

EL PERSONAL AL SERVICIO DE LA SANIDAD LOCAL: LOS FUNCIONARIOS SANITARIOS LOCALES

Gonzalo Villarino Samalea

Profesor de Derecho Administrativo. Universidad de Oviedo

SUMARIO: I. Evolución normativa de los funcionarios sanitarios locales. II. Los orígenes de una situación compleja y confusa: la transferencia de los funcionarios sanitarios locales a las Comunidades Autónomas y su integración en los Equipos de Atención Primaria de Salud. III. Sobre el estatuto jurídico de los Funcionarios Sanitarios Locales. Análisis de un caos. 1. La condición jurídica de los Funcionarios Sanitarios Locales. Cuadro normativo que les es aplicable. Situaciones administrativas y propuestas de mejora. 2. "Funciones: a. Las funciones del Médico Titular, en tanto que Funcionario Sanitario Local. b. Las funciones del Médico Titular, en tanto que Médico de la Seguridad Social. 3. El régimen retributivo. 4. Los concursos de traslados. IV. Conclusiones.

1. EVOLUCIÓN NORMATIVA DE LOS FUNCIONARIOS SANITARIOS LOCALES¹.

El antecedente más remoto y primigenio del Cuerpo de Funcionarios Técnicos de la Administración Central al servicio de la Sanidad local se remonta a los Facultativos que nombraban los Ayuntamientos para asistir a los enfermos pobres y cumplir los demás servicios sanitarios en la localidad respectiva.

Su primera regulación se contiene en el Reglamento de 15 de enero de 1831, que nace con la loable intención de perseguir el intrusismo en la función médica procurando que la atención de las familias pobres recayese en los médicos más expertos, y sobre todo en los que contasen con un Título². El rigor de las exigencias de este Reglamento, en lo que al nombramiento

de los Médicos se refiere, es atemperado por la Real Orden de 21 de marzo de 1846, al ofrecer a los Ayuntamientos un mayor margen de maniobra para su contratación. El Real Decreto de 5 de abril de 1854 establece las clases de facultativos que debería haber en cada pueblo, según las circunstancias de éstos, así como sus derechos económicos.

Pero es al año siguiente, con la aprobación de la Ley Orgánica de Sanidad de 28 de noviembre de 1855 cuando se acomete una regulación más minuciosa del estatuto de estos profesionales. En esencia, los artículos 64 a 80 venían a preceptuar que las Juntas Provinciales de Sanidad invitaran a los Ayuntamientos para que creasen, con el consentimiento y concurso de los vecinos, plazas de Médicos Titulares, y se exigiese responsabilidad a las Corporaciones locales cuando por no tener médico titular falleciese algún indigente sin asistencia médica. Por otro lado, se fijaban las funciones³ que aquellos Médicos habrían de desempeñar: unas de tipo asis-

¹ Si bien utilizamos la más genérica expresión de Funcionarios Sanitarios locales, vamos a centrarnos principalmente sobre los Médicos Titulares. Los otros dos colectivos aún subsistentes (Practicantes y Matronas) revisten, a los efectos de la Sanidad local menor importancia, no sólo por su menor número sino también por las funciones que desempeñan

² El citado Reglamento preceptuaba que "las plazas de médicos-cirujanos, de médicos sólo o de cirujanos titulares de los pueblos donde haya alcaide mayor, corregidor o gobernador político, y que perciban el todo o parte de su dotación de fondos de mi Real Erario, cualquiera que fuesen, se proveerán por las autoridades respectivas, precisamente en uno de los que designe en una terna mi Real Junta Superior, formada de los más dignos y meritorios entre todos los aspirantes, cuyos memoriales, o sus copias, autorizadas debidamente por quien corresponda, se remitirán sin excusa a la Real Junta de la Facultad; quedando aquélla responsable de la elección que hicieren contra lo terminantemente prevenido en este artículo".

³ Sobre las duras condiciones de trabajo de los Médicos Titulares ironiza *El Siglo Médico*: 1" Cobrar las iguales en especie, y de puerta en puerta, como si se pidiera para las ánimas benditas. 2" Visitar por la mañana y tarde a todos los enfermos, aunque no padezcan más que estornudos y sabañones. 3" Dar declaraciones e informes por el amor de Dios y la prosperidad de los curiales. 4" Pedir licencia al tío Pedro para salir a pescar o a cazar gorriónes (el tío Pedro es el Alcalde). 5" No comer ni dormir con tranquilidad, y acudir pronto al llamamiento de un vecino, pues para esto paga un celemin de centeno todos los años. 6" Tener una opinión política tricolor, o tres opiniones distintas para vivir en paz con el cura, con el escribano y con el alcalde. Citado por Agustín Albarracín Teulón en su ponencia "Pasado, presente y futuro del Médico Titular" en el marco de las *Ponencias y Comunicaciones del Primer Congreso Nacional de Médicos Titulares*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1988, p. 30.

tencial y otras de carácter asesor, las cuales, deberían especificarse ambas en el contrato celebrado entre el médico y el Ayuntamiento correspondiente, determinándose en el mismo los derechos y obligaciones de las partes otorgantes, la relación de familias pobres a quienes habrían de asistir los Titulares, y la asignación anual que a los mismos correspondería percibir en virtud de la prestación de los servicios pactados, asignación de cuyo pago se responsabilizarían los Ayuntamientos, bien por sí, bien en forma mancomunada.

Para el desarrollo de la Ley se dictaron las Reales Órdenes de 22 de junio de 1859 y 23 de abril de 1862, hasta que el Real Decreto de 9 de noviembre de 1864 aprobó un Reglamento sobre los Partidos médicos que, por cierto, no llegó a entrar en vigor. El Decreto de 11 de marzo de 1868 aprobó otro reglamento sobre la misma cuestión, que fue derogado por el de 24 de octubre de 1873, y éste a su vez por el de 14 de junio de 1891⁴. La Real Orden de 13 de mayo de 1902 declaró incompatibles los puestos de médico titular y forense, pero sólo cuando ambos cargos fuesen retribuidos, tal y como aclara la Real Orden de 5 de junio de 1903.

La Instrucción General de Sanidad de 12 de enero de 1904 introduce ciertas innovaciones importantes en el orden de la función sanitaria local. En el aspecto *orgánico* sienta las bases definitivas para la organización en Cuerpo de los Médicos Titulares, cuyo primer Reglamento fue aprobado aquel mismo año, concretamente el 11 de octubre de 1904⁵. Se regula asimismo la constitución de Partidos sanitarios, se ordena la creación de plantillas orgánicas, y se fijan los principios a que habría de ajustarse la provisión de plazas por los Ayuntamientos y la contratación de servicios sanitarios. En el aspecto *funcional*, se mantienen las atribuciones asistenciales y asesoras que a favor de los Titulares estableciera la Ley de 1855, pero se añade una categoría funcional que a partir de entonces adquirirá gran importancia: la función inspectora sobre los servicios sanitarios municipales.

El sanitario titular sigue dependiendo funcional y económicamente de los Municipios pero es justo decir -siguiendo a A.

⁴ Fue este Reglamento el que organizó el servicio benéfico-sanitario de los pueblos. Según el mismo era preceptiva la presencia de Médicos Titulares en todas las poblaciones que no excediesen de 4.000 vecinos. Entre los deberes de estos facultativos se contaban, además de la asistencia gratuita de las familias pobres: la vacunación y asistencia a los nacimientos y abortos que ocurrieren en el domicilio de éstas o en cualquier asilo municipal; prestar los servicios sanitarios de interés general, dentro del término jurisdiccional, auxiliar con sus conocimientos científicos, dentro de su demarcación a las Corporaciones Municipales, en cuanto se refiere a policía sanitaria; comprobar y certificar gratuitamente las defunciones que ocurran en su distrito municipal; auxiliar a la administración de justicia, conforme a lo preceptuado en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, y prestar en casos de urgencia, y con la debida retribución, aquellos servicios que por el gobernador de la provincia se les encarguen, en los pueblos cercanos al de su residencia".

⁵ Según este Reglamento, los Médicos Titulares serán representados por una Junta de Gobierno y Patronato, quienes defenderán sus intereses y elevarán a los poderes públicos las quejas, denuncias y reclamaciones que aquéllos formulen.

DE LORENZO- que "las innovaciones introducidas por la Instrucción dejaron sentadas las bases de una posterior evolución en la que, paulatinamente, se observa cómo los funcionarios adscritos a los servicios sanitarios locales -verdaderos funcionarios municipales- se van desligando del Municipio para integrarse progresivamente en esferas administrativas más amplias"⁶. Los pasos de esta evolución vinieron marcados, en primer lugar, por el Estatuto Municipal de Calvo Sotelo de 1924 y por el Reglamento de Sanidad Municipal de 1925 promulgado en desarrollo de aquél. Posteriormente, ha de reseñarse la Orden Ministerial de 27 de enero de 1931 que aprobó el escalafón del Cuerpo de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad. La centralización se acrecienta con la Ley de 15 de septiembre de 1932 y la Orden Ministerial de 7 de marzo de 1933 sobre regulación de los puestos de trabajo desempeñados por el Cuerpo ya que si bien las oposiciones y concursos convocados para la provisión de las plazas continúan siendo convocados y resueltos por los Ayuntamientos, tal provisión comienza a ser intervenida por las Inspecciones Provinciales de Sanidad, órganos periféricos de la Administración Central del Estado.

El proceso centralizador o centrípeto se agudiza todavía más con la Ley de Coordinación Sanitaria de 11 de julio de 1934. En efecto, en desarrollo de esta Ley se aprueba el Decreto de 29 de septiembre de 1934 que a la par que convierte el Cuerpo de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad en el Cuerpo de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria (APD) centraliza todas las formas de provisión de plazas en la Subsecretaría de Sanidad y Asistencia Pública, del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión. A este movimiento coadyuvaba también la Ley de 31 de diciembre de 1941, según la cual los Titulares de 1ª y 2ª categoría seguirán percibiendo sus haberes con cargo a los Presupuestos Municipales mientras que los de 3ª, 4ª y 5ª categoría lo harán, a partir de ahora, con cargo a los Presupuestos Generales del Estado.

La Ley de Bases de Sanidad Nacional de 22 de noviembre de 1944 consolida la condición estatal de los diversos Cuerpos de funcionarios al servicio de los Municipios. La Base 21, al tratar los centros secundarios de sanidad rural dispone que actuarán como filiales de los Institutos provinciales, de los que dependen técnica y administrativamente. Son organizaciones donde trabajan los Médicos de Asistencia Pública domiciliaria y se encuentran bajo la dependencia de la Dirección General de Sanidad⁷. Esta naturaleza se perfila con mayor nitidez para los centros primarios de sanidad, que constituyen, en palabras de la Ley, el "último escalón de los servi-

⁶ Vid. A. DE LORENZO, *Estatuto Jurídico del Médico Titular. Régimen funcional orgánico*. Madrid, 1971, p. 45.

⁷ En la Base 21 queda clara la inserción de los centros sanitarios secundarios -y por tanto del personal que en ellos trabaja- en la Dirección General. Literalmente dispone: "La Dirección General de Sanidad extenderá progresivamente estas organizaciones a medida que las circunstancias lo aconsejen, hasta tener una red completa de centros sobre la superficie del país".

cios sanitarios nacionales", y cuya Dirección "recaerá en un médico de Asistencia Pública Domiciliaria de la localidad, que actuará en su zona como delegado del Jefe provincial de Sanidad, o del Director del Centro secundario, si lo hubiese". Finalmente, y en lo que aquí nos interesa, se declara subsistente el escalafón del Cuerpo médico de Asistencia Pública Domiciliaria aprobado por Orden Ministerial de 27 de enero de 1943, al que habrá que ingresar por medio de oposición.

Con el objeto de desarrollar la citada Ley en lo que a la Sanidad local se refiere, se promulgó el Reglamento de personal sanitario local de 27 de noviembre de 1953⁸, cuya aplicación se extiende a todo el personal sanitario local (provincial y municipal) salvo el de los Municipios capitales de provincia o populosos que ya se hubiesen expresamente exceptuado o lo fueran a hacer en el futuro por contar con Cuerpos propios para el cumplimiento de las funciones de Beneficencia y Sanidad. La norma se divide en dos Títulos, relativos al personal sanitario de la Beneficencia Provincial y al personal de los servicios sanitarios municipales respectivamente. El primero, salvo la fiscalización indispensable, se somete al Estatuto de funcionarios de la Administración local. Por el contrario, el segundo se ajusta a la regulación orgánica de la Administración central, delimitando el ámbito funcional de cada Cuerpo (Médicos Titulares, de Casas de Socorro y Hospitales Municipales, Tocólogos, Odontólogos, Farmacéuticos, Veterinarios, Practicantes y Matronas Titulares), sus plantillas y clasificación de plazas, escalafones, ingreso, condiciones de ejercicio del cargo, situaciones administrativas, derechos y obligaciones, y régimen disciplinario. El personal de todos estos Cuerpos tiene expresamente reconocida su condición de *funcionarios técnicos del Estado*, dependientes del Ministerio de la 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 funcionario al servicio de la Sanidad local (art. 30.2). Su Disposición Final Segunda deroga todas las disposiciones anteriores de rango reglamentario sobre funcionarios de sanidad local. Este RPSSL no ha sido expresamente derogado por ninguna norma⁹. No obstante, sus previsiones han

sido ampliamente superadas por el paso del tiempo, y por ello han caído en desuso.

En cambio, a diferencia de la Ley de 1944 y del Reglamento del Personal al servicio de la sanidad local, los cuales continúan en vigor en lo que no se opongan a las normas que hoy regulan los funcionarios sanitarios locales, sí que han sido derogadas la Ley de 20 de diciembre de 1960 y las Órdenes dictadas para su aplicación (de 21 de febrero de 1961, 10 de abril de 1962, 23 de febrero de 1965) relativas a la provisión de vacantes.

El 7 de febrero de 1964 se aprueba la Ley Articulada de Funcionarios Civiles del Estado. En principio, los sanitarios locales caen dentro de su ámbito de aplicación pues tienen la condición de funcionarios y no fueron excepcionados como los funcionarios al servicio de la Administración de Justicia y funcionarios civiles de la Administración Militar (DT Tercera de la Ley de Bases). Sin embargo, en atención a la singularidad de sus funciones se dudó si les podía o no ser plenamente aplicable. La Dirección General de Sanidad siguió un criterio vacilante, pero el TS en su sentencia 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 cuerpo especial y se rigen por sus disposiciones específicas". De este modo, la Ley de 1964 les fue solamente aplicable con carácter supletorio.

Fueron estas mismas especialidades funcionales las que aconsejaron al legislador dotar a nuestros funcionarios de un tratamiento retributivo propio y diferenciado, lo que se acometió a través de la Ley de retribuciones de los Funcionarios Técnicos del Estado al servicio de la Sanidad local, de 28 de diciembre de 1966¹⁰. Lograda así una satisfactoria uniformidad en los conceptos retributivos, se impuso una paralela uniformidad en los derechos pasivos, por lo que se somete decididamente al personal de estos Cuerpos al régimen común de derechos pasivos de los funcionarios civiles del Estado, que en aquella época se encarnaba en el Decreto 1120/1966, de 21 de abril, por el que se aprueba el Texto Refundido en la materia y su Reglamento de 13 de agosto del mismo año¹¹.

⁸ La publicación de este Reglamento tiene una historia peculiar. Por Orden de 15 de marzo de 1954 se prohíbe a Corporaciones, Entidades y particulares la reproducción del texto del referido Reglamento durante un plazo de seis meses, a contar desde su publicación en el BOE. La medida nos parece un tanto injustificada. Parece ser que responde al deseo de obtener ciertos ingresos con la venta de tal edición oficial, los cuales se destinaran, eso sí, a fines sanitarios: creación de becas (50%), Mutualidad de Funcionarios de la Dirección General de Sanidad (25%), Asociación Benéfica de Socorros, Colegios de Asistencia de huérfanos de funcionarios de los Cuerpos Técnico-administrativo y auxiliar del Ministerio de la Gobernación. La distribución y venta de los ejemplares, así como su liquidación se encomienda al Instituto de Estudios de la Administración Local.

⁹ El citado Reglamento ha sufrido, sin embargo, algunas modificaciones. Véase el Decreto 1385/75, de 30 mayo de 1975, que modifica el art 59 RPSSL

¹⁰ El Preámbulo de la Ley advierte sobre los motivos que condujeron a dicha necesidad. Ofrecemos un extracto de su tenor literal: "se tiene presente que la mayoría de los puestos de trabajo correspondientes a los Cuerpos objeto de regulación son desempeñados en circunstancias muy peculiares. Y así las funciones típicamente sanitarias y las asistenciales a las familias incluidas en los Padrones de Beneficencia sólo absorben una parte de la total capacidad de actuación que cabe estimar como normal en el funcionario titulado, dándose el hecho de que estos funcionarios simultanean -incluso obligatoriamente por precepto reglamentario- sus propias funciones con la prestación de otros servicios al sector público y al sector privado. Y así, por otra parte, el funcionario no suele estar sujeto a horario, su servicio es potencialmente permanente en cuanto ha de acudir a cualquier hora siempre que su presencia sea requerida".

¹¹ Por su inferior rango reglamentario citamos aquí, en nota a pie, toda una pléyade de normas que vinieron a complementar la Ley especial de retribuciones de los funcionarios técnicos del Estado al servicio de la Sanidad local.

La Ley 56/1969, de 30 de junio corrige la coexistencia de dos Escalas distintas -A y B- para un mismo cuerpo de Médicos Titulares eliminando la escala B (art. 1); Y en consecuencia dispone un nuevo sistema de ingreso y de provisión de plazas vacantes. En su desarrollo se dictó el Decreto 2120/71, de 13 de agosto.

A partir de esta fecha se seguirán dictando numerosas disposiciones afectantes a los Médicos Titulares, todas ellas sobre asuntos concretos y de detalle, razón por lo cual no alcanzarán rango de Ley. Entre ellas podemos citar: la Resolución de 10 de agosto de 1972 (Dirección General de Sanidad) sobre concursillo de traslado en partidos sanitarios con pluralidad de distritos; el Decreto 2344/72, de 7 de julio (Presidencia) que les modifica el grado de actividad; el Decreto 3318/74, de 21 de noviembre (Gobernación) sobre determinación y modificación de partidos sanitarios, clasificación de puestos de trabajo y plantillas; el Decreto 2065/74, de 30 de mayo de 1974, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social que resulta importante para los sanitarios locales ya que les atribuye tareas asistenciales (art. 115.1); la Orden de 8 de enero de 1977 (Gobernación) que modifica el modelo de contrato de prórroga de funciones; el Decreto 1385/75, de 6 de octubre de 1977 (M. Interior) que aprueba el Texto articulado parcial de la Ley de Bases del Estatuto de régimen local donde se contiene una tabla de vigencias y derogaciones que declara vigente el RPSSL y sus disposiciones concordantes.

Otras disposiciones hasta el año 1982, fecha en que se produce la transferencia de los Sanitarios Locales a las Comunidades Autónomas, son el Decreto 610/78, de 11 de marzo, por el que se reconoce a efectos de trienios los servicios efectivos prestados en las mismas funciones, previos a la constitución de los correspondientes cuerpos, escalas o plazas, o de su ingreso en ellos; el Decreto 2221/78, de 25 de agosto, delimitador del Mapa sanitario; el Real Decreto 1130/81, de 5 de junio, que establece para los Médicos Titulares el procedimiento de ingreso en el Cuerpo y provisión de puestos de trabajo. Este procedimiento nacido con carácter provisional fue simplificado por el Real Decreto 712/82, de 2 de abril. Todas estas normas serán estudiadas con más detalle en otros apartados de este mismo trabajo.

Decretos n° 187, 188 y 192, de 2 de febrero de 1967, dictados respectivamente para regular la fijación de las equivalencias de grado de actividad, jornada normal de trabajo de los funcionarios del Estado, medidas preliminares encaminadas a la revisión de plantillas, y coeficientes multiplicadores atribuidos a cada Cuerpo. Orden de 17 de marzo de 1967, sobre desempeño de funciones y provisión transitoria de plazas. *Decretos* n° 3206 y 3207 de 28 de diciembre de 1967 reguladores respectivamente del régimen provisional de complementos de sueldo de sanitarios locales y del régimen de acumulación de plazas. *Decretos* n° 3279 y 3283 de 26 de diciembre de 1968 por los que se reestructuran los Partidos sanitarios y se establece el régimen de sustituciones retribuidas. Se trataba, como vemos, de una materia harto compleja que hizo incluso necesario la publicación en el Boletín Oficial de Hacienda una *Circular* de 7 de abril de 1967 resolviendo consultas sobre retribuciones.

2. LOS ORÍGENES DE UNA SITUACIÓN COMPLEJA Y CONFUSA: LA TRANSFERENCIA DE LOS FUNCIONARIOS SANITARIOS LOCALES A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y SU INTEGRACIÓN EN LOS EQUIPOS PRIMARIOS DE SALUD.

El devenir histórico -más o menos pacífico- de los Funcionarios sanitarios locales habrá de experimentar una agitada convulsión como consecuencia de la nueva concepción de salud y de los emergentes principios de organización sanitaria. Se entra en una época en la que la tradicional separación en la organización sanitaria entre las actividades de sanidad preventiva y las asistenciales se juzga poco consecuente con las exigencias de un sistema sanitario que quiera calificarse de moderno.

Con esta finalidad, y con la de superar los problemas que de índole competencial pudieran suscitarse por la existencia de las Comunidades Autónomas, se dicta el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud. Este Decreto instaura un nuevo modelo sanitario en el campo de la Atención Primaria que posteriormente acabará consagrándose en la Ley General de Sanidad.

El Decreto tiene, por tanto, un carácter preparatorio de la profunda reforma que se avecina ya en mente del legislador. y ante el temor de que esta nueva concepción integral de los servicios sanitarios pudiera resultar dificultada por el hecho de que el Estado retenía todavía competencias en materia de asistencia sanitaria, mientras que ya habían pasado a depender de las Comunidades los tradicionales servicios de sanidad preventiva y parte de los funcionarios que los atendían, es por lo que dicha reestructuración se inspira en una intensa cooperación con las Comunidades Autónomas. En efecto, éstas se erigirán como verdaderas protagonistas no sólo del Sistema Nacional de Salud, sino también de las tareas -muchas de ellas harto espinosas, como es el caso que tratamos conducentes a su implantación¹².

Entre dichas tareas se encuentra la de organizar, armonizar y coordinar los medios personales sanitarios con que contaba por entonces nuestro país. A tales efectos, se facultó al Gobierno para revisar las plantillas de los Cuerpos de Funcionarios Técnicos del Estado al Servicio de la Sanidad Local "de forma que permita atemperar las funciones públicas ejercidas

¹² La Exposición de Motivos del RD 137/1984, de 11 de enero (BOE de 1 de febrero de 1984) expresa con nitidez esta idea que acabamos de exponer cuando dice: "la necesaria integración (...) no podrá producirse sin contar con la *colaboración* de las Comunidades Autónomas que hayan asumido responsabilidades en materia sanitaria", o también "por todo ello, *con absoluto respeto* a las competencias estatutarias de las diferentes Comunidades Autónomas, el presente Decreto establece principios normativos generales ...".

por los sanitarios locales con las circunstancias del momento y coordinarlas, en la medida de lo posible, con las de niveles superiores" (Disposición Final Cuarta, apartado primero de la Ley 116/1966, de 28 de diciembre). De este modo, El RD citado, al crear los Equipos de Atención Primaria dispone que dentro del conjunto de profesionales sanitarios que lo componen se encuentran los funcionarios técnicos del Estado al servicio de la Sanidad local (art. 3.3 b).

Ahora bien, esta medida no podía imponerse por la fuerza pues ello chocaría con las normas que regulan nuestra función pública. Por ello, la mencionada integración en los EAP se habría de ir realizando mediante oferta de incorporación a todos los afectados. (DT Cuarta).

La oferta de integración es, en efecto, el sistema seguido por las Comunidades Autónomas en aras a lograr la necesaria unidad de los Equipos de Atención Primaria¹³. En todas ellas se ofrecen facilidades y ventajas para que los sanitarios locales acepten la oferta (reiteración de la oferta en caso de una primera negativa, mantenimiento del cupo que cada sanitario viniera disfrutando, retribución equivalente al personal homónimo del Equipo, mantenimiento de su estatus jurídico funcional, etc). Ahora bien, es justo precisar que algunas de estas facilidades -que incluso podríamos calificar de privilegios- no son concesiones graciosas y voluntarias de las diferentes Comunidades Autónomas, sino verdaderas exigencias normativas, derivadas del propio Real Decreto 137/1984 que venimos estudiando. Así, la eventual incorporación de los funcionarios sanitarios locales que prestaban atención sanitaria a beneficiarios de la Seguridad Social debería suponer la integración del cupo de titulares del derecho a la asistencia sanitaria correspondiente a la plaza desempeñada, de manera definitiva. Además, dicha plaza, una vez realizada la transformación tendrá, a todos los efectos, la consideración de plaza de Equipos de Atención Primaria, cuyo régimen será de ineludible cumplimiento para el funcionamiento que pudiera desempeñarla; en cualquier caso, aquél mantendrá su actual "status" funcional inherente a su pertenencia a un Cuerpo de Sanitarios Locales (DF Primera).

A los efectos de alcanzar en todas las Comunidades una homogeneidad de criterios que viniese, en cierto modo, a garantizar una mínima identidad de trato a nuestro colectivo en todo el territorio nacional se suscribió un acuerdo por las representaciones de la Administración Sanitaria del Estado y las Centrales Sindicales Convergencia Estatal de Sindicatos Médicos y ATS de España (CEMSATSE), Confederación de Comisiones Obreras (CC.OO), Confederación de la Unión

General de Trabajadores (UGT) y Confederación Sindical Independiente de Funcionarios (CSIF). En este acuerdo, dado en Madrid el 18 de enero de 1990¹⁴, se establecen las condiciones de trabajo del personal sanitario local, incluido el interino, que mantenga una relación de servicios de carácter asistencial con el INSALUD. En este sentido, se aclaran las condiciones retributivas de los sanitarios locales que opten por integrarse, el calendario laboral, el número de guardias a realizar, el número de puestos de guardia en cada Zona Básica de Salud, etc.

El afán del Acuerdo por fomentar esta integración en los Equipos de Atención Primaria le arrastra a introducir incluso la nueva figura del "preintegrado". Pertenecen a esta categoría aquellos sanitarios locales que aceptando ser integrados en un EAP no lo han podido ser todavía por inexistencia de plantilla reconocida por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Esta situación provocó un descontento generalizado en el seno del personal al que nos venimos refiriendo, lo que ha dado lugar a continuas reclamaciones que no hacen más que poner de manifiesto la necesidad de arbitrar una solución que pasa, a nuestro juicio, por la creación de un cuerpo único que englobe a todo el Personal al Servicio de la Atención Primaria, buscando la homogeneidad en el régimen aplicable al mismo.

3. SOBRE EL ESTATUTO JURÍDICO DE LOS FUNCIONARIOS SANITARIOS LOCALES. ANÁLISIS DE UNA SITUACIÓN CAÓTICA.

3.1. La condición jurídica de los Funcionarios Sanitarios Locales. Cuadro normativo que les es aplicable. Situaciones administrativas y propuestas de mejora del sistema.

El personal sanitario local pese a lo engañoso de su nombre, constituye un Cuerpo Estatal de funcionarios¹⁵, que, como consecuencia de las transferencias autonómicas, son hoy funcionarios en "activo" de las Comunidades Autónomas. Este dato nos obliga a tomar en consideración, junto con la normativa estatal, a la normativa propia de aquel otro ámbito administrativo, puesto que les es plenamente aplicable.

En este sentido, hemos de decir que la regulación normativa autonómica ha arbitrado prácticamente una solución idéntica en todas las Comunidades. En efecto, todas ellas han optado

¹³ Véanse: la Orden de 6 de mayo de 1986 de la Generalidad de Cataluña; el Decreto 111/1987 de 14 de mayo, de Galicia y la Orden de 2 de junio que lo desarrolla; la Orden de 10 de julio de 1990, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de Cantabria; la Orden de 25 de julio de 1990 de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de Castilla-La Mancha; la Orden de 27 de julio de 1990 de la Consejería de Sanidad, Trabajo y Servicios Sociales de Canarias; el Decreto 209/90 de 30 de julio del País Vasco.

¹⁴ Dicho Acuerdo fue publicado por Resolución de la Dirección General de Trabajo de 20 de febrero de 1990 (BOE de 14 de marzo).

¹⁵ Así lo proclama el artículo 30.2 del RPSSL de 27 de noviembre de 1953.

por integrar a los Médicos Titulares en sus correspondientes Servicios de Salud¹⁶.

El personal sanitario local, también conocido como de Asistencia Pública Domiciliaria (APD) y que engloba a Médicos Titulares, Practicantes Titulares, Matronas Titulares y Farmacéuticos Titulares (estos últimos con una problemática claramente diferenciada) tiene un régimen jurídico de difícil concreción. Se rigen básicamente por el Reglamento de personal de los Servicios Sanitarios Locales de 27 de noviembre de 1953, y por las Leyes propias de la Función Pública.

Tradicionalmente han venido teniendo una situación híbrida; de un lado, ejercen las funciones propias del Cuerpo Estatal al que pertenecen, funcionarios de Sanidad Local, con competencias básicamente de medicina preventiva y residualmente asistencial, y de otro asumen por ministerio de la Ley las funciones asistenciales sanitarias propias de la Seguridad Social¹⁷.

El hecho de la dependencia del INSALUD en cuanto que asumen la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en su marco local de referencia, no los convierte, contra lo que pudiera parecer, en personal estatutario de la Seguridad Social. Son funcionarios de las Comunidades Autónomas y sólo dependen del INSALUD funcionalmente en un sector de sus tareas médico-asistenciales, situación bifronte que conlleva indudables disfuncionalidades (régimen disciplinario, retribuciones, jurisdicción competente, ...) que estudiaremos en otros apartados de este mismo epígrafe. Esta naturaleza híbrida nos obliga a tener en cuenta los dos artículos que separadamente - para personal sanitario estatutario por un lado y funcional por otro- regulan tales colectivos en la Ley General de Sanidad.

Según el artículo 84 LGS el personal de la Seguridad Social (conocido también como personal *estatutario*) se regirá por lo establecido en un Estatuto-Marco a aprobar por el Gobierno en desarrollo de la Ley. Dicho Estatuto, que tendrá carácter de norma básica para todas las Administraciones, contendrá la

¹⁶ Aprobado el Estatuto de Autonomía por Ley Orgánica 7/1981, de 30 de diciembre, el Principado de Asturias asumió con carácter definitivo, las competencias en materia de Sanitarios Locales en virtud del Real Decreto 512/1984, de 8 de febrero, sobre valoración definitiva, ampliación de medios adscritos a los servicios traspasados y adaptación de los transferidos en fase preautonómica al Principado en materia de Sanidad, en cuyos anexos se incluyen las listas del personal que se transfiere.

¹⁷ Varias son las normas que les confieren tales atribuciones: las órdenes de 26 de enero de 1948, 31 de enero de 1949 y 27 de abril de 1960; el artículo 64.1 del Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre, por el que se aprueba el Estatuto jurídico del personal médico de la Seguridad Social; el artículo 49 de la Orden de 26 de abril de 1973, por la que se aprueba el Estatuto del personal auxiliar sanitario titulado y auxiliar de clínica de la Seguridad Social; el artículo 115.1 del Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social. El TR de la LGSS de 1994 no contiene ninguna previsión expresa al respecto, pero por el juego de su artículo 53, podría ampliar los cometidos a desempeñar por los Médicos Titulares.

normativa aplicable en materia de clasificación, selección, provisión de puestos de trabajo y situaciones, derechos, deberes, régimen disciplinario, incompatibilidades y sistema retributivo. Lamentablemente, el desarrollo previsto en base al mencionado Estatuto todavía no ha sido llevado a la práctica, dato que nos priva de un elemento normativo de primera mano, a la par que impide a las diferentes Comunidades Autónomas abordar dicha regulación, que podrían y habrían deseado hacer al emanar sus Leyes sobre los respectivos Servicios de Salud autonómicos.

De conformidad con el artículo 85 LGS, los *funcionarios* al servicio de las distintas Administraciones Públicas, a efectos del ejercicio 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. Este artículo permite igualmente que las Comunidades desarrollen dicha legislación. Ahora bien, esta remisión a la Ley 30/1984 resulta poco operativa toda vez que las previsiones contenidas en los artículos 1.1 e) y 1.2, así como en la Disposición Adicional Decimosexta no se desprende una regulación concreta y expresa del personal sanitario¹⁸. Por esta razón, y en aplicación de las disposiciones generales sobre vigencia de las normas (art. 2 Cc) debe entenderse que el Reglamento de Personal de los Servicios Sanitarios Locales y demás disposiciones concordantes que lo desarrollan continúan en vigor, si bien en la citada normativa abundan apartados que han caído en desuso y cuya vigencia resulta cuestionable una vez implantados los nuevos principios inspiradores del Ordenamiento Jurídico Constitucional y del Sistema Nacional de Salud.

Pero a esta indeterminación de que adolece la base estatal, habrá todavía que añadir las dificultades derivadas de los criterios organizativos de gestión por los que han optado las Comunidades Autónomas. Así, -y centrándonos en el caso asturiano- la configuración del Mapa Sanitario del Principado, siguiendo los criterios de ordenación sanitaria y zonificación derivados del RD 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud llevó a la necesidad de coordinar las actividades de gestión que realizaba esta Administración Regional con las que llevaba a cabo el INSALUD, lo que se puso en práctica mediante varios acuerdos. De entre ellos, nos interesa reseñar aquí el Convenio de Cooperación entre el INSALUD y la Consejería del Principado para la ejecución de las estructuras básicas de salud¹⁹ y el Protocolo Anexo para el funcionamiento integrado de redes en las Áreas de Salud del Principado de Asturias de 26 de julio de 1989.

¹⁸ A tenor del artículo 1. c) las medidas de la Ley para la Reforma de la Función Pública son de aplicación al personal funcionario de la Administración de la Seguridad Social. El artículo 2, por su parte, dispone que en aplicación de la Ley podrán dictarse normas específicas para adecuarla a las peculiaridades del personal docente e investigador, *sanitario*, de los servicios postales y de telecomunicación y del personal destinado en el extranjero.

¹⁹ Vid. la Resolución de 28 de julio de 1986. (BOPAP de 8 de agosto).

De conformidad con la cláusula quinta del mencionado Protocolo, el INSALUD, a través del Director de cada Área Sanitaria, se compromete al adecuado funcionamiento de la estructura sanitaria del Área, incluyendo las actuaciones precisas para lograr la coordinación necesaria en cuanto a contrataciones de interinidad, vacaciones, y permisos legalmente establecidos, así como de la adscripción adecuada de grupos de población y cambios de personal, respetando la legalidad vigente, para una mejor prestación de servicios. Según esta cláusula, la *gestión* de todo el personal sanitario local viene siendo asumida por las Direcciones de Área del INSALUD. Pero, ¿qué se ha de entender por gestión?

Humildemente reconocemos que no nos atrevemos a ofrecer una respuesta.

La confusión se vuelve aún más delirante si consideramos los tres colectivos, que por obra de aquella *gestión*, podemos diferenciar dentro del Personal Sanitario local: interinos, sustitutos, y de carrera. Los problemas que suscita la existencia de esta trilogía no son insignificantes, de ahí que queramos esbozar ahora nuestro criterio sobre la solución que podría venir a poner paz y eficacia en el quehacer cotidiano de la sanidad local.

De este modo, atendiendo a los Sanitarios locales que son funcionarios **interinos** se propondría que las plazas ocupadas por este personal pasaran a ser reconocidas por el INSALUD como plazas del tipo que se determine (de personal funcionario, estatutario o laboral) y se reconociera la preferencia de aquellos profesionales que las vinieran ocupando para acceder a las mismas en las condiciones que se convinieran.

Atendiendo al personal "sustituto" contratado por el INSALUD con cargo a plazas vacantes de Sanitarios Locales se propone que dichas plazas pasen a serlo, del tipo que se determine, de la Seguridad Social, máxime si se tiene en cuenta que el INSALUD viene gestionando de forma unitaria la totalidad de las plazas vacantes de Atención Primaria, incluidas las de personal de APD, de conformidad con la ya citada cláusula quinta del Protocolo de 26 de julio de 1989, contratando, con cargo a dichas plazas, a personal con arreglo a la figura de personal interino prevista en sus Estatutos.

Y atendiendo a los Sanitarios Locales que son funcionarios **de carrera**, sería conveniente que los diferentes Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas elevasen el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud una propuesta en el sentido de que estos profesionales pudieran optar, -para el conjunto de las plazas o las que definiera cada Comunidad Autónoma-, por integrarse en las mismas con el carácter estatutario o laboral, respetando sus derechos adquiridos y teniendo presente que corresponde al mencionado Consejo, de acuerdo con el artículo 47 LGS, coordinar con los distintos Servicios de Salud y con la Administración Estatal, entre otros, los principios básicos de la política de personal.

Los Funcionarios Sanitarios Locales que optaran por la integración en las plantillas de personal, al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, gestionadas por el INSALUD o por los correspondientes gestores de los servicios transferidos a las Comunidades Autónomas en el sector sanitario público de Seguridad Social, habrían de ser declarados en situación de excedencia voluntaria en el Cuerpo o Escala de la Administración de origen, de conformidad con el artículo 29.3 a) de la Ley 30/1984, de Medidas para la Reforma de la Función Pública, el artículo 17 del Reglamento de Situaciones Administrativas de los funcionarios de la Administración del Estado, aprobado por Real Decreto 730/1986, de 11 de abril y los artículos pertinentes en las diferentes Leyes autonómicas sobre ordenación de la Función Pública²⁰. A los efectos de antigüedad habrá de reconocérseles, en su caso, la antigüedad que tuvieran acreditada en la plaza de procedencia.

Esta última propuesta se fundamenta en dos puntos básicos: por un lado, avanzar hacia la existencia de un cuerpo único de profesionales del Sistema Sanitario Público y por otro lado, solventar un problema que adquiere tintes dramáticos en los profesionales de este Cuerpo de Titulares, pues convocado un concurso de traslados, los sanitarios locales no podrían ejercer su derecho de traslado en igualdad de condiciones que el personal estatutario al contar con más dificultades para poder acceder a las ciudades, problema sobreañadido si consideramos que ciertas ciudades están exentas de Médicos de APD y, por tanto, estos profesionales nunca podrían optar a las mismas²¹.

De prosperar, esta propuesta supondría un avance importante en el establecimiento de una regulación unitaria para todos los trabajadores al servicio de la sanidad pública y podría ser un primer paso para la posterior unificación, simplificación o refundición de los estatutos del personal médico de la Seguridad Social, del personal sanitario no facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social y del personal no sanitario de las mismas, siguiendo lo establecido en el artículo 116.1 de la Ley General de la Seguridad Social y en el artículo 84 de la Ley General de Sanidad. De conformidad con este último, el personal de la Seguridad Social regulado en los tres estatutos citados, así como el personal de las Entidades Gestoras que asuman los servicios no transferibles y los que desempeñen su trabajo en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, se regirán por el ya conocido Estatuto-Marco que debe aprobar el Gobierno. Sin embargo, este artículo confiere al Gobierno la potestad reglamentaria en una materia reservada a la Ley (art. 103.3 CE: "La Ley regu-

²⁰ En el Principado de Asturias dicho precepto sería el artículo 62.5 de la Ley 3/1985, de 26 de diciembre, de Ordenación de la Función Pública de la Administración del Principado de Asturias, modificada por la Ley 4/1991, de 4 de abril.

²¹ Oviedo es una de estas ciudades exceptuadas de Médicos Titulares. También lo están Madrid y Zaragoza, entre otras.

lará el estatuto de los funcionarios públicos ...) si se tiene en cuenta que el personal al servicio de las Instituciones Sanitarias debería estar sometido al régimen funcional, porque si bien se trata de un colectivo que presenta peculiaridades, éstas no son de suficiente entidad como para ser sometidos a un régimen jurídico distinto al funcional.

3.2. Funciones.

Resulta sorprendente, pero la primera conclusión que debemos arrojar sobre las competencias de los Médicos Titulares²² es la de que la norma básica sobre la materia es el Reglamento de Personal Sanitario Local de 27 de noviembre de 1953. Esto es así, debido al incumplimiento por parte del Gobierno de las Disposiciones Finales del Decreto 2120/1971, de 13 de agosto, que establece el Reglamento provisional para ingreso y provisión de puestos de trabajo de los funcionarios sanitarios locales, según las cuales, aquél debería aprobar en un plazo máximo de dos años el texto definitivo que contuviese la Reglamentación completa de los Cuerpos Sanitarios Locales. Por ello, continúan vigentes las normas que la propia Disposición Final enumeraba como aplicables en tanto no se aprobara el Reglamento definitivo. ¡Ha sido largo el período transitorio!. Tales disposiciones son, para lo que aquí nos interesa -esto es, las funciones- los artículos 32 al 56, ambos inclusive, del RPSSL y los artículos 1 a 9, ambos inclusive, del Decreto 188/1967, de 2 de febrero.

En segundo lugar, debemos advertir ya de la dualidad funcional de dichos profesionales que, a su naturaleza de Funcionarios Sanitarios Locales, añaden la condición de Médicos de la Seguridad Social, adquirida por Orden Ministerial de 26 de enero de 1948. De este modo, se produce en el Médico Titular una ineludible integración de funciones preventivas y asistenciales, lo que lo convierte, a nuestro juicio, en el colectivo que mejor encarna el espíritu de la Reforma Sanitaria de 1986, y por lo que no alcanzamos a entender la "extinción" a que en la práctica se ha sometido a los Médicos Titulares. Por las razones apuntadas, y en aras de una mayor claridad expositiva analizamos dichas funciones de forma separada.

3.2.1. *Las funciones del Médico titular en tanto que Funcionario Sanitario Local.*

Partiendo, pues, de la base del Reglamento de 1953, vamos a ir comentando las funciones que éste encomienda a los Médicos Titulares, su adecuación a nuestros días, y su convenien-

cia de derogarlas o ampliarlas. El artículo 32 señala como funciones propias de los Médicos Titulares:

1º) Prestar asistencia médico-quirúrgica gratuita a las familias incluidas en el padrón de Beneficencia municipal. Esta asistencia comprende, según el reglamento, la asistencia médico-quirúrgica normal, la asistencia a partos normales y distócicos, y la cooperación con otros Médicos Titulares. Tales cometidos se han visto absolutamente superados por el paso del tiempo. Ya no existen hoy en día aquellos vetustos padrones de Beneficencia municipal. La cobertura sanitaria que la Constitución ofrece a todos los ciudadanos (sean pobres o ricos) ya no se articula con arreglo a criterios de pobreza o prosperidad económica sino que se ventila con el criterio de la universalidad de la asistencia sanitaria que ofrece nuestra Seguridad Social. No queremos decir que no sean necesarias las atenciones quirúrgicas, lo cual sería sencillamente absurdo, pero sí que este apartado del artículo carece de aplicabilidad práctica.

2ª) "Realizar las prácticas necesarias en prevención y defensa de la salud pública, y muy especialmente la vacunación antivariólica de todos los nacidos en el territorio a que alcance la jurisdicción de su plaza, (...) así como la revacunación anual de todos los que lo necesiten, practicando igualmente todas aquellas otras vacunaciones que ordene la Dirección General de Sanidad y las que exijan las necesidades sanitarias. Asimismo, cumplirá los servicios de estadística sanitaria con arreglo a las disposiciones vigentes". Este apartado no ha caído totalmente en el anacronismo, pero sus disposiciones tienen que ser debidamente reinterpretadas y adaptadas a nuestra actual organización sanitaria. De este modo, la referencia a la Dirección General de Sanidad ha de entenderse eliminada; los sanitarios practicarán las vacunaciones conforme al calendario elaborado por el Servicio de Salud de las respectivas Comunidades Autónomas. Los servicios de estadística sanitaria corren a cargo de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Por el contrario la función de prevención y defensa de la salud pública no sólo no requiere de adaptación sino que ha cobrado todavía más fuerza, siendo deseable que los Médicos Titulares ejerciesen estas tareas con especial ahínco y dedicación. Mantenemos esta opinión por considerar la defensa de la salud pública como el medio más eficaz para mejorar los niveles tanto de salubridad como de salud de la población, siendo además la línea marcada por la OMS y la que siguen los países más desarrollados. Además constituye una función plenamente congruente con la división competencial diseñada en nuestra LGS. En resumen, el cuidado de la salud pública es una función eminentemente local que los funcionarios sanitarios locales deben esforzarse por ejercer y conservar, enorgulleciéndose de ser los llamados a su desempeño. La rúbrica es realmente ambiciosa, e incluso se ha llegado a decir que si se hubiese desarrollado al pie de la letra se habría vuelto innecesaria la Reforma Sanitaria. En ella se encuadran: la salud ambiental, la salud escolar, la

²² Nuestra exposición sobre el régimen funcional de los Funcionarios sanitarios Locales se centra exclusivamente en los Médicos Titulares, toda vez que los Cuerpos de Médicos de Casas de Socorro, Tocólogos Titulares y Odontólogos Titulares fueron declarados a extinguir por el Decreto de 2 de febrero de 1967 (art. 2). Por otro lado, los Cuerpos subsistentes (Practicantes y Matronas) ven seriamente mermadas sus funciones a favor de aquéllos, hasta el punto de ser extinguidos en los partidos médicos cuya población no exceda de 750 y 1500 habitantes respectivamente (art. 4).

salud en la vivienda y en el trabajo, la prevención de drogodependencias, el control de zoonosis, la salud mental, etc. El ejercicio de dichas funciones por los Médicos titulares ha sido estudiado con perspectiva crítica por G. ALCALDE SÁNCHEZ, D. VENEGAS MALO y R. CANALS LIZANO²³. Ofrecemos aquí, en modo resumido, algunas de sus consideraciones.

a) *Salud ambiental*. Siendo la degradación del Medio Ambiente uno de los mayores factores de riesgo en el padecimiento de enfermedades crónicas y degenerativas, se resalta la labor a desarrollar en este campo por el Médico Titular. Éste, en colaboración con el resto de sanitarios locales, farmacéuticos, veterinarios, y ATS, podría desempeñar un papel crucial con actuaciones como la realización de un diagnóstico de salud ambiental y la creación de un Consejo de Salud ambiental municipal.

b) *Salud escolar*. Se lamenta el despojo de competencias a que se han visto sometidos los Médicos Titulares como consecuencia de la puesta en marcha de equipos multidisciplinares. No se objeta la existencia del equipo, pero sí la exclusión del mismo del Médico Titular, "el profesional más idóneo para desempeñar esta tarea, pues es a la vez médico de cabecera del niño y quien mejor conoce los condicionamientos sociales y ambientales que pueden incidir en el desarrollo de una determinada patología infantil".

c) *Vivienda y salud*. Afirmando que la vivienda es uno de los factores que más influyen en el padecimiento de enfermedad por los individuos que la habitan cuando sus condiciones no son las deseables se reconoce la escasa capacidad de actuación del Médico Titular en este aspecto. Con todo, resulta reprochable considerar la cédula de habitabilidad expedida por el Jefe Local de Sanidad como un trámite burocrático más, sin hacer excesivo caso a las deficiencias consignadas en dicho impreso por el médico.

d) *Control de zoonosis*. Crean que se lograría dar un paso de gigante si existiera una colaboración entre los distintos sanitarios locales y concretamente con los Veterinarios Titulares.

e) *Trabajo y salud*. La labor de los Titulares no debe limitarse a inspeccionar sino que debe incluir funciones de información, asesoramiento y colaboración activa en la consecución de una adecuada salud laboral.

f) *Prevención de drogodependencias*. Solicitan la colaboración decidida de la Administración, quien deberá impedir, en los medios de comunicación, la publicidad de las drogas.

3^a) Efectuar la asistencia médico-quirúrgica a transeúntes pobres, cuando no haya Hospital municipal. Vale aquí lo dicho en el apartado primero.

4^a) Verificar la comprobación y certificación de las defunciones de los incluidos en el padrón de Beneficencia municipal en el distrito respectivo y la de todos los fallecidos en el mismo distrito cuando lo ordene la autoridad competente. Subsiste esta obligación aun en el supuesto de que deba intervenir el Médico del Registro Civil, con arreglo a las disposiciones vigentes pero la inexistencia de padrón de Beneficencia municipal arrumba la eficacia del precepto.

5^a) Verificar, en defecto de Médico del Registro Civil o Médico forense, la comprobación subsidiaria del hecho del parto.

6^a) Prestar su cooperación a la Administración de Justicia. Esta cooperación se concreta, en esencia, en: sustituir a los Médicos del Registro Civil y Médicos Forenses en ausencias, enfermedades y vacantes, por designación del juez; auxiliar al forense si el juez lo estima oportuno; practicar autopsias como sustituto o auxiliar del forense; e informar como Peritos Médico-Legales, cuando lo solicite la autoridad judicial. Un análisis de la vigencia de estas funciones exige tomar en consideración los artículos 343, 346, 348, 353 LECr., el artículo 507 LOPJ y las disposiciones orgánicas de los Cuerpos de Médicos Forenses y Médicos del Registro Civil²⁴.

7^a) Practicar el reconocimiento de quintos dispuesto por la legislación de Reclutamiento y Reemplazo del ejército. Esta función ha quedado obsoleta. Los mozos, cuando alegan alguna causa eximente del servicio militar aportan sus propios certificados médicos que son posteriormente contrastados, mediante la oportuna exploración del joven, por médicos militares, en hospitales normalmente militares.

8^a, 9^a y 10^a) Se refieren a funciones de corte salubrista: servicios de inspección médico-escolar, fiscalía de vivienda y locales destinados a establecimientos públicos, mercantiles e industriales. Ya hemos vertido el comentario de los autores citados por lo que evitamos repeticiones inútiles.

11^a) Cumplir las demás obligaciones que le estén impuestas o puedan imponérsele por precepto legal, o por disposición de autoridad competente, o deriven por su naturaleza, de su condición de Facultativos titulares. Se trata, como se ve, de una cláusula que deja abierta la posibilidad de exigir a los Médicos Titulares cualquier otra misión relacionada con su cargo. Dentro de estas obligaciones añadidas que pueden imponérsele podemos citar las que dispone la Ley de Bases de Sanidad de 1944, que no han sido derogadas por la LGS 1986.

²⁴ El artículo 343 se refiere a la autopsia preceptiva del cadáver, el 346 dispone que la sustitución del Médico Forense por otro Profesor que desempeñe igual rango en la misma población sea sustituido en caso de ausencia, enfermedad o vacante. El art. 348 habilita al juez para llamar a otros facultativos además del forense, y finalmente el 353 se refiere al lugar en que se ha de practicar la autopsia. Por su parte, las disposiciones orgánicas de los Cuerpos de Médicos Forenses y Médicos del Registro Civil obligan a los Médicos Titulares a sustituir a los Médicos Forenses en las intervenciones que, en caso de urgencia, les sean encomendadas por la autoridad judicial o fiscal. También han de auxiliarles si fuese necesario.

²³ Véase su ponencia "Desarrollo actual de las competencias del Médico Titular" presentada en el *Primer Congreso Nacional de Médicos Titulares*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1988, pp. 365-369.

Tales obligaciones son: declaración de los enfermos contagiosos que reconozcan, y aislamiento, en su caso, por delegación del Alcalde, dando cuenta al Gobernador Civil (Base 4). Aunque esta medida nos puede parecer superada, el artículo 3 de la Ley de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública viene a disponer lo mismo²⁵. Obligación de proporcionar cuantos datos estadísticos se les pidan, siendo sancionables las faltas de puntualidad y veracidad en que incurran (Base 6). Como sabemos, el RPSSL también recoge esta obligación que ya hemos comentado. Cumplimiento, por delegación del Alcalde, de las disposiciones sanitarias, tanto de carácter general como específicas de su propio Ayuntamiento, así como asumir la Secretaría del Consejo Municipal de Sanidad (Base 24). Esta función recae sobre el Jefe Local de Sanidad. Atribuciones delegadas en materia de policía sanitaria mortuoria, en cuanto a inhumaciones y traslados de cadáveres (Base 33). Hoy por hoy no tiene sentido mantenerles esta función.

A todas las funciones reseñadas comprendidas o reconducibles -como en el supuesto inmediatamente anterior- al artículo 32 del RPSSL, hay que añadir todavía las que menciona el artículo 33, según el cual también son obligaciones de los Médicos Titulares asistir al personal de la Guardia Civil, Policía Armada y de Tráfico; a los Caballeros mutilados y a las fuerzas destacadas del Ejército. Resulta evidente que esta competencia ha perdido toda su vigencia al quedar los colectivos que nombra bajo la protección de la Seguridad Social o las Mutualidades de Funcionarios.

3.2.2. La funciones del Médico Titular en tanto que Médico de la Seguridad Social.

En tanto que Médico de la Seguridad Social²⁶, sus funciones aparecen recogidas en el Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre por el que se aprueba el Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social. Tales funciones no son otras que las prescritas en el artículo 20 para los Médicos generales: a) asistencia médico ambulatoria y domiciliaria de las personas protegidas por la Seguridad Social que le hayan sido adscritas, b) permanencia en el lugar fijado para la consulta, durante el horario establecido al efecto, c) recepción y cumplimentación de los avisos para la asistencia a domicilio, d) asistencia de los avisos de urgencia que se reciban los días laborales y asunción del Servicio de Urgencia en las localidades donde éste no se hubiera establecido, e) toma de muestras, a domicilio, para análisis clínicos. A ellas hay que añadir: la cumplimentación y curso de los documentos oficiales

que se deriven de la asistencia sanitaria prestada, la observación del horario y permanencia establecidos para las consultas y servicios, e incluso la contribución en el aspecto asistencial a la elevación de la consideración humana y social en las relaciones con los beneficiarios de la Seguridad Social (art. 27 tras su modificación por el Decreto 1873/1971, de 23 de julio).

Sobre dichas funciones poco es preciso comentar. Quizás únicamente el carácter marcadamente burocrático de las mismas. Lo cual se cohonestaba mal con el espíritu -y la letra- del más reciente Decreto 137/1984 sobre estructuras básicas de salud que aboga por una sanidad más globalizadora, integral, formativa, comunicativa e interactiva²⁷. Así se desprende de su artículo 5 que señala como funciones de los Equipos de Atención Primaria las siguientes: La) Prestar asistencia sanitaria, tanto a nivel ambulatorio como domiciliario de urgencia, a la población adscrita a los Equipos en coordinación con el siguiente nivel asistencial. b) Realizar las actividades encaminadas a la promoción de la Salud, a la prevención de la enfermedad y la reinserción social. c) Contribuir a la educación sanitaria de la población. d) Realizar el diagnóstico de salud de la Zona. e) Evaluar las actividades realizadas y los resultados obtenidos. f) Realizar actividades de formación pregraduada y postgraduada de atención sanitaria, así como llevar a cabo los estudios clínicos y epidemiológicos que se determinen. g) Participar en los programas de salud mental, laboral y ambiental. h) Aquellas otras de análoga naturaleza que sean necesarias para la mejor atención de la población protegida. 2. La realización de aquellos programas sanitarios que específicamente se determinen, de acuerdo con el diagnóstico de salud de la Zona.

3.3. El sistema retributivo.

El sistema retributivo de los Funcionarios Sanitarios Locales constituye -sin temor a caer en exageración alguna- la más enmarañada situación jurídica que jamás se haya imaginado. La doble condición de tales profesionales, su variada tipología administrativa, la dispersión normativa sobre la materia, la repartición de competencias entre los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y el INSALUD, la polémica integración en los EAP, la dualidad de conceptos retributivos

²⁵ El artículo 3 dispone: "Con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que están o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible".

²⁶ Véase *supra* las normas que les confieren dicho carácter.

²⁷ Por nuestra parte, aplaudimos esta nueva concepción sanitaria y no compartimos las feroces críticas que sobre el mencionado Decreto ha vertido cierto grupo de Titulares. Para éstos, el Decreto introduce un "sistema con una elevada carga ideológica, con ramalazos tercermundistas, que convierte el sueño dorado de todo Médico Titular, disponer al alcance de su mano de la tecnología que impone el progreso y colaborar con sus compañeros en buscar soluciones para los problemas sanitarios de su comarca, en una aventura en que Centro significa camisa de fuerza, y Equipo, dilución de responsabilidades más que compartir esfuerzos. Por si fuera poco, introduce a bombo y platillo unas funciones a desarrollar que ya disponían hace tiempo los Médicos Titulares y que si muchas, no se han desarrollado convenientemente ha sido por haberse volcado el Estado en una Medicina asistencial por y para el hospital, no porque los funcionarios sanitarios locales hayamos incurrido en dejación de nuestras obligaciones". En "Desarrollo actual..." Op. cit. p. 372.

(básicos y complementarios) son factores que dan cuenta fehaciente de la complejidad que predicamos²⁸.

En un intento de arrojar un poco de claridad sobre este mundo tenebroso expondremos primeramente la normación cronológica de dicho sistema retributivo, para a continuación entresacar las normas que hoy en día deben de considerarse aplicables. Realizada esta operación -no exenta de dificultades- procederemos al análisis y explicación del diseño resultante. Como se verá no estamos ante un sistema pacífico. Antes bien, se presenta hartamente beligerante, (se han producido numerosas reclamaciones que han provocado incluso la intervención del TS) cuyo detonante ha sido, como en los supuestos anteriores, la integración en los EAP.

La primera norma que debemos mencionar es la Ley 116/1966, de 28 de diciembre, de Retribuciones de los Funcionarios Técnicos del Estado al Servicio de la Sanidad Local. También de rango legal se encuentra la LGSS de 1974 (art. 116.2), útil para conocer el sistema mediante el que se retribuye las funciones propias de la Seguridad Social del Médico Titular no integrado en ningún Equipo de Atención Primaria. Pero quizás las normas más interesantes, y las que más problemas han suscitado, hayan sido otras disposiciones. Entre ellas debemos citar inexcusablemente: la Orden de 9 de octubre de 1985 de régimen retributivo del personal de Equipos de Atención Primaria; el Real Decreto-Ley 3/1987, de 11 de septiembre, sobre régimen retributivo del personal estatutario y la Resolución de 25 de abril de 1988 sobre el mismo punto; la Resolución de 20 febrero de 1990 en la que se publica el Acuerdo sobre condiciones de trabajo del personal, incluido el interino, que mantenga una relación de servicios de carácter asistencial con el INSALUD. Ya menos conflictivas han sido: el Decreto 187/1967, de 2 de febrero que fija equivalencias del grado de actividad de los Cuerpos de Sanitarios Locales respecto a la jornada normal de trabajo de los funcionarios civiles del Estado²⁹; el Decreto 192/1967, de 2 de febrero que establece los coeficientes multiplicadores (4%) que permitirán hallar el sueldo; el Decreto 3283/1968, de 26 de diciembre sobre sustituciones retribuidas; el Decreto 610/1978, de 11 de marzo, por el que se reconoce a efectos de trienios los servicios efectivos prestados en las mismas funciones, previos a la constitución de los correspondientes Cuerpos, Escalas o plazas, o de su ingreso en ellas y la Orden de 3 de julio del mismo año que dispone las normas para su aplicación. Por último, las Órdenes de 25 de septiembre de 1989 y 17 de noviembre de 1992 publican sendas Sentencias del Tribunal Supremo que anulan el apartado 1.2. de las letras

BI y BU del anexo de la Orden de 1985, respectivamente, declarando el derecho de los Médicos Titulares a percibir el mismo sueldo base que para los Médicos estatutarios establece el mismo anexo³⁰. A todas estas normas específicas de los sanitarios locales deben añadirse las propias de la Función Pública.

De entre las normas citadas que todavía mantienen su vigencia, queremos entresacar tres: el Real Decreto-Ley 3/1987 sobre régimen retributivo del personal estatutario, la Resolución de 20 de febrero de 1990, y el artículo 116.2 LGSS de 1974, el cual no ha sido ni derogado ni modificado por el TR de 1994. En atención a tales disposiciones podemos afirmar que el sistema retributivo de los Médicos Titulares difiere según se encuentren integrados o no en un Equipo de Atención Primaria:

Las retribuciones básicas de los sanitarios integrados, compuestas por el sueldo, trienios y pagas extraordinarias, serán pagaderas por la Comunidad Autónoma respectiva. En tanto que funcionarios de Grupo A les serán abonadas las cuantías que para cada año se fijan en la Ley de Presupuestos Generales del Estado. Tales cuantías habrán de ser, como sabemos y por exigencia del artículo 24 de la LMRFP, iguales en todas las Administraciones Públicas, entre las que se cuentan las Comunidades Autónomas. Pues bien, éstas han ignorado dicho mandato y han reconocido distintas retribuciones básicas a unos mismos profesionales que pertenecen a un mismo Cuerpo y desempeñan unas mismas funciones³¹. Esta vergonzosa irregularidad fue subsanada en sus efectos prácticos merced a la dotación por parte del INSALUD de un complemento de sueldo hasta alcanzar su igualación en todo el territorio nacional, solución que se adoptó por Acuerdo del Consejo de Ministros de 15 de abril de 1988. En el apartado cuarto de este Acuerdo se especifica que "el personal de los Cuerpos Sanitarios Locales, transferidos a las Comunidades Autónomas e integrados en los Equipos de Atención Primaria, percibirá, con cargo al presupuesto del INSALUD, unas retribuciones complementarias por un importe tal que sumado a las previstas en el artículo 44 de la Ley 33/1987, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1988, totalicen en cómputo anual unos importes equivalentes a los que percibirá, de conformidad con el presente Acuerdo, el resto del personal homónimo de los Equipos de Atención Primaria". Dicho Acuerdo ha sido declarado nulo³² por la

²⁸ Tal ha sido la complejidad, que incluso se ha considerado necesaria la publicación de aquellas Circulares que resolvían consultas planteadas sobre retribuciones. Véase la circular 1/1967, de 7 de abril, publicada en el Boletín Oficial de Hacienda (nº 34), de 5 de mayo.

²⁹ Corrección de errores en el BOE de 18 de febrero. Además, el Decreto ha sido modificado por el Decreto 2344/1972, de 7 de julio, al elevar el grado de actividad hasta el 100%.

³⁰ Véanse el B.O.E. de 28-10-1989 y la STS de 29-3-1989 (Ar. 2249) y el B.O.E. de 24-12-1992 y la STS de 30-3-1992 (Ar. 1922) respectivamente.

³¹ A fecha de 1991 las diferencias entre las distintas Autonomías era, desde luego, considerable. El abanico comprendía desde las 82.248 pesetas que pagaban las Comunidades de Baleares, Cataluña, Murcia y Valencia hasta las 131.773 que ofrecían Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla-León, Extremadura, Galicia y La Rioja. (Datos extraídos de los documentos que obran en poder del SIMPA).

³² Art. 1933. Frente a la tesis del Abogado del Estado, para quien el Acuerdo es un acto administrativo de destinatario plural, el Tribunal acoge la postura de los recurrentes admitiendo la naturaleza jurídica de aquél, y en consecuen-

STS de 10 de marzo de 1993, pese a lo cual, podemos considerar válido lo que venimos diciendo pues las mismas disposiciones contenidas en dicho Acuerdo -y que por tanto deberían reputarse nulas- han vuelto a recogerse en el posterior Acuerdo de 18 de enero de 1990, aprobado por Resolución de 20 de febrero de 1990, la cual no ha sido ni impugnada ni anulada. Se produce, eso sí, una laguna legal durante el período que media entre la anulación del primer Acuerdo y la publicación del segundo, lapso durante el cual no sería abonable, en puridad legal, aquel complemento compensador. Pese a ello, no creemos que la Administración haya procedido a su suspensión.

En conclusión, una vez integrados en el EAP, los sanitarios locales únicamente podrán percibir unas solas retribuciones básicas, entre ellas los trienios, con cargo al presupuesto de la respectiva Comunidad Autónoma y unas retribuciones complementarias con cargo al presupuesto del INSALUD. No obstante, cuando las cuantías que, en concepto de antigüedad, vinieran percibiendo antes de su integración fueran superiores a las que, en concepto de trienios, percibían de la Comunidad Autónoma correspondiente en el momento de la integración, el INSALUD, a petición de los interesados, satisfará, asimismo en concepto de trienios, las diferencias existentes, con efectividad de la entrada en vigor de la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1990 (apartado 3.1 del Acuerdo de 18 de enero de 1990 suscrito entre la Administración Sanitaria del Estado y las Centrales Sindicales)³³. Como puede observarse, para obtener las diferencias existentes entre ambas se tienen en consideración dos conceptos: el de *antigüedad*, que es el concepto utilizado únicamente dentro del ámbito de la Seguridad Social, pues la expresión "antigüedad" se

corresponde con la de "premio de antigüedad", empleada concretamente por la norma 12 de la Orden del Ministerio de Trabajo de 28 de febrero de 1967, por la que se aprobaron las normas sobre sistemas de pago, cuantías de las retribuciones y demás emolumentos del personal médico al servicio de la Seguridad Social y por el artículo 86 del Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de la Seguridad Social, aprobado por Orden Ministerial de 26 de abril de 1973; y el de *trienios*, o sea, el concepto común en el ámbito funcional, de modo tal que, cuando las cuantías que se viniesen percibiendo antes de la integración en concepto de antigüedad fueran superiores a las que se venían percibiendo en concepto de trienios, el INSALUD satisfará en concepto de trienios las diferencias existentes³⁴. En idénticos términos se pronuncia pocos días más tarde el Acuerdo del Consejo de Ministros de 9 de febrero de 1990³⁵.

Se trata de un apaño que pretende evitar en sus consecuencias prácticas los perjuicios que se derivaban de aquella ilegalidad. Loable en sus fines, más criticable en los medios. Los Acuerdos no abordan frontalmente el problema sino que eluden la exigencia de responsabilidades. En cambio, sí constituye un acierto la homogeneización retributiva que operan entre los profesionales al servicio de la atención primaria. Aun a riesgo de caer pesados queremos recordar que los sanitarios locales no podrán cobrar dobles trienios.

En realidad, esta homogeneización ya se había iniciado con anterioridad. Como sabemos, el artículo 115.1 de la LGSS 1974 preveía que "los Médicos, Practicantes y Matronas Titulares de los Servicios Sanitarios Locales tendrán el derecho y el deber, exclusivamente por el tiempo que dure su nombramiento como tales, de desempeñar los servicios sanitarios correspondientes, respectivamente, a plazas de Médicos generales, Practicantes y Matronas del Régimen General de la correspondiente localidad". Esta previsión se reitera tanto en

cia exige que su procedimiento de elaboración haya observado las normas relativas a la elaboración de disposiciones generales, por lo que al no cumplirse este requisito declara su nulidad. En palabras del propio Tribunal: "no creemos que la veste formal del acuerdo deba ser el criterio determinante para su caracterización, sino que se impone un análisis sustancial de su función jurídica. Según el criterio diferencial entre acto y norma acogido en nuestra jurisprudencia lo fundamental es decidir si nos hallamos ante la aplicación de una norma del ordenamiento (...) o si, por el contrario, se trata de un instrumento ordenador, que como tal se integra en el ordenamiento jurídico completándolo y erigiéndose en pauta rectora de ulteriores relaciones y situaciones jurídicas y cuya eficacia no se agota en una aplicación sino que permanece. (...) No es aceptable que el acuerdo que nos ocupa sea un mero acto de aplicación del nuevo régimen retributivo establecido en el RD Ley 3/1987, de 11 de septiembre, un acto administrativo plural, o con pluralidad de destinatarios, que no innove el ordenamiento jurídico. Aquí no se trata de un supuesto determinado, en el que puedan hallarse una pluralidad indeterminada de sujetos, y a los que se aplique una norma preexistente, pues el RDL sólo establece criterios normativos muy generales insusceptibles por sí solos de una aplicación a ningún supuesto concreto. Por el contrario, el acuerdo tiene en sí un similar sentido de abstracción y generalidad, y de temporalidad indefinida, si bien, con mucha mayor concreción en su contenido, como complemento indispensable de la norma superior. El sentido ordenador del mismo resulta así evidente". Proclamado el carácter normativo del acuerdo impugnado su sustancial significado de disposición general es visto que en su elaboración debió seguirse el procedimiento regulado en los arts. 129 a 132 de la LP A, lo que no se verifica: ausencia del informe de la Secretaría General Técnica o de la Subsecretaría.

³³ Vid. BOE de 14 de marzo de 1990.

³⁴ A modo de precedente de esta solución podemos citar la arbitrada en el supuesto de las "plazas vinculadas", es decir, las previstas en el artículo 105 LGS y en el Real Decreto 1558/86, por el que se establecen las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones sanitarias, y cuya vinculación se produce entre determinadas plazas asistenciales de las Instituciones sanitarias y plazas docentes de los Cuerpos de Profesores de Universidad. En esencia, la Disposición Transitoria Décima del citado Real Decreto permitía que el personal que desempeñaba distintas plazas y percibía distintos trienios por cada una de ellas percibiese, al pasar a desempeñar una sola, los trienios que considerase más beneficiosos, pero en modo alguno ambos acumulados.

³⁵ Vid. BOE de 27 de febrero de 1990. El apartado Primero 2 no se aparta ni un ápice del Acuerdo anterior y dice: "no obstante, cuando las cuantías que en concepto de "premio de antigüedad" vinieran percibiendo del INSALUD antes de su integración en los Equipos de Atención Primaria fueran superiores a las que, en concepto de trienios, percibían de la Comunidad Autónoma correspondiente en el momento de la integración, el INSALUD, a petición de los interesados, satisfará las diferencias existentes entre tales conceptos retributivos. Los efectos económicos de lo expresado, respecto de los Sanitarios Locales ya integrados en los Equipos de Atención Primaria serán desde la entrada en vigor de la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1990".

el Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social (art. 64.1), como en el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de la Seguridad Social (art. 49), en cuyos artículos se precisa, además, que este personal de los Servicios Sanitarios Locales tendrá los mismos derechos y deberes que el respectivo personal de la Seguridad Social.

A raíz de lo expuesto, nuestro colectivo ha venido desempeñando los servicios correspondientes a dos diferentes plazas dentro de las Administraciones Públicas: los correspondientes a una única plaza propia, de personal funcionario de los Servicios Sanitarios Locales, cuyo vínculo es con la respectiva Comunidad Autónoma, y los correspondientes a una plaza de la Seguridad Social, sin vínculo jurídico-administrativo directo alguno con el INSALUD, ni nombramiento, pues, en realidad, su actuación en la Seguridad Social es únicamente consecuencia automática de lo establecido por la Ley. Por ello, los sanitarios locales han venido percibiendo las retribuciones correspondientes a ambas plazas, percibiendo trienios tanto por su condición de funcionario como por el desempeño de la plaza de la Seguridad Social.

Era ésta una situación excepcional que pugnaría en principio con lo establecido por el artículo 1.2 de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, según el cual, no se podrá percibir, salvo en los supuestos previstos en la propia Ley, más de una remuneración con cargo a los presupuestos de las Administraciones Públicas. Sin embargo, este supuesto fue previsto y expresamente exceptuado de tal prohibición por la propia Ley 53/1984, cuya Disposición Transitoria Quinta establece que "los funcionarios de los Cuerpos Especiales al servicio de la Seguridad Social, en las condiciones legalmente establecidas, continuarán prestando las mismas funciones y devengando las remuneraciones que figuran en los Presupuestos del Estado y de la Seguridad Social, en tanto se reestructuran los Cuerpos o funciones aludidos, si bien una remuneración lo será en concepto de *sueldo* y la otra como *gratificación*, a cuyo efecto deberán formular los afectados la oportuna opción en los términos que reglamentariamente se determinen. En todo caso se les garantizará, a título personal, hasta el 30 de septiembre de 1985, el importe de la media mensual de las retribuciones percibidas en los dos puestos en los doce meses anteriores a la entrada en vigor de esta Ley".

No consta que la opción prevista en dicha Disposición Transitoria Quinta hubiese llegado a ser reglamentada. Lejos de ello, el artículo 28.1 del RD 596/1985, de 30 de abril, sobre Incompatibilidades del personal al servicio de la Administración del Estado, de la Seguridad Social y de los Entes, Organismos y Empresas dependientes, establece que "la situación, contemplada en la Disposición Transitoria Quinta de la Ley 53/1984, de los funcionarios de los Cuerpos Especiales al servicio de la Sanidad Local que deben prestar asistencia sanitaria a los beneficiarios de la Seguridad Social o tengan encomendadas actividades de salud pública, se mantendrá, sin

necesidad de solicitud ni autorización de compatibilidad, *hasta que tenga lugar* la reestructuración de las funciones o Cuerpos aludidos". Por otro lado, el apartado 4 de este mismo artículo preceptúa que "lo dispuesto en los apartados anteriores (el 2 y el 3 no hacen al caso) será de aplicación únicamente en tanto el personal quede integrado en las estructuras básicas de salud". Así, una vez producida la integración se pasa a desempeñar una sola plaza, la del Equipo de Atención Primaria, nueva y distinta de las dos anteriores, y en consecuencia resulta imposible el devengo de más de una remuneración y, por tanto, de dobles trienios.

Esta conclusión no quiebra por vía de la Disposición Transitoria Segunda Dos del RDL 3/97³⁶. Y ello porque tal Disposición no está dirigida al personal de los Cuerpos Sanitarios Locales, sino al personal estatutario fijo del INSALUD. Esto, que podría tacharse de contradictorio con el hecho de aplicarles a los Sanitarios Locales el régimen retributivo del RDL 3/87, no lo es en realidad, sino que es plenamente congruente con todo lo expuesto. No es que no les sea de aplicación el régimen retributivo del Real Decreto-Ley; lo que no les es de aplicación es, en concreto, la DT Segunda Dos, la cual no tiene sentido más que para el personal estatutario, pues si se aplicase también a los sanitarios locales quebraría todo lo dicho ya que mantendrían la percepción de dos conceptos de trienios por el desempeño de una sola plaza -lo cual impiden los Acuerdos ya vistos- y además no se cumpliría el propósito de homogeneizar sus retribuciones con el personal del INSALUD integrado en los Equipos de Atención Primaria.

Otro punto de fricción entre los sanitarios locales y el INSALUD fueron las pretensiones de aquéllos en orden a percibir el complemento personal y transitorio que el RDL 3/1987, de 11 de septiembre reconocía, bajo ciertas condiciones, en su Disposición Transitoria Primera. Según esta Disposición "el personal que, como consecuencia de la aplicación del régimen retributivo establecido en este Real Decreto-Ley, pueda experimentar una disminución en el total de sus retribuciones anuales, con exclusión de las actuales determinadas por guardias, plus de nocturnidad o realización de horas extraordinarias, tendrá derecho a un complemento personal y transitorio por la diferencia, que será absorbido por cualquier futura mejora retributiva según los criterios que establezcan las sucesivas normas presupuestarias".

La inclusión de esta Disposición debe inscribirse dentro del principio del respeto de los derechos adquiridos, la cual tiene un restringido alcance en el ámbito de la relación estatutario funcional, significando únicamente, en lo económico, la

³⁶ Esta Disposición dispone: "sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 2.2, b), el importe de los trienios reconocidos al personal que a la entrada en vigor de este Real Decreto-Ley tenga la condición de personal estatutario fijo, se mantendrá en las cuantías vigentes con anterioridad. Igualmente, el primer trienio que totalice dicho personal a partir de la entrada en vigor de este Real Decreto-Ley lo será en dichas cuantías".

necesidad de que cuando la Administración, en base a su potestad organizativa y reglamentaria, establezca un nuevo sistema de retribución imponiéndolo obligatoriamente al funcionario, respete la cuantía global de las retribuciones consolidadas percibidas por el mismo hasta el momento de que se trate.

Al enmarcarse dicho complemento personal y transitorio dentro del principio de respeto a los derechos económicos adquiridos, se configura como un concepto que parte de la ausencia de voluntad del funcionario en la modificación retributiva operada, de modo que nunca podrá ser reconocido, -a menos que la norma lo prevea expresamente- cuando la modificación retributiva experimentada sea consecuencia de encontrarse en una nueva situación, a la que el interesado hubiese pasado voluntariamente.

Pues bien, dado que con anterioridad al 25 de abril de 1988 (fecha de publicación del Acuerdo del Consejo de Ministros del día 15, por el que se aplica el régimen retributivo previsto en el citado RDL 3/87 al personal Facultativo y Ayudante Técnico Sanitario/Diplomado Universitario de Enfermería de los equipos de atención primaria) ya había personal de los Cuerpos Sanitarios Locales integrado en EAP, al cual le vino impuesto el nuevo régimen retributivo del RDL, resulta lógico que tuviesen derecho al complemento personal y transitorio reconocido por la DT Primera. En cambio, la cuestión varía radicalmente para aquellos sanitarios locales que optaron por integrarse con posterioridad a la publicación del Acuerdo u opten en un futuro, dada la voluntariedad de tal integración³⁷. Es claro que no se puede hablar respecto de éstos últimos de modificación retributiva sobrevenida y coactivamente impuesta, pues conociendo el Acuerdo asumieron o asumirán libremente las consecuencias de la integración, entre ellas la de la aplicación del nuevo régimen retributivo. Por consiguiente, el personal de los Cuerpos Sanitarios Locales que se integre en los Equipos de Atención Primaria

después de la publicación del Acuerdo del Consejo de Ministros de 15 de abril de 1988 no se encuentra en el supuesto de hecho que contempla la Disposición Transitoria Primera del RDL 3/1987. En realidad, tras la STS de 10 de marzo de 1993 la fecha señalada ha de ser desplazada al 20 de febrero de 1990, ya que la declaración de nulidad del Acuerdo que aquélla contiene exige esperar a la publicación del Acuerdo del Consejo de Ministros de 18 de enero de 1990 para que el RDL 3/1987 resulte aplicable a los Sanitarios Locales.

Junto a esta razón apuntada, existe todavía otra circunstancia que conduce a la misma conclusión. La teoría de los derechos adquiridos despliega sus efectos en orden a la "conservación global de las retribuciones *consolidadas* percibidas hasta el momento de que se trate" (STS de 21 de octubre de 1985). Pues bien, en el caso de los sanitarios locales que nos ocupan no se puede hablar de retribuciones consolidadas, y ello por las especiales características de su sistema retributivo. Este sistema, de "cupos" o de "coeficiente", consiste en la percepción de una cantidad fija por cada personal titular o, en su caso, por cada beneficiario cuya asistencia tenga a su cargo (art. 116.2 LGSS 1974) estando por consiguiente el importe de los emolumentos en relación con el número de titulares o beneficiarios asignados *en cada momento*. Esta permanente fluctuación de los cupos, y por tanto del dinero percibido, excluye cualquier derecho a las mayores retribuciones que se pudieran haber alcanzado en un momento dado³⁸. En definitiva, que las retribuciones percibidas por este sistema no constituyen retribuciones fijas ni estables por lo que no son susceptibles de consolidación.

El sistema retributivo de los sanitarios locales **no integrados** ha planteado menos litigiosidad. Al igual que los integrados perciben sus retribuciones básicas de la correspondiente Comunidad Autónoma con la desventaja de que las diferencias salariales introducidas por éstas no son subsanadas por ningún complemento del INSALUD. En cambio, el resto de sus

³⁷ El carácter voluntario de la integración se encuentra establecido en la Disposición Transitoria Cuarta del RD 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud, ya examinada. También la Jurisprudencia ha tenido ocasión de pronunciarse sobre la voluntariedad de la integración. Nos referimos a la Sentencia de 18-2-87 del Tribunal Central de Trabajo que, refiriéndose al personal de la Seguridad Social, se pronuncia sobre la voluntariedad de su integración aludiendo indistintamente a las Disposiciones Transitorias correspondientes al citado personal, y a la Disposición Transitoria Cuarta del Real Decreto 134/1984. En la Sentencia se puede leer: "No parece correcto sostener, como lo hace la sentencia de instancia, que una vez que ha entrado en vigor el citado Real Decreto 137/1984 y en el instante en que una zona médica se haya creado un Centro de Salud con su correspondiente Equipo de Atención Primaria, todo Médico de la Seguridad Social de tal zona queda integrado en este equipo, toda vez que, aun cuando esta conclusión podría encontrar apoyo en las expresiones literales del artículo 3.3 de este Real Decreto, no puede olvidarse, en cambio, que está en total y manifiesta contradicción con lo que ordenan la Disposición Final 1ª y las Disposiciones Transitorias 1ª, 2ª, 4ª y 5ª del mismo, de las que se desprende, con toda seguridad, que únicamente se incorporarán a los Equipos de Atención Primaria los facultativos de la Seguridad Social que así lo deseen, lo soliciten debidamente y superen el concurso restringido de que habla la Disposición Transitoria 2ª".

³⁸ Nuestra Jurisprudencia no ha vacilado en este punto. El Tribunal Central de Trabajo, en su sentencia de 1 de julio de 1985 consideró que "de lo que disponen el artículo 116 de la Ley General de la Seguridad Social, el artículo 30 del Estatuto Jurídico del personal médico de la Seguridad Social, y de las normas 2ª y 15ª de la Orden de 28 de febrero de 1967, se desprende con claridad que la especial modalidad retributiva que estas normas establecen y que consiste en el abono de una cantidad fija normal por cada titular o beneficiario de la prestación de asistencia sanitaria que tenga asignado cada facultativo, tan sólo garantiza el cobro de las percepciones correspondientes a los titulares y beneficiarios que en *cada momento* tenga el médico de que se trate; lo cual se corrobora por el número del artículo 111 de la LGSS en el que se dispone que en ningún supuesto se garantiza "a cada médico un número concreto o mínimo de titulares o beneficiarios". Idéntica doctrina se mantiene en las sentencias, también del TCT, de 11-1-86, 29-12-86, 3-12-88, Y 26-4-89. En la penúltima de ellas se expresa que "por otra parte, no puede prevalecer, como pretende la recurrente, frente al ajuste cuantitativo de cartillas dispuesto por la norma jurídica, la sola consideración del derecho adquirido o condición más beneficiosa que implica la retribución según cupo pues ésta es *circunstancia contingente* dependiente de quien ostenta las potestades de dirección y organización de los servicios sanitarios". Véase, igualmente la STS (Sala Social) de 9 de diciembre de 1987.

ingresos proviene del vetusto sistema de cupo y zona, que se mantiene.

3.4. Concursos de Traslados.

La movilidad geográfica de los Médicos Titulares ha sido otro de los extremos conflictivos de su situación jurídica. Esto es así, como consecuencia del diseño que la LGS y demás normativa concordante hacen de la Atención Primaria, lo que ha prácticamente llevado a los funcionarios sanitarios locales a una situación de congelación o incluso se diría de "extinguir", toda vez que apenas se convocan oposiciones ni concursos de traslados.

Estos concursos se rigen por unas normas específicas contenidas en el Real Decreto 1062/1986, de 26 de mayo, por el que se regula el sistema de concurso unitario de méritos y traslado de funcionarios sanitarios locales. Ahora bien, este Decreto nace con una pretensión de provisionalidad, a la espera de que las Comunidades Autónomas dicten sus respectivas Leyes de Función Pública³⁹. Hoy en día todas las CCAA han promulgado ya sus propias Leyes reguladoras de la función pública, erigiéndose éstas como la norma directriz.

De este modo, todas las cuestiones relativas a concurso de traslados habrán de ventilarse a tenor de las normas de la Autonomía en la que se convoque el concurso.

Ello no plantea mayores dudas. Aquí vamos a centrarnos en un aspecto más escabroso y oscuro: la posibilidad de que el concurso se convoque únicamente para los Funcionarios Sanitarios locales que vienen ejerciendo sus tareas dentro de la Comunidad Autónoma convocante, o si por el contrario está abierto a todos los sanitarios locales del territorio nacional.

La Ley Orgánica 12/1983, de 14 de octubre, sobre el Proceso Autonómico, en su artículo 26.3 reconoce a los funcionarios transferidos la facultad de participar en los concursos de traslado que convoquen otras Comunidades, debiendo de reservarse hasta el séptimo año de la transferencia un tercio de dichas plazas para funcionarios transferidos a otras Comunidades Autónomas respecto de aquéllos que ya desempeñaban sus funciones en la Comunidad convocante que debía reservar, aparte de reconocer el derecho a participar a funcionarios

de otras Comunidades, un tercio de las plazas convocadas para dichos funcionarios. Este artículo no ha sido derogado ni expresa ni tácitamente por la Ley 30/84 en su nueva redacción dada por la Ley 23/1988, de 28 de julio al limitarse a reconocer en su artículo 17.1 que los puestos de trabajo vacantes de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas podrán ser cubiertos por funcionarios que pertenezcan a cualquiera de estas Administraciones Públicas, de acuerdo con lo que establezcan las relaciones de puestos de trabajo. Este precepto transcrito ha venido a desarrollar aquél, en el sentido de estimar que en tanto en la relación de puestos de trabajo no se limite qué funcionarios pueden concursar para ocupar determinados puestos de trabajo se ha de entender que pueden hacerlo tanto los de la Administración del Estado como los de las Comunidades Autónomas, sin que puedan hacerse interpretaciones restrictivas, cuando el artículo 26 de la Ley 12/1983 les reconoce el derecho a participar en los concursos que convoquen otras Comunidades.

Hasta ahora sabemos que las Leyes estatales sobre Función Pública no han derogado el artículo 26 de la Ley de Proceso Autonómico, pero ¿acaso no lo habrán hecho las de las Autonomías? No nos hemos detenido a examinar una a una todas ellas, no obstante lo cual podemos responder negativamente. El artículo 17.1 de la Ley 30/1984 tiene carácter básico (así lo declara el art. 1.3 de la misma Ley) por lo que ha de ser respetado por el legislador autonómico so pena de nulidad. En definitiva, los concursos de traslados para Médicos Titulares deben tener un alcance nacional, constituyendo la relación de puestos de trabajo la única cortapisa que podría menoscabar la plena movilidad geográfica de tales profesionales.

³⁹ La Exposición de Motivos del citado Real Decreto se puede leer ya revela la dicha intencionalidad. En ella se afirma que "las peculiares características de la función que realiza el personal de estos Cuerpos, reconocidas tradicionalmente en la normativa sobre función pública, de forma tal que existen numerosas disposiciones específicas de aplicación a ellos, justificarían por sí solas la regulación especial para provisión de puestos de trabajo que este Real Decreto aprueba, pero el mismo viene a solucionar también los problemas planteados en la gestión, con motivo de la casi total transferencia de sus plazas a las Comunidades Autónomas, *regulación que ha de tener forzosamente carácter provisional, dada la necesidad de que cada Comunidad Autónoma regule su función pública propia por Ley de su Asamblea Legislativa*, según lo que en ese sentido establece el artículo 11 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto"

IV. CONCLUSIONES

La conclusión principal que puede extraerse de cuanto se ha dicho radica en la ausencia de un tratamiento normativo unitario y homogéneo para el personal al servicio de la sanidad local. Antes al contrario, la regulación de estos profesionales adolece de dispersión y heterogeneidad, existiendo distintos regímenes retributivos, de personal, etc. en las diferentes Comunidades Autónomas. Este dato revela las escasas atenciones del legislador hacia este colectivo, -por lo demás el que mejor encarna el espíritu integrador que anima la LGS al realizar tanto tareas preventivas como asistenciales y soportar el peso de la atención primaria- actitud muy en la línea de toda su "deferencia" con la sanidad local.

Resulta claro que todavía no existe en nuestro país una concienciación de la importancia de la atención primaria, ni un reconocimiento social de los profesionales que le dedican sus esfuerzos. Asistimos a una terrible paradoja: la sanidad que se nos presenta más próxima, la que más nos afecta y ayuda es a la que le otorgamos nuestra menor consideración. Debemos de potenciar nuestra sanidad local, debemos abogar por una localización de la asistencia sanitaria, lo que incluye el establecimiento de una normativa coherente y adecuada. Desde aquí pretendemos que los poderes públicos adopten medidas conducentes a tales objetivos, que hagan un guiño a la sociedad para que vaya desterrando de su subconsciente parámetros de valoración desfasados. Entre estas medidas -y en lo que a personal se refiere- se encuentra el acometimiento de una regulación para todo el personal del SNS que ponga fin a los incómodos, injustos y descorazonadores agravios comparativos que actualmente vienen produciéndose. Esperamos el pronto alumbramiento del ansiado Estatuto-Marco, aunque tememos que tampoco éste vaya a resolver los problemas de un modo definitivo.