



# HOJA INFORMATIVA

DEL COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE TERUEL

Depósito Legal TE 9 - 1958

ENERO DE 1959

NUM. 49

## Asamblea de Médicos del S. O. E. de España

El día 4 de diciembre, en el Salón de Actos del Consejo General de Colegios Médicos, a las cinco de la tarde, se celebró la sesión de apertura de esta Asamblea Nacional, constituyéndose la Mesa presidencial por el Ilmo. Sr. D. Antonio Martín Calderín, en representación del Consejo General de Colegios Médicos de España; el Dr. Cano, Inspector Nacional de Servicios Sanitarios del S. O. E. y la Junta Central de Médicos del S. O. E.

El Secretario Nacional, Dr. Grañén, recibió las credenciales de los representantes provinciales, que acuden a la Asamblea, algunas delegaciones, como Barcelona, en pleno su Junta de Sección, asistiendo igualmente la totalidad de las provincias.

El Presidente Dr. Sánchez Mosquera, tras unas palabras de salutación a los compañeros assembleístas, hace votos porque esta reunión sea fructífera en su trabajo en favor de las Clases Sanitarias del S. O. E. saliendo de ella conclusiones en beneficio de la colectividad.

Después el Dr. Calderín saluda a todos los representantes y señala su punto de vista sobre el problema latente en la Clase del futuro Plan de Seguridad Social.

El Inspector Nacional del S.O.E. Dr. Cano, lee su discurso inaugural a la Asamblea, en que estudia el problema actual del Seguro, notificando la aprobación por la Superioridad de las 2,20 ptas. a los médicos de zona; el problema de los especialistas congelados; prestaciones sanitarias del personal del S. O. E. y otras reivindicaciones que tiene planteadas la Clase Sanitaria.

Por último, oficiosamente, da cuenta de sus noticias acerca del futuro Plan de Seguridad Social,

notificando a la Asamblea que puede asegurarse nada ha de variar con respecto al actual plan de organización del S. O. E. y lo ya establecido; así como que sus representaciones serán tenidas en cuenta en dicha reglamentación.

Acto seguido se lee y pone a discusión la ponencia de Vizcaya sobre «el reconocimiento de la anti-

güedad en el servicio a efectos de aumentos periódicos en las remuneraciones, es un acto de justicia imprescindible e insoslayable», defendida por el compañero Dr. Reparaz.

Después de la intervención de algunas delegaciones, que se ratifican en el criterio sustentado por  
(pasa a la pág. 3.ª)

## Comentarios a un año de ejercicio

Dr. Felipe Hidalgo Cordero

### Nariz y senos paranasales

Representa la patología nasal el punto de partida de la mayoría de las afecciones del resto de la especialidad y cuando no de vías respiratorias bajas. Cuantas hipocusias, extirpaciones de amígdalas laringitis crónicas, bronquitis, etc. se evitarían si se tratara adecuadamente y a su debido tiempo determinados procesos nasales.

### Vegetaciones adenoideas

Los casos vistos con cierta independencia, puesto que casi siempre va asociado a una hipertrofia de amígdalas, producen la mayor parte trastornos auditivos y etitis;

(continúa en la pág. siguiente)

## Feliz y Próspero Año Nuevo

*Esta Hoja Informativa, desea o todos sus lectores un feliz y próspero Año Nuevo.*

(viene de la pág. anterior)

## Comentarios de...

otros digestivos y catarras descendentes y que responden maravillosamente a su extirpación. La medicación prolongada puede ser perjudicial por alterar la función de la mucosa nasal. No puedo dejar de citar aquí un enfermo de 7 años intervenido recientemente, con una sordera acentuada de oído izquierdo. A los cuatro días de operarle inició la recuperación y a los 15 días oía normalmente.

### Epistaxis

La mayoría de los casos proceden de la parte anterior del tabique, denominándose mancha vascular del tabique o de Kiesselbach. Pueden ser de causa local o general. Un correcto taponamiento y hemostáticos suelen dar buen resultado; cuando no cauterización química o eléctrica. Tratamiento de la causa general si la hubiera. Interesante fué un enfermo enviado por su rebeldía a cohibirse con los medios habituales. Pude apreciar una mucosa sospechosa de alguna alteración sanguínea. Estudiado el enfermo fué diagnosticado de leucemia, falleciendo poco después. Otro caso de interés, que cito aquí aunque fué visto hace unos años, es el de un enfermo cuya epistaxis no cedía a pesar de llevar unos días con hemostáticos y taponamiento. A los cuatro días de iniciar el tratamiento vi con sorpresa que «lo derivaron». Censurada mi actuación fué sometido a diversos tratamientos sin ningún resultado; en su inquietud este sujeto se fué posteriormente a Valencia. En este deambular fué diagnosticado de probable cáncer de hígado ya que tenía una hepatomegalia con epistaxis concomitante. Pasado un mes volvió a mi consulta y la mucosa seguía igual. Inicié de nuevo el tratamiento que en un principio me había propuesto. Comentando con el médico de cabecera de las pocas probabilidades del supuesto cáncer, puesto que el enfermo a pesar de la pérdida de sangre tenía un buen aspecto, e investigando llegamos a diagnosticar unas fiebres de Malta. Hecho el oportuno tratamiento curó el enfermo y hoy vive libre de todo malestar.

### Desviación de tabique

Una intervención que me sedujo desde que inicié la especialidad. En un principio vi los magníficos resultados que de ella se obtenían, haciendo una correcta resección submucosa. He hecho unas cuantas en el año que comento, sin que tenga que arrepentirme de ninguna de ellas. Unos han visto desaparecer radicalmente su rino-faringitis crónica y catarras descendentes que padecían años atrás. Un asmático mejoró notablemente de su afección. Y los más su sordera de mayor o menor grado, que iba en aumento progresivamente. Hoy que tanto se escribe de los tratamientos quirúrgicos de las hipocusias, como se olvida de la bondad de la intervención de tabique en muchos enfermos. Tengo casos verdaderamente teatrales y que me extenderé en el tema de oído. Pero insisto que hay que hacer una profilaxis de las sorderas y este es un buen renglón en esta batalla.

### Hipertrofia de cornetes

Podía repetir lo dicho para el tabique nasal. Cuando procede una cauterización, qué beneficios con esta intervención sencilla y sin molestias para el paciente.

### Sinusitis

Podíamos denominar el año 1958 como el año de las sinusitis. Creo que durante él he visto más enfermos que en el resto de los años de mi ejercicio. Rebeldes muchas de ellas a todo tratamiento, que no ha sucedido en otras ocasiones en tan elevado porcentaje, ha habido que resolverlas con tratamiento quirúrgico. Achaco esta rebeldía a que hayan sido producidas por virus; hay que señalar que a partir de la gripe asiática se inició esta cuantía de enfermos. En un caso en que fué preparada autovacuna, en el bacteriograma practicado se halló el paracoli en un cien por cien. En alguno de ellos se decidió la intervención por los síntomas típicos de esta dolencia: cefaleas, astenia, exudación intermitente, generalmente fétida, etc., etc.

Tres casos por padecer neuritis retrobulbar, diagnosticados por el doctor Serrano, quien aconsejó la

intervención. El primero de ellos tenía una pansinusitis y se hizo una trepanación de senos maxilar, etmoidal y esfenoidal según técnica de Ermiro de Lima (vía transmaxilar). El informe del citado compañero fué el siguiente:

29-III-58. Antes de la intervención.

O. D.—Bultos a medio metro.

O. I.—Dedos a un metro.

16-XII-58. Después de la operación.

O. D.—Dedos a un metro.

O. I.—Recuperación  $1/4=0'25$ .

El segundo padecía una sinusitis maxilar y etmoidal. Además de la trepanación hubo que extirparle sus amígdalas

Informe:

O. D. Corioretinitis diseminada de origen fímico. Pérdida visión total.

O. I. Neuritis retrobulbar aguda.

Antes de la intervención pérdida visión a bultos a medio metro. Después de la intervención recuperación funcional de  $1/4=0'25$ .

Finalmente el último operado, hace quince días al escribir estas líneas, solo tenía afectados etmoides, informándome lo siguiente:

O. D.—Pérdida total visión antes de intervenir. A los quince días recuperación funcional  $1/4$  de visión.

Los tres casos citados con síntomas campimétricos típicos de la afección.

El pronóstico de ellos, de no haberse intervenido, pérdida total visión.

### Sinusitis y asma bronquial

He aquí un tema de interés que hago mención especial.

Uno de los enfermos que ha acudido a mi consulta viene padeciendo de repetidos accesos asmáticos y cuando le vi tenía una sinusitis maxilar bilateral y probablemente etmoidal, además de un nido de pólipos que obstruía casi por completo las fosas nasales. Yo le aconsejé, siempre que no hubiera contraindicación, se extirparan sus pólipos y tratar la sinusitis, que incluso se intervendría si no se corregía con tratamiento médico. Ha sido censurada reiteradamente mi postura y que el enfermo hiciera

(continúa en la 7.ª pág.)

(viene de la pág. 1.<sup>a</sup>)**Asamblea de Médicos...**

la ponencia, se aprueba ésta por unanimidad, solicitando de la Superioridad la concesión de cuatrienios y otras mejoras de antigüedad laboral.

A continuación se lee la segunda ponencia «Afilación y Cotización en el Seguro Obligatorio de Enfermedad» de la Sección de Madrid, por el Dr. D. Juan Rufilanchas, en la que de manera clara y contundente se ponen en evidencia los actuales fraudes que existen en estos Departamentos y que lesionan grandemente la economía de los facultativos que en la Obra prestan sus servicios.

En ella se dan soluciones para paliar este estado de hechos y después de la intervención de las delegaciones de Madrid, Cáceres, La Coruña, Salamanca, Málaga, Murcia y Avila, que aportan datos muy valiosos afirmativos de lo que en la ponencia se detalla, se sugiere por La Coruña el fraude que suponen los accidentes de tráfico y los enfermos crónicos; por Málaga, los asegurados dados de alta y baja en el mismo mes y que no se reflejan en la nómina de honorarios; Murcia de manera clara y en detallado estudio, plantea el problema del agro español y propone la Habilitación Colegial de los Colegios que lo soliciten y, por fin, Avila propone la extensión del médico de familia en la nueva modalidad Pediatría-Puericultura de Zona.

El Dr. Rufilanchas contesta a las diferentes delegaciones, aceptando las sugerencias de La Coruña, Murcia y Avila, añadiendo sus interesantes puntos de vista a la ponencia.

Por unanimidad es aprobada la Ponencia con las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup>—Que del 60 % que de las multas a empresas y asegurados por fraude en afiliación y cotización se dedica al fondo del Ministerio, se detracte un 40 %, para la Mutualidad del Personal Sanitario del S. O. E. en incremento de dicha Mutualidad.

2.<sup>a</sup>—Que las altas y bajas de un mismo asegurado en el mes, se reflejen en la nómina de honorarios del personal sanitario.

3.<sup>a</sup>—Que se cree la Caja de Afiliación y Cotización Unica, dependiente del I. N. P. por el sistema más idóneo. con el fin de que exista un solo Organismo responsable en los fraudes que puedan demostrarse en dicha afiliación y cotización

4.<sup>a</sup>—Que se legisle de manera clara la prestación sanitaria a los asegurados y beneficiarios en los casos de accidentes de tráfico y enfermos crónicos.

5.<sup>a</sup>—Que se instaure inmediatamente en sectores-zonas de población, el antiguo concepto de Médico de Familia a fin de dar prestigio y estímulo al facultativo en el S. O. E.

Que como consecuencia del apartado anterior, se reglamente la inamovilidad del asegurado, ante el cambio de empresa u otras circunstancias, respecto a su médico de familia, y mientras sea voluntad del mismo o del facultativo.

Y que todas las cartillas de asegurados a la Obra que viven en el mismo domicilio, sean asignadas al mismo médico de familia, de no existir petición expresa en contra.

Dado lo avanzado de la hora, se suspende la sesión hasta las 10 de la mañana del día 5.

El día 5, a las 10,15 se abre la sesión, presidida por el Dr. Sánchez Mosquera y la Junta Central, poniéndose a debate la ponencia de Valencia «Creación del Cuerpo de Médico» del S. O. E., sus ventajas e inconvenientes», del compañero Dr. Soler Andreu.

Terminada su lectura por dicho compañero, intervienen numerosas delegaciones como Valencia, Madrid, Barcelona, Tarragona, Santander, Burgos, Murcia, Cádiz, etc.

Casi todos se muestran partidarios de no dar solución definitiva a la calificación y creación del referido Cuerpo Orgánico de Médicos del S. O. E. y después de animada discusión se llega a la conclusión de proponer a la Mesa se nombre una Comisión que estudie el problema y sugiera conclusiones más aceptables en la próxima Asamblea.

Acto seguido y dado que la sesión de la tarde será ocupada en gran parte por el discurso que el Jefe de Prestaciones Sanitarias del

S. O. E. Dr. Bosch Marín, dirigirá a la Asamblea, se ponen a discusión diversas comunicaciones de provincias elevadas a la Mesa.

A la una y media se aplaza la sesión hasta las cinco de la tarde en que continúan las comunicaciones y ante el tiempo que ocupa la discusión de cada una, se acuerda por unanimidad se lean y pasen a estudio de la Junta Central para su elevación a la Superioridad.

El Dr. Rufilanchas, en representación de Madrid, plantea una cuestión previa, para comunicar a la Asamblea que merced a las gestiones de la Sección de Madrid, los Laboratorios Iby's han aprobado la edición del libro de ponencias y conclusiones de esta Asamblea esfuerzo que supone la cantidad de unas 400.000 ptas. en un número de 30.000 a 35.000 ejemplares, pidiendo un voto de gracias para dichos Laboratorios, lo que se aprueba por aclamación entre grandes aplausos por el esfuerzo que supone su valioso obsequio.

A continuación se da lectura a la ponencia de Barcelona «Los honorarios médicos en el Seguro de Enfermedad», por su ponente doctor Alzamora, quien hace un estudio exhaustivo de dicho tema, con profusión de datos y gráficos, y en el que se pone al día su importancia, llegando a la conclusión de la necesidad de igualar los honorarios del personal médico del S.O.E. a nivel de la iguala mínima establecida por los Colegios Médicos, a fin de equilibrar el actual nivel de vida y devaluación de la peseta con dichos honorarios,

Entre unánime aprobación y aplausos que se prolongan varios minutos, el Dr. Alzamora y la Sección de Barcelona, ven aprobada su ponencia de manera definitiva.

A las ocho de la noche el doctor Bosch Marín, en elevado y valiente discurso, hace un estudio ante la Asamblea de la actual situación del problema sanitario español en relación con el Seguro de Enfermedad, afirmando rotundamente como muchas de las imperfecciones derivan de la falta de una política sanitaria adecuada; del defecto de origen de prestaciones farmacéuticas dispensadas con una liberalidad no igualada por regímenes si-

milares; de gastos dobles de edificaciones y creación de residencias a su juicio innecesarias y que hubiesen economizado cuantiosas sumas, ampliando y modernizando las ya tradicionales existentes, lo que motiva que en algunas provincias no haya enfermos para unas y para otras.

Por último, el Dr. Bosch Marín enfoca de una manera oficial el temido problema del Plan de Seguridad Social, afirmando tiene autorización para decir que nada se modificará de lo hecho, que puede asegurar a la Clase Médica se le dará intervención en su confección no perjudicándose ningún interés creado.

El Dr. Crespo Alvarez, que preside, cierra el acto pidiendo en nombre del Consejo de Colegios Médicos, que la intervención de la Clase Sanitaria en la confección de dicho Plan no se haga cuando ya se haya elevado al Consejo de Ministros y a las Cortes, sino inmediatamente, desde el primer momento; en forma de representaciones corporativas y de los Médicos del S. O. E.

Por último, el día 6, a las diez de la mañana, se abre la sesión de clausura, con las intervenciones de varias delegaciones a la ponencia de Barcelona, que en frases de elogio felicitan al ponente y Madrid se muestra contrario a la aceptación de la iguala complementaria que propugna dicha Sección; Murcia nuevamente hace un estudio detallado y al día de dicho problema, relacionándolo con la Seguridad Social. Cádiz y otros dan atinadas sugerencias y el Dr. Alzamora contesta, quedando aprobada por unanimidad.

Acto seguido se leen varias comunicaciones que pasan a estudio de la Mesa y por último se pone a votación, tras profusa discusión, la comunicación de Santander sobre «Seguridad Social».

Se suspende la sesión para redactar las conclusiones que serán elevadas a la Superioridad y que son discutidas y aprobadas por unanimidad.

El Presidente de la Junta Central, Dr. Sánchez Mosquera, saluda a las Jerarquías y les agradece su presencia en la sesión de clausura.

Dice que los representantes de los médicos del Seguro de toda España, durante cuatro jornadas intensivas se han dedicado al estudio de los múltiples problemas del S. O. E. con la mirada puesta en el beneficio de España y en el mejor servicio de los enfermos. Pide que de acuerdo con el ruego hecho por la Corporación Médica, se de participación a la representación de la misma en las Comisiones encargadas del estudio inicial del Plan Nacional de Seguridad Social y que de esta Comisión formen parte los representantes de los médicos del S. O. E. por su experiencia en el mismo.

Finalmente el Dr. García Orcoyen, Director General de Sanidad, clausura la Asamblea con un discurso en el que vuelve a reafirmar las promesas de anteriores Jerarquías de que nada se hará sin participación de la Clase Médica, siendo calurosamente aplaudido, cerrándose esta Asamblea en la que se ha demostrado una unanimidad de criterio y poniéndose en evidencia la decisión de la Clase Sanitaria del S. O. E. de defender sus derechos.

### Conclusiones adoptadas por la Asamblea de Representantes de las Secciones Colegiales de Médicos del Seguro Obligatorio de Enfermedad celebrada en Madrid los días 4, 5 y 6 de diciembre de 1958

1.<sup>a</sup> Nos reafirmamos en todas las conclusiones aprobadas en la anterior Asamblea insistiendo nuevamente en la satisfacción de las que todavía no han sido resueltas.

2.<sup>a</sup> No aceptaremos ningún Plan de Seguridad Social que en su estructuración inicial carezca de la participación directa de los Organismos representativos de la Clase Médica, ratificandonos en la tercera conclusión de nuestra Asamblea anterior de noviembre de 1957, que pedía dicha intervención. Teniendo en cuenta que en los momentos actuales se está procediendo a elaborar un Anteproyecto de tal Plan, recabamos la im-

prescindible intervención de los médicos, dando así cumplimiento a lo que establece la conclusión 15 de la Asamblea celebrada en Ginebra por la Asociación Internacional de Seguridad Social el año 1957. En consecuencia, pedimos la inmediata participación de la Clase Médica, por medio de nuestros genuinos representantes, entre los que habrá de figurar representación de los profesionales que prestan servicio activo dentro del S. O. E. para evitar nuestra responsabilidad en las imperfecciones de un sistema asistencial elaborado sin las precisas garantías de nuestra aportación técnica facultativa en Medicina Social.

3.<sup>a</sup> Que con carácter preferente en nuestras reivindicaciones económicas, se aplique al personal sanitario del Seguro Obligatorio de Enfermedad, el derecho de antigüedad laboral, con la concesión de cuatrienios, equiparándolo así al resto de funcionarios técnicos sanitarios del Organismo gestor del S. O. E. Estos cuatrienios deberán tener efectividad a partir del comienzo de la prestación de servicios en la Obra.

4.<sup>a</sup> Que se establezca la Caja de Afiliación Unica para evitar los constantes fraudes que se producen con el actual sistema.

Entendemos que debe restablecerse el concepto de médico de familia en las Zonas actuales del S. O. E., respetando la inamovilidad del asegurado con respecto a su médico, sin perjuicio de su libertad de elección.

5.<sup>a</sup> Que habida cuenta de la escasez de las retribuciones iniciales de los médicos del S. O. E. y su despreocupación con el coste actual de la vida, procede el aumento inmediato de sus emolumentos al nivel del módulo de la iguala mínima, como salario base, actualizada en cada momento por nuestros Organismos representativos. Para ello consideramos ineludible y justa la aportación estatal que permita esta unánime aspiración de los médicos del S. O. E.

6.<sup>a</sup> Teniendo en cuenta que el nuevo sistema tributario neutraliza las mejoras económicas alcanzadas en el mes de marzo último se solicita una compensación an-

# Disposiciones Oficiales

*Ley de 26 de diciembre de 1958 sobre reorganización del escalafón del Cuerpo de Médico Titulares.*

Con objeto de regularizar la provisión de vacantes de Médicos Titulares, se han ido dictando sucesivamente numerosas disposiciones, inspiradas todas ellas en una triple exigencia; la rigurosa necesidad teórica de poner fin a viciosas prácticas de nuestra Administra-

ción que redundaban en una deficiente selección de funcionarios, tanto Sanitarios como Administrativos; la consideración humana de que numerosos facultativos han dedicado muchos años, quizá los mejores de su actividad, al servicio de la Administración y de la Sanidad Nacional y alcanzan ya edades inadecuadas para encauzar su vida por los derroteros de la oposición, y, en último lugar, un sistema mixto acreditativo de experiencia profesional y de suficiencia mediante prueba adecuada.

Así, junto a la Ley de Coordinación Sanitaria, la de Bases de la Sanidad Nacional y, más modernamente, el Reglamento Jurídico vigente en la materia, existen la Orden de quince de diciembre de mil novecientos veintisiete que disponía el ingreso de los Médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional en el de Médicos Titulares; el Real decreto de dieciséis de mayo de mil novecientos treinta que suspendía las oposiciones y las sustituía por certificados de asistencia a cursillos de Prácticas Sanitarias y ampliación de conocimientos higiénicos; la Orden de veintinueve de septiembre de mil novecientos treinta y cuatro aprobando el Reglamento del Cuerpo de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria que consolidaba en propiedad al Médico interino que llevase más de cinco años desempeñando sin interrupción una misma plaza, e incluso, a los que teniendo algún defecto de origen, no hubieran sido objeto de recurso en contra: y dentro de otros Cuerpos, pero en la propia esfera de la Administración Local, el Decreto de treinta de mayo de mil novecientos cincuenta y dos, que establece un procedimiento especial para normalizar la situación de los interinos, temporeros y eventuales del Servicio de Administración Local.

7.ª Que se conceda a los Colegios de Médicos la Habilitación Única de los haberes de los médicos del S. O. E., cuando aquellos lo soliciten.

8.ª Que se restablezca la Jefatura Nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad y que ésta sea regida por un médico.

La Asamblea encarga a la Junta Central de las Secciones provinciales de Médicos del S. O. E. la elaboración de un informe donde se recojan todas las aspiraciones reflejadas en las distintas comunicaciones que se han desarrollado durante la misma, articulándolas debidamente para su presentación a las Jerarquías.

Conviene destacar para conocimiento de todos que, las altas personalidades que nos han hablado, lo han hecho con toda sinceridad en sus manifestaciones; el tener un estudio completo de los temas tratados, así como su gran responsabilidad contraída con la Clase Médica, por lo que respecta al Plan Nacional de Seguridad Social, exponiendo en este tema tan temido por todos, sus puntos de vista que desde luego nos satisfizo a todos los presentes.

La ponderación de nuestro Director General de Sanidad en su discurso de clausura, fué altamente elogiado por todos los asistentes a la Asamblea, llevando a nuestro decaído espíritu, la esperanza de que todo cuanto se haga será con intervención de la representación de las clases sanitarias. El Doctor García Orcoyen, nos entusiasmó en su intervención, por lo que nos dijo, cómo lo dijo y por la responsabilidad que ha contraído con las clases sanitarias y consigo mismo.

cuyo ejercicio profesional cubre de una manera amplia las necesidades asistenciales rurales en unas condiciones de inestabilidad que es preciso corregir con toda urgencia, no solo en cumplimiento de aquellos postulados, sino pensando en la propia conveniencia del servicio.

En su virtud, y de conformidad con la propuesta elaborada por las Cortes Españolas,

## DISPONGO:

Artículo primero.—El Escalafón del Cuerpo de Médicos Titulares constituido por los ingresados en él hasta la fecha, se continuará con los que anualmente ingresen por oposición, conforme a las normas vigentes. Dicho Escalafón será designado con la denominación de «Escalafón A».

Artículo segundo.—Con los Médicos interinos que lo soliciten se formará un «Escalafón B» de Médicos Titulares, siempre y cuando reunan y cumplan dichos Médicos las condiciones siguientes:

a) Haber desempeñado una titular o varias titulares como interino durante dos años con anterioridad a la fecha de su solicitud.

b) Informe favorable sobre su actuación profesional del Jefe Provincial de Sanidad respectivo.

c) Compromiso de realizar un curso sobre Sanidad local, en el plazo máximo de un año, a partir de su inclusión en dicho «Escalafón B», superando las pruebas de suficiencia que en el mismo se determinen. Dichos cursos deberán ser organizados por la Jefatura Provincial de Sanidad respectiva, conforme a lo que disponga el Ministerio de la Gobernación.

Artículo tercero.—En abril de cada año se convocará para cubrir plazas vacantes, el correspondiente concurso de prelación entre los Médicos del «Escalafón A» que quedará resuelto en el mes de julio siguiente.

Artículo cuarto.—Las plazas que quedaren vacantes en el concurso a que se refiere el artículo anterior, serán convocadas seguidamente y, en todo caso, antes del mes de octubre de cada año, a oposición libre que deberá quedar terminada en marzo del año siguiente. Re-

suelto el concursillo para provisión de destinos entre los aprobados en dichas oposiciones, quedarán incorporados al «Escalafón A».

Artículo quinto.—En el mes de julio de todos los años y con las plazas que hayan quedado desiertas en la oposición, se convocará un concurso de traslado entre los componentes del «Escalafón B», que hayan realizado el cursillo a que se refiere el párrafo c) del artículo segundo.

Para la resolución de este concurso se dictarán las normas adecuadas por el Ministerio de la Gobernación.

Artículo sexto.—A los Médicos ingresados en el «Escalafón B», les será reconocido, a efectos de quinquenios y derechos pasivos, el tiempo de servicios prestados a partir de su inclusión, siendo este tiempo computable en los concursos para provisión de plazas del «Escalafón B».

A los Médicos del «Escalafón B» que ingresen en el «A» por oposición, se les reconocerá en éste el tiempo de servicios que en aquél tenga acreditado, que surtirá efectos en los concursos de prelación del «Escalafón A».

Artículo séptimo.—A partir de la fecha de promulgación de esta Ley los actuales Médicos interinos en quienes concurren y que cumplan las condiciones del artículo segundo, solicitarán su su inclusión en el «Escalafón B», mediante instancia dirigida a la Dirección General de Sanidad. En lo sucesivo, los Médicos que lleven dos años de interinidad, y que igualmente reunan y cumplan las condiciones del artículo segundo, podrán solicitar de la Dirección General de Sanidad su inclusión.

Artículo octavo.—Por el Ministerio de la Gobernación se dictarán las disposiciones complementarias para la ejecución de la presente Ley.

Artículo noveno.—Quedan derogadas cuantas disposiciones se opongan a lo establecido en esta Ley.

Dada en el Palacio de El Pardo a veintiséis de diciembre de mil novecientos cincuenta y ocho.

Francisco Franco

*LEY de 26 de diciembre de 1958 sobre régimen de quinquenios del personal de los Cuerpos generales de la Sanidad Local.*

El artículo segundo de la Ley de treinta de marzo de mil novecientos cincuenta y cuatro disponía

que el personal de los Cuerpos Generales de la Sanidad Local habría de disfrutar de quinquenios de la misma cuantía anual a la de los que en dicha fecha le estaban atribuidos, y la disposición final de la misma Ley autorizaba al Gobierno para que, a propuesta del Ministerio de la Gobernación y mediante Decreto de éste, se unificara aquel régimen de quinquenios sobre la base de percepción de ellos más favorable.

Es evidente que, teniendo en cuenta las diferentes disposiciones que regulan el régimen de quinquenios del personal citado e interpretando la autorización conferida por la precitada Ley en un sentido restrictivo, la unificación requerida, prescindiendo de la cuantía de cada quinquenio, sería a base de otorgar un número de quinquenios no superior a cinco, tal como quedan regulados en la Orden de veintinueve de febrero de mil novecientos cuarenta y Decreto de treinta de mayo de mil novecientos cuarenta y uno.

Sin embargo, la casuística legislación reguladora de los derechos de los funcionarios de la Administración Local, viene concediendo a los mismos un número máximo de ocho quinquenios, consistente cada uno en un diez por ciento del sueldo consolidado, teniendo esta consideración el sueldo base y los aumentos quinqueniales.

Si a este principio general se añade el hecho de que muchos Municipios sometidos al régimen de excepción regulado por el artículo tercero del Decreto de diecisiete de noviembre de mil novecientos cincuenta y tres conceden a su personal sanitario un número y cuantía de quinquenios superior al establecido para el personal de los Cuerpos Generales de la Sanidad Local, resulta obvio considerar que dicho personal se encuentra en una evidente situación de desigualdad con el resto del personal al servicio de las Entidades Locales.

Recabadas diversas informaciones y coincidentes los criterios interpretativos, tanto de la Dirección General de Administración Local como de la de Sanidad, parece conveniente cifrar asimismo en

ocho el número máximo de los quinquenios a otorgar al personal de referencia, calculando su importe de tal forma que, al alcanzarse el último, la totalidad del sueldo consolidado suponga, por lo menos, para el funcionario el cien por cien del sueldo base inicial. Esta interpretación extensiva de la autorización otorgada por la disposición final de la Ley de treinta de marzo de mil novecientos cincuenta y cuatro rebasa la posibilidad de que la referida unificación tenga lugar mediante Decreto.

En su virtud, y de conformidad con la propuesta elaborada por las Cortes Españolas,

#### DISPONGO:

Artículo primero.—La cuantía de cada quinquenio adquirido o que se adquiriera en los Cuerpos Generales del Personal de los Servicios Sanitarios Municipales será:

- a) Médicos titulares: mil quinientas pesetas.
- b) Médicos de Casas de Socorro y Hospitales Municipales: mil quinientas pesetas.
- c) Médicos Tocólogos titulares: mil doscientas cincuenta pesetas.
- d) Farmacéuticos titulares: mil pesetas.
- e) Veterinarios titulares: mil quinientas pesetas.
- f) Odontólogos titulares: mil pesetas.
- g) Practicantes titulares: setecientas cincuenta pesetas.
- h) Matronas titulares: quinientas pesetas.

Artículo segundo.—El número máximo de quinquenios a disfrutar por cada funcionario será de ocho.

Artículo tercero.—Por los Ministerios de Hacienda y Gobernación se dictarán las disposiciones necesarias para la efectividad de esta Ley, que entrará en vigor con efectos de primero de julio de mil novecientos cincuenta y ocho.

Artículo cuarto.—Quedan derogadas cuantas disposiciones se opongan a lo establecido en la presente Ley.

Dado en el Palacio de El Pardo a veintiséis de diciembre de mil novecientos cincuenta y ocho.

Francisco Franco

(viene de la 2.<sup>a</sup> página)

ra caso omiso de mis indicaciones. Sin detenerme en su etiología que no entra dentro de la brevedad que me he propuesto al exponer estas consideraciones, sabemos que una de las causas, que todos los autores citan, es por alergia bacteriana y que tan detenidamente ha estudiado pacientemente el doctor Manzanete, quien da un porcentaje elevado de asmáticos por la citada sinusitis. Pues bien, aun admitiendo que no fuera este el caso, su insuficiencia respiratoria nasal ya es un factor a tener en cuenta y que interesa eliminar. Y por el hecho de tener una sinusitis, olvidándose de todo lo demás es un enfermo en este sentido y como tal hay que tratarlo. Lo someto a la consideración de todos. Precisamente en este año he visto un enfermo con un acceso brutal de asma que su comienzo fué una amigdalitis y faringitis aguda y que por las condiciones en que se encontraba no pude investigar más. Nada de particular tendría que hubiera una sinusitis. Fué diagnosticado de asma por alergia bacteriana en un centro especializado. Recientemente he operado una enferma del S. O. E. con frecuentes accesos asmáticos y que padecía una sinusitis máxilo-etmoidal desde hace años. Fué informado por el doctor Laguía de no haber contraindicación en la operación, teniendo un magnífico postoperatorio. Es muy reciente el caso para juzgar el porvenir de esta enferma. Actualmente está perfectamente.

### Ocena

De etiología aún no aclarada, es de todos conocida la ineficacia de todo tratamiento médico e igualmente quirúrgico hasta que Eyries ideó la operación que lleva su nombre. Previo despegamiento de la mucosa nasal a través del surogingivo-labial superior, se introducen unas barras de sustancia acrílica que estrechan la nariz. Los resultados son favorables en un alto porcentaje. He intervenido cuatro enfermos y han visto desaparecer sus molestias.

En este repaso de pacientes que han acudido durante el año 58 se

encuentran todavía algunos con pólipos nasales; rinitis vasomotoras, antes difíciles de resolver algunas, que hoy desaparecen fácilmente con un tratamiento correcto; cuerpos extraños en fosas, entre los más importantes.

Llama la atención el hecho del elevado porcentaje de intervenciones. Es fácilmente comprensible dado que los enfermos que vienen a nosotros, han sido sometidos a toda clase de tratamientos. Por regla general cuando no han curado, poco nos queda que hacer a no ser la intervención.

### MUNDO MEDICO

## Nuevo analizador químico

Londres.—Se está construyendo un nuevo auxiliar para el análisis de mezclas orgánicas complejas. Se llama cromatógrafo y su uso es tan sencillo que los análisis pueden hacerlos personas sin preparación especial, e incluso automáticamente. Básicamente lo que sucede es que se pone en un extremo de un tubo una muestra de la mezcla a analizar y los componentes van apareciendo uno a uno en el otro extremo. La muestra debe ser o un gas o un líquido que se evapore fácilmente y no se mueve dentro del tubo por su propio peso sino por el impulso de una corriente de gas inerte, llamado gas portador, el cual no ejerce ninguna acción química sino que simplemente sale del tubo mezclado con los componentes de la muestra. La importancia de este cromatógrafo moderno es que su sensibilidad es muchísimo mayor que la de los anteriores y su precio más reducido. Como gas portador se usa el argón, este gas al salir de la columna se ioniza bombardeándole con partículas radioactivas derivadas de un isótopo. La ionización de este gas es muy débil pero cuando pasa mezclada con uno de los componentes de la muestra la ionización es mucho más fuerte y la corriente aumenta proporcionalmente a la cantidad de gas que arrastre. De esta manera es posible re-

gistrar la presencia de un componente de doscientos millones de partes de gas portador. Esta sensibilidad significa que pueden analizarse cantidades mínimas de una sustancia. Cosa que tiene gran importancia en trabajos médicos y biológicos donde a veces solo se dispone de cantidades microscópicas de fluidos.

## Equipo de oxígeno

Londres.—Los enfermos de asma, bronquitis y otras afecciones del aparato respiratorio podrán disponer en lo sucesivo de un equipo de oxígeno para uso doméstico. El aparato es muy seguro y de funcionamiento sencillo. Dura mucho tiempo sin que haya necesidad de ocuparse de él. La conexión con el depósito se hace por medio de una clavija que se enchufa con la misma facilidad que una bombilla eléctrica. Las máscaras de inhalación son tan baratas que pueden tirarse después de su uso, evitando la necesidad de esterilizarlas antes de que las use otra persona.

## La televisión ayuda al tratamiento por radiación

Londres.—En el Hospital Marsden de Londres se están usando equipos de televisión en circuito cerrado para ayudar en el tratamiento de radiación profunda. El equipo se usa en combinación con una unidad de radioterapia profunda que permite llevar a cabo el tratamiento bajo control y observación a distancia. De esta manera los doctores y radiólogos están protegidos contra el exceso de radiación que pueden producir efectos dañinos. Durante este tratamiento es esencial observar al enfermo constantemente, ya que se dirige un haz de rayos Gamma con precisión a la región afectada. Por lo tanto es importante conservar dicha región en una posición fija con relación al haz de rayos, ya que cualquier movimiento haría inútil el tratamiento. Con el nuevo equipo el enfermo se halla en observación constante. De esta manera, el especialista sabe que se está dando el tratamiento a su rendimiento máximo y de la manera más económica. El componente de televisión ha sido diseñado de forma tal que no precisa pericia en su manejo. Para usarlo basta tan solo con actuar un interruptor.

