzosamente repercusiones sobre la renta nacional y, como consecuencia de las cuotas correspondientes a empresarios y autónomos, influirá en alguna manera sobre los índices de precios. En vísperas de la integración de nuestro país en sistemas económicos internacionales, convendría a nuestro modo de ver conocer previamente aquellas desviaciones e influencias en evitación de que unas y otras pudieran colocar a nuestra producción en situaciones incómodas dentro de los mercados internacionales comunes. En el seno de este Consejo existen personas que con plena autoridad podrán opinar sobre tan importante materia.

### TITULO DECIMO

#### **De la aplicación del Plan y del régimen transitorio**

#### Base LXXVI

No nos sugiere ningún especial comentario.

#### Base LXXVII

En su apartado 3 se especifica cuales vayan a ser las instituciones, oficinas, servicios y cuerpos «suprimidos como consecuencia de la nueva ordenación de la Seguridad Social». En el punto 4 se advierte que las transferencias no darán derecho a indemnización. Únicamente en el punto 5 y último se establece que se estudiará el modo de respetar los derechos que posea el personal afecto por estas reformas. Se apuntan en estos apartados riesgos graves para Cuerpos y grupos profesionales médicos. En efecto, la aplicación del principio de libre elección sin las circunstancias que en su lugar señalábamos, podría dar lugar a la desaparición de los derechos de los médicos actuales del S. O. E. La modificación del concepto de Beneficencia puede acarrear en último extremo la desaparición del Cuerpo de Médicos de A. P. D.

del de Tocólogos Municipales y de los restantes médicos de las Beneficencias Municipales y Provinciales. Aunque se estudie el modo de respetar los derechos adquiridos, es preciso tener en cuenta que todas las plazas médicas de los Cuerpos Facultativos del Estado, Provincia o Municipio, confieren, además de los derechos y honorarios correspondientes, una categoría profesional, que en nuestro país siempre ha tenido una valiosa cotización, de importancia en ocasiones equiparable a la de una Cátedra. Esta cotización profesional, inherente, sí, a la plaza misma pero independientemente de ella, no podría seguramente ser considerada en el cálculo de perjuicios en todo su auténtico valor.

Si a esto se añade un hecho indudable, que no ha sido todavía comentado con la extensión que merece y que se refiere a que un Plan de Seguridad Social de ámbito prácticamente total equivale a la desaparición absoluta de la clientela privada, no puede extrañar que la Clase profesional a la cual por delegación de su Consejo General representamos, vea con temor y desconfianza un programa en el que tan poco se le garantiza y tan menguado campo se deja bajo su dirección de aquello en lo que es específicamente competente. La clientela privada constituye un importante estímulo para la legítima competencia profesional de la que se derivan beneficios que repercuten sobre la calidad de la asistencia, sobre el progreso de la medicina y sobre el creciente prestigio de nuestros profesionales allende las fronteras. Es más que dudoso que este estímulo humano y naturalísimo, pueda ser sustituido con análoga eficacia por cualquier otro factor. No podrá merecer la aprobación de los médicos españoles ningún Plan de Seguridad Social en el que no quede resquicio ni posibilidad para la pervivencia del ejercicio libre de la profesión y tampoco podrá merecer la aprobación de nuestra Corporación un Plan en el que todo lo referente a asistencia médica y sanidad, entendida ésta como repetidamente hemos anunciado en su triple e inseparable vertiente profiláctica, curativa y reparadora, así como lo atinente a relaciones entre médicos y enfermos, organización y régimen interno de dispensarios y hospitales y demás aspectos técnicos de la profesión en vez de ser

encuadrado en un Organismo Político y Administrativo de rango suficiente y autonomía satisfactoria, permanezca diluido con los restantes aspectos de la Seguridad Social dentro de una Subsecretaría de este título, de la Sanidad y la Asistencia Médicas no serían sino meros apéndices.

Reconociendo como reconocemos el elevado espíritu que ha presidido la redacción del Anteproyecto de Ley de Bases del Plan Nacional de Seguridad Social y aún aplaudiendo algunos aspectos parciales del mismo, como la declaración genérica del principio de unificación y simplificación y la hospitalización médica, por las razones apuntadas a lo largo de esta exposición emitimos en nombre de la representación que ostentamos nuestro voto en contra de la totalidad del mencionado Anteproyecto del Plan Nacional de Seguridad Social, formulando a la vez, a título de proposición constructiva la que se proceda a una reconsideración de los supuestos que han motivado el estudio, sin olvidar dos aspectos, a nuestro juicio de importancia primordial: uno de ellos es la representación que desde el primer momento deben tener los médicos en la Comisión o Comisiones que hayan de reconsiderar el problema, representación que entendemos doble, esto es, de sus Organismos políticos (Sanidad Pública) y Profesionales (Colegios); es el otro que aunque ello suponga una demora, en nuestro entender será preferible antes de estudiar el «que» de la Seguridad Social, profundizar debidamente en el «cuanto» o sea conceder primacía a los estudios económicos que han de puntualizar cual haya de ser el impacto sobre la renta nacional de lo que en principio se pretenda realizar en materia de Seguridad Social, antes de redactar un Anteproyecto de Ley de Bases que obligue a que aquella discorra por caminos preestablecidos.

*Los colegiados solteros deben suscribir los grupos máximos de Enfermedad-Invalidez de Previsión Sanitaria Nacional; los casados, además del grupo XIX de la Sección de Vida; no se arrepentirán nunca*

## MUNDO MEDICO

### Trabajos sobre la Hemofilia

Londres.—Se acerca el momento en que, gracias a los trabajos del Consejo de Investigación Médica de la Gran Bretaña y de médicos y hospitales de Oxford, así como de dos firmas británicas, se pueda disponer de un tratamiento que permita salvar la vida de muchos hemofílicos en casos de urgencia. Los trabajos que han conducido a este resultado son mayormente bioquímicos. La investigación se ha concentrado en el mecanismo de la coagulación, y los conocimientos sobre este particular han aumentado en estos últimos diez años gracias a los experimentos de hombres de ciencia. Merced a ellos se ha llegado a conocer que la sangre del hemofílico carece de un componente llamado «factor antihemofílico o A. H. F.», asociado con una de las globulinas; se ha podido extraer de la sangre la globulina asociada con el factor antihemofílico y se ha descubierto que la sangre de animales como ganado vacuno y de cerda, tiene un factor antihemofílico veinte veces mayor que el de la sangre humana. Basados en ello, dos laboratorios se dedican a producir A. H. G. El único inconveniente es que la actual globulina antihemofílica es un antígeno. Así que solo es recomendable para un caso de verdadera urgencia. Naturalmente, los hombres de ciencia de estos laboratorios continúan asiduamente sus trabajos para conseguir un producto puro sin la propiedad antigénica. Y lo han conseguido, solo que hasta ahora este último experimento se ha realizado con ratas, únicamente.

*Los derechos pasivos del Estado, Provincia, Municipio o de otros Organismos, necesitan el complemento de los Subsidios de Enfermedad-Invalidez y Vida de Previsión Sanitaria Nacional; su coste es reducido como corresponde al mutualismo profesional.*

# HOJA INFORMATIVA

## DEL COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE TERUEL

Sr. D. \_\_\_\_\_

MEDICO

---