



HISTORIA DEL CUERPO NACIONAL  
DE MÉDICOS TITULARES  
Y SU DEVENIR EN ANDALUCÍA

Miguel Morgado Gómez  
Médico Titular

El Dr. Miguel Morgado Gómez (Torremocha, Cáceres 1934) es licenciado en Medicina y Cirugía (1965), Especialista en Pediatría y Puericultura y en Medicina Familiar y Comunitaria y Diplomado de Sanidad. Buena parte de las vicisitudes contenidas en este libro y en las que los Médicos Titulares (MT) se verán reflejados tienen su génesis en su intensa experiencia profesional entre 1965 y 2004.

Ejerce sucesivamente en Santa Ana y Plasenzuela, de Cáceres ambas, con acumulaciones de plazas de Practicante y Matrona así como de pueblos vecinos cuando carecían de médico, y desde 1977 en Sanlúcar de Barrameda (Cádiz), con acumulaciones de otros Distritos Sanitarios y plazas de Casa de Socorro, jubilándose en 2004 con 70 años.

Fundador del Sindicato de MT de Cádiz y Vocal de MT del Sindicato Médico (SM) de Cádiz, el Dr. Morgado Gómez ha desarrollado una activa representación en favor del colectivo también como Vocal Andaluz de MT del SM Andaluz y como Delegado Sindical del SM de Cádiz del Distrito Sanlúcar hasta 2004.



Miguel Morgado Gómez  
Médico Titular

En 1982 accedió como Vocal de Médicos Titulares a la Junta Directiva del Colegio de Médicos de Cádiz, en la que ha sido diecinueve años Vicepresidente y entre 2009 y 2014 Presidente de la institución. En su permanente compromiso con los MT ha sido Vocal Autonómico entre 1993 y 1994.

Vocal Nacional de la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (Semergen) de 1988 a 2002 y Patrono de su Fundación, ha sido reconocido con la Insignia de Oro y Brillantes de esta Sociedad. Entre otras distinciones fue elegido Médico del Año (Premio Doctor Rodríguez Moragues) de Asisa-Cádiz en 1999. En la actualidad es Consejero de Previsión Sanitaria Nacional (PSN).

En esta nueva contribución al Cuerpo Nacional, el Dr. Miguel Morgado entrega “un trabajo de vida” que compila desde aportaciones de eruditos en la materia hasta la más reciente legislación reguladora de la actividad de los médicos titulares que, en palabras del propio autor, “se han dado en cuerpo y alma en beneficio de la sociedad”.



*Historia del Cuerpo  
Nacional de  
Médicos Titulares  
y su devenir en Andalucía*

*Miguel Morgado Gómez  
Médico Titular*

©2014

Edita: Excmo. Colegio Oficial de Médicos de Cádiz.

Depósito legal: CA 218-2014

*A todas las esposas de  
los Médicos Titulares,  
deliciosas compañeras en  
nuestro duro día a día  
profesional.*

## PRÓLOGO

De la mano de esta obra nos adentramos en el testimonio escrito de una generación de médicos que constituye uno de los cuerpos de funcionarios más antiguo del Estado español, hoy en día, ya, prácticamente, en vía de extinción. Representa, sin duda, un homenaje a casi dos siglos de generaciones médicas que son, sobre todo, un ejemplo de valor, que lograron llevar la asistencia sanitaria hasta el rincón más alejado de España, muchas veces en circunstancias muy difíciles. Por ello en nombre propio y de los miles de médicos titulares que realizaron y realizan su labor tan silenciosa como desconocida, doy las gracias al Dr. Miguel Morgado.

Fermo parte de la última generación de este Cuerpo Nacional cuya oposición tuve el honor de liderar y exigir su convocatoria y que comienza a cerrar ahora su andadura. Y así se nos otorga el privilegio de convertirnos en el último puente de la historia pasada, de la gran labor desarrollada por este colectivo médico a lo largo de sus dos siglos de historia.

He tenido la suerte de vivir, como miembro del Cuerpo Nacional de Médicos Titulares, la medicina rural durante muchos años, al comienzo en una época que teníamos que hervir las jeringas y agujas, donde el material desechable era inexistente y aquel disponible era propiedad de los médicos. No era infrecuente atender partos en el domicilio e incluso en el

campo... Se pasaba consulta en nuestro domicilio, estábamos 24 horas de servicio sin percibir nada por el transporte, ni por el material ni por el teléfono que poníamos a disposición del pueblo. Todo y más puesto de manifiesto en el programa y desarrollo del I Congreso Nacional de Médicos Titulares celebrado del 18 al 20 de junio de 1987, que tuve el honor de organizar y presidir y cuyo libro de ponencias publico el Ministerio de Sanidad.

Vicisitudes aparte, el médico y el resto de los sanitarios locales de aquella época, al igual que ahora, son ciudadanos normales que cumplieron con su deber, a pesar de las luces y sombras, a pesar de que como seres humanos cometieran errores, su trayectoria, labor y resultados merecen las más altas cotas de reconocimiento y distinción.

Aun así, existe un cierto contraste con el médico actual que, a pesar de trabajar en equipo y contar con grandes recursos, a veces se siente insatisfecho y frustrado, muchas veces al borde de la depresión, incapaz de asumir el papel que le ha tocado vivir. Hemos avanzado en ciencia pero los médicos hemos perdido en capacidad de entender, comprender y consolar al doliente, en tiempo para dedicar a nuestros pacientes y somos menos polivalentes. En realidad, hoy en día, no es habitual que el profesional esté preparado para asumir un parto, una fractura, un envenenamiento, un

enfermo terminal quehaceres muy cotidianos, en cambio, del médico rural de antaño.

Sin embargo, y aunque nos cueste averiguar dónde se halla la fuente de la que brota, como surgirá siempre en la profesión médica la voluntad de ayudar al otro, al necesitado, de transformar la realidad, el deseo vehemente de no estarnos quietos esperando que el deterioro, por cierto confortable para algunos, solucione los problemas que nos amargan.

Como acuñara hace muchos años el Prof. Laín Entralgo, “la Historia es un recuerdo al servicio de una esperanza”. Y los médicos SOMOS SOCIEDAD en la que vivimos y de la que formamos parte. Pero somos hijos de la historia, de la historia que hemos heredado y que nos ha permitido estar donde estamos hoy. SOMOS HIJOS DE NUESTRA ÉPOCA, y ella nos dicta buena parte de lo que debemos pensar y hacer. Tiempo nos ha costado, pero sabemos que la realidad humana es histórica, pero también que nada de lo que nos afecta a los médicos, a la medicina y a la salud está al margen de las condiciones económicas, culturales, tecnológicas, políticas., y sociales, en definitiva, en las que se desarrolla nuestra vida.

Los médicos y especialmente los “médicos titulares” somos producto evolutivo de nuestra historia, somos historia, en tanto nuestra manera de ser, de responder a lo que nos rodea, de configurar nuestra concepción de la vida y de la muerte conecta con el legado de los colegas que nos precedieron en



los puestos y funciones que hoy desempeñamos. Precisamente lo que lleva a la gran pantalla “Ventanas en el Cuerpo”, historia de un médico rural, largometraje de la Vocalía Nacional de Médicos Titulares de la Organización Médica Colegial. En fin, nuestras respuestas y comportamientos, se han construido en el crisol de las estructuras y normas que nos dejaron nuestros antepasados, a ellos se lo debemos y nos obliga a dejar a las generaciones futuras un legado un poco mejor del que hemos recibido.

En cualquier caso, lo importante en la profesión médica es que no dejemos de SER Y HACER de MÉDICO, en definitiva, lo que constituye su naturaleza, su valor intrínseco, nuestra razón de ser. Precisamente lo que nunca dejaron de hacer los médicos titulares.

**Dr. Juan José Rodríguez Sendín**  
**Presidente de la Organización Médica Colegial**

## PRESENTACIÓN

Cuando los asistentes a la reunión previa intentamos retomar la realización de los Congresos de Médicos Titulares y hacer realidad su celebración en Córdoba en Noviembre de 2008, se fijaron en mí para preparar un trabajo sobre la evolución histórica de nuestro Cuerpo de Médicos Titulares de cara a la conferencia inaugural.

En mi duda de cómo enfocaría el tema, vinieron a mi mente sendos trabajos de mis buenos amigos, el inolvidable **Prof. D. Antonio Orozco Acuaviva**, prematuramente fallecido y siempre añorado, en su conferencia de apertura del XX Congreso Nacional de SEMERGEN (Jerez 30-IX-98) titulado “Gloria y Servidumbre de la Medicina Rural”, que constituye la base de la primera parte de este trabajo, transcrita en gran parte página a página.

De mi otro buen amigo, el Médico Titular asturiano **D. Ventura García Contreras** he copiado con su consentimiento abundante párrafos y páginas de su discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Asturias y León, que ocupa la parte media del trabajo y en la que contemplamos todo el decurso legislativo del Cuerpo de Médicos Titulares, junto con algunos de sus comentarios.

También, otra parte de la obra se debe, aparte de la aportación propia, al aprovechamiento de un trabajo que junto

con mi otro buen amigo el **Dr. D. Manuel Fages Ontiñolo** preparamos para una Mesa Profesional del I Congreso Nacional de la Medicina General (Octubre 1994-Sevilla).

Durante algún tiempo el devenir de los Médicos Titulares ha estado relativamente tranquilo en el ámbito nacional hasta que el 24 de abril de 2012 aparece publicado en el BOE el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, el cual, en su Disposición Adicional Decimosexta da normas de futuro para los Médicos Titulares. Por ello, para completar esta historia de nuestro Cuerpo que he ido compilando pedí a mi buen amigo el **Dr. D. José Manuel Muñoz Ruiz**, hoy médico titular integrado en Centro de Salud, Vocal Autonómico del Consejo Andaluz de Colegios Médicos, ejerciente en su Utrera (Sevilla) natal, que nos relatara los penúltimos (?) acontecimientos para el Cuerpo de Médicos Titulares en Andalucía y España, empresa que realiza con su habitual buen hacer y amplitud de conocimientos.

Finalmente (¡de momento!) el BOJA número 252, páginas 101, 102 y 103, de 27 de diciembre de 2013, publica la Resolución de 19 de diciembre de 2013, de la Dirección General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud (SAS), de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, sobre integración del personal funcionario (Médicos Titulares) al servicio de las instituciones sanitarias del SAS, dando así cumplimiento al RDL 16/2012, que incluimos al final.

Con todo esto, en una especie de ensamblaje o COMPILACIÓN, he preparado este trabajo que trata de resumir la historia del honrado **Cuerpo de Médicos Titulares**, que fue bandera de la medicina primaria española.

## HISTORIA DEL MÉDICO TITULAR ESPAÑOL

Escribió el Prof. Orozco que, cuando le pedimos nos honrara con una conferencia de apertura para el XX Congreso de SEMERGEN (Jerez 1998), vinieron a su mente de inmediato una gran cantidad de relatos que dejaron muchos de aquellos médicos de “partidos de espuela” por aquello de sus desplazamientos a caballo entre nieve, barro o canícula. Relatos que nos muestran aquellas angustias de médicos aislados en un perdido pueblo de la geografía española donde tenían que improvisar absolutamente todo para poder atender una urgencia o emergencia, donde tenían que hacer su “puesta al día” a base de estudio o asistiendo a algún curso que organizaban Don Fulano o el Catedrático Dr. Mengano, eso sí siempre a expensas de su peculio.

Porque el Médico Titular había de tener presente al ser humano al que atendía. La forma biológica de reaccionar instintivamente ante cualquier agente etiológico nocivo, así como la terapéutica: farmacológica, quirúrgica, psicológica, física, ecológica, familiar, etc. Aunque la existencia de los “Médicos Titulares” se relaciona actualmente con la primera Ley de Sanidad de 1855, la realidad es que este término se remonta a muchos siglos antes, a la Baja Edad Media.

La medicina científica ha sido siempre una profesión urbana. Cuando en la Antigüedad la medicina era un ejercicio religioso-empírico que se realizaba en los templos, los enfermos iban en romería a los mismos, donde habían de pernoctar, como nos han dejado descritos los sabrosísimos testimonios del comediógrafo griego Aristófanes en su obra *Pluto*. Pero cuando en el siglo IV antes de Cristo se inicia el movimiento científico-natural que va a dar lugar a la medicina como una profesión técnica, entre los llamados hipocráticos, que autorregulan sus actuaciones con el primer código deontológico conocido en la Historia, los médicos que se forman en estas primitivas escuelas –Cos, Cnido, Crotona, etc.- realizan su profesión en las ciudades, en sus propias casas o *iatria* “casa del médico”.

Pero al producirse la expansión romana y quedar vencido el pueblo griego, se imponen las costumbres romanas, que respecto a la medicina eran totalmente opuestas. Porque los romanos, siguiendo la tradición etrusca, consideraban la medicina como una profesión innoble y baja, basada en prácticas religioso-empíricas, cuyos ritos se encargaban habitualmente a un esclavo bajo la autoridad indiscutible de *pater familiae*. Esta fue la misión que tuvieron los médicos griegos exiliados en el mundo romano, ser médicos esclavos de los nobles romanos o en el mejor de los casos ser

“forasteros”, ya que hasta César no se les concedió a los médicos carta de ciudadanía en Roma.

Todo el mundo sojuzgado por el imperio romano, y por lo tanto Hispania, se encontraba en idénticas circunstancias, aun empeoradas con la irrupción de los pueblos *barbari*, totalmente supersticiosos, para los que la medicina griega y romana no tenían ningún significado.

La ciencia en general, y la medicina en particular, queda reducida en todo el territorio español a pequeños grupos de religiosos eruditos que desde los monasterios cristianos, radicados en montes y lugares aislados, practican la medicina en sus *infirmarium*, y a los que en romería, como hacían los pueblos de la antigüedad, acuden los enfermos. En todo el mundo rural solo hay curanderos y cuando en la Baja Edad Media comienzan a crearse núcleos urbanos, los primitivos “burgos”, entre una caterva de embalsamadores, ojeadores, santiguadoras, curas exorcistas y empíricos de toda laya, algunos hombres estudiosos de la “naturaleza” –*physis* en griego- se establecerán en los burgos para ejercer una medicina que aunque sea una mera caricatura de la antigua medicina griega, se irá alejando progresivamente de las prácticas supersticiosas, aunque éstas continuarán y continúan hoy día. Son los llamados “físicos”.

Es el momento en el- que el Rey Sabio va a crear los primeros *Studium Generale*, es decir, las primeras

Universidades, una de cuyas Facultades tendrá el encargo de la enseñanza de la Medicina. Es en esas mismas fechas de mediados del siglo XIII, cuando el propio Alfonso X, para frenar la riada de curanderos que invaden las nuevas ciudades, al atractivo de ese nuevo mundo comercial y mercantil que constituyen los nuevos núcleos urbanos frente al esquilmado mundo rural sumergido bajo el férreo yugo de los señores feudales, va a promulgar su *Fuero Real*, en cuya Ley 1ª en el Título 16 se establece que "Ningún ome obre de física (ejerza la medicina) si no fuera antes aprobado por buen físico, con físicos de la villa do hubiere de obrar e por otorgamiento de los alcaldes".

Es decir, los médicos ya establecidos en el lugar examinarán al recién llegado y si lo consideran apto, el alcalde le extiende *título* para ejercer. De ahí procede que a estos médicos se les llame "médicos titulares". Seguimos la tradición romana: el alcalde actúa como el *pater familias* de toda la población.

Cuando doscientos años después, los Reyes Católicos, con la misma finalidad de frenar a los intrusos incompetentes creen en 1477 el Real Tribunal del Protomedicato, sus miembros van a recibir el sugerente nombre de "alcaldes examinadores". Por supuesto, no son los alcaldes o corregidores de las villas o lugares, sino médicos revalidados, con títulos expedidos por las Universidades, donde han



"probado" - de ahí el término académico de "aprobado" - que ha "oído" clases durante el tiempo reglamentario, porque entonces no se hacían "exámenes" en las Universidades. Donde se examinaban era ante el Real Tribunal del Protomedicado del lugar donde desearan ejercer.

Con esta mentalidad de tradición de siglos ¿puede extrañar la feroz saña de los alcaldes por querer controlar bajo su total autoridad a los médicos titulares a lo largo de todo el siglo XIX y parte del XX?

Otra situación vergonzante para los médicos universitarios en el **mundo rural** va a ser el Reglamento del Consejo Supremo de Castilla, de 14 de mayo de 1746 en donde el control de los contratos que establezcan durante tres años los médicos con los municipios no queda solo bajo el control del alcalde, sino también de los Señores Veinticuatro de la localidad. Van a ser, pues, los vecinos los que decidan del "buen comportamiento" del médico.

Si tenemos en cuenta el reducido número de Universidades existentes entonces en España, y el escaso número de estudiantes con capacidad económica para pagar los enormes gastos de las obtenciones de los grados, es lógico que solo las grandes poblaciones tuviesen médicos universitarios, contratados por los cabildos, los príncipes de la iglesia o las casas nobiliarias. Siguiendo la tradición romana la medicina sigue siendo, pese a ser universitaria, un ejercicio

plebeyo. Los primogénitos de las grandes familias se dedican al Ejército, a la Religión o a las Leyes, pero nunca a la Medicina, y por supuesto que ni soñar en la Cirugía, que es cosa de barberos. Misión de barbería que aún en el siglo XIX en muchos contratos de médicos titulares, de los llamados entonces “médico-cirujanos” se les obligaba a firmar el hacerse cargo de la barbería del pueblo... ¿No lo hacía Maese Nicolás el barbero-sangrador del Quijote?

Un inicio de dignificación se produce cuando don Pedro Castelló consigue de Fernando VII el Reglamento General de las Reales Academias de Medicina y Cirugía de 1830 en donde la elección de los médicos titulares no se hacen por los Ayuntamientos sino por oposición a través de las Reales Academias, que elevarán una terna a la Junta Superior Gubernativa. Asimismo no podrán ser removidos de sus puestos sin motivo probado ante la Real Academia.

El Médico Titular, una de las figuras más antiguas de la Administración Española y consecuentemente con ello, en el transcurso de los tiempos, ha tenido distintas denominaciones y vinculaciones con las Administraciones Centrales y Locales. Son Funcionarios Civiles del Estado al servicio de la Sanidad Local y constituyen un Cuerpo Nacional que tiene transferida sus funciones a las CC.AA., siendo el órgano técnico encargado de exigir el cumplimiento de las funciones sanitarias

de la Comunidad a la que asisten conjuntamente con su función puramente facultativa o de asistencia preventiva.

Los antecedentes más remotos de lo que al correr el tiempo sería el Cuerpo Nacional de Médicos Titulares podemos fijarlos en la Ley de 3 de Febrero de 1823, según consta en la COLECCIÓN DE DECRETOS DE LAS CORTES, Tomo 10º, pág. 171 en la que se advierte a los Ayuntamientos que deben procurar tener facultativo o facultativos en el arte de curar personas y animales, a cargo de los fondos municipales conforme el Art. 102 de la Ley de Juntas Municipales de Beneficencia de 21 de Diciembre de 1821 y de 23 de Enero y 6 de Febrero de 1992, según figura en el DIARIO DE LAS CORTES, Tomo 8º, pág. 115.

Poco después el Reglamento de las Reales Academias de Medicina y Cirugía de 18 de Agosto de 1830 estableció reglas para la provisión de plazas de Médicos Cirujanos en ciertas localidades, como las que tenían Alcalde Mayor, Corregidor o Gobernador Político, y el Reglamento de 15-1-1831 preceptuaba la provisión de plazas y sus funciones.

En relación con este Reglamento, la Ley Municipal de 8 de Enero de 1845, en su Artº 79 y la Real Orden de 21 de Marzo de 1846, según figura en la Colección Legislativa, Tomo 36 pág. 502, establecieron normas para el nombramiento de facultativos, previa autorización del jefe político.

El 5 de abril de 1854 aparece el primer Reglamento para el Servicio de Médicos y Farmacéuticos Titulares, según figura en la Colección Legislativa, Tomo 61, pág. 439, estableciendo el Servicio ya con extensión a todas las ciudades, villas y lugares del Reino. Desgraciadamente la esperada reacción de los alcaldes y políticos hacen naufragar este proyecto y los médicos titulares mediante la Ley de Sanidad de 28 de noviembre de 1855 van a quedar bajo el mando de los Gobernadores Civiles, dentro del Ministerio de Gobernación, pero el presidente de las Juntas Municipales de Sanidad será el alcalde de la localidad.

Con la Revolución del 68, que concede mayor autonomía a los municipios y provincias, y con la República del 73 que da mayor preponderancia a los vecinos para el nombramiento de los médicos titulares, éstos cada vez estarán más en manos de los caciques y de los pueblos, que son los que compran los cargos públicos y los votos. Cuando a este colectivo se le denomine en 1933 “Cuerpo de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria”, el Congreso de Zaragoza de 1935 le apodará sarcásticamente de “Cuerpo de Esclavos al Servicio de los Caciques Rurales”.

La primera LEY ORGÁNICA DE SANIDAD, publicada el 28 de Noviembre de 1855 con su REGLAMENTO, no llegó a regir, corriendo igual suerte el de 9 de Noviembre de 1864, sustituido por el de 1 de Marzo de 1868, que rigió hasta que se publicó el

llamado de Asistencia Facultativa a Enfermos Pobres de 24 de Octubre de 1873 y éste hasta que vio la luz el Reglamento de 14 de Junio de 1891 que, sin grandes novedades en relación con el anterior, además de la asistencia a los pobres, enumeró las obligaciones sanitarias encomendadas a dichos facultativos.

Curiosamente se lee en el Diccionario Enciclopédico de Montaner y Simón de 1893 que “El médico está obligado a prestar ayuda y asistencia a sus semejantes”. La Ley moral y la conciencia hacen de ello un deber, pues no hay Ley escrita que le obligue a prestar sus auxilios y subordinar su voluntad a los caprichos del primer advenedizo.

Por una REAL ORDEN de 13 de Mayo de 1902 se declaran incompatibles los cargos de Médico Titular y Forense, pero este precepto fue aclarado por otro de Junio de 1903 determinando que aquella incompatibilidad se refería únicamente a los médicos que desempeñaban ambos cargos retribuidos, pero nunca a los que sirvieran de manera gratuita al menos uno de ellos.

Curiosa Ley de Incompatibilidades. Está visto que no hay nada nuevo bajo el sol. Será en 1904, con el inteligente D. Carlos M<sup>a</sup> Cortezo Prieto, médico político, pero médico clínico de gran prestigio y muy interesado por los problemas sanitarios (creador de la Sociedad Española de Higiene y del Instituto Nacional de Higiene y Sueroterapia) cuando el médico rural

adquiere una personalidad propia al crear el CUERPO DE MÉDICOS TITULARES como Funcionarios Públicos y con el cargo de Inspectores Municipales de Sanidad, al mismo tiempo que clasifica adecuadamente los “partidos médicos”.

Ya el Dr. Cortezo en 1891 había promovido el primer Congreso de Médicos Titulares, que tuvo lugar en Madrid y en donde se pedía la inamovilidad de la plaza, dotación fija pagada por el Ayuntamiento pero garantizada por el Estado, el ingreso por Oposición y Concurso, la creación de escalas y de derechos pasivos. Buenos deseos que no son estatalmente alcanzados ni siquiera siendo el Dr. Cortezo Director General de Sanidad.

La aspiración principal era eludir el yugo municipal y quedar bajo el amparo del Poder Estatal. Ésta es la petición que los Dres. Sánchez Covisa y Juarro hacen a las Cortes Constituyentes en 1931 sin conseguirlo.

Aparece la INSTRUCCIÓN GENERAL DE SANIDAD de 12 de Enero de 1904 que en sus Artículos 51 a 61 enumeró las funciones de los INSPECTORES MUNICIPALES DE SANIDAD, y en los Artículos 91 a 108 concretó la organización de facultativos titulares, así como los REGLAMENTOS DE TITULARES de 11 de Octubre de 1904, de 14 de febrero de 1905 y 22 de marzo de 1906, a pesar de lo cual en lo tocante a las normas de clasificación de la pobreza siguió vigente el citado Reglamento de 1891.

Con posterioridad fue publicado el Estatuto Municipal de 1924, que en Artº 202 confirmó el CUERPO DE INSPECTORES MUNICIPALES DE SANIDAD, con enumeración de sus obligaciones, que detalla más ampliamente el Artº 48 del Reglamento de Sanidad Municipal de 9 de Febrero de 1925 y de Sanidad Provincial de 20 de Octubre del mismo año. Incluso fija las bases para la futura Asociación Nacional de Médicos Titulares.

En virtud de esta nueva ordenación jurídica los facultativos titulares fueron notoriamente prestigiados, pues de su anterior concepto de contratistas, según Sentencia del TRIBUNAL SUPREMO de 14 de Junio de 1923, fueron elevados a la calificación de Funcionarios Públicos Municipales.

Una ORDEN MINISTERIAL de 27 de Enero de 1931, aprueba el primer Escalafón del CUERPO DE MÉDICOS TITULARES, INSPECTORES MUNICIPALES DE SANIDAD y por la Ley de 15 de Septiembre de 1932 y la ORDEN MINISTERIAL de 7 de Marzo de 1933, se da a este Cuerpo un aspecto de escalas centralizadoras y estatificadoras de la función del Sanitario Local, al intervenir las Inspecciones Provinciales de Sanidad refrendada en la LEY DE BASES DE COORDINACIÓN SANITARIA de 11 de Julio de 1934 (Gaceta del 15).

Siguiendo en el orden cronológico legislativo, el periodo subsiguiente pudiéramos denominarlo del ESTATUTO DE LA

SEGUNDA REPÚBLICA, con la llamada doctrina de COORDINACIÓN SANITARIA, hecha LEY, por la de 11 de Julio de 1934, de la que brotaron tantos Reglamentos como Cuerpos Sanitarios independientes se reconocieron y cuyos textos llevan todos fecha de 14 de Junio de 1935, salvo el de MÉDICOS TITULARES que es de 29 de Septiembre de 1934 y que constituyó, con los funcionarios que figuraban en el Escalafón del Cuerpo de 1931, el CUERPO DE MÉDICOS DE ASISTENCIA PÚBLICA DOMICILIARIA, así llamado por primera vez y cuyo artículo 2º cataloga las obligaciones de estos facultativos como titulares de Municipio o Partido Médico, conservando cada titular la plaza y situación administrativa que tuvieren, pero disponiéndose para la cobertura de las vacantes existentes cuatro turnos: 1º de prelación en el Escalafón del Cuerpo; 2º Oposición Libre entre Doctores y Licenciados, que tendrá lugar en Madrid; 3º Concurso de Antigüedad en el Cuerpo, entre Categorías inferiores y 4º Oposición Restringida.

En el Artículo 70 y siguientes del Reglamento de 1934 a que nos estamos refiriendo se constituyen las plantillas de cada uno de los Cuerpos Generales, que estarán formadas por el conjunto de plazas que se consideren necesarias para el servicio.

El Artículo 78 establece que en todos los Municipios españoles existirá el servicio de Médico Titular y que cuando un Municipio no ofrezca el mínimo de posibilidades necesarias



para el sostenimiento por sí sólo de un médico, será agregado para tales efectos a otro u otros limitrofes.

Lo expuesto refleja aproximadamente la situación del Cuerpo hasta la GUERRA CIVIL de 1936.

Desde 1939 fueron dictadas varias disposiciones que afectan a este Cuerpo y a los restantes de Sanitarios Locales sobre funciones, sueldos, quinquenios, jubilaciones y quién debía hacerlos efectivos, como las ÓRDENES de 11 de Enero de 1939, DECRETO de 28 de Mayo de 1941 y LEY de 31 de Diciembre de 1941, que dispuso que los médicos titulares de plazas de 3<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup> y 5<sup>a</sup> categorías percibieran en adelante sus haberes con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, continuando por el momento a cargo de los presupuestos municipales respectivos, los de los titulares de plazas de 1<sup>a</sup> y 2<sup>a</sup> categorías.

En 1944 el Dr. José Palanca, Director General de Sanidad, promueve la segunda Ley de Sanidad, la del 25 de Noviembre. Por ella la labor sanitaria de los Ayuntamientos pasará a ser desempeñada por Inspectores Municipales y Jefes Locales de Sanidad con lo que desaparece la denominación de médicos de Asistencia Pública Domiciliaria (APD), cuyo cargo recae en un inspector municipal designado por el Consejo Provincial de Sanidad; desaparece también la Asociación de Médicos Titulares, que es disuelta pasando sus funciones a la Organización Médica Colegial.

Pero hasta diez años después, hasta 1953, no se desarrolla la mencionada Ley (Reglamento de Sanitarios Locales 11 de Noviembre 1953), en donde, por fin, los Médicos Titulares tienen condición de Funcionarios Técnicos del Estado dependientes del Ministerio de Gobernación. Ha sido preciso UN SIGLO para que los sufridos médicos titulares hayan podido romper con el “yugo municipal” romano.

Es cierto que, desgraciadamente, con posterioridad vendrán otros yugos, pero ésta ya es otra historia que todos hemos padecido.

Por Ley de 19 de Abril de 1961 se dispone que todos los haberes de los Médicos Titulares se paguen con cargo a los Presupuestos Generales. Esta norma quedó confirmada por la LEY DE HACIENDAS LOCALES de 24 de Diciembre de 1962.

En la LEY ARTICULADA DE FUNCIONARIOS DEL ESTADO de 7 de Febrero de 1964, en principio los Sanitarios Locales quedaron incluidos en el ámbito de su aplicación. Sin embargo, en atención a la singularidad de sus funciones y por disposición expresa de la LEY GENERAL DE RETRIBUCIONES DE LOS FUNCIONARIOS CIVILES, de 4 de Mayo de 1965, quedaron exceptuados de ésta, teniéndose que dictar especialmente para ellos la LEY de 28 de Diciembre de 1966, que regulaba únicamente las retribuciones activas y pasivas.

El preámbulo de la Ley tiene presente que la mayoría de los puestos de trabajo correspondientes a los Cuerpos de Sanitarios Locales son desempeñados en circunstancias muy peculiares y que las funciones típicamente sanitarias y asistenciales no abarcan la totalidad del horario laboral; y para regular estos extremos se promulgan los DECRETOS 187,188 y 192, de 2 de Febrero de 1967. Quedaba la duda de si podía ser plenamente aplicable a los Sanitarios Locales el Estatuto Orgánico y Funcional de carácter general de los Funcionarios de la Administración Civil del Estado, pero una sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 12 de Diciembre de 1969 sentó la doctrina de que si bien los Sanitarios Locales son funcionarios de la Administración Civil del Estado lo son de un Cuerpo Especial y se rigen por sus disposiciones específicas y tan solo supletoriamente por la normativa general del Estatuto de Funcionarios. Curiosamente en estos Decretos ni en esta Sentencia se hace mención de la obligación de los Sanitarios Locales de permanecer de servicio las 24 horas del día y los 365 días del año.

La Ley de 30 de Junio de 1969, sobre reestructuración de Cuerpos y provisión de Plazas, suprimió el ESCALAFÓN B del Cuerpo de Médicos Titulares, creado en 1958 y regulado por LEY de 22 de Diciembre de 1960.

Pero fueron la LEY DE BASES DE SANIDAD, de 24 de Noviembre de 1944, no completamente desarrollada a lo largo

de los años a pesar del gran avance que suponía, y sobre todo el REGLAMENTO DE PERSONAL DE LOS SERVICIOS SANITARIOS LOCALES, promulgado por DECRETO de 27 de Noviembre de 1953 y Publicado en el B.O.E. de 9 de Abril de 1954, las disposiciones legales que rigieron el quehacer de los Sanitarios Locales durante casi 30 años, sin que hasta el día de la fecha haya sido el Reglamento expresamente anulado. El Artículo 29 del mismo define los Cuerpos Generales de Personal Sanitario en el ámbito Municipal, formados por los Médicos Titulares, los Médicos de Casas de Socorro y Hospitales Municipales, los Médicos Tocólogos y Odontólogos Municipales y los Farmacéuticos, Veterinarios, Practicantes y Matronas titulares. Todo este personal sanitario, según establece el Artículo 30, apartado segundo, de este Reglamento, tendrán la condición de Funcionarios Técnicos del Estado, dependientes del Ministerio de Gobernación a través de la Dirección General de Sanidad, de las Jefaturas Provinciales y de las Jefaturas de Sanidad Civil de Ceuta y Melilla, sin perjuicio de la dependencia jerárquica inmediata en que se encuentran con respecto al Alcalde, como funcionarios al servicio de la Sanidad Local y también según la Base 24 de la Ley de Bases de Sanidad de 25 de Noviembre de 1944.

El Capítulo 22, Sección Primera, Artículos 32, 33, 34 y 35, detalla las funciones propias de los Médicos Titulares:

- Prestar asistencia médico-quirúrgica a los enfermos incluidos en el Padrón de Beneficencia Municipal, con carácter gratuito.

- Realizar las prácticas necesarias de prevención y defensa de la salud pública, fundamentalmente la realización de las campañas de vacunaciones que dispongan las autoridades sanitarias superiores.

- Efectuar la asistencia médico-quirúrgica gratuita a transeúntes pobres.

- Verificar la comprobación y certificación de las defunciones de los incluidos en el Padrón de Beneficencia.

- Prestar su cooperación a la Administración de Justicia, sustituyendo al Médico del Registro Civil y al Forense en determinadas funciones cuando lo ordene la Autoridad Judicial, con arreglo a los Artículos 343, 346, 348 y 459 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

- Practicar el reconocimiento de quintos.

- Llevar a cabo los servicios de inspección médico escolar de los Centros, Profesores y Alumnos donde no exista personal organizado en cuerpo especial para la prestación de los mismos.

- Realizar los servicios de inspección correspondientes a la Fiscalía de la Vivienda en función delegada, en la demarcación de su plaza.

- Inspeccionar e informar de las condiciones sanitarias de los locales destinados a establecimientos públicos, mercantiles e industriales, fundamentalmente los que con posterioridad se conocieron como actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas.

- Realizar las declaraciones de enfermedades que tuvieran la consideración de obligatorias, semanalmente o con la máxima urgencia según su clasificación.

- Asistencia a personal de la Guardia civil y Policía, así como a sus familiares.

- Asistencia a Caballeros Mutilados y a las fuerzas del Ejército destacadas en la localidad a falta de médicos militares.

- Y por último, cumplir las demás obligaciones que les sean impuestas o puedan imponérseles por precepto legal o por disposición de autoridad competente o deriven por naturaleza de su condición de Médicos Titulares.

Como verán, no se podía dar más por menos. Exactamente por 1.070 pesetas mensuales en plazas de primera categoría y en el año 1966.

Con el paso de los años algunas de estas funciones obligatorias fueron suprimidas, como la asistencia a las Fuerzas de Orden Público, con la creación del ISFAS, la de inspección de viviendas previa a la emisión de las cédulas de habitabilidad, el reconocimiento de quintos en algunos Ayuntamientos o la asistencia a los enfermos de Beneficencia,

asumida por la Seguridad Social. Otras funciones persistieron, pero fueron suprimidas las participaciones económicas a que tenían derecho los sanitarios locales según la Ley de Tasas de 1960.

Nos encontramos en suma con un Funcionario del Estado que, con Veterinarios, Farmacéuticos y A.T.S. Titulares, completa íntegramente el dispositivo asistencial y epidemiológico básico del mismo y además sirve directamente como Funcionario Local de Sanidad para asesorar a las Corporaciones Locales.

Con la transferencia de las funciones del Cuerpo Nacional de Médicos Titulares a las CC.AA. aparece una nueva relación administrativa como funcionario autonómico, quedando la relación con la Administración como funcionario local, provincial, autonómico y del Estado.

En el medio rural toda la Atención Primaria es prestada por el Médico Titular. Cada una de sus funciones sanitarias específicas y ajustadas a la demarcación de cada individuo componen en suma las funciones del Cuerpo Nacional de Médicos Titulares.

En fin, el Médico Titular es un funcionario con cometido a caballo entre dos disciplinas: Salud Pública y la llamada en España Medicina Familiar y Comunitaria. Practica una Atención Primaria ajustada a sus posibilidades y medios con los cometidos más integrados dentro del ámbito de la misma, para

lo cual comprobamos que, además de la capacitación suficiente, se requiere conocer el oficio y tener el oficio, que es lo que puede ser ofertado por muchos años de experiencia.

La Atención Primaria que ejerce el Médico Titular está aproximadamente entre el 48 y el 55% de la que realiza en España. Asume la práctica totalidad de la realizada en el medio rural, subrayando que a pesar de que el concepto de Atención Primaria no es igual a la practicada por unos profesionales que por otros, no es lo mismo la practicada alrededor de los grandes hospitales o en las ciudades periféricas que en comunidades cerradas. En suma no es lo mismo Atención Primaria que Asistencia Primaria y así dentro de ésta podríamos hacer subapartados y diversas consideraciones referidas no solo a nivel y calidad, sino también el grado de satisfacción y costo.

Ya hemos hecho referencia a aquel Reglamento de 1854 que establecía que el servicio de Médicos y Farmacéuticos Titulares fuera extensivo a todas las ciudades, villas y lugares del Reino. Esta extensión del servicio hasta el último rincón de nuestra Patria y la obligación que por precepto legal podía imponerse a los integrantes del Cuerpo, como hemos visto, fueron sin duda las razones que inclinaron a las Autoridades Políticas de la época (con motivo de la creación por LEY de 14 de Diciembre de 1942 del SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD y su REGLAMENTO de 11 de Noviembre de



1943) a apoyarse para su implantación en el CUERPO DE MÉDICOS TITULARES, ante la falta de personal facultativo suficiente que cubriera la medicina general y la asistencia por maternidad, ya que por aquellos años la clase médica no tenía un excesivo entusiasmo por prestar su colaboración, puesto que con una gran visión de futuro pensaron que aquel invento del Gobierno y fundamentalmente del Ministro Girón de Velasco iba a ser flor de un día.

Con el propósito de obligar a los Médicos Titulares a participar en el funcionamiento y desarrollo del Seguro de Enfermedad, se promulgaron las ÓRDENES CONJUNTAS DE LOS MINISTERIOS DE GOBERNACIÓN Y TRABAJO de 26 de Enero de 1948 y de 31 de Enero de 1949, que disponían que todo Médico Titular en servicio activo con plaza en propiedad o interina sería automática y obligatoriamente "autorizado" para ejercer como Médico de Medicina General del Seguro Obligatorio de Enfermedad con igual carácter que el que tuviera el nombramiento de Médico Titular, con la obligación ineludible de ejercer ambos cargos, cesando en ambos simultáneamente y a todos los efectos al cesar en uno de ellos, cualquiera sea la causa que motivara dicho cese.

EL CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE POBLACIÓN DE PRAGA propuso dividir los núcleos de población en tres categorías: Rural, Mixta y Urbana, asignándole a la primera una

población censal de carácter agrícola de más del 60%, que hubo que rectificar a la baja rápidamente.

LUIS CONTRERAS POZA estima que si hubiera que dar forzosamente una cifra, sería la de 2.000 habitantes la que delimitaría en cierto modo lo rural de lo urbano. Actualmente 10.000.

En directa relación con una interpretación psico-sociológica, puede ser válida la definición pesimista del PROFESOR MICHAUD: "Regiones rurales son aquéllas de las que la gente se va".

En realidad las zonas rurales se caracterizan fundamentalmente por una demografía dispersa, una dedicación mayoritariamente agrícola, una sociología rudimentaria y posibilidades socioculturales restringidas. Estas características condicionan el ejercicio sanitario rural y lo hacen completamente distinto al urbano: El Médico suele ejercer en solitario, con pocos medios técnicos, sin sector hospitalario, sin ayuda especialista, rudimentariamente y en perpetua urgencia, aunque con unas características humanas de extraordinaria calidad.

La evolución demográfica de nuestro País, con la progresiva disminución de la población rural que en 1970 había bajado a menos del 50% y con su envejecimiento, fue cambiando las perspectivas de la asistencia sanitaria y los propósitos manifestados de manera oficial por la Dirección

General de Sanidad para el TERCER PLAN DE DESARROLLO de 1972-1975.

Durante la vigencia del mismo se pretendía reorganizar la infraestructura sanitaria para una mejor cobertura de las necesidades, que podían concretarse fundamentalmente en una creciente atención a las medidas preventivas generales, encaminadas a mejorar la salud física y mental de la población, máxima agilidad en la detección y primer tratamiento de los procesos patológicos y eficaz utilización de modernos medios terapéuticos.

Para ello se pensó en completar el escalonamiento entonces existente de DIRECCIÓN GENERAL, JEFATURAS PROVINCIALES, JEFATURAS LOCALES con otras dos: Las JEFATURAS COMARCALES Y SUBCOMARCALES, dotando a cada una de ellas de la infraestructura precisa que facilitara el trabajo en equipo y la formación profesional permanente, montar servicios de Guardia y Urgencias, dotar a los centros subcomarcales de elementos auxiliares de diagnóstico como rayos X, electrocardiógrafos, laboratorio, etc. y la creación de hospitales comarcales, facilitando con todo ello el trabajo de los profesionales y acercando a la población la asistencia médico-sanitaria en todos los órdenes. Elementos básicos en esta prevista actuación eran los distintos Cuerpos de Sanitarios Locales, así como los profesionales de ejercicio libre en todas

las ramas sanitarias, que tendrían el carácter de profesionales asociados.

Los propósitos en materia de Sanidad del Tercer Plan de desarrollo no pudieron llevarse a cabo por razones que en la vida de nuestro País ya son Historia.

El anterior Jefe del Estado, que como recordarán alguno de Vds. se llamaba D. Francisco Franco, a instancias de su Ministro de Trabajo D. Licinio de la Fuente, en consideración a las circunstancias que concurren en el Cuerpo de Médicos Titulares del Estado le otorgó, mediante DECRETO de 1 de Mayo de 1973, la MEDALLA DE ORO COLECTIVA AL MÉRITO EN EL TRABAJO, de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento de 21 de Septiembre de 1960 (Decreto 1817/60), el cual, en el último párrafo del Artº 5 dice que los miembros integrantes de una colectividad que haya sido agraciada con la recompensa colectiva tendrán derecho, si llevan 20 AÑOS perteneciendo a aquéllas, a utilizar la condecoración en sus uniformes, a cuyo efecto llevarán bordada una reproducción de la recompensa en la bocamanga derecha de la americana o guerrera, en hilo de oro, de plata o seda amarilla según la categoría de la recompensa.

El Real Decreto de Presidencia 683/81, de 6 de Marzo de 1981, dice que quienes a la fecha de entrada en vigor de este R.D. pertenezcan al Cuerpo de Médicos Titulares tienen a todos los efectos la consideración de Especialistas de Medicina

de Familia y Comunitaria, siendo expedidos los títulos a quienes acrediten serlo por el Ministerio de Educación y Ciencia.

Como verán, entonces el Estado también pagaba mal a sus funcionarios pero al menos sabía reconocer los méritos y sacrificios de algunos de ellos.

Las previsiones tomadas en el Tercer Plan de Desarrollo que acabamos de citar sin duda tuvieron posterior influencia en las normativas adoptadas fundamentalmente a partir de 1978 y sobre todo a raíz de la promulgación de la LEY GENERAL DE SANIDAD de 25 de Abril de 1986 y de la LEY ORGÁNICA DE MEDIDAS ESPECIALES EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA que acompaña a la misma.

De todos los empeños que se han esforzado en cumplir los poderes públicos, desde la emergencia misma de la Administración contemporánea, tal vez no haya ninguna tan reiteradamente ensayada ni con tanta contumacia frustrada como la reforma de la Sanidad.

A estas necesidades de reforma han venido a sumarse dos razones de máximo peso, por provenir de nuestra Constitución: La primera es el reconocimiento en los Artículos 43 y 49 de nuestro texto normativo fundamental del derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud.

La segunda, con mayor incidencia en el plano organizativo, es la institucionalización a partir de las previsiones del Título VII

de nuestra Constitución, de COMUNIDADES AUTÓNOMAS en todo el territorio del Estado, a las cuales han reconocido sus Estatutos amplias competencias en materia de sanidad.

La directriz sobre la que descansa toda la reforma de la Ley General de Sanidad es la creación de un SISTEMA NACIONAL DE SALUD que se concibe así como el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados.

La Ley establece que serán las ÁREAS DE SALUD las piezas básicas de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

La Ley se divide en siete Títulos más uno Preliminar, con 113 Artículos y una serie de disposiciones adicionales, transitorias, derogativas y finales.

El TÍTULO TERCERO, Capítulo Sexto, Artículo 84 y siguientes, trata "Del Personal" y concretamente el 85 se refiere a los Funcionarios al servicio de las Administraciones Públicas, que a efectos de sus competencias sanitarias se regirán por la LEY 30/1984, de 2 de Agosto, y el resto de la legislación vigente en materia de Funcionarios del Estado, transferidos a las autonomías.

En las disposiciones finales, novena, undécima y decimoquinta se hace también referencia a los funcionarios de los distintos Cuerpos Sanitarios de las Administraciones

Públicas en relación con la aplicación de la Ley General de Sanidad.

Cada autonomía, histórica o no, hace una interpretación propia de la Ley General de Sanidad y en ella la normativa reglada por la cual se regía el funcionamiento del Cuerpo de Médicos Titulares saltó en pedazos.

Cada Gobierno Autonómico convoca oposiciones y concursos de traslado cuando le parece, sin periodicidad alguna; oferta o retiene plazas a capricho, casi todas limitan las convocatorias cuasi al ámbito de la propia autonomía impidiendo la concurrencia a los mismos de los profesionales que ejercen en otras autonomías, conculcando el derecho que establece nuestra Constitución para moverse y ejercer su profesión en todo el territorio español y además incumpliendo múltiples Sentencias Judiciales que anulaban disposiciones adoptadas por distintos Gobiernos Autonómicos, como la de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía en Granada, que en su Sentencia 1267/90, de 5 de Noviembre de 1990, declaraba nula la Orden de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía de 7 de Noviembre de 1984, sobre integración de los Sanitarios Locales en los Equipos Básicos de Atención Primaria, y que daba solo dos opciones: Integración o Excedencia Voluntaria; y otras muchas Sentencias en distintos temas pronunciados por Tribunales de Justicia de distintas CC.AA.

En resumidas cuentas cada Comunidad Autónoma ha ido legislando según su criterio e ideas políticas sin coordinación alguna con las demás Comunidades y sin que el organismo de coordinación que suponíamos competente, el Consejo Interterritorial de Sanidad, formado por los Consejeros y Consejeras de las CC.AA, hiciera nada para evitar el desbarajuste que estamos padeciendo, pues para cualquier médico español es más difícil trasladarse de una Comunidad a otra española que a cualquier país de la Comunidad Europea.

Como consecuencia de todo ello, nuestro Cuerpo de Médicos Titulares prácticamente ha quedado declarado a FENECER, que no a extinguir, de forma que no se han vuelto a convocar oposiciones para el Cuerpo, salvo 19 plazas en abril de 2006 para los servicios centrales del Ministerio de Sanidad, y terminará su existencia el día que se jubile el último Médico Titular "Nacional" entre los hoy existentes procedente de la última oposición de ámbito nacional convocada en 1981 ya que, aunque algunas comunidades han convocado oposiciones a Médicos Titulares, éstas tienen ámbito autonómico y por tanto no se integran en el Cuerpo Nacional de Médicos Titulares.

La reforma iniciada, sus condiciones retributivas e incluso las disciplinas laborales han sido mal presentadas en algunos casos, mal vendidas en otros y en otros muchos son malas en sí, especialmente en la Comunidad Autónoma Andaluza: Integración forzosa en los equipos de Atención Primaria,



condicionante único en toda la Admón. del Estado. Siempre hubo oscurantismo a la hora de matizar nuestro futuro profesional. No ha existido clarificación suficiente, las ofertas vinieron envueltas en un halo de incertidumbre que en bastantes casos se acompañaron de pérdidas de poder adquisitivo y amenazas para los derechos consolidados.

A partir de aquí dejo en manos de los compañeros titulares de las distintas CC.AA. que completen el desarrollo y evolución del Cuerpo en su ámbito, ya que me resulta absolutamente imposible hacer el seguimiento una a una de las CC.AA. de las múltiples disposiciones que nos afectan.

Por mi parte, puesto que mis últimos 30 años de vida profesional activa se han desarrollado en Andalucía, voy a tratar de informar lo más sucintamente posible de cómo se ha ido acabando con nuestro Cuerpo en esta Comunidad.

Y todo comienza con la publicación del Real Decreto 1118/1981, de 24 de Abril, de Presidencia del Gobierno, sobre traspaso de competencias, funciones y servicios a la Junta de Andalucía en materia de Sanidad con sus correspondientes medios personales, presupuestarios y patrimoniales precisos para el ejercicio de aquéllas; indicando en su Artº 4 la relación de personal que es transferido (Anexo III), naturalmente entre ellos todos los médicos titulares ejercientes en Andalucía en aquellos momentos que se rigen en la faceta sanitaria por el Art. 24.3 de la Ley de Funcionarios Civiles del Estado,

aprobada por D. 315/7-2-64, y el Reglamento de Personal de los Servicios Sanitarios Locales, aprobados por D. 27-11-1953, cuyas funciones se concretan en el Art. 32, y en la faceta asistencial por las Órdenes de 26-1-1948 y 31-1-1949 y el estatuto de personal médico de la Seguridad Social, aprobado por D. 3160/23-12-1966, aparte otras disposiciones específicas referidas a un Cuerpo que todavía no ha sido suprimido ni declarado a extinguir.

Mantiene reconocida su doble condición de médico de APD y de la Seguridad Social y una serie de derechos que refiere la Disp. Trans. 5 de la Ley 53/26-12-1948 y Art. 28 del R.D. 598/30-4-1985, referente a incompatibilidades (prestación de funciones y mantenimiento de retribuciones) y los artº 24, 1 y 25.4 de la Ley 12/14-10-1984, del Proceso Autonómico.

La Administración puede proceder a una reestructuración e incluso integración según señala el R.D. 137/11-1-1984, sobre Estructuras Básicas de Salud, en el Artº 26.4 de la Ley 30/2-8-1984, General de la Función Pública y en la Disp. Final 11 de la Ley 14/25-4-1986, General de Sanidad.

Pero debe hacerlo según normativa contenida en el Art.º 103 de la Constitución, el Artº 149.1.18 de la misma y las Disp. Trans. 2 y 3 del R.D. 137/11-1-1984, de Estructuras Básicas de Salud, que procede a la integración mediante oferta de incorporación a todos los afectados por la reestructuración.

Lo previsto en este R.D. 137/84 se entenderá sin perjuicio de las competencias de las CC.AA (Artº 10.1) y de éstas quienes tengan todas las transferencias podrán optar por el sistema que regula este R.D. (Art. 10.2) -como hizo en su día la Junta de Andalucía- y la integración de los F.S. locales se realizará mediante la oferta a todos los afectados por la reestructuración (Disp. Trans. 4).

Según la Ley 12/14-10-1983 (B.15), del Proceso Autonómico, estos funcionarios cuyos servicios sean transferidos a las CC.AA. pasarán a depender de éstas, respetándoseles los derechos de cualquier orden que les correspondan (Art. 24.1), y continuarán perteneciendo a sus cuerpos o escalas de origen (Art. 24.2) y se integrarán como funcionarios propios de las CC.AA. de las que dependerán orgánica y funcionalmente (Art. 25.1).

Andalucía optó en su día por el sistema que regula el R.D. 137/84 y siguiendo la Ley del Proceso Autonómico (14-10-83) a estos funcionarios cuyos servicios les han sido transferidos, pasando a depender de ella orgánica y funcionalmente como funcionarios propios, respetándoles los derechos de cualquier orden que les correspondan y seguirán perteneciendo a sus Cuerpos o Escalas de origen mediante el Decreto 195/28-8-85. (BOJA 14-09) Disposición Final 12.

La oferta de integración se hace al amparo de la Orden de la Consejería de Salud y Consumo de 7-12-84 (Boja 20),

reguladora de la integración de los Sanitarios Locales, desarrollando el Decreto 147/84, de 22 de mayo, de la Junta de Andalucía, y la Disposición Transitoria 4 del R.D. 137/84, de 11 de Enero (BOE 01-07), sobre Estructuras Básicas de Salud.

Esta Orden 7-11-84 en su Art. 4 dice que los funcionarios afectados que no acepten la integración pasarán a la situación de excedencia en la forma contemplada por la legislación vigente; al final resultó ser EXCEDENCIA VOLUNTARIA.

La Sala de lo Contencioso-Administrativo de Granada del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, en su SENTENCIA nº 1267/90 DE 5-11-90, declara NULA la Orden de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía de 7-11-84 sobre integración de los Sanitarios Locales en los E.A.P. y CONTRARIA A DERECHO por incompetencia del órgano que la dictó.

Ante esta Sentencia, que no es firme por haber sido recurrida por la Consejería, no cabe duda que debe esperarse el pronunciamiento oportuno del Tribunal Superior, antes de hacer la oferta de integración con mención de la citada Orden, que a todos los efectos es oferta "OBLIGATORIA" y no voluntaria por la amenaza de excedencia para no caer en la posibilidad de ocasionar un daño irreparable, tanto en el ejercicio profesional como en el económico, razón por la cual existe un grupo de médicos titulares que no desean su integración en los E.A.P., a pesar de no estar en contra del

nuevo sistema sanitario, ni mucho menos de la implantación de los Centros de Salud. Muy al contrario, siempre han sido proclives a colaborar con su desarrollo, llegando a ofertar la INTEGRACIÓN FUNCIONAL para no perturbar el nuevo sistema pues la integración total les perjudica.

La Sentencia no arredró a nuestros gobernantes de entonces (los mismos de ahora en términos políticos) porque, además de no hacer caso a la misma, buscarían otros vericuetos para hacer realidad sus propósitos.

Estos Médicos Titulares, unos mayores de 50 años así como otros más jóvenes, que ejercen en poblaciones con Servicio Oficial de Urgencias, se resisten y no desean la integración en base a que sufre un deterioro su ejercicio profesional por:

- **AISLAMIENTO:** El Médico se encuentra solo en la consulta sin personal de apoyo alguno, lo cual hace dificultoso el acto médico cuando tiene que hacer exploraciones y lentitud en la misma al tener que cubrir personalmente todos los requisitos burocráticos.
- **BUROCRATIZACIÓN:** Es excesiva, de los 3 a 5 minutos que se han calculado para la atención al usuario la mayor parte se va a aspectos burocráticos, cosa que con personal de apoyo se evita grandemente pudiendo prestar el médico más atención profesional.

- **ATENCIÓN CONTINUADA:** Se está obligando a los médicos mayores de 55 años a la realización de la atención continuada (guardias) a pesar de estar exentos a partir de dicha edad por ser personal jerarquizado y disponerlo el Reglamento, cosa que ha sido confirmada por Sentencia del Juzgado nº 2 de los de Jerez de la Frontera. Durante la atención continuada no se dispone de tiempo para comer.
- **DESCANSO POSTGUARDIA:** No se contempla tal descanso, con lo cual el profesional tiene treinta y dos o más horas continuadas de servicios, corriendo el riesgo de una mala praxis por cansancio físico o mental.
- **NO ABONO DE DESPLAZAMIENTO:** Hasta septiembre de 1991 se abonaba a los profesionales el complemento de Dispersión Geográfica enmarcado dentro del Complemento de Productividad fija sin especificar. A partir de dicha fecha, mediante decreto, la Administración “aclara” que dicho complemento de dispersión geográfica se abonará cuando se use vehículo propio; es decir que el complemento es por el vehículo y no por el desplazamiento y el riesgo del profesional, y aún así se establece unilateralmente, sin negociar, y resulta plenamente insuficiente valorado el costo real del mismo (carburante, deterioro, seguros, etc.).

Por otra parte, cuando un profesional ha manifestado la imposibilidad de usar vehículo propio (carecer de él, no tener permiso de conducir, no estar en condiciones de salud para conducir, etc.) no se le ha resuelto el problema y sí exigido el cumplimiento del Servicio y sigue sin resolverse.

- **ASPECTOS RETRIBUTIVOS:** Al integrarse en EBAP cambia su sistema retributivo y cuando la cuantía que recibe por el nuevo sistema es inferior a los honorarios que viene percibiendo se le reconoce un CPT (Complemento Personal Transitorio) que es absorbible por futuras mejoras retributivas, con lo cual si el CPT es alto no verá subida alguna durante una serie de años o no la verá nunca si tiene más de 55 años, salvo acuerdo expreso en la Ley General de Presupuesto.

Con este nuevo sistema la paga extraordinaria disminuye considerablemente, pues éste sólo abona el sueldo, trienios y complemento de destino mientras que por el sistema tradicional percibe todos los emolumentos globales.

- **TRIENIOS:** El Sanitario Local, por su condición de funcionario, está obligado por mandato legal a la atención de un cupo de Seguridad Social (S.S.).

Como consecuencia de ello recibe la paga de funcionario sanitario local médico sin complemento alguno según Ley

116/66 y disposiciones sucesivas (es decir, sólo sueldo, grado y trienio incluso reducido al 75% en algunas CCAA al no habérseles aplicado aún el decreto nº 2344/72 de 7-7-72 (BOE 10-09), en el que se reconoce a los sanitarios locales el 100% del grado de actividad, con lo cual a partir de 1975 el Decreto establece que se alcanzará el 100% en cuatro años, de reconocérseles el sueldo completo de funcionario sanitario local), así como las retribuciones correspondientes a la atención al cupo de la S.S.

Cada tres años en ambas retribuciones se les reconoce un aumento correspondiente a la antigüedad, consistente en una cantidad fija en Sanidad (como a cualquier funcionario de su grupo), y un porcentaje en la correspondiente a la S.S., concretamente el 10% de las retribuciones básicas (coeficiente más complemento de haberes básicos).

Pues bien, al integrarse en EBAP persiste el reconocimiento de la antigüedad de la retribución correspondiente a Sanidad o titular, pero en lo correspondiente a la S.S. no se la reconocen nuevos trienios, y además la cantidad consolidada de éstas queda congelada, no sufriendo alteración alguna en lo sucesivo, ni siquiera los aumentos anuales que suelen reconocer los presupuestos generales.

Es indudable que en el momento actual y en el plano individual resulta muy difícil en la práctica, ante la maraña legislativa existente y el retraso de la Justicia en sus



resoluciones, que un Médico se atreva a hacer frente a la Administración en solitario, no integrándose en los E.A.P. que progresivamente se van formando y poniendo en funcionamiento.

Y lo que no procede y no es de recibo en una Administración seria y justa es que se siga manejando la amenaza de la excedencia para proceder a la integración en los E.A.P. de unos funcionarios que no están en contra del nuevo sistema sanitario, ni de la implantación de los Centros de Salud, muy al contrario siempre han estado proclives a colaborar en su desarrollo, llegando a aceptar la INTEGRACIÓN FUNCIONAL para no perturbar el nuevo sistema.

Con esta integración funcional estos funcionarios actuarían realizando todos los programas y actuaciones hacia los objetivos pertinentes, aunque necesitara un aumento de horario, pero conservarían su sistema de trabajo con personal de apoyo y su sistema retributivo no sufriría deterioro, con lo cual todas las partes saldrían beneficiadas y no habría problema alguno.

El funcionamiento de los E.A.P. trajo frustración y desilusión, pues lo que iba a ser una medicina en equipo con suficientes medios de diagnóstico auxiliar e infraestructura humana no era más que una medicina personalizada, burocratizada al máximo, sin medios auxiliares de diagnóstico

suficientes y de gran presión asistencial; en suma una medicina de peor calidad a la que antes venía haciéndose.

El Consejo Interterritorial, máximo órgano del Sistema Nacional de Salud, que en su sesión plenaria del día 27 de septiembre de 1989 abordó la problemática de los Médicos Titulares y su Integración en los EBAP, emitió un informe en cuyo capítulo XI puede leerse: *“...en general tanto las Administraciones Públicas como los Sindicatos entienden que la mayoría de los problemas reivindicativos de los médicos titulares encontrarían la solución idónea y adecuada con la ultimación del proceso de INTEGRACIÓN VOLUNTARIA en curso.*

*Por ello, se han concentrado los esfuerzos de las Administraciones Públicas en impulsar al máximo dicho proceso. Esta integración, de CARÁCTER VOLUNTARIO...”* en todas las CC.AA. excepto en Andalucía, que nos mandaban a la Excedencia.

Ante todas estas disposiciones, y teniendo en cuenta que la legislación expresa oferta voluntaria de integración, que las Sentencias del T.S.J.A. declara nula y contraria a derecho la Orden de la Consejería de Salud sobre la integración de los Sanitarios Locales en los EBAP y la posibilidad de ocasionar daños irreparables a estos funcionarios, todos entonces nos preguntamos:

¿Cómo se hará la oferta de integración en lo sucesivo: voluntaria, funcional, negociada o bajo amenaza de excedencia? ¿Se harán Concursos de Traslado para estos funcionarios a sus plazas como se hizo en 1990 (Resolución del SAS 9-7-90 BOJA 13-7-1990)? Pues no, en Andalucía no. “Convenceros de una vez”, en Andalucía “no habrá jamás médicos titulares”, nos dijo un día el Consejero D. Pablo Recio, de nefasto recuerdo, en una de las muchas reuniones que con él y/o sus equipos mantuvimos.

Recuerden Vds. que en estos tiempos la Sanidad Andaluza estaba regida por un organismo cuyas siglas eran RASSA (Red de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social en Andalucía) y que lógicamente dependía de la Consejería de Salud.

El Decreto 147/1984, de 22 de mayo, (BOJA 26-6-1984), declara el marco territorial de cada Zona Básica de Salud y por la Orden de la C. Salud de 9-7-84 (BOJA 27-7-84) se produce la reestructuración de los partidos médicos oyendo a los Ayuntamientos, Colegios Profesionales (no se produce) y a los funcionarios titulares en propiedad de las plazas afectadas (¡tampoco!).

Con esta orden se “certifica” la desaparición de las plazas de médicos titulares con nomenclatura específica pasando a estar integradas en las Zonas Básicas de Salud.

Por fin, para acabar de rematarnos, en el BOJA de 20-11-84 aparece la Orden de la C. de S. (cuya dirección ostenta nuestro ínclito D. Pablo Recio) de 7-11-84 por la que se regula la integración de los funcionarios sanitarios locales en los Equipos de Atención Primaria y que en su Artº 4 dice que los funcionarios afectados que no acepten la oferta de integración pasarán a la situación de excedencia en la forma contemplada en la legislación vigente.

La Orden de la C. de S. de 2-9-85 (BOJA 19-9-85) aprueba el Reglamento General de Organización y Funcionamiento de Centros de Atención Primaria en Andalucía, con sus Centros de Distrito, Centros de Salud, Consultorios locales y Consultorios Auxiliares.

En los Centros de Salud se desarrolla la atención integral hacia el fomento y la protección de la salud o la curación y rehabilitación del enfermo, a la educación sanitaria de la población y la vigilancia sanitaria del medio que abarca, potenciando la participación de la comunidad y de los ciudadanos, con funciones de docencia pre y postgraduada y con participación en programas de investigación.

En su Artº 6 describe las funciones de las CAP, como son prestar atención continuada e integral en régimen ambulatorio, domiciliario y de urgencia, incluyendo:

- Asistencia preventiva de enfermedades
- Actividades de promoción de la salud

- Asistencia curativa y rehabilitadora
- Educación sanitaria
- Vigilancia sanitaria del medio
- Salud laboral y mental

Además, tareas de investigación clínica, epidemiológica y administrativa.

Estarán dirigidos por el Director del C. de S. que serán nombrados de entre los miembros del E.B.A.P. por el Director Provincial de la RASSA a propuesta del Director del Distrito oído el EBAP.

Esta Orden regula lógicamente todo lo referente al C.S. y entre otras cosas distribuye la jornada laboral en su Artº 14 así: 50% para atención directa al enfermo; 25% para visitas a domicilio y el 25% para formación, investigación y actividades administrativas.

Establece los turnos rotatorios para la asistencia continuada de Urgencia en la que debe participar todo el personal sanitario de la Z.B. e indica que en todo caso siempre habrá algún miembro del EBAP presente en el Centro de Salud durante su horario de funcionamiento y que el personal permanecerá en el Centro durante su horario de trabajo, a excepción del que se dedique a las visitas domiciliarias o actividades de promoción de la salud.

En resumidas cuentas, ya integrados en los C. de S., los Médicos Titulares son encerrados en los mismos, son

controlados en sus salidas, realizan todas las funciones que venían realizando, se les incorpora a las guardias (que por cierto a éstas se les cambia el nombre por el de Atención Continuada), se incorporan a la realización de su jornada laboral ordinaria y se les rebajan las retribuciones o al menos se les congelan. ¿Hay quien dé menos por tanto?

Por la Ley 8/86 de 6 de Mayo, BOJA 10-5-86 del Gobierno Andaluz, se crea el Servicio Andaluz de Salud (SAS), como organismo autónomo administrativo, adscrito a la Consejería de Salud y Consumo y en el cual se integran todos los recursos sanitarios públicos andaluces y asume la gestión de los servicios y prestaciones de la Seguridad Social, Servicios de promoción de la salud, los Centros y Servicios de Salud Mental, los Centros y Servicios de la Sanidad Nacional transferida a la Junta, los Hospitales Universitarios Andaluces y por supuesto LAS FUNCIONES Y SERVICIOS QUE VENÍAN SIENDO REALIZADAS POR LOS FUNCIONARIOS TÉCNICOS DEL ESTADO AL SERVICIO DE LA SANIDAD LOCAL (Artº 2º.1.7).

Con todo esto se siguen dando pasos definitivos para la desaparición de nuestro Cuerpo, aunque sin que hasta este momento se haya declarado a EXTINGUIR, cosa que imagino se debe a que es un Cuerpo Nacional y ello correspondería al Gobierno Español.

El SAS se organiza en ocho Áreas de Salud (una por provincia), las cuales estarán integradas funcional y

administrativamente por unidades menores, las Áreas Hospitalarias (Hospitales) y los Distritos de Atención Primaria de Salud, que abarcarán las Zonas Básicas de Salud a ellos vinculados.

El D. 80/1987, de 25 de marzo (BOJA 7-4-87), de Ordenación y Organización del SAS de la Consejería de Salud, y teniendo en cuenta que la Ley de creación del SAS (Ley 8/86), expresa las funciones de la Atención Primaria (Art. 4) (de diagnóstico continuado de la salud de la población, promocionar la salud de la población, prevenir la enfermedad y atender individual y colectivamente los estados de salud y enfermedad) y de la Especializada (Art. 5).

Se organizan y se crean los órganos superiores de Dirección, Gestión y Administración del SAS, tanto a nivel Central como Provincial y de Distritos, estableciendo en su Art. 51 que todos los puestos de trabajo correspondientes a la estructura del SAS se proveerán mediante convocatoria pública por el sistema de libre designación o concurso de acuerdo con lo dispuesto en la relación de puestos de trabajo.

En cuanto a la Atención Primaria, el Art. 46 dice que el Centro de Salud es la estructura básica y funcional para el desarrollo de la misma forma integral, permanente y continuada por parte del personal que actúe en el mismo. Al frente de estos C. de S. estará un Director que se nombra para cuatro años por el Director de Distrito oídos los profesionales del

Centro, cosa que ha desaparecido cercanamente y ya se nombra sin oír a nadie, para seguir atando.

El BOJA de 4-7-1999 publica la Ley 2/1998, de 15 de Junio, de Salud de Andalucía, que desarrolla con arreglo a la Constitución Española y al Estatuto de Autonomía Andaluz la competencia exclusiva en materia de Sanidad e Higiene que hoy nos rige, que consta de IX Títulos con sus correspondientes Capítulos y una Disposición Transitoria y Tres Disposiciones Finales.

Por la Orden de 7-6-2002 (BOJA 15-6-02), de la Consejería de Salud, se actualiza el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía, en donde ya nuestras plazas integradas en los correspondientes C. de S. no se diferencian para nada de las demás y los concursos se hacen sin tener en cuenta su especificidad, con lo cual se siguen dando pasos para el FENECER de los M.T., y nuestras plazas pueden ser ocupadas -y de hecho lo son- por médicos que nada tienen que ver con nuestro Cuerpo de Titulares.

Llegados a este punto nos encontramos que tanto los M.T. como las plazas pertenecientes a su Cuerpo han quedado integrados e integradas en los C. de S. y que tanto unos como otras se han incluido en los propios C. de S., no diferenciándose para CASI NADA de los y las propias de éstos, salvo en algunas cosas puntuales, que siempre han tendido a perjudicarnos como por ejemplo en algunos concursos de C. de



S. y la Carrera Profesional, donde tanto el Vocal Autonómico de M. T. del Consejo Andaluz de Colegios Médicos, D. José Manuel Muñoz, como el Sindicato Andaluz de Médicos (CESM), encabezado por su Vicepresidente D. José Luis Navas, tuvieron que emplearse a fondo para que no resultáramos cornudos y apaleados.

De cualquier forma, hemos de decir que para la Administración Andaluza los M.T. no existimos como tales y en todo momento se nos considera como Médicos de C. de S. y sólo se nos respetan aquellas cuestiones que nos garantiza la Ley de Reforma de la Función Pública, Ley 30/1984 de 2 de Agosto (BOE 3-8-84) Art. 11 y 12, por aquello de no haber perdido la condición de Funcionarios Públicos.

Por tanto a día de hoy el M.T. de Andalucía es un Funcionario Público del Estado, transferido a la C.A. Andaluza con destino en los C. de S. y que se rige por la legislación de la comunidad, salvo en aquellas situaciones que se vean inmersas en la Ley 30/84 de la Función Pública.

Y como colofón, para no hacer excesivamente larga esta exposición, callando órdenes y comunicaciones internas, etc, hemos de decir que la Medicina Primaria hoy en Andalucía, y por tanto también los M.T., se rige por dos Decretos de la Consejería de Salud de no muy lejana publicación y de un absolutismo apabullante:

El Primero es el D. 75/2007, de 13 de marzo (BOJA 16-3-07), por el que se regula el Sistema de Provisión de Puestos Directivos y Cargos intermedios de los Centros Sanitarios del SAS, mediante el cual estos cargos se harán por libre designación previa convocatoria pública de carácter abierto y permanente, tendrán exclusividad y se evaluarán cada cuatro años, siendo nombrados y cesados discrecionalmente por la Dirección General de Sanidad.

El Segundo es el D. 197/2007, de 3 de Julio (BOJA 17-7-07), que regula la Estructura, Organización y Funcionamiento de los Servicios de Atención Primaria de Salud en el ámbito del SAS, el cual deroga todo el sistema de funcionamiento anterior.

Mediante él se organizan los Servicios en Distritos de Atención Primaria, que planifican, dirigen, gestionan y administran en su ámbito y se dividen en Zonas Básicas de Salud, que se organizarán en Unidades de Gestión Clínica (Art. 22), las cuales tendrán un Director, con rango de cargo intermedio. Éste gestiona y organiza las actividades, los profesionales, recursos materiales y económicos, planifica objetivos asistenciales, docentes, de investigación y evalúa las actividades de los profesionales y por supuesto distribuye la jornada ordinaria y complementaria de los profesionales, propone las sustituciones, ausencias, licencias y permisos reglamentarios, incluido el plan de vacaciones, y decide el reparto de incentivos. Su cargo dura cuatro años renovables

sin límite y puede ser cesado en cualquier momento por quien lo nombró, el Director Gerente del Distrito.

Como vemos, toda una figura con galones de Capitán General con “Mando en plaza”, sin que hasta el momento haya aparecido el consiguiente REGLAMENTO de funcionamiento de estos organismos que regule todos los posibles abusos y caprichos, o favores, contribuyendo con esta ausencia al “todo atado y bien atado” de esta nuestra Andalucía imparable.

Ésta creí era la situación actual del llamado Cuerpo Nacional de Médicos Titulares, que como habrán podido comprobar refleja exactamente lo que anteriormente dijimos, de que si bien no ha sido declarado a extinguir, sí lo ha sido a FENECER, pues se acabaría cuando se jubilara el último M.T.

Pero aún hay más. Para el INRI completo, hace unos días me sorprende al leer en el BOE de 7-10-2008 (pág. 40.343 y sgtes.) la Orden 2802/2008, de 19 de septiembre, del Mº de Sanidad y Consumo, convocando oposiciones para cubrir 33 plazas al Cuerpo de Médicos Titulares:

- Dos para los Servicios Centrales del Mº de S. y C.
- Dos para la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios.
- Veintinueve para los Servicios Periféricos del Mº de Administraciones Públicas.

Es decir, que no sólo nos declaran a FENECER, sino que además asignan el nombre de nuestro cuerpo, nuestro emblema, para cobijar a los médicos que siempre hemos tenido como de Sanidad Nacional. Supongo que será recurrible, pues como ven esto de Historia se convierte en “Triste Historia” del Cuerpo Nacional de Médicos Titulares.

Sanlúcar de Barrameda, 30 de Octubre de 2008

MIGUEL MORGADO GÓMEZ

Médico Titular Jubilado

## VICISITUDES DEL CUERPO DE MÉDICOS TITULARES EN ANDALUCÍA (UN ITEM NECESARIO)

### **José Manuel Muñoz Ruiz.**

Ex-Vocal de Médicos Titulares del Colegio de Médicos de Sevilla. Ex-Vocal de Médicos Titulares del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos.

Me pide mi amigo y Presidente del Colegio de Médicos de Cádiz, el Dr. Morgado, que, como último Representante Autonómico de Médicos Titulares, me encargue de escribir los acontecimientos vividos por los Médicos Titulares en los últimos años.

Tengo que reconocer que es para mí un orgullo y una gran satisfacción este encargo, con el que se viene a completar por ahora el magnífico trabajo sobre la historia del Cuerpo de Médicos Titulares realizado anteriormente por el Dr. Morgado.

Mi andadura como Vocal de Médicos Titulares de Sevilla comienza en el año de 1992 y tan solo dos años más tarde resulté elegido Vocal de Médicos Titulares del Consejo Andaluz -cargo que había dejado vacante el Dr. Morgado al ser nombrado Vicepresidente del Colegio de Médicos de Cádiz- y que he venido revalidando en las urnas cada dos años hasta la desaparición de la Vocalía de Titulares con la última reforma de Estatutos del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos.

Pertenezco a la última generación de Médicos Titulares, ya próxima a su jubilación. Con nosotros desaparecerá una forma

de ejercer y entender la Medicina, de un ejercicio profesional casi sin medios, donde esa ausencia de medios se suplía con esfuerzo y sacrificio -qué mayor sacrificio que permanecer de guardia los 365 días del año y ser el comodín de las distintas administraciones en materia de sanidad y salud.

Entre sus logros más importantes está su contribución a la erradicación de la viruela de España, así como haber sido uno de los pilares básicos de la sanidad y la asistencia sanitaria en nuestro país.

Entre sus escasos reconocimientos: La concesión al Cuerpo de Médicos Titulares de la Medalla de Oro Colectiva al Mérito del Trabajo mediante Decreto de 1 de mayo de 1973 otorgada por el anterior Jefe del Estado y el Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria otorgado a todos los Médicos Titulares por RD de Presidencia 683/1981.

Sobre cómo han vivido estos últimos años los Médicos Titulares podemos afirmar que últimamente, como casi siempre y con independencia del color político del Gobierno de turno, nos hemos sentido constantemente en el punto de mira de todas las administraciones.

La reforma sanitaria nos vino a liberar del yugo de las 24 horas de servicio, lo que supuso un gran alivio. La reforma en sí se vio como algo positivo. Al menos en los primeros años despertó muchas ilusiones. Después vendría el desencanto y la desilusión. Hay que tener en cuenta que la propia reforma

estaba basada en las tareas que los médicos titulares estaban realizando en su trabajo diario. Muchos médicos titulares fueron impulsores y defensores de dicha reforma, contribuyendo a la puesta en marcha de numerosos Centros de Salud y asumiendo las tareas de dirección.

No se entiende muy bien entonces el trato recibido en numerosas ocasiones, ni el hostigamiento hacia unos profesionales cuyo principal delito ha sido trabajar 24 horas al día durante 11 meses al año soportando todo el peso de la Sanidad Pública y la Salud de la España Rural durante más de ciento cincuenta años.

En aquellos años la situación de los Médicos Titulares en Andalucía era la siguiente:

- Los Médicos Titulares habían sido transferidos a la Junta de Andalucía por R.D. 1118/1981, de 24 de abril, sobre traspaso de competencias, funciones y servicios a la Junta de Andalucía.
- Las integraciones de los Médicos Titulares en los Equipos Básicos de Atención Primaria comenzaron en 1984, realizándose según la Orden de 7 de noviembre de 1984, de la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía.
- Dicha Orden fue recurrida por los Colegios de Médicos Andaluces así como por el Sindicato Médico,

iniciándose un largo y lento proceso judicial que culminó con la anulación en parte por sentencia del Tribunal Supremo de 26 de octubre de 1994. En dicha sentencia se declaran nulos los artículos 3º y 4º de dicha orden por incompetencia del órgano que la dictó.

El Art. 3º hace referencia a no ofertar la integración a los Médicos Titulares interinos y el 4º a que dicha integración fuera forzosa.

La mencionada Orden es de inferior rango y contradice el Decreto 147/84, de Junta de Andalucía, y el R.D. 137/84 Art. 10.

- A partir de septiembre de 1985 las integraciones se realizan por el Decreto 195/85, sobre Ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Salud en Andalucía, que no hace mención a los Art. 3 y 4 de la Orden anterior y que fueron anulados por la Sentencia del Tribunal Supremo de 26 de octubre de 1994.

En opinión del SAS, con dicho Decreto se salvaba la citada Orden de integración. Decreto que por otra parte nadie recurrió.

Esta opinión, que fue defendida por los letrados del SAS, no era compartida por los asesores jurídicos y representantes de los distintos Colegios de Médicos Andaluces. Para nuestros



asesores, la Junta no era competente para dictar las normas aludidas.

Tras la sentencia de 1994 pensamos que la Consejería estaría dispuesta a negociar. Nos reunimos los Vocales Provinciales de Médicos Titulares de Andalucía y en colaboración con los distintos asesores jurídicos de los Colegios de Médicos Andaluces elaboramos un documento en el que se recogían una serie de reivindicaciones, tanto de los integrados como de los no integrados, para trasladarlas a la Consejería de Sanidad.

Ni que decir tiene que las negociaciones no dieron ningún fruto y para colmo de males una nueva sentencia del Tribunal Supremo vino a rizar el rizo, al considerar que la integración forzosa en realidad era voluntaria, ya que el funcionario siempre puede elegir entre la excedencia o la integración.

A partir de la sentencia del Supremo de 1994 se produjeron nuevas sentencias en ambas direcciones, según criterio del magistrado de turno. Algún compañero que solicitó la desintegración alegando la sentencia del Tribunal Supremo se encontró con un fallo a su favor. En cambio otros que habían basado también su recurso en la misma sentencia se encontraron con un fallo en contra. Esto es algo que los médicos titulares ya sabíamos por aquel entonces, que para ganar un pleito hacen falta tres requisitos: El primero tener

razón, el segundo saber pedirla y el tercero y último que te la den y este último depende solo de su Señoría.

### **Aplicación de la Disposición Transitoria V de la Ley de Incompatibilidades.**

Sería injusto por nuestra parte no reconocer que solo en algunos casos -aunque sea la excepción que confirma la regla- nuestra Administración nos escuchó, entendió nuestras explicaciones y dio marcha atrás en la aplicación de una norma injusta. Es lo que ocurrió en el año de 1996 cuando se nos quiso aplicar la Disposición Transitoria V de la Ley de Incompatibilidades.

Fue un nuevo intento de atropello contra el colectivo de médicos titulares, esta vez con final feliz.

Se pretendía aplicarnos la Disposición Transitoria V de la Ley de Incompatibilidades después de doce años de su publicación y sin que nunca llegara a regularse dicha Disposición Transitoria por la Administración Central, que es quien tiene las competencias. Los médicos titulares empezamos a recibir a primeros de noviembre de 1996 circulares en las que se nos comunicaba que disponíamos de 15 días para, en virtud de dicha Ley de Incompatibilidades, optar por uno de los sueldos y percibir el otro en concepto de gratificación, con todas las connotaciones que una gratificación puede tener a efectos económicos (pagas extras, trienios etc.). Afortunadamente la respuesta fue rápida, coordinada y sobre

todo eficaz. Mantuvimos entrevistas con representantes sindicales, Dirección General de Personal, Sra. Gerente del SAS y felizmente, el 21 de noviembre de 1996, en entrevista mantenida entre el Dr. López Peña, entonces Presidente del Consejo Andaluz, y el Sr. Consejero de Salud, se accedió a que dicha circular quedara en suspenso.

### **Prolongación de la edad de Jubilación hasta los 70 años.**

Importante para nuestro colectivo fue la Resolución de 31 de diciembre de 1996, que permitía a aquellos médicos titulares que lo solicitaran prolongar su edad de jubilación hasta los 70 años. Con ella los médicos titulares teníamos prácticamente una jubilación a la carta entre los 60 y 70 años.

### **Pérdida de la doble cotización de los Médicos Titulares.**

La Ley de Acompañamiento de los Presupuestos del Estado del año 2001 supuso para los médicos de APD el expolio de las expectativas de derechos adquiridos en materia de jubilación, viudedad y orfandad.

La mencionada Ley preveía en su Art. 29 que los Funcionarios Sanitarios Locales integrados en Equipos Básicos de Atención Primaria, debían optar por una sola vez, antes del 30 de junio de 2001, por quedar incluidos exclusivamente en el Régimen de la Seguridad Social o en el Régimen Especial de

la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE).

Igualmente, a medida que se fueran produciendo nuevas integraciones en los actualmente no integrados, dichos funcionarios tendrían igualmente seis meses para optar por quedar incluidos exclusivamente en el Régimen de la Seguridad Social o en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE).

Esto supuso un expolio -que no expropiación- de nuestros derechos (no existe justiprecio) y una indefensión jurídica.

¿Qué ocurría con las cantidades ingresadas por nosotros en las arcas de la Seguridad Social durante tantos años?

¿Y con las cantidades ingresadas por la Seguridad Social por cada uno de nosotros?

Lo más grave de esta situación era el hecho de que los médicos titulares integrados a partir de 1987 han estado obligados a cotizar a dos regímenes indebidamente, de acuerdo con el principio de no duplicidad de cobertura establecido en el artículo 26 del texto refundido de Ley de Clases Pasivas del Estado, aprobado por R.D. Legislativo 670/1987, de 30 de abril, que dice: “No podrán causar derecho a dos pensiones -en su propio favor o en el de sus familiares- en distintos regímenes como consecuencia de una única prestación de servicios, debiendo optar por el percibo de la que consideren más conveniente para sus intereses”. Así pues

aquellos compañeros integrados a partir de 1987 estarían en esta situación.

Después de numerosas consultas e informes se aconsejó una decisión individual teniendo en cuenta lo siguiente:

#### Opción Seguridad Social

Si se optaba por SEGURIDAD SOCIAL lo cotizado a MUFACE se conservaba y se podía contar para la jubilación, viudedad y orfandad, salvo topes de pensiones y siempre que no se tratara de periodos coincidentes como se ha expuesto anteriormente.

Al ejercitar esta opción no existía posibilidad de reclamar cantidad alguna.

#### Opción MUFACE

Si se optaba por MUFACE permanecían los derechos de viudedad y orfandad para aquellos médicos de APD que hubieran cotizado al menos 22 años a la Seguridad Social, según lo establecido en la Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social, no siendo necesario (para percibir dichas pensiones de viudedad y orfandad) que el titular se encontrara en situación de alta o asimilado al alta en el momento del fallecimiento.

Para el resto de los casos (pensión de viudedad y orfandad en el supuesto de tener menos de 22 años de cotización) y en todos ellos en cuanto a la pensión de jubilación

sería necesario encontrarse en situación de alta o asimilado al alta y haber cotizado al menos dos años en los últimos quince años previos a la jubilación.

La alternativa a esta situación era plantear recurso solicitando las cantidades indebidamente cobradas por la Administración, situación ésta no muy aconsejable en general ante los posibles cambios en las leyes de pensiones.

### **Integración directa en la condición de Personal Estatutario Fijo.**

Un nuevo ataque se produjo con la Orden de 29 de Octubre de 2002, de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, que tenía por objeto el establecimiento de procedimientos para la integración directa en la condición de personal estatutario fijo de quienes prestasen servicios en el SAS con la condición de funcionario de carrera. Dicha Orden era consecuencia de la aplicación de la Disposición Adicional Sexta del Decreto 116/2001, que preveía la homogenización de las relaciones de empleo del personal del SAS.

Afortunadamente dicha integración era de carácter voluntario. O sea, los que no optaban por dicha integración quedaban en la misma situación de servicio activo y con el mismo destino definitivo o provisional que venían desempeñando.

Por aquel entonces se informó de las repercusiones de dicha orden **para los que optasen por integrarse:**

1º Se pueden dejar de percibir los trienios que se perciben como funcionario (los médicos de APD cobramos trienios de funcionarios y de estatutarios). Según el informe de la Asesoría Jurídica del Colegio de Sevilla, estos trienios de funcionarios se dejarían de percibir una vez integrados en la condición de Estatutarios, aunque dicha cantidad se percibirá en concepto de Complemento Personal Transitorio (CPT), previsto en la Orden para aquellos que pierdan ingresos como consecuencia de su integración en la condición de estatutario. Ahora bien, esa cantidad es absorbible, según dicten las sucesivas Leyes de Presupuestos de la Comunidad Andaluza, ya que se trata de un CPT absorbible.

2º Pérdida de MUFACE, ya que los que se integren en la condición de Estatutario deberán renunciar a MUFACE y pasar al Régimen General de la Seguridad Social.

**Se informó que para los que optasen por no integrarse** no había repercusión alguna.

No obstante, se advirtió que aquellos que conservasen la condición de funcionario no podrían participar en futuros Concursos de Traslados, ya que el Decreto de la Junta de Andalucía 136/2001, por el que se regulan los sistemas de selección de personal estatutario y de provisión de plazas básicas en los Centros Sanitarios del Servicio Andaluz de Salud, publicado en BOJA el 14 de julio de 2001 introducía

como novedad en su Art. 7.1 el requisito para participar en los concursos de traslados de ser personal estatutario fijo.

A pesar de esta coacción la mayoría de los médicos titulares optaron por permanecer en la condición de funcionario.

Lamentablemente, de las numerosas demandas interpuestas para permitir participar a los médicos titulares en los concursos de traslados celebrados con posterioridad no prosperó ninguna.

De esta forma se confirmó la coacción: Si querías participar en Concursos de Traslados tenías que hacerte Estatutario, renunciando a tus derechos como Funcionario. En caso contrario estabas condenado a jubilarte en la plaza que ocupabas, ya que no se te iba a permitir participar en los Concursos de Traslados. Un nuevo derecho usurpado.

### **Subida de nivel 24 a 25.**

El Decreto 280/2002, de 12 de noviembre, publicado en el BOJA nº 134 de 16 de noviembre, procedía a elevar el nivel de los funcionarios de la Administración General de la Junta de Andalucía pasando para el grupo A del nivel 24 al 25.

Hemos de recordar que los médicos titulares somos funcionarios transferidos a la Junta de Andalucía y que al integrarnos en los Equipos Básicos de Atención Primaria no perdemos nuestra condición de funcionarios. Por tanto, entendimos que se nos debía aplicar el nivel 25 en vez del nivel 24 que veníamos percibiendo.



El SAS no procedió a elevar el nivel de 24 a 25, por lo que se iniciaron los recursos pertinentes.

En las primeras respuestas en vía administrativa, la Junta de Andalucía consideró que no era de aplicación el mencionado Decreto 280/2002 para los médicos titulares, por lo que se iniciaron las acciones legales correspondientes aunque, la verdad sea dicha, con poco éxito, si bien es cierto que en algunas provincias como Málaga y Granada se consiguieron sentencias favorables.

### **Carrera profesional.**

Posteriormente en el año 2005, con la irrupción de la carrera profesional, los médicos titulares estuvimos nuevamente en peligro de quedarnos fuera, precisamente por mantener nuestra condición de funcionario. Se mantuvieron contactos con el Sindicato Médico y con CSI-CSIF, quienes apoyaron nuestras reivindicaciones y afortunadamente la Resolución de 31 de Julio de 2006, de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del SAS, por la que se convocaba el acceso al modelo de Carrera Profesional del SAS, en su ANEXO I, apartado segundo, sobre los requisitos que debían reunir los profesionales Licenciados para solicitar su acceso a la Carrera Profesional, se citaba textualmente en su punto 1: “Tener la condición de personal estatutario fijo, o

FUNCIONARIO SANITARIO LOCAL FIJO INTEGRADO EN EBAP, del SAS”.

Mucho tenemos que agradecer los médicos titulares al Sindicato Médico y a CSIF no haber sido excluidos de la Carrera Profesional, como era el planteamiento inicial de la Administración.

**Integración en la condición de Estatutario o mantener la condición de Funcionario en Órganos Administrativos que no pertenezcan a las Instituciones Sanitarias Públicas.**

Para finalizar y como último de los agravios sufridos, debemos hacer constar el infringido por los responsables sanitarios del Gobierno de la Nación, quien con premeditación y alevosía, saltándose las más elementales normas de Consulta y Participación, utilizando un recurso desmedido como es un Real Decreto Ley, como si fuese un caso de extraordinaria y urgente necesidad, nos usurpaba unos derechos laborales adquiridos tras una oposición, y nos exigía que para seguir desempeñando nuestra labor sanitaria debíamos renunciar a la condición de funcionario ganada en una oposición nacional, una medida que carece de antecedentes en nuestro país.

De esta forma se condenaba a desaparecer al colectivo de Médicos Titulares, que ha sido uno de los pilares básicos de la asistencia sanitaria de nuestro país desde hace más de 150 años.

## **Decreto-Ley 1/2012, de 19 de junio.**

**I.- Médicos Titulares:** Antes del 31-12-2013 optarán por:

- Pasar a Estatutario (A)
- Seguir de Funcionario (B)

Si no opta se le nombrará Estatutario.

**(A) Estatutario:** Será un médico más de Centro de Salud de A.P. con todas sus consecuencias, incluida la jubilación a la edad que contempla al Estatutario (65-67). Se registrá por el Estatuto Marco.

**(B) Funcionario:** Perderá la actividad asistencial. Será asignado a un puesto no asistencial (¿existen?, ¿se crearán?). Se registrarán por la Ley de Reforma de la Función Pública.

Jubilación: Voluntaria a los 60 años y 30 de servicio.

Obligatoria a los 65 años

Prolongada hasta los 70 años, previa petición, pudiendo interrumpirlo en cualquier momento durante los cinco años de prórroga, solicitándolo con dos meses de anticipación.

**II.- Cupo y Zona:** Se harán Estatutarios.

Mediante el **Real Decreto Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (BOE 24/04/2012)** y en el capítulo V, de medidas en materia de recursos humanos, se nos obligaba

a integrarnos, antes del 31 de diciembre de 2012, en los Servicios de Salud como Personal Estatutario Fijo.

La alternativa para seguir conservando la condición de funcionario era abandonar la asistencia sanitaria que veníamos desempeñando y ser adscritos a órganos administrativos que no pertenecieran a las instituciones sanitarias públicas.

Una tropelía con visos de inconstitucionalidad, según todos los informes jurídicos solicitados.

Tras los primeros encuentros entre representantes nacionales de la OMC y el Gobierno, a lo único que se accedió fue a introducir en la Corrección de Errores de dicho Real Decreto-ley, publicada en BOE de 15 de mayo de 2012, las siguientes modificaciones:

Un retraso en la fecha de integración: del 31 de diciembre de 2012 hasta el 31 de diciembre de 2013.

Añadir el inciso «sin perjuicio de los derechos consolidados».

El retraso en la fecha de integración era insuficiente ya que dejaba fuera de optar a la jubilación a un número importante de médicos titulares.

Con relación al inciso «sin perjuicio de los derechos consolidados», lejos de darnos seguridad nos dejaba perplejos, ya que no sabíamos cómo iba a interpretarse. Muchos nos temíamos que fuera con un criterio restrictivo.

Nuestra única esperanza era que nuevamente se atrasase dicha fecha, lo que permitiría a buena parte del colectivo jubilarse antes de su entrada en vigor.

Otra posibilidad era que las Comunidades Autónomas, quienes tienen que realizar dicha integración, interpretaran que esta Disposición era de contenido imposible, al no existir Médicos Titulares de los Servicios Sanitarios Locales, ya que están todos integrados en EBAP de Salud.

Además hay que tener en cuenta que dicha norma invadía competencias de las Autonomías y les imponía la creación de plazas burocráticas no asistenciales para los médicos funcionarios que no se integraran en la condición de estatutarios, lo que suponía un incremento en el gasto público además de vulnerar la potestad organizativa de las Comunidades Autónomas.

No se puede olvidar que dicha integración, lejos de suponer un ahorro, supondría un aumento en el capítulo de personal de las Autonomías, precisamente en un momento en el que se dice que tienen que ajustar sus plantillas.

No se entiende cómo se destina a unos médicos a engrosar la plantilla de las Administraciones Autonómicas para realizar tareas administrativas cuando por otra parte se lanzan mensajes de que hay que realizar ajustes en la plantilla de dichas Administraciones. Además los Servicios de Salud Autonómicos tendrían que cubrir las vacantes de aquellos

médicos titulares que pasasen a las Administraciones Autonómicas. ¿Dónde estaba la medida de ahorro?

## CONCLUSIÓN

Éstas han sido las vicisitudes por las que hemos pasado los médicos titulares durante los últimos 30 años.

Nuestro futuro es desaparecer por jubilación, ya que nunca se ha declarado a extinguir el Cuerpo de Médicos Titulares.

No quisiera finalizar esta breve crónica sin dar las gracias a todos los compañeros médicos titulares que han ocupado algún cargo de representación en Colegios Médicos, Organizaciones Sindicales o Sociedades Científicas. Gracias, en nombre de todos vuestros compañeros titulares, a los que habéis representado tan dignamente en estos años. Sin vuestro concurso los agravios hubieran sido mayores y alguno que se evitó también se habría infringido.

Gracias a todos los médicos titulares por vuestros sacrificios y vuestra dedicación a unos puestos no siempre -o mejor dicho- casi nunca reconocidos. Ya sabemos que los resultados no se pueden medir por los éxitos que se hayan obtenido en el desempeño de la función, sino por la dedicación, y me consta que la vuestra ha sido abnegada. Poco podemos hacer nosotros ante la prepotencia de una Administración que

nos avasalla continuamente y que utiliza todo su fuerza y todos sus medios.

Nuestra única defensa ha sido el recurso a los tribunales de Justicia y, como ya sabemos, la justicia en nuestro país es demasiado lenta.

Esto ha supuesto que para cuando se obtenía una sentencia firme había transcurrido tanto tiempo que el daño causado era ya irreparable. Esto también lo sabían nuestros dirigentes. Alguno llegó incluso a jactarse de ello diciendo: “recurran ustedes, que para cuando lo ganen en los tribunales ya no habrá médicos titulares”.

No quisiera terminar sin agradecer a nuestras familias, especialmente a nuestros cónyuges, por su comprensión y su paciencia, ya que también han compartido muchas penalidades.

Por último, gracias a mi familia por permitir que parte de mi tiempo libre lo dedicase a mis compañeros en vez de a ellos, a quienes legítimamente les pertenecía.

## CAPÍTULO FINAL

Ya veíamos como el Real Decreto Ley 16/2012 obligaba en su Disposición Adicional Decimosexta a la estatutarización de los médicos titulares antes del 31 de diciembre de 2013.

Ante múltiples inquietudes, preguntas y argumentaciones por parte de distintos organismos, aunque nosotros nos referimos fundamentalmente al Consejo Andaluz de Colegios de Médicos, en fecha 4-7-2013 el Servicio Andaluz de Salud (SAS) tranquiliza los ánimos de los médicos titulares mediante un comunicado en el que expresa que nada le corresponde hacer al respecto, puesto que ya lo hizo en las Órdenes de la Consejería de Salud de 29-10-2002 y de 25-11-2005, en desarrollo de la Disposición Adicional Sexta de la Ley 30/1999, de Selección y Provisión de Plazas del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

A la zaga de otras comunidades autónomas y prácticamente con el plazo cumplido, Andalucía acordaba en Mesa Sectorial la Resolución de 19 de diciembre, de la Dirección General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud, sobre integración en el régimen estatutario de determinado personal al servicio de las instituciones sanitarias del SAS, y que días después, concretamente el 27 de diciembre, se publicaba en el BOJA número 252 –páginas 101 a 103-.



Esta Resolución venía a cerrar el círculo a la incertidumbre de los médicos titulares, que ven por fin recogidas normativamente y reconocidas sus legítimas reivindicaciones históricas. En resumidas cuentas la Resolución establece que “al personal que no opte por la integración... se le respetará el régimen jurídico y retributivo y conservará sus derechos individuales y económicos adquiridos, permaneciendo en su actual situación...”.

Al mismo tiempo, “En estos supuestos... la adscripción a órganos administrativos que no pertenezcan a las instituciones sanitarias del SAS del personal funcionario sanitario que no se integre en el régimen estatutario se realizará conforme a los procesos de movilidad que puedan articularse para tal fin, cuando existan vacantes del mismo cuerpo o escala o, en su caso, grupo de titulación en otras unidades administrativas”.



Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL**

En fecha 10 de Mayo de 2013, esta Dirección General de Profesionales ha recibido escrito en el que formula solicitud de información respecto a determinadas cuestiones referentes a su posible integración como personal estatutario. Al respecto, le informamos de lo siguiente:

El reciente Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (Boe núm. 98, de 24 de Abril de 2012), introduce en su artículo 10 una nueva disposición adicional en el Estatuto Marco de Personal Estatutario de los Servicios de Salud, estableciendo un plazo máximo para que determinados profesionales que ostentan la categoría de funcionarios y que prestan sus servicios en instituciones sanitarias públicas opten por integrarse en sus servicios de Salud como personal estatutario fijo o, en caso de no ejercer la referida opción, sean adscritos por sus respectivas Comunidades Autónomas en Órganos administrativos que no pertenezcan a Instituciones Sanitarias Públicas.

En primer lugar, le comunicamos que el Consejo de Gobierno, basándose fundamentalmente en la vulneración de principios constitucionales e invasión de competencias autonómicas, ha autorizado la interposición de un recurso de inconstitucionalidad frente a determinados preceptos de este Real Decreto, entre los que se encuentra el artículo citado anteriormente, siendo admitido a trámite como Recurso nº 4585-2012 por Providencia de 13 de Septiembre de 2013 por el Pleno del Tribunal Constitucional,

En segundo lugar, le informamos que esta previsión ya fue ejecutada en las Órdenes de la Consejería de Salud de de 29 de Octubre de 2002 y de 22 de Noviembre de 2005, dictadas en desarrollo, respectivamente, de las previsiones contenidas la Disposición Adicional Sexta de la Ley 30/1999, de Selección y Provisión de P.azas de Personal Estatario de los Servicios de Salud y de la Disposición Adicional Quinta del Estatuto Marco, acogiéndose a las mismas funcionarios sanitarios locales a fin de su integración como personal estatutario.



Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL**

Asimismo, el Decreto 136/2001, de 12 de junio, por el que se regulan los sistemas de selección del personal estatutario y de provisión de plazas básicas en los Centros Sanitarios del Servicio Andaluz de Salud. (BOJA N° 80, de 14 de Julio de 2001), estableció en su Disposición Transitoria Cuarta integración de los Funcionarios de carrera del Cuerpo Técnico del Estado al Servicio de la Sanidad Local en los Equipos Básicos de Atención Primaria o en los Dispositivos de Apoyo de los Distritos Sanitarios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud.

De lo anteriormente expuesto, se desprende que en nuestro ámbito, ya se ha producido la integración de estos funcionarios, si bien sólo a efectos funcionales y retributivos, pero conservando su condición funcional. Por tanto, la aplicación de lo contenido en la norma, al margen de las consideraciones jurídicas constitucionales, carece de efectos prácticos significativos, por lo que su aplicación se encuentra en estos momentos suspendida en nuestra Comunidad.

Esperamos que lo expuesto haya resultado de utilidad a las cuestiones planteadas.

EL DIRECTOR GENERAL DE PROFESIONALES

## 2. Autoridades y personal

### 2.2. Oposiciones, concursos y otras convocatorias

#### CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

*RESOLUCIÓN de 19 de diciembre de 2013, de la Dirección General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud, sobre integración en el régimen estatutario de determinado personal al servicio de las instituciones sanitarias del Servicio Andaluz de Salud.*

En el desarrollo del proceso de transferencias en Andalucía iniciado en 1981 asumiendo las competencias en materia de sanidad e higiene, anteriormente dependientes del Ministerio de Sanidad y Consumo; la Comunidad Autónoma de Andalucía asume en el año 1984 la gestión de la red sanitaria de la Seguridad Social, anteriormente gestionada por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Una vez asumidas por parte de la Junta de Andalucía las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, se aborda la necesidad de la reforma de los servicios asistenciales de la atención primaria y de la atención especializada cuya situación venía caracterizada por un marco legal que atribuía competencias a distintas Administraciones Públicas y bajo diversos regímenes jurídicos.

En su virtud, en uso de las atribuciones que, previo informe de la Consejería de Hacienda y aprobación de la Presidencia, oídos las Organizaciones Colegiales respectivas, y previa deliberación del Consejo de Gobierno en su reunión del día 28 de agosto de 1985 aprobó el Decreto 195/1985, de 28 de agosto, sobre ordenación de los servicios de Atención Primaria de Salud en Andalucía. En dicho Decreto se determinó que los Médicos de Medicina General y Pediatría-Puericultura de Zona, Ayudantes Técnicos Sanitarios o Diplomados en Enfermería y Practicantes de Zona y Auxiliares de Clínica, adscritos a la Zona, y los Funcionarios Técnicos del Estado al Servicio de la Sanidad local, adscritos a los Cuerpos de Médicos, Practicantes y, en su caso, Matronas, Titulares radicados en la Zona integraban el Equipo de Atención Primaria.

En su disposición transitoria tercera reguló que la integración de los Funcionarios Sanitarios locales en los Equipos Básicos de Atención Primaria se realizará mediante oferta de incorporación a todos los afectados por la creación de la Zona Básica de Salud.

Posteriormente, esta previsión fue regulada en las Órdenes de la Consejería de Salud de 29 de octubre de 2002 y de 22 de noviembre de 2005, dictadas en desarrollo, respectivamente, de las previsiones contenidas en la disposición adicional sexta de la Ley 30/1999, de Selección y Provisión de Plazas de Personal Estatutario de los Servicios de Salud y en la disposición adicional quinta del Estatuto Marco, acogiéndose a las mismas funcionarios sanitarios locales a fin de su integración como personal estatutario. Asimismo, el Decreto 136/2001, de 12 de junio, por el que se regulan los sistemas de selección del personal estatutario y de provisión de plazas básicas en los Centros Sanitarios del Servicio Andaluz de Salud (BOJA núm. 80, de 14 de julio de 2001), estableció en su disposición transitoria cuarta la integración de los funcionarios de carrera del Cuerpo Técnico del Estado al Servicio de la Sanidad Local en los Equipos Básicos de Atención Primaria o en los Dispositivos de Apoyo de los Distritos Sanitarios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud, con carácter previo a la incorporación de la Zona Básica de Salud al nuevo modelo de prestación de la asistencia sanitaria.

Habiendo finalizado a esta fecha el proceso de reforma de la Atención Primaria en Andalucía, el efecto homogeneizador que sin duda persigue la disposición adicional decimosexta añadida a la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud por el artículo 10 del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, entre funcionarios sanitarios y personal estatutario, bajo la fórmula de la integración de los primeros en los segundos, está ya conseguida en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud con la integración de los primeros en el nuevo modelo de prestación de la asistencia derivado de la Ley General de Sanidad.

El Decreto 136/2001, de 12 junio, que regula los sistemas de selección del personal estatutario y de provisión de plazas básicas en los Centros Sanitarios del Servicio Andaluz de Salud, regula los procedimientos por los que el personal estatutario de cupo y zona y los médicos especialistas de cupo de la Seguridad Social, podrían incorporarse a la nueva estructura sanitaria como consecuencia de la apertura de Zonas Básicas de Salud o la jerarquización de los Servicios Sanitarios en los Hospitales. De esta forma, en las disposiciones transitorias primera y segunda establece los procedimientos de la oferta de incorporación de plazas de Médicos Especialistas de Cupo de la Seguridad Social, que se adscribirán orgánica y funcionalmente al Servicio Jerarquizado correspondiente del Hospital o Área de Gestión Sanitaria dependiente del Servicio Andaluz de Salud. Destacar que dichas disposiciones establecen que estos podrán solicitar su incorporación en cualquier momento, presentando la solicitud ante la persona titular de la Dirección Gerencia del Hospital o de la Gerencia del Área Sanitaria correspondiente.

Recientemente, la normativa estatal, con las modificaciones realizadas en el Estatuto Marco por el artículo 10 del citado Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, viene a impulsar la extinción en las instituciones sanitarias de las relaciones de empleo funcionariales y del sistema retributivo y de prestación de cupo y zona. Con esa finalidad dispone que a lo largo de este año 2013 las comunidades autónomas establezcan los oportunos procedimientos de integración.

Atendiendo a la normativa propia anteriormente relacionada, en la Comunidad Autónoma de Andalucía ya existen los correspondientes procedimientos de integración, aplicables tanto al personal que presta servicios en el ámbito de la atención primaria de la salud como en el de atención especializada.

En consecuencia, para dar cumplimiento al mandato de la normativa estatal resulta suficiente con realizar una mera remisión a la normativa vigente para el personal funcionario del ámbito de atención primaria, y proceder a la apertura de un nuevo plazo para que el personal con vínculo funcional de los centros de atención especializada opte por su integración conforme al régimen ya establecido en el Decreto 136/2001.

Respecto a las consecuencias que se pueden derivar para el personal funcionario de la no integración, la presente resolución acoge la interpretación realizada por la Comisión Bilateral de Cooperación Administración del Estado-Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco (BOE de 6 de marzo), y de la Comisión Bilateral de Cooperación Aragón-Estado, en el sentido de que el personal que no opte voluntariamente por la integración puede permanecer en su puesto, en las condiciones actuales, más allá del 31 de diciembre de 2013. De esta forma, se permite también la pervivencia, tras esa fecha, de la modalidad retributiva y de prestación de cupo y zona; modalidad ésta que, además, figura incorporada en nuestro ordenamiento jurídico propio con las previsiones que los sucesivos decretos de integración realizan a la garantía del régimen jurídico y retributivo, la de los derechos individuales y económicos adquiridos, del personal no integrado.

En último término, esta resolución, cuyo objeto primordial es la integración en el régimen estatutario de determinado personal funcionario, constituye el instrumento adecuado para fomentar en este momento la homogeneización, bajo el régimen estatutario vigente, de las relaciones de empleo de otros colectivos de personal de las instituciones sanitarias públicas, como es el caso del personal laboral. Por eso se impulsan ofertas de integración para todos los colectivos no integrados en el régimen actual, retributivo y de prestación propio del personal estatutario.

Así, con el fin de habilitar los correspondientes procedimientos de integración y homogeneizar las relaciones de empleo, esta dirección general, tras su negociación en la mesa sectorial y con la aprobación de las organizaciones sindicales representadas en la misma, dicta la siguiente estatutario, se realizará conforme a los procesos de movilidad que puedan articularse para tal fin, cuando existan vacantes del mismo cuerpo o escala o, en su caso, grupo de titulación en otras unidades administrativas.

En el momento en el que se formalicen los mencionados procesos de movilidad, el personal funcionario sanitario incluido en el ámbito de aplicación del artículo 10.4 del Real Decreto-ley 16/2012 -personal funcionario de los servicios sanitarios locales- podrá manifestar, además, su opción de integrarse en el régimen estatutario.

La presente Resolución producirá efectos a partir de la fecha de su firma.  
Sevilla, 19 de diciembre de 2013.- La Directora General, M. Paz Martín Gómez.

## EPÍLOGO

**Este trabajo es una COMPILACIÓN, con algunas incrustaciones del autor, de las siguientes obras:**

- Discurso de Apertura del XX Congreso Nacional SEMERGEN celebrado en Jerez de la Frontera (Cádiz) del 30 de Septiembre al 3 de Octubre de 1998. Sobre el tema “Gloria y Servidumbre de la Medicina Rural” del Insigne **Prof. D. Antonio Orozco Acuaviva**, Catedrático de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cádiz, tristemente fallecido en plena madurez y al que tanto añoramos.
- Discurso de Ingreso en la Real Academia de Medicina de Asturias y León del Médico Titular asturiano, hoy jubilado, **Dr. Ventura García Contreras**, ejemplo para muchos Médicos Titulares que le continuamos y que tuvimos la suerte de disfrutar de su gran saber y buen hacer, sobre el tema “Historia del Cuerpo Nacional de Médicos Titulares”.
- Trabajo para la Mesa Profesional del I Congreso Nacional de la Medicina General, celebrado en Sevilla en Octubre de 1994, sobre el Tema “El Médico Titular y su situación en Andalucía” realizado por **D. Manuel Fagés Ontiñolo**, Médico Titular sevillano, de larga trayectoria en su lucha a favor del Cuerpo y **D. Miguel Morgado Gómez**, Médico Titular gaditano.
- Añadimos un capítulo más con los últimos acontecimientos relacionados con el Cuerpo de Médicos Titulares, elaborado a petición del autor de esta compilación por el **Dr. D. José Manuel Muñoz**

**Ruiz**, Médico Titular integrado en Centro de Salud en Utrera (Sevilla), su pueblo natal, y Vocal Autonómico del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos con fecha de Julio de 2013.

- Recogemos en el apartado documental el comunicado de la Dirección General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud a propósito de la integración como personal estatutario de los funcionarios sanitarios locales en Andalucía a raíz de la publicación del Real Decreto-ley 16/2012.
- En el mismo apartado incorporamos la Resolución de 19 de diciembre de 2013, de la Dirección General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud, sobre integración en el régimen estatutario de determinado personal al servicio de las instituciones sanitarias del SAS, tal y como aparece publicada en el BOJA de 27 de diciembre de 2013.

A todos los que con su erudición han contribuido a dar forma a esta obra, nuestro más sincero agradecimiento y su comprensión en aquello que yo no haya sido capaz de expresar en la extensión y forma en que debía decirse.

MIGUEL MORGADO GOMEZ  
Médico Titular Jubilado



## **COROLARIO**

Al tiempo actual y como deducción de todo lo expresado anteriormente, la situación del Cuerpo Nacional de Médicos Titulares –mal llamado por muchos de APD- no difiere en nada de lo que dijimos en ocasión anterior: que sigue declarado a FENECER por “consunción”, pues cuando se jubile el último médico titular se habrá acabado el contenido del Cuerpo y solo procedería ponerle un EPITAFIO, que supongo que cada uno de los nuestros tendrá el suyo. Yo diría: “Fue un Cuerpo que se dio con toda su alma en beneficio de la sociedad”.

Sanlúcar de Barrameda, Enero de 2014