



IV CONGRESO AMERICANO DE MEDICINA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

DOCUMENTO 6.

IV/CAMSS/Py 74/2-OISS

TEMA II

"ESQUEMAS DE ORGANIZACION PARA OTORGAR PRESTACIONES MEDICAS AL NUCLEO FAMILIAR URBANO, SUBURBANO Y RURAL".

Documento preparado por la
Organización Iberoamericana
de Seguridad Social.

Dr. José Martínez Estrada,
Delegado General del Instituto
Nacional de Previsión de España.



Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

IV CONGRESO AMERICANO DE MEDICINA DE LA SEGURIDAD SOCIALORGANIZACION IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

- SEGUNDA PONENCIA -

ESQUEMAS DE ORGANIZACION PARA OTORGAR PRESTACIONES
MEDICAS AL NUCLEO FAMILIAR URBANO, SUBURBANO Y RURAL

JOSE MARTINEZ ESTRADA, Delegado General del Instituto Nacional de Previsión de España.

GONZALO CABANILLAS GALLAS, Subdelegado General de Servicios Sanitarios del Instituto Nacional de Previsión de España.

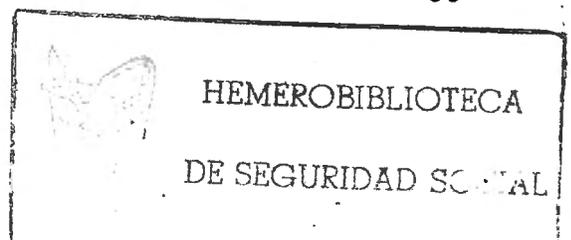
LUIS ALBERTI LOPEZ, Jefe del Servicio de Ordenación Sanitaria de la Subdelegación General de Servicios Sanitarios del Instituto Nacional de Previsión de España.

JOSE LUIS DE LA ROSA RODRIGUEZ, Director General de la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social "1º de Octubre", de Madrid (España).



I N D I C E

	<u>Páginas</u>
I. GENERALIDADES: EL NUCLEO FAMILIAR	1
II. GENERALIDADES: SALUD Y NUCLEO FAMILIAR	2
III. GENERALIDADES: PRINCIPIOS INSPIRADORES DE UN ESQUEMA DE ORGANIZACION DE PRESTACIONES MEDICAS AL NUCLEO FAMILIAR	6
IV. ELEMENTOS BASICOS DEL SISTEMA DE PRESTACIONES MEDICAS AL NUCLEO FAMILIAR	10
1. EL MEDICO DE FAMILIA	10
2. EL PEDIATRA	27
3. EL OBSTETRA	34
4. PERSONAL AUXILIAR PARAMEDICO	36
4.1. EL AYUDANTE TECNICO SANITARIO	36
4.2. LA AUXILIAR DE CLINICA O DE ENFERMERIA	38
4.3. LA AUXILIAR DE ASISTENCIA O DE SECRETARIA	39
4.4. LA AZAFATA DE RELACIONES PUBLICAS	39
4.5. EL ASISTENTE O TRABAJADOR SOCIAL	39



	<u>Páginas</u>
4.6. EL TERAPEUTA OCUPACIONAL	46
4.7. EL FISIOTERAPEUTA	47
4.8. LA MATRONA O AYUDANTE TECNICO SANITARIO CON DIPLOMA DE ASISTENCIA OBSTETRICA	47
4.9. OTROS TIPOS DE PERSONAL AUXILIAR PARAMEDICO	50
5. LAS ESPECIALIDADES EN RELACION CON EL EQUIPO DE ATENCION MEDICA AL NUCLEO FAMILIAR	50
V. ESQUEMA DE ORGANIZACION DEL SISTEMA DE PRESTACIONES MEDICAS AL NUCLEO FAMILIAR	52
1. GENERALIDADES	52
2. ESQUEMA DE ORGANIZACION DE LAS PRESTACIONES MEDICAS AL NUCLEO FAMILIAR EN EL MEDIO RURAL	54
3. ESQUEMA DE ORGANIZACION DE LAS PRESTACIONES MEDICAS AL NUCLEO FAMILIAR EN EL MEDIO SUBURBANO	59
4. ESQUEMA DE ORGANIZACION DE LAS PRESTACIONES MEDICAS AL NUCLEO FAMILIAR EN EL MEDIO URBANO	62
VI. CONCLUSIONES	69

I. GENERALIDADES: EL NUCLEO FAMILIAR.

En el hombre como ser social constituye un hecho tan importante como el de su funcionamiento orgánico interior, el conjunto de las relaciones de todo orden que le ligan a sus semejantes. En este mundo de sus relaciones sociales, es la familia el núcleo más directo de ellas y se ha manifestado como decisivo, tanto desde el punto de vista de la asistencia en la enfermedad, como en la consecución de un alto nivel de rendimiento y de conservación de la salud.

Se puede considerar al núcleo familiar como:

- Manantial permanente de fuerza en el desarrollo biológico y social humano.
- Ente vivo y plástico que ha cumplido sus finalidades más fundamentales, adoptando distintas formas según los países, las culturas y las épocas.
- Ultimo punto de contacto y soporte del individuo y la sociedad, por lo que la fortaleza de sus miembros para robustecerla y darle vida orgánica y rica, será fundamental.
- Lugar de conjunción de herencia, medio y educación, fuerzas decisivas que modelan el desarrollo y la maduración vital del hombre.
- Institución fundamental con enormes reservas de valores morales y espirituales.
- Ambito necesario para el desarrollo de la personalidad humana y su inserción en el medio social.
- Grupo antropológico social que tiene una dinámica interna que condicionan sus miembros en gran parte y que es extraordinariamente sensible a los grupos sociales de mayor amplitud que la rodean.
- Lugar de producción de las primeras fijaciones afectivas y los primeros actos de hostilidad y de cooperación, de enorme significación en la ulterior vida social y en el desarrollo psicosomático del individuo.
- Origen de funciones características de tipo educacional, afectivo, económico y de protección.

2.

- Centro nodal de afectos e intereses comunes, en el que todos sus miembros se sienten apoyados y enriquecida su vida en la convivencia.
- Organismo vivo que tiene sus ciclos y problemas como tal y que para vivir necesita insertarse en el medio más amplio que constituye la sociedad que le rodea, medio con el que ha de establecer relaciones de adaptación y ajuste, en el que encontrará un equilibrio favorable o desfavorable a su normal desarrollo.
- Conjunto de miembros independientes, pero que han de trabajar en mutua interdependencia para que no se produzca un principio de desintegración que imposibilite el cumplimiento de sus fines, que son la creación, cultivo y posibilidad de conservación y maduración del ser humano.
- Punto de realización de los primeros actos sociales, que desde ella se extienden a la comunidad.
- Elemento de continuidad de las generaciones, posibilitando la proyección existencial de las más viejas sobre las más jóvenes.
- Marco de protección y control del individuo y escenario de sus más grandes experiencias emocionales, a las que tanta importancia se da en los tiempos actuales.
- Dispositivo de transmisión de creencias, aptitudes y formas de instalarse en la vida.

II. GENERALIDADES: SALUD Y NUCLEO FAMILIAR.

Existen dos ordenes de hechos que han llevado a la Medicina al campo de lo social y a la necesidad de comprender y utilizar conceptos sociológicos. Por un lado, los que le son impuestos por la forma en que ha de desarrollarse en la actualidad la práctica médica en relación con la organización social y los problemas de nuestro tiempo y, por otro lado, los que dimanán directamente de la forma de concebir la génesis y desarrollo de la enfermedad, o lo que consideramos tan importante o más que ésto, la mejora del rendimiento psicobiológico del hombre.

En la corriente antropológica de la Medicina, es el hombre completo el que para su exámen se coloca en el fo

co del objetivo. Pero la unidad del organismo con el medio es indestructible y necesaria. Si queremos un hombre entero y en plenitud, lo primero que tendremos que abarcar junto con él es esa pequeña, pero definitiva, parte de su medio, la familia, que tan directamente le envuelve.

En el momento actual, la salud constituye un derecho humano primario del cual se tiene conciencia universal, cualquiera que sea el país, la geografía, la condición social, el sistema económico o los modos de convivencia de los individuos de una comunidad. La conciencia de dicho derecho se ha convertido en exigitiva y universal a través de una serie de vicisitudes históricas, en su más amplio sentido, que se refieren al modo y a las consecuencias diversas de las revoluciones industrial, técnica y social que se han sucedido durante el siglo actual y el precedente. El mismo concepto de salud ha evolucionado cualitativamente desde una simple concepción negativa de enfermedad hasta otra consideración más positiva de perfección operativa, individual, laboral y social. Es decir, no se trata ya solamente de obtener un estado individual de salud, sino de la promoción de una salud mejor para lograr una más perfecta integración del individuo en el medio social, cumpliendo los compromisos de todo orden que la vida social comporta y haciendo posible la satisfacción de todas las necesidades que la vida humana exige.

Los objetivos de las actividades médicas en la actualidad no se detienen en la curación de la enfermedad, ni en la prevención de la misma, sino que al hablar de "salud positiva" consideran la posibilidad de intervenir y prácticamente están interviniendo en la mejora de las características antropológicas de todo orden. Ello requiere conseguir la armonía psíquica y biológica dentro del individuo y un ajuste con su medio exterior capaz de crear nuevas posibilidades y el ejercicio de facultades aún no puestas de manifiesto. Cualquier alteración de este doble ajuste, disminuye primero la capacidad de desarrollo y madurez, y al alcanzar determinada amplitud, conduce a los estados intermedios entre higidez y patología y, finalmente, a la enfermedad.

De la familia como institución patriarcal, que ha predominado de modo casi exclusivo hasta tiempos bien recientes, a la familia como asociación de afectos e intereses, en la que se produce un cierto grado de compañerismo y amistad que hace partícipes a varios de sus miembros en las decisiones, existen todos los matices intermedios, con predominio de la segunda situación a medida que aumenta la complejidad de la vida. El proceso de industrialización ha producido dos hechos fundamentales a este respecto: la desaparición de infinitos centros de trabajo familiares, con disminución de las funciones artesanas del hogar, y la incorporación de la mujer al trabajo profesional no doméstico, participando de sus características y problemas.

4.

En todo caso, la salud del grupo familiar se nos mostrará, igual que la de todo el organismo vivo, en la medida en la que tenga una mayor plasticidad y una máxima capacidad de adaptación, sin perder su integridad.

La familia en su conjunto y la información sobre ella tiene importancia en algo a lo que le hemos dado gran trascendencia, que es la necesidad de exploraciones completas de grandes sectores de la población que se considera sana y al diagnóstico precoz de descubrimiento de dolencias aun no manifestadas o no percibidas por el paciente.

Hay que atender al hombre enfermo con todos los medios que la técnica actual pone a nuestra disposición, pero hay que atender también al hombre sano por varias razones. En primer lugar, para evitar su enfermedad que, desde el punto de vista económico, es más cara de atender, y en muchos casos imposibilita para el trabajo y, desde el puramente humano, le ahorra dolor y sufrimiento. Es necesario también atenderlo para descubrir enfermedades ocultas, o aquellos estados intermedios entre salud y anormalidad, con invalidismo o sin él, que disminuyen su rendimiento y a la larga lo conducen a estados patológicos claros.

Finalmente, hemos de atender al hombre sano porque tratamos de promover la salud en un sentido positivo, aumentando sus capacidades de desarrollo biológico y psíquico y acrecentando su bienestar personal.

Este último aspecto nos lleva por extensión a promover la salud social, porque el individuo sanamente madurado aumenta sus capacidades sociales y contribuye a la creación de una vida social y de una sociedad sana, que a su vez es más apta para ayudar a otros individuos al adecuado despliegue de sus posibilidades.

En el cuidado del hombre sano, para los reconocimientos periódicos y para la valoración de sus características, debemos referirnos también a la unidad familiar. El proceso de adaptación del individuo a su medio se realiza en una serie de fases de la vida, aunque sea más importante en los primeros años, a través o en el seno del grupo familiar.

El estado de salud o enfermedad modifica el funcionamiento y las capacidades de este grupo y, a la inversa, el buen desarrollo de la función familiar contribuye al mantenimiento de un alto nivel de salud en cada uno de sus miembros.

La asistencia a la familia en su acción más directa, e independientemente de las medidas económicas de orden

general, exige el esfuerzo conjunto de muchos sectores. En el problema de la asistencia sanitaria y social y de la promoción de la salud, es preciso coordinar todos los esfuerzos.

Congruentemente con la evolución del concepto de salud, las prestaciones médicas han evolucionado, en el período histórico consignado, en tres etapas que, aunque no sean estrictamente diferenciadas, si pueden definirse con aproximación:

- Prestaciones médicas conducentes estrictamente a la reparación de la salud perdida por la situación de enfermedad.
- Prestaciones médicas conducentes a la evitación o prevención de enfermedades, primeramente de las transmisibles y más tarde de las evitables.
- Prestaciones médicas y sociales conducentes a la promoción de salud y mejoramiento del nivel biológico.

Claro está que dichas etapas no han supuesto ni pueden suponer la simple sucesión de los procedimientos y de los objetivos, sino la asunción progresiva de las nuevas finalidades. Es obvio decirlo: en el momento actual coinciden en la acción y en la pretensión una medicina reparadora, una medicina preventiva y una medicina de promoción de salud.

Simultáneamente ha evolucionado también la responsabilidad que debía asumir el individuo y la comunidad ante el problema de la salud. En un principio, cuando la medicina era estrictamente reparadora, la asistencia médica fué responsabilidad exclusiva del individuo y de su núcleo familiar, que tenían que resolver a su costa los problemas que planteaba el cuidado de su salud. Más tarde, cuando la eclosión de la era bacteriológica, en el último tercio del siglo XIX, hizo posible la prevención de determinadas enfermedades, los Gobiernos tuvieron que asumir la responsabilidad de la prevención de enfermedades creando la infraestructura sanitaria precisa de higiene de las poblaciones e institucionalizando la medicina preventiva. Coincidían así en la actuación sobre la salud un sector privado liberal para la medicina reparadora y un sector público estatal para la medicina preventiva. Simultáneamente, el problema que presentaba la existencia de un gran sector de la población incapaz de resolver a sus expensas las necesidades de una asistencia médica reparadora, hizo precisa la actuación de un sector público-privado de tipo benéfico, que se centraba fundamentalmente en la institución hospitalaria.

Posteriormente, y como consecuencia de la propia dinámica de la revolución industrial y de las consecuencias sociales que ella comportaba, aparecieron los Seguros Sociales que

asumieron fundamentalmente la responsabilidad de la medicina reparadora para un sector limitado de población. La expansión y desarrollo de dichos Seguros Sociales y su conversión en la postguerra de 1945 en sistemas coordinados y armónicos de Seguridad Social ha originado la reducción al mínimo del sector privado, la casi total extinción de la Beneficencia y la asunción de casi todas las responsabilidades sociales de la población por la Seguridad Social, de tal modo que la ordenación de sus servicios de asistencia médica constituye, valga la redundancia, un verdadero Servicio de Salud donde confluyen, se potencian y perfeccionan los tres objetivos básicos de la medicina actual. Es decir, la reparación, la prevención y la promoción de la salud.

Dicho proceso, muy someramente expuesto, ha conducido a una situación en la cual se hace indispensable una programación planificada de las prestaciones médicas por los sistemas de Seguridad Social, en la cual colabora de modo primario el sector público y sólo subsidiariamente el sector privado. Es decir, se ha producido, por lo pronto, una inversión de las circunstancias de tal modo que el agente principal de responsabilidad de la asistencia que era el sector privado, actuando sólo subsidiariamente el sector público, se ha convertido en un resto histórico que solamente actúa después de que la Seguridad Social ha asumido la gestión de la asistencia médica y la renovación constante de su sistema de financiación.

III. GENERALIDADES: PRINCIPIOS INSPIRADORES DE UN ESQUEMA DE ORGANIZACIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS AL NÚCLEO FAMILIAR.

En el mundo científico y tecnológico de la Medicina se han operado decisivas transformaciones, que interesa resaltar, ya que inciden de manera fundamental en la elaboración de un esquema de organización de prestaciones médicas al núcleo familiar. Algunas de dichas transformaciones son las siguientes:

- a) La aplicación imperativa de nuevas técnicas, cada día más sutiles, más refinadas y más costosas, tanto en el diagnóstico como en la terapéutica de la enfermedad, que plantean problemas de especialización, de formación de personal y de financiación, amén de otros problemas de orden ético y humano en cuanto a las indicaciones de su utilización.
- b) La aplicación de una nueva tecnología a la organización o administración de los servicios de salud, que obliga a tomar conciencia de las nuevas posibilidades y exigencias de la automatización, con el problema siempre renovado de hacer com-

patibles el manejo instrumental de grandes medios sobre grandes masas de población y la consideración personal y la dignidad irrepetible de cada ser humano individual.

- c) La aplicación de las modernas técnicas de la información y la comunicación, tanto a nivel administrativo, como a nivel científico y clínico, que obliga y obligará más en el futuro a un permanente e imaginativo compromiso entre el respeto al sigilo profesional y el deber de información, entre la historia clínica personal y la historia clínica mecanizada, en definitiva, entre lo que es individual y personal y lo que es social.
- d) La eficacia de la investigación y sus aplicaciones tecnológicas e industriales ha producido la obsolescencia rápida y acelerada de los equipos técnicos asistenciales, que obliga a una prudente adquisición de los mismos y a su utilización adecuada para evitar un desfase intolerable entre la realidad operativa y las posibilidades técnicas en cada momento determinado.
- e) De modo análogo, la aceleración de los resultados de la investigación científica de nuevas técnicas está originando lo que podríamos llamar una obsolescencia más rápida de los conocimientos médicos, que obligará más cada día a una actualización permanente de los mismos para evitar la inadecuación de la actuación profesional con las realidades científicas y asistenciales de cada momento y, lo que es más importante, la frustración progresiva de los profesionales de la asistencia.
- f) Consecuentemente con todo ello, se está produciendo una fragmentación de las prestaciones médicas en los siguientes aspectos:
- en el orden de las especializaciones médicas profesionales, al multiplicarse el grado y diversificación de las especialidades que, siendo inevitable y necesario, comporta el peligro grave de la incomunicación entre los diversos especialistas, si no se previene de modo concreto y eficaz dicha realidad.
 - en el orden de los equipamientos técnicos, puesto que no es posible financieramente dotar de equipos completos a todas las Instituciones y a todos los niveles asistenciales, sino que es preciso planificar los equipamientos y dotaciones de material en función de las finalidades de los diversos Centros.
 - en el orden geográfico, ya que la población no está distribuida homogéneamente en núcleos iguales, sino que constituye agrupaciones que, según su naturaleza denominamos urbanas, semiurbanas y rurales.

Las consideraciones anteriores son indispensables en la elaboración de un esquema de prestaciones médicas que sea racio-

nal y adecuado a las peculiaridades sociales, demográficas y técnicas de cada país.

Las funciones que el médico ha de llevar a cabo en relación con el núcleo familiar, situado éste entre el individuo y la colectividad, exigen una investigación y un diagnóstico del estado sanitario de dicho núcleo, es decir, la composición y la constitución genética de la familia, de las relaciones entre sus miembros, los factores que rigen el comportamiento de sus diferentes miembros, la escala de valores y las aptitudes determinantes de las prácticas cotidianas que influyen en la salud, la manera de tomar las decisiones de interés directo en esa materia, el conjunto de creencias y de conocimientos que presiden la vida familiar y, por último, el medio físico, social, cultural, económico y biológico en que está situado el núcleo familiar.

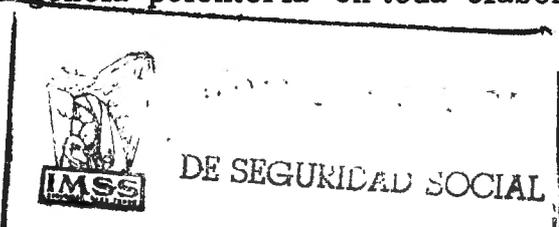
Se observa, por lo tanto, que la asistencia al núcleo familiar está íntimamente unida con la asistencia al individuo (que abarca el fomento de su salud y la prevención de la enfermedad) y con la protección de la salud de la colectividad en general, la cual exige el conocimiento de los factores que influyen en la morbilidad, es decir, las características ambientales, sociales, psicológicas, económicas y nutricionales de la misma, las causas de enfermedad y su importancia para el conjunto de la población y los factores que influyen en el crecimiento, el desarrollo, el envejecimiento y los procesos degenerativos.

La palabra "colectividad" se utiliza con dos significados que exponemos a continuación:

- a) El de entidad político-geográfica, en la que vive una población y funcionan unos Centros sanitarios. La noción de asistencia así definida a los individuos y a los núcleos familiares de la colectividad, tiene importantes repercusiones para el ejercicio de la Medicina y el otorgamiento de las prestaciones médicas.
- b) En un sentido más limitado se entiende por colectividad un grupo pequeño y definido de características propias, como un núcleo rural, una fábrica o una escuela.

Antes de estudiar detallada y concretamente el esquema de organización para otorgar prestaciones médicas al núcleo familiar que consideramos congruente y adecuado, conviene hacer una serie de consideraciones sobre tres cuestiones fundamentales que condicionarán las posibilidades operativas a este respecto: la coordinación de recursos, la formación de personal y los factores sociales.

La coordinación de los recursos y de su utilización es una exigencia perentoria en toda elaboración organizativa.



Ahora bien, la actitud coordinadora puede realizarse como una necesidad ineludible ante la existencia de diversas organizaciones asistenciales que desarrollan programas diversos o similares sobre los mismos núcleos de población, como medio para evitar la duplicación de responsabilidades o la disolución de recursos o, lo que es más importante, como una conducta operativa en la misma pretensión planificadora. Es decir, operar en la elaboración de los programas de salud con un talante de coordinación de todos los recursos disponibles. Los actuales planes de desarrollo económico y social de casi todos los países, están imponiendo el cumplimiento de esta exigencia de coordinación al más alto nivel, en cuanto participan en su elaboración todos los sectores y organismos responsables de la salud del país. Desde dicho nivel debe emitir hacia la base, juntamente con el espíritu de coordinación, la normativa de su cumplimiento para que dicha coordinación sea una realidad.

La programación del cuidado de la salud de una población exige una consideración preferente a la formación del personal asistencial preciso, médicos y auxiliares, para la realización de sus cometidos específicos. Ello comporta un estudio de las necesidades cuantitativas de médicos y auxiliares y del grado y número de especialistas correspondientes a las exigencias asistenciales. Y además es indispensable considerar el modo de formación y enseñanza de dicho personal, de tal manera que sea congruente con las finalidades sociales del ejercicio profesional que les va a ser exigido. La formación social de los profesionales de las prestaciones médicas debe comenzar desde la iniciación de los estudios correspondientes, dando la importancia que merece al adiestramiento de los alumnos en la estructura, finalidad y realización de los programas de salud. En conexión con lo expuesto, es preciso concebir la realización de la enseñanza y formación profesional permanente y continuada para mantener constante el nivel de conocimientos y las motivaciones vocacionales de médicos y auxiliares por el ejercicio social de su profesión.

No cabe duda que hasta el momento actual el núcleo familiar ha sido el concepto más claro u operante en la sociedad. Es la célula base por excelencia de una comunidad. Pero elucidáramos la realidad si no consignamos que dicho concepto ha venido relajándose como consecuencia de una serie múltiple de factores. El proceso acelerado de urbanización que han experimentado los países desarrollados ha supuesto una progresiva laxitud de la conexión y del vínculo familiar. Por ello tiene sentido que en todo proyecto de asistencia médica en el que se considera especialmente al núcleo familiar como sujeto de la asistencia y se conciben los servicios polarizados alrededor del mismo, se preste especial énfasis a la necesidad creciente de una atención social a la familia por parte de personal especializado en problemas familiares y sociales, como son

los asistentes sociales, que deben actuar en aquellos Centros de atención primaria a la población y en aquellos otros de especialización hospitalaria, manteniendo una comunicación constante entre sí para orientar la solución de los problemas familiares que se presentan constantemente.

IV. ELEMENTOS BASICOS DEL SISTEMA DE PRESTACIONES MEDICAS AL NUCLEO FAMILIAR.

La asistencia impartida al núcleo familiar a través del sistema de prestaciones médicas que se determine, y que en el curso de esta Ponencia analizaremos, así como el esquema de organización adecuado, tiene que reunir una serie de condiciones que pueden concretarse en las siguientes: precoz (reforzando la primera línea asistencial), total (atendiendo a todas las facetas de la misma), escalonada (según el curso de cada enfermedad o el nivel de atención donde deba realizarse), coordinada y sin soluciones de continuidad (tanto en un mismo nivel de atención como entre los diversos niveles), social (sin discriminaciones de ningún tipo), comprensiva (que abarque desde la medicina primaria a la superespecializada) e integrada (que aglutina todos los esfuerzos preventivos, curativos, rehabilitadores y constructivos para lograr una auténtica promoción de salud) y dispone como elementos básicos, del Médico de Familia, del Pediatra, del Obstetra y de Personal Auxiliar Paramédico, cuyas características, funciones y actividades se estudian a continuación.

IV. 1. EL MEDICO DE FAMILIA.

La atención ejercida por la Medicina General constituye la función más antigua y tradicional de la asistencia médica práctica. El carácter más importante de la evolución de la Medicina en los últimos cien años está en el rápido desarrollo de la especialización, lo mismo en las técnicas de diagnóstico que en las de tratamiento, habiendo provocado diferencias en los niveles y en la complejidad de las mismas. Consecuencia inevitable de lo anterior ha sido el fraccionamiento de la Medicina con la consiguiente división de atribuciones en la prestación de la asistencia médica. El especialista, por definición, impone límites a la clase de enfermedades o de los problemas diagnósticos o terapéuticos en que interviene como facultativo, de donde se infiere que el enfermo ha de ha-

cerse por sí mismo un diagnóstico preliminar o ha de consultar primero con otro médico que proceda a una exploración previa. La especialización es la esencia misma del método científico de análisis, contrastando con la aptitud requerida para el ejercicio efectivo de la Medicina ante el paciente individual, en el cual la actividad característica consiste en confrontar los conocimientos científicos con las informaciones y observaciones sobre el paciente como persona individual y como miembro del núcleo familiar y de la colectividad y en llegar por un proceso de síntesis a formular un diagnóstico completo y a establecer un tratamiento adecuado. La atención creciente que se pone en los elementos psicosociales del medio del enfermo es uno de los caracteres diferenciales entre la práctica en la colectividad y la medicina hospitalaria.

El estudio de las encuestas de morbilidad pone de manifiesto que en más de la mitad de los casos el médico se había limitado a aconsejar, a explicar la naturaleza de la enfermedad o sus repercusiones para el enfermo o para su familia o a examinar los factores físicos, sociales o psicológicos del medio o sencillamente a escuchar al paciente. Esa preocupación por los elementos psicosociales del medio del enfermo demuestra que el médico general tiene tanto que hacer en materia de terapia social como en la aplicación de un tratamiento clínico.

En estos últimos años se ha producido una grave crisis de la Medicina General por causa de la evolución del progreso médico, de la tecnología y de la atracción creciente de la población por la Medicina especializada. Se han tenido serios temores de que llegara a desaparecer. Sin embargo hoy, esta crisis ha perdido agudeza y reviste un aspecto y matices muy distintos. En el momento actual existe un acuerdo unánime en rehabilitar al antiguo "médico general", considerando que su papel en la asistencia médica es irreemplazable y situándole en el importante puesto de "Médico de familia".

Tres consideraciones previas conviene establecer con el fin de delimitar las funciones del médico de familia y su encaje en el sistema de prestaciones médicas del núcleo familiar:

- La medicina de familia debe ser estudiada independientemente de los otros dos tipos de medicina: especializada y hospitalaria. Es importante determinar su especificidad a la vista de las necesidades de los enfermos, en lugar de definirla en relación con las actividades que no competen a los otros sectores antes mencionados. Hay que evitar también el jerarquizar las tres parcelas de la asistencia, situando cada una de ellas en el sitio que le corresponde y no cayendo en el error de considerar a la medicina de familia como una medicina menor o de calificar a la medicina especializada como la medicina del porvenir.



HEMEROBIBLIOTECA
DE SEGURIDAD SOCIAL

- Los médicos de familia deben ser de un elevado nivel de calificación, ya que el acto médico corriente se ha complicado singularmente, paralelamente al progreso de la Medicina y hoy se presenta como un acto específico, que exige un exámen clínico profundo y la práctica de investigaciones complementarias, cuyos resultados deben interpretarse a la luz de un análisis del comportamiento y de la personalidad del enfermo, así como de su entorno social.

- La tendencia manifiesta de los enfermos de dirigirse directamente a los especialistas es un hecho, pero debe ser contrarestada por una acción apropiada de educación sanitaria. Esta tendencia ha tenido su origen en una cierta degradación o deterioro de la forma de ejercicio profesional del médico general, así como en el incremento del prestigio científico y técnico del especialista. Es preciso reconocer, sin embargo, que para algunas especialidades, por ejemplo, la estomatología y la oftalmología, no es anómalo que los enfermos se dirijan directamente al médico especialista. Actualmente se está produciendo un movimiento de retorno al médico general, considerado como el único apto para orientar al enfermo en el dédalo inextricable de técnicas médicas y como un verdadero "consejero de salud". Esta polivalencia del papel que desarrolla el médico general aparece en la terminología utilizada para designarle: médico de barrio, médico de familia, médico de zona, médico de síntesis, médico de la persona humana, arquitecto de la salud, etc.

Las funciones del médico de familia pueden agruparse alrededor de cinco ejes principales:

- Los cuidados corrientes o cuidados de primera instancia. Se trata de la primera misión del médico de familia y se refiere al conjunto de la patología más frecuente, en la cual es preciso incluir multitud de trastornos funcionales o de origen psicosomático y en particular los fenómenos cada vez más numerosos consecutivos a inadaptaciones de tipo familiar, profesional, social, etc. Es evidente que el médico de familia se encuentra en las mejores condiciones para prestar atención a los trastornos mencionados, si recibe la formación adecuada de base psicosociológica.

- La permanencia de la presencia médica en un sector urbano o rural determinado. Se trata igualmente de una función tradicional. La presencia del médico de familia es un "factor de seguridad" de la población, sobre todo si se integra en relación con los servicios de urgencia radicados en los hospitales.

- La prevención y la educación sanitaria. Una tercera parte de la Medicina General, es la vigilancia, el contacto cara a cara del

médico con su enfermo y el grupo familiar, lo que se acostumbra a denominar habitualmente continuidad en la asistencia, y que es de ayuda inestimable en los programas de cuidados domiciliarios y de postcura, en conexión con los centros asistenciales y especialmente los hospitalarios, que deben estar abiertos al médico general.

Esto quiere decir, que el médico de familia, como primer eslabón de la cadena de centros sanitarios, puede ejercer una Medicina precoz, continua y comprensiva o total, integrando los tres tipos de Prevenciones, la primaria, la secundaria y la terciaria.

El médico de familia es, pues, polivalente en su actuación, pudiendo ejercer una Medicina preventiva, profiláctica en su más amplio sentido (prevención primaria) diagnosticando y tratando o sospechando la enfermedad en sus síntomas iniciales (prevención secundaria) en los que es más fácilmente curable o evitando la desinserción, alineación del enfermo en su medio social (prevención terciaria, rehabilitación social). Estas actividades polivalentes, en las que el enfermo es considerado como un todo en relación con su ambiente, tienen sus raíces en la precocidad y la continuidad de la asistencia; es así como el diagnóstico global de la enfermedad se hace por medio de una actividad médica comprensiva.

El médico de familia que es capaz de ejercer esta medicina comprensiva hace un doble diagnóstico: clínico, en sus vertientes sintomáticas, patogénicas y etiológicas (pensamiento "inductivo"); y asistencial, es decir, modalidad de asistencia que encaja mejor y es más apropiada al enfermo y al contexto o ambiente en que vive.

La actividad médica general además, al aplicarse dentro de ese grupo primario que es la familia, puede cambiar, o al menos, transformar las actitudes de la familia hacia la enfermedad, es decir, ejercer funciones de consejo, incluibles totalmente en el campo de la educación sanitaria. El médico general hace también Medicina preventiva formando a la familia en los hábitos y pautas de conducta sanitarios.

Cuantitativamente se calcula que los médicos de primera línea dispensan más del 85 por 100 de los cuidados médicos, colaborando en el resto del porcentaje de los mismos con los especialistas.

De lo dicho se infiere el enorme interés de la colaboración de los médicos de familia en todos los programas sanitarios, de los que son pieza esencial.

- La prescripción terapéutica. Las decisiones o prescripciones terapéuticas constituyen la conclusión normal del acto médico y no

deben adoptarse más que en función del conjunto de la persona del enfermo, teniendo en cuenta su vida física y su vida psíquica, sus capacidades individuales y su comportamiento social. También juega el médico de familia un papel importante en la ad ptación y orientación de las prescripciones formuladas por los especialistas.

- La orientación dentro de la infraestructura sanitaria. El médico de familia, como un verdadero "consejero de salud", interviene en la partida del enfermo hacia los especialistas o los establecimientos de salud y en la llegada del mismo, en orden a la interpretación de los informes y dictámenes que le acompañan. Este papel del médico de familia se refiere no sólo al armamento sanitario, si no también al arma social, pudiendo ser considerado como el elemento de relaciones públicas de los enfermos, para lo que debe gozar de prestigio y de una audiencia suficiente cerca de sus colegas especialistas y tener acceso a los establecimientos hospitalarios.

Se puede asegurar, por lo tanto, que el médico de familia asume un rol de carácter específico. No limita su competencia a un sector particular, ni a seguir al enfermo en episodios patológicos sucesivos, ni a estar integrado en el cuidado de la salud del núcleo familiar, sino que está particularmente orientado hacia la salud de la persona en toda su integridad. Ello implica, pues, un conocimiento completo del individuo, de sus antecedentes físicos y psíquicos, de su nivel cultural y mental, de su entorno familiar, geográfico, profesional, laboral, social, etc.

Dado que un gran número de trastornos somáticos tienen su origen en un trauma afectivo, una anomalía de comportamiento, una inadaptación familiar o profesional y a la inversa, el diagnóstico de la etiología y por lo tanto la terapéutica causal son raramente posibles de inmediato, por lo que el médico de familia precisa tiempo suficiente para ponerse "a la escucha" del enfermo y analizar los trastornos que padece y su origen.

La Organización Mundial de la Salud en la Conferencia Europea sobre la preparación del médico para la práctica en la colectividad, celebrada en Edimburgo, en 1961, llegó a las siguientes conclusiones sobre la labor del médico en la colectividad y, por lo tanto, en el núcleo familiar:

1. El Médico tiene responsabilidades particulares en cuanto se refiere al diagnóstico precoz de la enfermedad.
2. Es por excelencia el agente encargado de aplicar en la colectividad los adelantos del diagnóstico y del tratamiento de manera que puedan evitarse las hospitalizaciones innecesarias.
3. Su responsabilidad incluye la continuidad de la asistencia y ha de atender no sólo a los pacientes que no necesitan hospitali-

zarse, sino a aquéllos por quienes los servicios del hospital o del especialista no pueden hacer ya nada más.

4. Ha de tomar disposiciones adecuadas en beneficio de sus pacientes para que intervengan, cuando proceda, los distintos servicios médicos disponibles.
5. Su responsabilidad se extiende igualmente a los distintos servicios sociales disponibles
6. Ha de estar suficientemente enterado del funcionamiento de los servicios médicos y sociales en curso de desarrollo para actuar como elemento coordinador y emplear con ese objeto métodos adecuados de consulta, colaboración y trabajo en equipo.
7. La ventajosa posición que ocupa para observar las causas y las consecuencias sociales de la enfermedad le ha de llevar a extender sus actividades en cuanto es común a la medicina y a la sociología.
8. Una parte considerable de su labor cotidiana deberá aplicarse no sólo al diagnóstico y el tratamiento, sino a la profilaxis.
9. La continuidad de la asistencia en la consulta de un médico conduce a la noción de grupo de población expuesta. El médico que ejerce en la colectividad ha de hacer, por consiguiente, una contribución a la epidemiología, materia en la que la participación del médico general puede ser especialmente útil para las investigaciones epidemiológicas mediante la comunicación de informaciones y la preparación de nuevas técnicas.

Por lo que se refiere a las disposiciones legislativas de nuestro país, las funciones del médico de familia se condensan en la forma siguiente:

1. La asistencia médica ambulatoria y domiciliaria de las personas protegidas por la Seguridad Social que le hayan sido adscritas por la Entidad Gestora de la Seguridad Social.
2. La permanencia en el lugar fijado para la consulta, durante el horario establecido al efecto.
3. La recepción y cumplimentación de los avisos para la asistencia a domicilio, de conformidad con las normas de ordenación de la asistencia.
4. La asistencia de los avisos de urgencia.

16.

5. Prestar personalmente sus servicios profesionales a las personas protegidas que tengan a su cargo, cuando para ello fueran requeridos por los propios interesados o por otros facultativos de la Seguridad Social, así como la personal dedicación a la función asistencial que les corresponda.
6. Cumplimentación y curso de los documentos oficiales que se derivan de la asistencia sanitaria prestada.
7. La observación del horario y permanencia establecidos para las consultas y servicios que tengan asignados.
8. 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.
9. Determinación del diagnóstico temprano de las enfermedades.
10. Aplicación de los métodos de diagnóstico y tratamiento para evitar hospitalizaciones innecesarias.
11. Atención a los beneficiarios enfermos que no precisen ser hospitalizados y a aquellos que precisen asistencia en el período de post-internamiento.
12. Coordinación en relación con sus beneficiarios enfermos y los servicios sanitarios y sociales de su ámbito geográfico, mediante métodos adecuados de consulta, colaboración y trabajo en equipo.
13. Intervención en la profilaxis y en las investigaciones epidemiológicas.
14. Canalización de beneficiarios enfermos hacia los Centros de Diagnóstico y Tratamiento y las Instituciones hospitalarias, cuando tengan que recibir atenciones singulares, con el fin de evitar que éstas se presten en fases avanzadas de su proceso patológico.

En cuanto a las relaciones del Médico de familia con la asistencia psiquiátrica, habrá de tenerse en cuenta:

- a) Que debe ver al enfermo con un enfoque "humanístico" y personalista, que valore los elementos psicológicos y psicosociales de su perimundo inmediato.
- b) Que debe mantener desde el primer momento una actitud psicoterapéutica, lo que no quiere decir que culmine una práctica psicoterápica con arreglo a una determinada escuela. Sino que su

actitud inicial no le invalide a él ni invalide a otro, para hacer una psicoterapia completa posterior. Como aconseja la Organización Mundial de la Salud, la psicoterapia a su alcance, debe de fundarse, esencialmente, en el respeto a la dignidad humana del hombre.

- c) Que debe estar en condiciones de conocer, valorar y tratar, tanto el impacto emocional de la enfermedad física, como los trastornos psicológicos más frecuentes.
- d) Que debe aliviar las tensiones emocionales a que están sometidos los enfermos que, a menudo, le someten a una sobrecarga psíquica, por el comportamiento de los que le rodean y valorar la gran trascendencia de lo social, sobre todo en los llamados síndromes menores.
- e) Que debe conocer la eficacia del trabajo en equipo médico-psico-social, tanto para la investigación como para la clínica y no deberá desligarse de "su" enfermo si precisa de tratamiento en clínica, toda vez que a su salida, tendrá una función importante en la rehabilitación social.
- f) Que debe tener un conocimiento profundo de la psicofarmacología en su verdadero alcance y efectos.
- g) Que debe estar familiarizado con las Instituciones Psiquiátricas de su zona, así como de sus procedimientos de ingreso.
- h) Que debe estar bien preparado para determinar en que "momento" ha de iniciarse el tratamiento psiquiátrico, tanto en la asistencia ordinaria como en la urgente, pero sin que ello suponga una simple entrega o compañía "física" hasta la consulta del psiquiatra.

Conviene resaltar la importancia de que el médico de familia tome conciencia de los matices y facetas de la relación médico-enfermo, controlando sus reacciones frente al enfermo y orientándolas en sentido terapéutico.

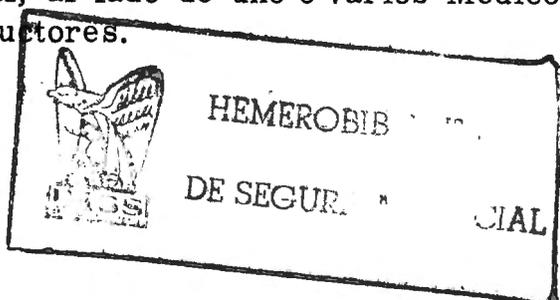
La formación del estudiante de medicina para el ejercicio de la Medicina de Familia exige modificar el esquema habitual existente hoy en las Facultades de Medicina. Con esta finalidad, la enseñanza hay que centrarla sobre el enfermo que acude a los Ambulatorios y Consultorios, con objeto de que los estudiantes conozcan al "sujeto en la colectividad," y sobre el ambiente familiar, que es un elemento fundamental de la concepción social de la medicina. Por otra parte, la educación médica hay que concebirla de modo que no se inmovilice en una organización rígida, sino que, al contrario, permita y facilite las adaptaciones de una disciplina en transformación continua. Entender lo pasado, conocer lo presente y

orientarse hacia lo porvenir son los imperativos modernos de una educación médica en constante evolución. Hay que tener en cuenta que el carácter fundamental de la medicina moderna consiste en colocar en un primer plano de la actualidad y de sus objetivos la necesidad exhaustiva de salud individual y colectiva. Si se hace preciso coordinar, armonizar e integrar las diversas enseñanzas que se distribuyen y escalonan con independencia unas de otras, hay que tender además a despertar el interés por el hombre, por la familia y por la colectividad e inculcar en el estudiante la conciencia de su futura misión educadora y de la acción que le incumbirá como consejero sanitario, así como el gusto y el deseo de colaborar en la protección de la salud pública. También conviene incluir en el programa de estudios de medicina todo lo referente a los aspectos sociales de la enfermedad, junto con el análisis científico de los problemas médico-sociales. El futuro médico tiene que estar mejor preparado para su trabajo en la colectividad. Podemos referirnos a este respecto a la asistencia a los enfermos crónicos, los problemas de la vejez y las numerosas cuestiones de la psicoterapia. Los objetivos de una enseñanza enfocada con esta perspectiva se condensan en la forma siguiente:

- 1) Comprensión del comportamiento humano y de las reacciones humanas, especialmente en lo que se refiere a las relaciones entre el médico y el enfermo.
- 2) Comprensión de las relaciones mutuas entre la colectividad y el individuo sano o enfermo.
- 3) Conocimiento de la estructura de la colectividad y en particular de los servicios sociales.
- 4) Conocimiento de la distribución de la morbilidad en la colectividad.
- 5) Sentido de la responsabilidad respecto a la colectividad y a sus miembros que se manifiesta en la práctica por la contribución del médico a la "medicina constructiva".

La formación postgraduada para el ejercicio de la Medicina de Familia debe adoptar la metodología habitualmente admitida del período residencial, después de un internado rotatorio polarizado que se desarrolla antes de la obtención del título básico que habilita para el ejercicio profesional. Este período de verdadera especialización como Médico de Familia se desarrolla en:

- Los Centros de Consulta Externa y tipo ambulatorial o dispensarial, al lado de uno o varios Médicos de Familia en ejercicio instructores.



- Los Hospitales, para perfeccionar conocimientos y recibir instrucción complementaria.
- Las Facultades de Medicina y de Ciencias Sociales, para orientarse en Salud Pública, Medicina Social y Sociología, Psiquiatría, Antropología y Ciencias del Comportamiento.

Como ejemplos paradigmáticos mencionaremos los de Israel y Yugoslavia. En Israel se ha anunciado recientemente un programa de cuatro años para graduados sobre el ejercicio de la medicina general. En realidad, se trata de un programa de prácticas de medicina de familia que empieza al terminar el año de rotación de internos obligatorio para todos los graduados. El programa se distribuye en la forma siguiente:

- 2 años de prácticas a tiempo completo en medicina general (uno de los cuales ha de pasarse en un centro sanitario que tenga servicios curativos y servicios preventivos),
- 1 año de prácticas en un hospital, y
- 1 año de estudios a tiempo completo, de cuya organización se encargará principalmente el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Escuela de Medicina.

Desde hace un par de años se ha emprendido en Zagreb (Yugoslavia) un programa trienal de ampliación de estudios para médicos generales que tiene muchos puntos en común con el de Israel, pero que se diferencia principalmente en que combina no los estudios de facultad con los de ampliación, sino estos últimos con el adiestramiento en el servicio del médico general.

La Educación Permanente o Continuada que permite una actualización o "recyclage" en las técnicas y métodos de la Medicina de Familia, se ha de llevar a cabo mediante:

- Integración de los Médicos de Familia en los Centros de Diagnóstico y Tratamiento y en los Hospitales.
- Cursos de perfeccionamiento o de repaso sobre los progresos recientes de las disciplinas preclínicas y paraclínicas en las Facultades de Medicina y en los Hospitales.
- Seminarios.
- Presentación y discusión de casos (sesiones clínicas) en Centros Sanitarios.

En resumen, el Médico de Familia ha de adquirir una formación sólida en las siguiente materias, con arreglo a

los patrones de la Organización Mundial de la Salud:

- Epidemiología de las enfermedades infecciosas más corrientes.
- Educación y vigilancia sanitarias.
- Exámen médico sistemático de lactantes, niños, adultos y ancianos.
- Prevención de accidentes, especialmente de los más frecuentes en la infancia y en la vejez.
- Identificación precoz y localización de anomalías orgánicas y psíquicas.
- Diagnóstico de enfermedades manifiestas y, en particular, diagnóstico diferencial de los síntomas y signos de mayor frecuencia.
- Conocimiento de lo mucho que puede obtenerse de un interrogatorio hábil y un exámen clínico cuidadoso del enfermo valiéndose de técnicas de laboratorio sencillas.
- Diagnóstico del embarazo y de sus anomalías.
- Resultados normales de los exámenes de laboratorio.
- Observaciones normales y anomalías más frecuentes observadas en radiografías y electrocardiogramas.
- Importancia del pronóstico para el enfermo, para su familia y para su actividad profesional.
- Evaluación de la capacidad de trabajo del enfermo.
- Tratamiento de todos los trastornos orgánicos o psíquicos leves.
- Disposiciones adecuadas para el tratamiento domiciliario de las enfermedades físicas o mentales más graves.
- Asistencia a los enfermos crónicos de cualquier edad y a los ancianos.
- Tratamiento en casos de urgencia y de accidente; primeros auxilios.
- Cirugía menor y otras técnicas terapéuticas empleadas en medicina general.
- Asistencia de obstetricia en medicina general, incluso la asistencia prenatal y postnatal.

- Dietética, incluso la alimentación del lactante.
- Rehabilitación y recuperación, incluso la vigilancia subsiguiente de los pacientes de cualquier edad después de una enfermedad o de un accidente, independientemente de que haya o no haya habido hospitalización.
- Relación entre los tratamientos de larga duración y las necesidades de familia y de trabajo del enfermo y medios de acomodar lo uno y lo otro con especial referencia al caso de las personas impedidas.
- Auxilios finales y asistencia a los agonizantes.
- Conocimiento de los diferentes servicios a que puede recurrirse para resolver los problemas de los pacientes de todas las edades en situaciones familiares y sociales diversas.
- Relaciones con las autoridades sanitarias locales. Coordinación con dichas autoridades y con otros servicios sanitarios y sociales (públicos o privados) de las disposiciones que se tomen para atender las necesidades del paciente.
- Servicios de higiene escolar y de higiene del trabajo.
- Funciones como intermediario entre los pacientes y los consultores y especialistas, los hospitales y el personal de los servicios médico—sociales.
- Prescripción y despacho de medicamentos. Archivo y fichero. Certificados y notificaciones. Personal auxiliar. Sistemas de nombramiento. Sustituciones y guardias.
- Noción general de las leyes directamente relacionadas con el ejercicio de la medicina.
- Relaciones con los pacientes y con las familias.
- Deontología de las relaciones con los compañeros de profesión, con los hospitales y con los especialistas y consultores.
- Relaciones con la policía, con la justicia y con la prensa.
- Funciones desde el punto de vista de la medicina legal en caso de accidente, intoxicación, muerte repentina o causa dudosa de defunción.
- Obligaciones jurídicas en materia de certificación y notificación y en la aplicación de las leyes y reglamentos sobre medicamentos peligrosos.
- Noción clara de las muchas ocasiones que se tienen para hacer labor de investigación mediante la observación sistemática o de otra manera.

Por lo que se refiere concretamente a la actuación del Médico de Familia en torno al núcleo familiar, tendrá que aplicar sus conocimientos a los siguientes puntos específicos:

- Condiciones físicas (grado de desarrollo o de envejecimiento) en los miembros del núcleo familiar.
- Variables fisiológicas en los miembros del núcleo familiar.
- Condiciones psicológicas (comportamiento, grado de adaptación, e inteligencia) en los miembros del núcleo familiar.
- Reconocimiento clínico, análisis en el laboratorio y exámenes especiales de los miembros del núcleo familiar.
- Constitución y composición de la familia.
- Valores, actitudes, creencias y comportamiento de la familia.
- Papel de los miembros de la familia.
- Relaciones entre los miembros de la familia.
- Recursos materiales de la familia.
- La familia en su medio.
- La familia como unidad epidemiológica.
- Analogías y diferencias entre los miembros de la familia en cuanto al crecimiento, al desarrollo y a las variables fisiológicas y psicológicas.
- Procesos de transmisión e interacción social que intervienen en la aparición de las enfermedades.
- Propensión familiar a las distintas enfermedades.
- Familias especialmente expuestas.
- Relación ecológica entre la salud del individuo y de la familia por una parte, y la salud de la colectividad por otra.
- Decisiones de la familia en lo relativo a
 - a) comportamiento en el hogar desde el punto de vista de la salud; asesoramiento sanitario.
 - b) asistencia médica al enfermo.

- Decisión del médico y de sus colaboradores acerca del programa de asistencia sanitaria a la familia.
- Interés del médico y de sus colaboradores por la asistencia a la familia considerada como una unidad, además de la asistencia a cada uno de sus miembros.
- Coste del mantenimiento de la salud y coste de la enfermedad de distintos miembros de la familia (por ejemplo, el cabeza de familia, la madre).

Los temas psiquiátricos que más interesan desde el punto de vista de la formación pregraduada y postgraduada del Médico de Familia son:

- 1) Obtención de la historia clínica (métodos de interrogatorio psiquiátrico).
- 2) Sintomatología de la conducta anormal.
- 3) Etiología de los trastornos mentales.
- 4) Tipos de trastornos mentales, comprendidas las psicosis principales, el retraso mental, los trastornos de la conducta (alcoholismo y toxicomanías), la psiconeurosis, las enfermedades psicósomáticas, los problemas de conducta en los niños y las dificultades de adaptación en los ancianos.
- 5) Principios del tratamiento psiquiátrico, que engloban el tratamiento somático (incluida la farmacoterapia), la psicoterapia, la socioterapia y el empleo de los recursos de la colectividad.
- 6) Nociones de psiquiatría forense.
- 7) Nociones de prevención psiquiátrica e higiene mental, entre las que se incluye la orientación infantil y la higiene mental escolar, el concepto de enfermedad yatrogénica y la función del médico general en la educación del público en materia de salud mental.

Aun cuando no es objeto específico de esta Ponencia estudiar la vinculación de los Médicos de Familia a la Seguridad Social, es conveniente señalar que adopta una de las tres fórmulas siguientes:

- a) Vinculación obligatoria de todos los médicos generales en ejercicio a las Instituciones de la Seguridad Social para la asistencia a la población protegida por los mismos.

- b) Vinculación automática de todos los médicos generales que libre y formalmente lo soliciten previamente con aceptación expresa o tácita de los condicionamientos socioeconómicos de la Seguridad Social.
- c) Vinculación selectiva de determinados médicos generales, previa planificación de las necesidades asistenciales en función de la población protegida y en función de la calidad de aquellos, determinada por concurso de méritos, concurso-oposición o mediante un sistema mixto comprensivo de ambos procedimientos.

También es interesante dar una ojeada al tratamiento que el Médico de Familia recibe en los distintos países europeos. En la U. R. S. S. se ha concebido una figura especial de médico general, aligerando sus estudios universitarios y promocionando la vocación médica femenina, hasta conseguir dos objetivos: un tipo de médico orientador bien fundamentado profesionalmente, que cumple también la doble función de una medicina preventiva y educativa sanitaria domiciliaria y la no menos importante propia de un asistente social de rango universitario.

En los demás países de Europa observamos que la existencia del Médico de Familia propiamente tal, va ligada a la solicitud de especialistas y al tipo de retribución por coeficiente caputivo. Importa señalar en este punto el siguiente matiz. En la República Federal de Alemania y en Luxemburgo los enfermos pueden acudir directamente a los especialistas a no ser que estén sometidos a tratamiento por un Médico de Familia, en cuyo caso precisan la autorización previa de éste.

Por lo tanto, en legislación comparada, el concepto de Médico de Familia se contempla de un triple modo:

- a) Como médico de estudios generales facultativos, fundamentalmente dedicado a la visita domiciliaria, con fines preventivos y asistenciales de procesos iniciales, sin olvidar la asistencia social, tal como se concibe en la U. R. S. S.
- b) Como médico clasificador de enfermos y tamiz en cierta medida de la demanda de asistencia especializada, como se configura en la realidad en Italia.
- c) Como un médico más en la plenitud de su ejercicio, libremente solicitado y con una responsabilidad medida solamente por su competencia profesional, equiparable a la de los especialistas no hospitalarios, como sucede en el resto de los países europeos.

El triple concepto anterior supone un triple tipo de conexión del Médico de Familia con los especialistas. En el primer caso, la misión clasificadora de enfermos se deriva con naturalidad de la menor competencia profesional admitida en la estructura asistencial. En el segundo, la función clasificadora se deriva de la disminución progresiva de las propias competencias profesionales asistenciales y produce dos efectos nocivos: una irritación constante y progresiva de los Médicos de familia, que son conscientes de realizar una labor que frustra su vocación profesional, y una excesiva proyección de enfermos a las consultas de los especialistas, haciendo imposible una atención correcta a los mismos. En el tercer caso, cuando la asistencia se basa en la libertad del enfermo para acudir a las consultas de cualquier médico -sea de familia o especialista- los Médicos de Familia procuran retener a sus enfermos asistiéndoles lo mejor y más completamente posible, porque en ello va su prestigio profesional y será siempre iniciativa de ellos aconsejar al enfermo la consulta con los especialistas, buscando sobre todo complementos diagnósticos y utilización técnica especializada de medios terapéuticos.

De ahí la práctica extendida en numerosos países europeos de la vinculación temporal de los Médicos de Familia a las instituciones hospitalarias, para conocer de cerca los modos de acción especializados, expresar el índice de sus posibilidades, para expresar así como la seguridad de que su actuación profesional no agota del todo la vía y las posibilidades asistenciales para el enfermo.

En cuanto a la libertad de elección del Médico de Familia, las actitudes ante este problema son:

- Ninguna libertad de elección, porque los Médicos de Familia son funcionarios al servicio de la Seguridad Social y del Estado.
- Absoluta libertad de elección, bien por inscripción voluntaria en las listas de los Médicos de Familia, bien por elección del mismo en cada proceso de enfermedad.
- Libertad de elección restringida o condicionada por limitación del número de médicos, por razón geográfica o por razón temporal.

En resumen, los aspectos de la asistencia médica que afectan a la Medicina de Familia pueden concretarse como sigue:

- Acceso directo del enfermo al médico y aceptación por el médico de la responsabilidad del tratamiento.

- Continuidad de la asistencia.
- Asistencia personal o, lo que es lo mismo, asistencia al paciente en tanto que es persona individual.
- Ha de englobar la noción de la asistencia a la familia, lo que significa que el médico personal no sólo ha de estar al corriente de la situación familiar del paciente y de tener en cuenta esa circunstancia en el diagnóstico y el tratamiento, sino que ha de aceptar la responsabilidad de la asistencia a todas las personas que estén vinculadas unas con otras en los grupos biológicos y sociales que pueden designarse con la palabra "familia" y tener presentes los problemas del cuidado del paciente en el medio familiar.
- Contacto directa y continuamente accesible con la persona del paciente en lo individual y lo familiar con responsabilidades particulares en materia de prevención de la enfermedad y fomento de la salud.
- Empleo asiduo de las artes de la consulta con los especialistas, con otros facultativos y con el personal paramédico y auxiliar.
- Investigación en las siguientes materias:

Historia natural de las enfermedades que no pueden observarse en el hospital más que cuando han llegado a una fase muy avanzada.

Caracteres locales de la morbilidad de algunas enfermedades que no suelen tratarse en el hospital, pero que no por eso dejan de tener a veces gran importancia.

Factores etiológicos posibles o importancia relativa de las causas múltiples que intervienen en la génesis de cualquier enfermedad.

Correlaciones entre las variables ecológicas que influyen en el estado del enfermo, cuya observación puede hacerse mejor en el medio familiar.

Extensión de las investigaciones iniciadas en el hospital, cuando los estudios en colaboración entre los médicos de familia y los especialistas pueden facilitar, por ejemplo, informaciones complementarias de interés para evaluar ensayos terapéuticos o con referencia a problemas planteados por la vigilancia subsiguiente y la rehabilitación.

Las investigaciones prácticas para obtener datos que necesitan con urgencia los encargados de planear y organizar las prestaciones médicas al núcleo familiar.

IV. 2. EL PEDIATRA.

La Pediatría es la medicina total e íntegra de la infancia y al mismo tiempo una ciencia biosocial. Tiene por objeto mejorar y promocionar la salud (carencia de enfermedad, bienestar físico, mental y social) de los niños, tanto desde el punto de vista individual como colectivo. La finalidad principal de la atención pediátrica clásica es el niño considerado como ente o unidad biológica, cuya salud protege (acción preventiva), mantiene (acción asistencial) y recupera (acción rehabilitadora). Por su parte, la moderna Pediatría social considera al niño como un "ente biosocial" que forma parte de unos circuitos sociales, de los cuales el más importante es el núcleo familiar.

Las motivaciones más importantes que deben condicionar la necesidad de conseguir, dentro de las prestaciones médicas al núcleo familiar, una adecuada asistencia pediátrica son el derecho a la salud, incluido, en lo que al niño se refiere, en la Declaración de los Derechos del Niño (DCCCXII Sesión de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 20 de Noviembre de 1949), así como la consideración de la infancia como potencial humano del mañana, trascendente desde el punto de vista socioeconómico y laboral.

En lo que al núcleo familiar se refiere, interesa resaltar y considerar preferentemente la Pediatría extrahospitalaria individual y colectiva, que desarrolla sus actividades con otros especialistas y con el medio hospitalario más próximo.

La Pediatría extrahospitalaria individual se lleva a cabo en la Consulta Externa de los Hospitales Infantiles, en los Ambulatorios y en los Consultorios, con extensión al domicilio, al hogar del niño. Debe ser especializada y requiere conocimientos y técnicas específicos. El profesional que la ejerza debe atender al niño en estado de salud y enfermedad, considerándole como un ser humano inmerso en el seno del núcleo familiar y de la sociedad y viviendo en un ambiente determinado de hogar, ciudad y país. Entre el Pediatra y el niño y su familia debe establecerse una sólida confianza mutua, basada en la atención a la personalidad global de éste y en el lugar preeminente que ocupe el papel psicoterapéutico de aquél. La continuidad de la asistencia pediátrica, incluyendo urgencias y servicios de guardia, es otra de las exigencias que hay que satisfacer, además de disponer de un completo archivo, en el que se pueda seguir la evolución de cada caso con su

"dossier" clínico correspondiente, llegando incluso al procesamiento electrónico computarizado de sus datos.

El problema más frecuente con el que va a enfrentarse el pediatra es la enfermedad aguda del niño.

Aunque generalmente leves y autolimitados, estos procesos presentan el peligro de poder plantear brusca e inopinadamente una complicación grave. "Pensar mal" frente a cualquier signo llamativo o sospechoso en la evolución del enfermo es absolutamente necesario y justifica ya de por sí una atención continuada al niño.

También hay que tener en cuenta que la enfermedad aguda provoca una ansiedad familiar, a menudo exagerada y desproporcionada, pero frente a la cual se emplaza la actuación del pediatra.

Finalmente, el pediatra debe saber aprovechar la eventualidad de la enfermedad aguda para procurar extender su propia área de influencia a otros problemas: otros problemas del mismo niño, otros enfermos agudos y, sobre todo, crónicos de la misma familia, factores desfavorables del medio, factores psicológicos, etc.

La enfermedad crónica se presenta en la práctica pediátrica en un 30 por 100 de enfermos, que comprenden, de mayor a menor frecuencia, la subnormalidad mental, los problemas de conducta, emocionales y educativos, los trastornos respiratorios, incluida la reacción asmática, los trastornos de visión, los trastornos ortopédicos, las convulsiones recidivantes, los trastornos del lenguaje, las dermopatías crónicas, la parálisis cerebral, las cardiopatías, etc.

Las urgencias en pediatría exigen una planificación perfecta, con información suficiente a las familias para que sepan lo que deben hacer frente a una situación de emergencia y con un adecuado registro de datos de la situación urgente que puedan completar la ficha habitual del niño.

En cuanto a la Pediatría Preventiva que debe llevarse a cabo en la atención al núcleo familiar, su fin primordial ha de ser el permitir el desarrollo más perfecto posible del niño, tanto en su sentido físico como intelectual y también social o de convivencia.

Esquematisando las metas de prevención que puede perseguir la pediatría, agruparemos:

1. Prevención de trastornos connatales, ya sean:
 - Hereditarios.
 - Cromosómicos.

- Embriopatías.
 - Perinatales.
2. Prevención de enfermedades:
- Infecciosas.
 - Alimentarias.
 - Mentales.
3. Prevención de accidentes:
- Traumáticos.
 - Por agentes físicos.
 - Intoxicaciones.
4. Prevención de incapacidades:
- De la estática corporal.
 - De la dinámica corporal.
 - De la psicomotricidad.
 - De la percepción sensorial.
 - De la esfera intelectual.
5. Prevención de inadaptaciones:
- A nivel familiar.
 - A nivel escolar.
 - A nivel social.

La acción preventiva no se debe reducir al Ambulatorio o al Consultorio, sino que debe extenderse al ambiente familiar, en el que el niño pasa más de las dos terceras partes de su vida y desde luego las más importantes y trascendentes. En dicho medio tienen aplicación directa e inmediata las medidas de aislamiento de fuentes de contagio, los problemas de la alimentación, las relaciones madre-hijo, la prevención de accidentes y una adecuada higiene mental.

En el Consultorio se hará hincapié en la vigilancia periódica del pediatra de primera línea, ya sea en visita simple de revisión o con motivo de algún problema patológico. Es en ocasión de estas visitas cuando pueden plantearse y explicarse a los padres ciertas cuestiones referentes a la prevención concreta de sus hijos que completen los cursos o cursillos que puedan programarse al respecto, así como las obtenidas de otros medios de difusión. Pero serán precisamente estas inquietudes recogidas de los padres las que van a permitir al pediatra transmitir a las reuniones idóneas las necesidades de difusión de conocimientos que pueden realmente ser útiles a los mismos.

La acción preventiva frente al niño ha de ser constante y continua, por lo que serán especialmente importantes las que se lleven a cabo en la edad de la lactancia:

- Alimentación adecuada como prevención de dispepsia y distrofias.
- Profilaxis antirraquítica.
- Iniciación del calendario de vacunaciones.
- Estrecha vigilancia del desarrollo psicomotor.
- Adecuados contactos afectivos madre-hijo.
- Especial cuidado y prevención de las dermatitis por contacto.

En la edad escolar:

- Prevención epidemiológica por la mayor facilidad de contagios.
- Problemas de adaptación escolar.
- Problemas de rendimiento escolar.
- Despistaje de incapacidades mínimas.
- Vigilancia del desarrollo del juego infantil.
- Profilaxis odontológica.
- El uso y abuso de los medios de comunicación: radio, T V, cinema.

En la edad puberal y adolescencia:

- Prevención de desequilibrios endocrinos.
- Vigilancia de la columna vertebral.
- Comienzo de la adaptación social.
- Educación sexual.
- Prevención de accidentes en la actividad deportiva.
- Vigilancia de los problemas psicológicos de la evolución profesional.

En los períodos de vacaciones y veraneos:

- Prevención de accidentes en baños de mar y piscina.
- El problema de los baños de sol.
- El empleo del ocio.
- La programación de excursiones.

En los viajes:

- Prevención de accidentes.
- Prevención del mareo o cinetosis.

La realización de la Pediatría Preventiva se hará pragmática y fundamentalmente por los padres y los pediatras de cabecera, zona o familia. Los padres son los realizadores directos de los medios normales de protección, los ejecutores de una gran parte de las acciones aconsejadas por los médicos y los canalizadores y receptores de problemas e inquietudes que se plantean alrededor del niño y su cuidado. Los pediatras de cabecera, zona o familia son los ejecutores directos de muchos de los procederes especiales de la prevención, los consejeros en todos los problemas que afectan al niño, los asesores en la manera de llevar a cabo la prevención que ellos no realizan directamente, las piezas centrales y claves en cualquier campaña que pueda desarrollarse, tanto por lo que se refiere al estudio y detección de problemas como a la puesta en marcha de acciones, los coordinadores en cualquier acción emprendida por equipos especializados y el apoyo psíquico en cualquier decisión que hayan de tomar los padres referente al niño.

En resumen, la Pediatría Preventiva puede considerarse en tres apartados fundamentales:

Profiláxis de las infecciones. Se basa en un exacto conocimiento de la epidemiología y de la profilaxis general de las enfermedades infecciosas, así como de la profilaxis particular de cada una de ellas. Las vacunaciones del niño, con el óptimo calendario para realizarlas, y las tuberculinorreacciones sistemáticas forman parte de este capítulo.

Detección de los trastornos latentes del niño. Exige la prác-tica sistemática de pruebas de screening o de selección de dichos trastornos. Una eficaz detección de estos trastornos

empieza con una correcta anamnesis y exploración física y se completa con el estudio sistemático del crecimiento, del desarrollo psicomotor y del desarrollo emocional. Las pruebas analíticas del laboratorio de screening son también fundamentales (hematocrito, bacteriuria, albuminuria, etc.).

Educación sanitaria de los padres y, ulteriormente, del propio niño. Se dedicará a los diferentes aspectos que pueden ser de interés a las diferentes edades: alimentación, vitaminas, prevención de accidentes, prevención de intoxicaciones, higiene física, higiene mental, etc.

Generalmente, los médicos que ejercen la pediatría extrahospitalaria son el Médico de Familia y el Pediatra General, que viene a ser el Médico de Familia de los niños.

Refiriéndonos a la formación clásica en las Facultades de Medicina, durante años el educador médico ha centrado su interés didáctico en el estudio de la enfermedad y no del enfermo, y en relación con esta tendencia ha considerado al paciente aislado de su ambiente físico y humano.

En su labor docente, ha puesto excesivo énfasis en el estudio de las enfermedades graves y raras, que tienen ciertamente poca importancia cuantitativa en la tarea cotidiana del médico.

Este tipo de orientación ha determinado la existencia de una verdadera sobrevaloración de la superespecialización, con la consiguiente desaparición del médico dedicado a los cuidados inmediatos o de primera necesidad del paciente. Todo ello ha ido en detrimento de la formación en pediatría extrahospitalaria.

La formación en pediatría extrahospitalaria requiere, pues, el estudio del enfermo "habitual" en su propio medio físico y humano, a la luz de un conjunto de conocimientos y técnicas, que requieren un especial entrenamiento bajo supervisión de un educador adecuado en una Institución Sanitaria Pediátrica. Esta formación creará una experiencia propia mediante la cual el pediatra formado será consciente en todo momento de su potencial de actuación y de sus propias limitaciones.

Así, pues, los conocimientos necesarios al médico en pediatría extrahospitalaria incluyen aspectos fundamentales del "currículum" del pregraduado: La anamnesis, la exploración física, la apreciación del desarrollo, la correlación médico-paciente-familia, la dinámica familiar, el papel psicoterapéutico del pediatra, la epidemiología, las inmunizaciones, etc.

Pero, además, el médico debe poseer experiencia suficiente en el estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades agudas, de los padecimientos crónicos y de las enfermedades urgentes.

Para algunos de estos padecimientos el pediatra necesitará un conocimiento más profundo de ciertas especialidades: dermatología, inmunología y alergia, ortopedia, odontopediatría, oftalmología, otorrinolaringología, foniatría y logopedia, rehabilitación, etc.

También debe el médico familiarizarse con los recursos de la comunidad de que forma parte y así poder utilizar los esfuerzos colectivos de la pediatría social en favor del caso individual: las instituciones de neonatología y de prematuros, las instituciones y planes de medicina preventiva preescolar y escolar, las unidades de adolescentes, los servicios de rehabilitación, la organización de los sistemas de adopción, etc.

La formación del médico de familia en pediatría es extraordinariamente trascendente, porque muchísimos niños en la actualidad son atendidos por los médicos de familia. Además del estudio teórico-práctico de la asignatura de Pediatría, que ha sido el único manantial pediátrico para la formación del médico de familia durante decenios, se ha iniciado ya la utilización de un trimestre de clínica pediátrica en el año final o de internado rotatorio con que termina la licenciatura. Después, ya situados en el ejercicio profesional, necesitarán sistemas de actualización.

El médico de familia que atiende niños deberá, pues, capacitarse a través de:

- 1º. Curso de pediatría y puericultura en el período de licenciatura
- 2º. Internado o residencia no inferior a tres meses en pediatría.
- 3º. Cursos periódicos de actualización en pediatría general.

Las consideraciones que anteceden ponen de manifiesto que la Pediatría de primera línea, anexa al núcleo familiar, tiene que formar parte de un plan general de asistencia integrada infantil, en estrecha conexión con la Medicina Escolar y los Hospitales Infantiles.

Un problema trascendente que afecta al núcleo familiar y que es tributario de especial atención por parte de la Pediatría General o de Familia es la atención a los niños minusválidos físicos y psíquicos. El conocimiento de su etiología, su

clasificación, la localización de los casos, su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, su asistencia domiciliar y ambiental, las medidas preventivas aconsejables, los servicios educativos y vocacionales necesarios, etc. son otras tantas cuestiones que es preciso considerar y resolver a nivel de las prestaciones médicas al núcleo familiar.

IV. 3. EL OBSTETRA.

En el conjunto de prestaciones médicas al núcleo familiar y en los dispositivos que es preciso adecuar para posibilitarlas, adquiere especial relieve el Obstetra, que tiene que desarrollar las siguientes actividades:

- Conocimientos estadísticos sobre nupcialidad, mortalidad materna, asistencia al parto en clínicas y fuera de ellas, etc.
- Control sanitario preconcepcional: exámen médico prematrimonial (corrección de deficiencias físicas, nutritivas y patológicas); orientación matrimonial (consultas de esterilidad y corrección de anomalías de la madre y del padre en los casos de abortos y muertes fetales).
- Asistencia prenatal: diagnóstico del embarazo; vigilancia periódica del mismo (diagnóstico de posibles anomalías o enfermedades, exámenes de laboratorio, control médico, así como educación sanitaria y preparación al parto); orientación especial para la madre soltera; singular atención a la mujer trabajadora embarazada.
- Etiología, clasificación y valoración sanitaria de las muertes fetales, neonatales y perinatales. Prevención de las mismas y, por consiguiente, de las embarazadas frustradas.
- Situación de la asistencia preconcepcional y prenatal en la comunidad.

La actuación del Obstetra o Tocólogo estará en íntima conexión con la Clínica Maternal que corresponda y en la que deba verificar su alumbramiento la gestante, ya que es absolutamente preciso que la atención obstétrica se sitúe siempre en un medio ambiente adecuado y dotado de los medios instrumentales necesarios. A tal efecto, es conveniente que la información derivada del control sanitario preconcepcional y prenatal siga los movimientos de la mujer a que corresponda cuando cambie de Institución asis

tencial o de residencia. Incluso la obtención de constantes fisiopatológicas durante el período prenatal, perinatal y postnatal debe exigir un proceso constante de normalización, codificación y registro, constituyendo un núcleo de información, de fácil y fluido acceso.

Especial atención se ha de prestar a las gestantes de alto riesgo, a las que habrá de enlazar en el momento oportuno con los Servicios de Perinatología, moderno entronque de Obstetras y Pediatras, con la finalidad de impedir al máximo la mortalidad materno-fetal y las secuelas negativas del alumbramiento, tanto para la madre como para el niño.

* * *

Por lo que se refiere a la libertad de elección de Pediatra y Obstetra, debemos distinguir:

- La Pediatría ha evolucionado en los últimos años en dos sentidos opuestos: por una parte, la asistencia a los niños ha dejado de ser tarea encomendada al Médico de Familia para ser asumida plenamente por médicos especializados que, de alguna manera, son los Médicos Generales de la población infantil; pero, por otra parte, la Pediatría como especialidad se ha diversificado en distintas subespecialidades que ejercen su actividad en los hospitales infantiles. Cuando el Pediatra se comporta como un médico general de niños y ejerce su función asistencial en Consultorio o Ambulatorio y a domicilio debe ser tratado con las mismas exigencias en cuanto a la libertad de elección que el Médico de Familia y, por lo tanto, las personas protegidas deben ejercer dicho derecho adscribiéndose a cada Pediatra determinado número de niños. Pero al propio tiempo estos Pediatras necesitan contar con la posibilidad de remitir a sus enfermos a unos servicios de especialidades bien dotados en consultas externas y en régimen de internamiento, capaces de resolver los problemas ajenos a sus posibilidades.
- Por lo que se refiere a la Obstetricia, parece lo correcto elegir libremente al Tocólogo al diagnosticarse la gestación y, ulteriormente, elegir libremente también, previo consejo médico, el lugar del alumbramiento, encomendándose con plena confianza a los Servicios de las Instituciones Hospitalarias Maternales, cuando esa haya sido la decisión libremente adoptada o cuando esa haya sido la indicación médica.

IV. 4. PERSONAL AUXILIAR PARAMEDICO.

Se trata fundamentalmente del Ayudante Técnico Sanitario, de la Auxiliar de Clínica o de Enfermería, de la Auxiliar de Asistencia o de Secretaría, de la Azafata de Relaciones Públicas, del Asistente o Trabajador Social, del Terapeuta Ocupacional, del Fisioterapeuta y de la Matrona o Ayudante Técnico Sanitario con Diploma de Asistencia Obstétrica, que colaboran íntimamente con el equipo médico de atención al núcleo familiar.

IV. 4. 1. EL AYUDANTE TECNICO SANITARIO.

En relación con el núcleo familiar y formando parte de su equipo de asistencia, el Ayudante Técnico Sanitario o Enfermera desarrolla las siguientes funciones:

- Contribuir a la higiene personal y al cuidado físico del paciente.
- Ayudar al Médico de Familia en la realización de pruebas diagnósticas y medidas terapéuticas.
- Mantener en buenas condiciones el medio inmediato del paciente.
- Proporcionar tranquilidad mental y paz espiritual al paciente.
- Llevar a cabo cuanto se relacione complementariamente con la rehabilitación del enfermo.
- Prestar personalmente sus servicios a los beneficiarios de la Seguridad Social a cuya asistencia vengán obligados en razón del puesto que desempeñan en la misma.
- Cumplir puntualmente las instrucciones que reciban reglamentariamente en relación con la disciplina, celo y competencia en el trabajo.
- Observar el horario y permanencia establecido para las plazas que desempeñan.
- Complimentar y dar curso a los documentos oficiales que se deriven del trabajo realizado, tramitándolos con arreglo a las instrucciones que reciban.

- Ejercer las funciones de auxiliar del Médico de Familia, cumplimentando las instrucciones que reciban del mismo en relación con el servicio.
- Tener a su cargo el control de los archivos de historias clínicas, ficheros y demás antecedentes necesarios para el buen orden del servicio o consulta.
- Vigilar la conservación y el buen estado del material sanitario, instrumental y, en general, cuantos aparatos clínicos se utilicen, manteniéndolos limpios, ordenados y en condiciones de perfecta utilización.
- Atender al paciente y realizar los cometidos asistenciales específicos y generales necesarios para el mejor desarrollo de la exploración del enfermo o de las maniobras que el facultativo precise ejecutar, en relación con la atención inmediata en la consulta o servicio.
- Poner en conocimiento de sus superiores cualquier anomalía o deficiencia que observen en el desarrollo de la asistencia o en la dotación del servicio encomendado.
- La asistencia ambulatoria y domiciliaria, en la esfera de su competencia, de las personas protegidas por la Seguridad Social que les hayan sido asignadas. Los tratamientos podrán ser ordenados por los Médicos de Familia y por los especialistas correspondientes.
- La recepción y cumplimiento de los avisos para la asistencia a domicilio, de conformidad con las normas de ordenación de la asistencia.
- La aplicación de la medicación inyectable y la realización de las curas que, como consecuencia de una asistencia de carácter urgente, haya prescrito el Médico de Familia.
- La toma de muestras a domicilio para análisis clínicos cuando no exista Analista en la localidad y no se requiera la utilización de técnicas reservadas al personal médico.
- La eventual asistencia a los partos normales, siempre que no haya Matrona que pueda atenderles en la localidad de que se trate.
- Realizar la asistencia domiciliaria de urgencia, ordenada por el Médico de Familia, así como la de domingos y días festivos.

IV. 4. 2. LA AUXILIAR DE CLINICA O DE ENFERMERIA.

Sus funciones pueden especificarse en la forma siguiente:

- Ayudar en la preparación de los chasis radiográficos, así como al revelado, clasificación y distribución de las radiografías y a la preparación de los aparatos de electromedicina.
- Realizar la limpieza y colaborar con el Personal Auxiliar Sanitario Titulado en la ordenación de la frasería y material utilizado en el trabajo diario del laboratorio.
- Acompañar a los enfermos a las plantas y servicios del Centro Sanitario donde hayan de ser atendidos.
- Colaborar con el Personal Auxiliar Titulado en la ordenación de los preparados y efectos sanitarios farmacéuticos.
- Atender a las demás relaciones de la Farmacia con los Departamentos y Servicios del Centro Sanitario.
- Ayudar al personal de Rehabilitación en la colocación o fijación del paciente en el lugar especial de su tratamiento.
- Controlar las posturas estáticas de los enfermos, con supervisión del Personal Auxiliar Sanitario Titulado.
- La acogida y orientación personal de los enfermos.
- La recepción de volantes y documentos para la asistencia de los enfermos.
- La distribución de los enfermos para la mejor ordenación en el horario de visitas.
- La escritura de libros de registro, volantes, comprobantes e informes.
- La limpieza de vitrinas, material e instrumental.
- La preparación de ropas, vendas, apósitos y material de curas.
- Recogida de datos clínicos, limitados exclusivamente a los termométricos y a aquellos signos obtenidos por inspección no instrumental del enfermo, para cuya obtención hayan recibido indicación expresa de las Enfermeras o Ayudantes Técnicos Sanitarios, así como orientación del Médico responsable.

MEMEROS

DE SEGURIDAD

- Recogida de los signos y manifestaciones espontáneas de los enfermos sobre sus síntomas, limitándose a comunicarlos al Médico, Enfermera o Ayudante Técnico Sanitario de quien dependan.

IV. 4. 3. LA AUXILIAR DE ASISTENCIA O DE SECRETARIA.

Este tipo de personal lleva a cabo las funciones administrativas de secretaría en los Servicios, Unidades y Centros Sanitarios, como soporte técnico en este aspecto del equipo facultativo y auxiliar sanitario de atención médica al núcleo familiar.

IV. 4. 4. LA AZAFATA DE RELACIONES PUBLICAS.

En los Centros Sanitarios de Atención Médica al Núcleo Familiar deben funcionar Unidades de Información y de Recepción de Enfermos y de Relaciones Públicas, a cuyo servicio se encuentran las Azafatas de Relaciones Públicas que tienen por misión fundamental establecer el primer contacto con cualquier persona que llegue al Centro en requerimiento de información, gestión, consulta, etc. Una vez conocido el motivo de dirigirse a la Institución, clasificará al peticionario acompañándole a la Unidad de Información, o a la de Asistencia Social o a otros Servicios del propio Centro. Colabora este personal también en Coloquios, Congresos, Reuniones Científicas, etc., ya que debe poseer conocimientos de idiomas. Contribuyen decisivamente a la "humanización" de la asistencia y a resaltar, positivándola y realizándola, la imagen que los usuarios tienen de los Centros Sanitarios.

IV. 4. 5. EL ASISTENTE O TRABAJADOR SOCIAL.

Puede definirse el Trabajo Social en el campo sanitario como un servicio profesional de ayuda -mediante el empleo de técnicas y métodos específicos- a individuos o grupos que con ocasión de su enfermedad no parecen capaces por sí solos de

superar las dificultades intrínsecas o extrínsecas de diverso orden que se les presentan y que obstaculizan su tratamiento médico y su reintegración óptima a la vida social, y al Centro sanitario, para que no pierda de vista sus fines y aporte a la sociedad y al paciente lo que una y otro esperan de él.

Podríamos enumerar como funciones del Trabajo Social Sanitario las siguientes: colaboración con la función médica y ayuda directa al enfermo y su familia en el plano psicosocial.

La primera aportación del Asistente o Trabajador Social al equipo de atención médica al núcleo familiar es el informe social, es decir, la presentación, en los casos en que se juzgue conveniente, del aspecto familiar, afectivo, laboral, ambiental y socioeconómico del enfermo y cuantos detalles de su vida puedan facilitar un mejor diagnóstico y la elaboración de un tratamiento eficaz.

Durante el tratamiento, la colaboración del Asistente o Trabajador Social consistirá principalmente en lograr que el enfermo llegue a aceptar su situación de enfermedad y las consecuencias que de ella se derivan, su colaboración personal en la tarea de su curación, una buena disposición hacia el personal de asistencia, una correcta interpretación de las pruebas a que es sometido, su readaptación a la vida social cumpliendo el tratamiento, etc.

En general, toda la ayuda prestada al enfermo y a su familia en la solución de sus problemas no deja de ser un apoyo indirecto al equipo médico, ya que la eliminación de obstáculos facilita la aplicación del tratamiento.

A veces es necesario actuar como agente coordinador entre distintos servicios médicos, especialmente los ajenos al Centro Sanitario donde actúa el Asistente o Trabajador Social.

Aunque toda la actuación del Asistente o Trabajador Social está basada en la aplicación de los principios básicos del Trabajo Social, es en la ayuda directa al enfermo y a su familia, en el plano psicosocial, donde más directamente se ponen de manifiesto:

- La individualización del caso de cada paciente.
- El derecho de autodeterminación del paciente y su familia.
- La aceptación del paciente y su familia tal como son (que no presupone exclusión de un juicio valorativo de la situación ni la aprobación de sus actuaciones).

- El secreto profesional.

El Asistente o Trabajador Social contribuye a:

- Observar e interpretar la actitud del paciente y sus familiares frente a la enfermedad y las circunstancias con ella relacionadas.
- Ayudar al enfermo a interpretar y comprender el ambiente sanitario, de manera que, al familiarizarse con él, pierda el temor y la desconfianza que normalmente produce lo desconocido.
- Velar por que la acogida al paciente se lleve a cabo en las debidas condiciones.
- Ayudar, tanto al paciente como a su familia, en lo que se refiere a un debido planteamiento y una adecuada solución de sus problemas -emocionales, familiares, económicos, laborales, etc. - originados por la enfermedad o anteriores a ella, pero que al ponerse de manifiesto en esta ocasión pueden interferir el proceso del tratamiento y posterior curación.
- Informar y proporcionar al paciente y a sus familiares los recursos de la comunidad que pueden poner remedio a la situación social deficiente.
- Servir de enlace, si es preciso, con los servicios clínicos o administrativos.
- Ayudar al enfermo a que acepte su rol de paciente, sin olvidar ofrecerle la oportunidad de desahogarse para que, conociendo sus quejas, pueda ponerse remedio a las justificadas y sea posible hacerle comprender la sinrazón de las otras.
- Mantener los lazos familiares, de manera que la familia acepte al enfermo y la situación originada por él.
- Facilitar la reincorporación del enfermo a la vida normal; familia, profesión, amistades, diversiones, etc., especialmente cuando la enfermedad ha significado una transformación importante.
- Llevar a cabo una labor de coordinación con los servicios sociales extra-sanitarios.

Para evitar la deshumanización del Centro Sanitario, el Asistente o Trabajador Social:

- Deberá defender el principio de la dignidad del individuo y sus derechos como ser humano, que han de anteponerse a razones económicas, de organización o incluso de interés científico.
- Deberá colaborar en el estudio de soluciones encaminadas a actualizar las normas existentes en pro de una mayor adaptación del Centro Sanitario al mundo exterior y un mejor servicio al enfermo.

Para contribuir a la humanización del Centro Sanitario, el Asistente o Trabajador Social procurará:

- Sensibilizar al personal -a todos los niveles- en relación con la necesidad de tener en cuenta el aspecto humano y social del enfermo y el respeto que se le debe.
- Conseguir la aplicación flexible de ciertas normas en determinados casos.
- Procurar que la llegada del enfermo esté rodeada del amable carácter de la acogida al huésped.
- Lograr que se facilite a los familiares del paciente la información adecuada.
- Conseguir que se disponga de salas de espera en las consultas que reúnan condiciones dignas y suficientes.
- Lograr suprimir lo innecesariamente hiriente y desagradable.
- Hacer comprender que el Centro Sanitario es un centro de salud para todos.

En el informe social deben incluirse los siguientes datos:

Personalidad del paciente:

Impresión en cuanto a:

- Aspecto externo, conducta manifiesta, inteligencia, cultura.
- Capacidad de introspección, capacidad de comunicación verbal.
- Confianza en sí mismo.
- Estabilidad emocional; capacidad de afrontar la realidad.
- Motivación para resolver sus problemas.

- Capacidad de planear de acuerdo con objetivos a largo plazo.
- Dependencia e independencia.
- Jerarquías de valores.
- Relaciones con el personal médico.
- Actitud ante la enfermedad (o la disminución) y ante el tratamiento.

Familia:

- Composición familiar actual.
- Historia familiar: lo que se conoce sobre los padres y hermanos del paciente, sobre su infancia, adolescencia y juventud.

Relaciones familiares actuales.

- Con quien convive el paciente.
- Compatibilidad y conflictos.
- Quienes y cómo desempeñan los diversos roles familiares. Rol del paciente. Cambios en su rol producidos o que se producirán por la enfermedad o disminución.
- Problemas familiares originados por la enfermedad.
- Actitudes familiares ante dichos problemas.

Relaciones afectivas del paciente.

Vivienda.

- Ubicación: Pueblo, barrio, centro-ciudad, etc.
- Tipo de vivienda: propiedad, alquiler, realquilados, barraca, etc.
- Condiciones higiénicas y diversos aspectos a tener en cuenta según la enfermedad o disminución del paciente (escaleras, ascensores, etc.)

Situación laboral.

- Profesión: Categoría laboral. Empresa. Fijo o eventual. Años en la empresa.

- Edad a que empezó a trabajar.
- Cambios de trabajo. Adaptación al trabajo (tipo de trabajo y empresa) actual. Satisfacción o insatisfacción profesional.
- Relaciones con los compañeros de trabajo, relaciones con los jefes y dirección.
- Problemas que se preven en relación a su reincorporación a un trabajo o necesidad de un nuevo trabajo por causa de su enfermedad o disminución.
- Si se trata de una paciente ama de casa, dificultades que su enfermedad o disminución pueden ocasionarle para desempeñar el trabajo doméstico (condiciones de la vivienda, ayuda a sus familiares, aparatos domésticos que la ayuden).

Situación económica:

Vida de relación

- Relaciones con vecinos.
- Amistades del paciente. Grupos a los que pertenece.
- Aficiones y distracciones (especialmente cuando se trata de jubilados).

Evaluación de la situación

- Problema o problemas iniciales presentados por el paciente o por la familia.
- Problemas posteriores planteados por el paciente y/o familia y los detectados por el asistente social.
- Posibles causas de los problemas.
- Obstáculos a la solución de los problemas (falta de medios materiales o recursos sociales, actitudes personales o familiares relacionadas con los diferentes obstáculos, etc.)
- Aspectos que pueden ayudar a la solución de los problemas (tanto referente a recursos sociales como a aspectos de la personalidad del paciente y sus actitudes y las de la familia),

Acción a realizar.

- Objetivos inmediatos y a largo plazo.
- Soluciones propuestas por el paciente y familia.

- Modificaciones posibles a la situación y formas de conseguirlas.
- Recursos exteriores que se utilizan o utilizarán.

Cierre del caso o evaluación periódica.

- Resumen: de los problemas.
- Resumen: de la acción realizada.
de los resultados.
- Situación al cerrar el caso o en el momento de la evaluación.

Como ejemplo de la función a desarrollar por el Asistente o Trabajador Social en un tema concreto, nos vamos a referir a la Pediatría Preventiva, en la que deben ocupar un papel intermedio entre los padres y el Pediatra de cabecera. Los contactos directos de éstos no pueden tener la frecuencia ni la duración que sería preciso para los múltiples problemas que se plantean: Unos profesionales con formación específica para poder captar los problemas del entorno del niño, para poder canalizar y plasmar las soluciones aconsejadas por el Pediatra, resultan al propio tiempo ideales para el apoyo a los padres en la interpretación de los consejos médicos. En este sentido, el papel de los Asistentes o Trabajadores Sociales sería:

- Captar las peculiaridades del ambiente del niño, tanto familiar como escolar.
- Detectar los desequilibrios afectivos que puedan existir en este ambiente.
- Apoyar a las familias en la realización de los procedimientos aconsejados, procurando soslayar las dificultades y orientar las soluciones.
- Orientar a las familias en la obtención de recursos económicos que sean precisos en casos especiales.
- Apoyar a los padres en las situaciones anómalas que puedan presentarse: ingreso en hospital, realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos muy especiales.
- Facilitar al médico los datos que puedan ayudarle en su labor.
- Contribuir al estudio de problemas y soluciones, siendo elemento canalizador de datos e inquietudes en los programas de estudio.

IV. 4. 6. EL TERAPEUTA OCUPACIONAL.

Las funciones especializadas de los Terapeutas ocupacionales se prestarán en las consultas y locales de tratamiento dispuestos para éllo en las Unidades de Rehabilitación, con las técnicas de Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.), Restauración Psicomotriz, entrenamiento de Prótesis, Ortopraxis, Exploración Prevocacional y entrenamiento por el esfuerzo al trabajo, así como en el domicilio del paciente en caso de excepción. Igualmente colaborarán en las actividades recreativas en el plano de asesoramiento a los encargados de dichas funciones.

Son funciones de los Terapeutas ocupacionales llevar a cabo el procedimiento rehabilitador que, bajo prescripción médica, utiliza actividades manuales, creativas, recreativas y sociales, educativas, prevocacionales e industriales, para lograr del paciente la respuesta deseada, sea física, mental o ambas.

Los Terapeutas ocupacionales realizarán bajo la prescripción del Médico de Familia y especialistas las funciones generales y específicas siguientes:

- Ejercer las funciones asignadas por el Médico cumpliendo las instrucciones que reciban del mismo en relación con su especialidad.
- Conservar en buen estado el material y cuantos aparatos se utilicen en el Servicio de Terapia Ocupacional, manteniéndolos en perfecto funcionamiento y controlar el material fungible empleado en los tratamientos.
- Poner en conocimiento de sus superiores cualquier anomalía o deficiencia que observen en el desarrollo de la asistencia o en la dotación del servicio encomendado.
- Observar y anotar los datos clínicos para la correcta vigilancia de los pacientes y su correspondiente terapéutica.
- Mantener informados a sus superiores inmediatos de las necesidades del Servicio de Terapia Ocupacional.
- Orientar al personal subalterno en cuanto se refiere a su actuación en el Servicio de Terapia Ocupacional.

IV. 4. 7. EL FISIOTERAPEUTA.

Son funciones de los Fisioterapeutas la aplicación de tratamientos con medios físicos que por prescripción facultativa se prestan a los enfermos que lo precisan.

Realizarán bajo la prescripción del Médico de Familia y especialistas las funciones generales y específicas siguientes:

- Colaborar en las actividades deportivas de los pacientes en el plano de asesoramiento a los encargados de dichas funciones.
- Aplicar las prescripciones médicas cumplimentando las instrucciones que reciban en relación con la especialidad.
- Tener a su cargo el control de ficheros y demás antecedentes para el buen orden y funcionamiento del servicio.
- Vigilar la conservación y el buen estado del material que se utiliza en fisioterapia, así como de los aparatos, procurando que estén en condiciones de perfecta utilización.
- Poner en conocimiento de sus superiores cualquier anomalía o deficiencia que observen en el desarrollo de la asistencia o en la dotación del servicio encomendado.
- Realizar las exploraciones manuales prescritas por el Médico.

IV. 4. 8. LA MATRONA O AYUDANTE TECNICO SANITARIO CON DIPLOMA DE ASISTENCIA OBSTETRICA.

En relación con el núcleo familiar y como elemento auxiliar del Obstetra, la Matrona o Ayudante Técnico Sanitario con Diploma de Asistencia Obstétrica ejercerá las siguientes misiones:

- Asistir a las consultas ambulatorias correspondientes al Equipo de Obstetricia al que esté adscrita.
- Asistir a los partos y puerperios normales, de conformidad con las instrucciones que haya recibido de los especialistas, así como efectuar las prácticas de educación maternal que se establezcan, dentro de las Instituciones y excepcionalmente a domicilio, y la preparación psicoprofiláctica al parto.

- Aprovechará todos los contactos con la madre y con el resto de la familia para actuar de educadora sanitaria y, en particular, para dar consejos en materia de nutrición.
- Asumirá lo más pronto posible la responsabilidad completa o parcial de la asistencia prenatal del máximo de embarazadas normales, encargándose de controlar su estado general de salud (sífilis, diabetes, anemia, etc.).
- Tratará de descubrir los casos de embarazo con riesgo elevado y de reconocer precozmente cualquier signo de anomalía, a fin de enviar a las interesadas al especialista.
- Se ocupará de la asistencia durante el período postnatal y, en particular, de enseñar a la madre a ocuparse del niño, fomentando la lactancia natural.
- Verificará que la respiración se establece en el recién nacido y se mantiene y controlará la temperatura corporal.
- Llevará a cabo, de acuerdo con su preparación y competencia, el exámen sistemático del recién nacido, tratando, en particular, de descubrir las anomalías congénitas manifiestas. Registrará el peso al nacer y otros datos.
- Adoptará las medidas necesarias para prevenir las infecciones.
- Notificará y registrará el nacimiento de conformidad con la legislación del país de que se trate.
- Regulará el comienzo de la lactancia o de la alimentación artificial.
- Vigilará el crecimiento y el desarrollo normales del recién nacido y señalará rápidamente a la atención del médico cualquier niño que se aparte de lo normal.
- Registrará los datos demográficos y sanitarios que conozca.
- Participará en otras actividades sanitarias de interés para la colectividad, tales como inmunizaciones y programas de detección del cáncer.

Las Matronas, por la trascendencia de su función, deberán de reunir las siguientes aptitudes, conocimientos y capacidades:

- Conocimiento suficiente de los elementos de las ciencias físicas y biológicas.

- Conocimiento de la teoría y la práctica de asistencia a partos, que abarque:
 - a) Comprensión de lo que representa, desde el punto de vista de la sanidad, la salud de la madre, la morbilidad y la mortalidad maternas, la mortalidad perinatal y el establecimiento de fichas clínicas.
 - b) Comprensión de la psicología, de la fisiología y de la patología del embarazo y del parto.
 - c) Práctica y destreza para:
 - i) Prestar asistencia prenatal a la madre, atendiendo a su dieta y a su estado emotivo.
 - ii) Intervenir en los partos normales.
 - iii) Saber en qué casos, antes del parto, en el parto o después del parto, es necesario llamar al médico, y darse cuenta de la importancia del reconocimiento en los períodos prenatal y postnatal.
 - iv) Tomar simples medidas de urgencia, si se presenta una complicación, mientras se espera que llegue el médico.
 - v) Prestar asistencia postnatal a la madre.
 - vi) Prestar asistencia al recién nacido.
 - vii) Llevar al día la hoja clínica de cada caso.

- Conocimiento suficiente de la teoría y la práctica del cuidado de los enfermos, para que pueda prestar la asistencia adecuada en su propia especialidad y dar, en ciertos casos, indicaciones a la madre para atender en la casa a un enfermo hasta que se disponga de la asistencia de una persona más competente.

- Conocimiento de las leyes y reglamentos aplicables al ejercicio de la profesión y elevado concepto moral de sus deberes profesionales.

- Conocimiento suficiente de la organización de los servicios de sanidad y de las disposiciones tomadas por la Seguridad Social en defensa de la salud individual y colectiva, para estar en condiciones de actuar con eficacia en su calidad de miembro del servicio de salud pública.

- Comprensión suficiente de las peculiaridades de la sociedad en que ha de ejercer su profesión y de los factores sociales,

culturales y económicos que pueden influir en el estado sanitario de la población, con objeto de hacer más eficaces sus servicios a la comunidad.

- Comprensión suficiente de la conducta humana y de los móviles que la impulsan, para dominar sus propias reacciones, granjearse el afecto de las familias de que se ocupe en las visitas y crear así un clima de buenas relaciones.
- Comprensión suficiente de los principios en que debe inspirarse la enseñanza, y conocimiento de los métodos pedagógicos elementales, que le permitan dar enseñanza sanitaria individual o en grupos y formar y dirigir a otros miembros del personal.

IV. 4. 9. OTROS TIPOS DE PERSONAL AUXILIAR PARAMEDICO.

Se trata de expertos en diferentes técnicas que facilitan la labor del equipo multidisciplinario de atención médica al núcleo familiar: Técnicos en Radiología, Técnicos en Laboratorio, Técnicos en Prótesis y Ortesis, Técnicos en Dietética; Técnicos en Electrónica Médica, Técnicos en Informática, etc.

IV. 5. LAS ESPECIALIDADES EN RELACION CON EL EQUIPO DE ATENCION MEDICA AL NUCLEO FAMILIAR.

En muchos casos el Médico de Familia y los demás componentes del equipo de atención médica al núcleo familiar podrán resolver los problemas clínicos de los pacientes con los medios habituales a su alcance. En otros casos tendrán que recurrir a los Especialistas del Ambulatorio de Especialidades, del Centro de Diagnóstico y Tratamiento o del Hospital Local o de más alto nivel.

Sus relaciones con los Especialistas adoptan los siguientes modos fundamentalmente:

- a) Solicitud de la colaboración especializada de aquellos facultativos cuya misión es específicamente auxiliar en el diagnóstico o en el tratamiento de los enfermos. Así, los Analistas y Radiólogos. Son contradictorias, a veces, las posiciones de ambos tipos de facultativos: por una parte parece que la solicitud de los informes diagnósticos es excesiva y ociosa, vista desde el lado de los Especialistas. Por otra parte parece que las razones de la solicitud incumben en definitiva so

lamente a los facultativos encargados directamente de la asistencia; en este caso, los Médicos de Familia. Es evidente que ambas posturas son falsas si se pretende una atribución calificativa absoluta.

Efectivamente, la solicitud de informes diagnósticos viene determinada a veces no solamente por una indicación estrictamente derivada de la situación patológica del enfermo. Decimos de la patología, no de la clínica. Porque, en efecto, es perfectamente legítima la solicitud:

- con fines fundamentalmente diagnósticos.
- con fines de comprobación clínica.
- como recurso psicológico que dé tiempo a una más reposada y serena reflexión sobre un determinado problema clínico.

En definitiva, cualquiera de las tres determinantes atañe a la clínica en su más amplio sentido de clínica precisamente humana.

Pero no se puede olvidar que la exageración de dichas motivaciones hasta su bagatelización por parte de los Médicos de Familia puede conducir a la ineficacia de la colaboración de los Especialistas. Por ello, es absolutamente preciso que las relaciones de los Médicos de Familia con los Especialistas en este orden sean fundamentalmente apoyadas en un conocimiento personal de los mismos y de sus esquemas operativos, hasta llegar a una mutua comprensión que permita discernir en el mayor número de casos posibles la finalidad de las respectivas conductas.

- b). Solicitud de la colaboración de Especialistas clínicos en el estudio concreto de problemas que afectan a la conducta clínica general o la determinan. Es decir, un Médico de Familia puede enviar un enfermo al Oftalmólogo porque sospeche un problema estrictamente ocular o solicitar simplemente un informe oftalmológico indispensable en el enjuiciamiento clínico de un posible proceso tumoral o renal. A este último aspecto nos referimos en este apartado. Ni que decir tiene que en dichos casos no puede limitarse el Médico de Familia a la solicitud del informe, sino que deberá siempre razonarlo con una presunción clínica o, al menos, indicar su pretensión objetiva. Colabora así en la eficacia de la exploración especializada e impregna de sentido la relación humana entre ambos facultativos. Los beneficios de una conducta así entendida serán directamente sentidos por los enfermos e indirectamente por los propios facultativos.

- c) Solicitación de la colaboración especializada para que con plena responsabilidad realice el Especialista su juicio clínico completo: diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Se precisa en tales casos un previo esfuerzo diagnóstico, al menos en aquellos casos o procesos más próximos al Médico de Familia, que permita una adecuada orientación hacia el Especialista más idóneo.

Si la organización especializada es de tipo jerarquizado, los Servicios correspondientes cumplirían cerca de los Médicos de Familia las siguientes misiones:

- a) Informar debidamente a los mismos sobre enfermos enviados por ellos para dicho fin circunstancial.
- b) Estudiar plenamente a los enfermos que reciben de los Médicos de Familia para su diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

En el primer caso se trata de una finalidad diagnóstica o auxiliar del diagnóstico; en el segundo se trata de una actividad clínica total. En todo caso la conexión entre la clínica general y los servicios especializados no puede ser realizada exclusivamente a través de solicitudes oficiales de los Servicios, sino que requiere además el conocimiento de la estructura funcional de los mismos. La asistencia de los Médicos de Familia a los Servicios Jerarquizados de Especialidades debería ser estimulada y fomentada siempre por cuantos intervienen en la asistencia médica del núcleo familiar porque sin esa compenetración no será posible el éxito, cualquiera que sea la calidad personal de los facultativos o las excelencias del sistema.

V. ESQUEMA DE ORGANIZACION DEL SISTEMA DE PRESTACIONES MEDICAS AL NUCLEO FAMILIAR.

V. 1. GENERALIDADES.

El núcleo familiar puede estar integrado en una comunidad urbana, suburbana o semiurbana y rural.

Las comunidades urbanas se caracterizan por una gran densidad de población y comunicaciones, con actitudes y conductas sociales peculiares. Superan los 20.000 habitantes y se clasifican en:

- Pequeñas (de 20.000 a 100.000 habitantes).
- Medianas (de 100.000 a 500.000 habitantes).
- Grandes (más de 500.000 habitantes).

Se denominan comunidades metropolitanas aquellas comunidades urbanas que por la aposición de núcleos de población adyacentes sobrepasan los límites del casco urbano primitivo y se convierten en megápolis mastodónticas.

Las comunidades suburbanas o semiurbanas tienen unas características socioeconómicas, laborales y culturales "a caballo" entre las urbanas y las rurales, pero mucho más próximas a aquellas. Su número de habitantes oscila entre 5.000 y 20.000 habitantes.

Las comunidades rurales cuentan con un exiguuo número de habitantes (menos de 5.000) y se caracterizan por:

- Actividad agrícola y/o pesquera.
- Defectuoso equipamiento.
- Escasa o nula infraestructura sanitaria.
- Tendencia a emigraciones.
- Fuerte contraste con lo urbano.
- Bajo nivel cultural.
- Escasa educación sanitaria.

Los niveles asistenciales del núcleo familiar en los medios urbano, suburbano o semiurbano y rural están definidos por una análoga situación en cuanto a posibilidades y disponibilidades de recursos humanos y materiales y a una infraestructura socio-económica, cultural, sanitaria y de comunicaciones sociales, de parecidas características.

Estos niveles deben estar perfectamente escalonados y coordinados y en íntima conexión, con el fin de obtener una asistencia al núcleo familiar fluida y continua.

Estudiaremos a continuación sucesivamente cada uno de estos niveles, con sus dispositivos y Centros Sanitarios y sus conexiones, centrípetas y centrífugas.

V. 2. ESQUEMA DE ORGANIZACION DE LAS PRESTACIONES MEDICAS AL NUCLEO FAMILIAR EN EL MEDIO RURAL.

Las zonas rurales pueden ser, en principio, de dos tipos: unas bien constituidas e integradas en un plan de ordenación rural, con empresas agrícolas y ganaderas racionalmente concebidas, en las cuales los núcleos familiares están perfectamente integrados en su medio social. Y otras, que constituyen restos de población de un sector deprimido que ha ido emigrando hacia los núcleos urbanos. Ambos tipos de zonas tienen una estructura demográfica completamente diferente, como lo son sus condicionamientos sociales y económicos y, por lo tanto, exigen distinta consideración en la programación de su atención médica. La estructura demográfica de una zona bien integrada es la armónica correspondiente a dicha integración. En cambio, la estructura demográfica de una zona residual supone un predominio excesivo de los componentes familiares de mayor edad y la extinción paulatina de la población infantil.

En cualquier caso, la atención médica al núcleo familiar en el medio rural exige la concentración de recursos personales en centros sanitarios comarcales y subcomarcales de los que son tributarias varias entidades próximas de población, haciendo posible una asistencia correcta y permanente, compatible además con el descanso del personal sanitario y las necesidades de perfeccionamiento científico de dicho personal.

Las atenciones indispensables al núcleo familiar en este medio han de ser la medicina general o de familia, la medicina pediátrica y la asistencia tcológica. Dichas atenciones deben realizarse en buena parte a nivel domiciliario y en Instituciones Primarias de ámbito comarcal y subcomarcal. Dichos Centros deben estar en fácil comunicación con las entidades de población que, a su vez, estarán dotadas de medios de transporte suficientes para la asistencia. Los Médicos de Familia que actúan en el medio rural deben recibir una formación profesional consecuente con el modo de ejercicio que van a desarrollar. Por lo tanto, deberán estar capacitados para realizar investigaciones analíticas y radiológicas elementales.

La red de Centros a que nos referimos tienen por objeto aproximar los elementos científicos necesarios al medio rural y posibilitar por parte de los profesionales sanitarios la realización de actividades de más alta cualificación, a la vez que prestan una mejor asistencia al núcleo familiar. Estos Centros, además, permiten la promoción de dichos profesionales a puestos de mayor nivel y su formación profesional permanente, en razón a sus conexiones con Instituciones Sanitarias de mayor jerarquía.

Por otra parte, permiten:

- a) Una creciente atención a las medidas preventivas generales encaminadas a mejorar la salud física y mental del núcleo familiar y de la población.
- b) La máxima agilidad en la detección y primer tratamiento de los procesos patológicos.
- c) Una eficaz utilización de los modernos medios terapéuticos.

El desarrollo de esta red exige la sectorización de dos tipos de áreas geográficas:

- La "subcomarca", unidad territorial sanitario-asistencial de tipo primario, que está integrada por un conjunto de entidades de población contiguas, con un volumen total de población de 10.000 a 12.000 habitantes y con un radio de acción desde la entidad-cabe-cera que no debe rebasar los veinte kilómetros.

Los Centros Subcomarcales atenderán a la medicina preventiva y asistencial del núcleo familiar, desarrollando las siguientes funciones:

- Control sanitario del medio (terrenos, locales, instalaciones, utensilios, suministros de agua, etc.).
- Sanidad alimentaria.
- Medicina preventiva y social (vacunaciones y profilaxis general; higiene materno-infantil; inspección médico-escolar; reconocimiento de grupos de población, etc.).
- Asistencia médico-farmacéutica en general del núcleo familiar.
- Medicina de urgencia (reanimación, pequeña cirugía y servicio de guardia por el personal sanitario de la demarcación).

Dispondrán de los siguientes locales e instalaciones: Un laboratorio; una sala de rayos X; dos despachos-consulta para médicos, con dos salas de exploración, contiguas a cada uno de ellos; un cuarto para el personal de guardia; una sala de curas; una sala con dos camas para urgencias; una antesala de espera común, más las consiguientes habitaciones secundarias, vestíbulos y pasillos. Ello exige una superficie de edificación estimada aproximadamente en 420 metros cuadrados.

Estarán dotadas del material científico y mobiliario necesarios.

- La "comarca", agrupación constituida por un conjunto de entidades de población o de subcomarcas, vinculadas por razones sanitarias, geográficas, demográficas y económicas, cuya cabecera se sitúa en la localidad más importante y que sea el núcleo convergente de las actividades de la demarcación.

La población de cada comarca oscila entre 60.000 y 150.000 habitantes.

Los Centros Comarcales desarrollan las siguientes funciones:

- Todas las señaladas para los Centros Subcomarcales.
- Demografía y estadística sanitaria.
- Coordinación de actividades de los Centros Sanitarios Subcomarcales comprendidos en su área de acción.
- Divulgación y educación sanitaria de la población de todas las entidades de población de la comarca.
- Adopción de medidas correctoras en los casos de infracción sanitaria o de peligro para la salud pública.
- Exámenes de salud: comprobación y, en su caso, determinación de las medidas de aislamiento y de presuntos casos de enfermedades infecto-contagiosas y antropozoonosis.
- Especialización médica a mayor nivel que en el Centro Subcomarcal.

Dispondrán de los siguientes locales e instalaciones: laboratorio, con toma de muestras; gabinete de radiología, con dos aparatos de radiodiagnóstico y unidad automática de revelado; dos salas de consulta para Medicina de Familia; un quirófano elemental; salas de consulta para Pediatría, Obstetricia, Odontología, Oftalmología, Otorrinolaringología y Neumo-Cardiología, con sus locales accesorios y complementarios; una sala de hospitalización de urgencias con dos camas; una sala de Asistentes o Trabajadores Sociales y de Ayudantes Técnicos Sanitarios; dos salas de espera, y las consiguientes habitaciones secundarias, vestíbulos y pasillos. Ello exige una superficie edificada estimada aproximadamente en 1.000 metros cuadrados.

Estarán dotados del material científico, instrumental y mobiliario necesario.

En las cabeceras de comarca se situarán "equipos móviles" o "itinerantes", que llevarán a cabo las siguientes misiones:

- Traslado de enfermos y accidentados, en caso necesario, para lo que existirán las ambulancias necesarias con un radio de acción cada una de 40 kilómetros y coincidiendo su punto de localización con las vías de comunicación importantes.
- Consultas, investigaciones radioscópicas, curas, inyecciones, vacunaciones, educación sanitaria, etc. en núcleos pequeños de población, caserios, aldeas, etc. y, en general, en zonas rurales de gran dispersión demográfica. Para esta misión, el "equipo móvil" se situará en vehículos debidamente carrozados, cuya distribución interior será la siguiente: sala de espera, sala de Rayos X, cabina de conducción, sala de curas y sala de auscultación o consulta. El personal al servicio del "equipo móvil" estará integrado por un médico, una enfermera o ayudante técnico sanitario y un mecánico conductor. Estos verdaderos "Dispensarios Móviles" seguirán itinerarios prefijados y podrán colaborar con aquellos Médicos de Familia que actúan en zonas alejadas de los Centros Sanitarios, de difícil acceso y sin vías adecuadas de comunicación.

* * *

Finalmente, los sistemas de computarización a tiempo real permiten establecer un tipo de ayuda al Médico de Familia en el medio rural, que puede resumirse en la forma siguiente:

- Diagnóstico, mediante la inclusión en la memoria de un ordenador de acceso instantáneo, de la sintomatología de las enfermedades más frecuentes en nuestra geografía, de modo que el médico con una simple llamada telefónica pueda obtener la descripción sintomática del proceso patológico que cree padece un paciente determinado o recibir las diferentes alternativas en entidades nosológicas que corresponden a un síntoma o conjunto de síntomas que no permite a priori una orientación diagnóstica determinada.
- Terapéutica, posibilitando la interrogación al ordenador sobre tratamiento específico de enfermedades concretas e indicando éste, además de la medicación correspondiente, si se debe utilizar algún medio auxiliar o complementario de diagnóstico o requerir la asistencia especializada o la hospitalización,

- concretando a que especialista se debe enviar al enfermo para su posterior y consecuente tratamiento.
- Supervisión constante de altas y bajas de camas en las Instituciones Sanitarias Hospitalarias correspondientes a la demarcación territorial de que se trate, con el fin de que en cada momento se sepa adónde se debe enviar a un enfermo determinado y sus posibilidades de hospitalización.

Es indudable que la moderna informática aplicada a la Medicina encierra una gama de infinitas posibilidades en orden a facilitar el desarrollo de las actividades asistenciales de los equipos técnicos al servicio de la colectividad

* * * * *

Los Centros comarcales y subcomarcales anteriormente reseñados deben conectarse con Instituciones Hospitalarias de ámbito reducido, dotadas de servicios inicialmente diversificados, pero en condiciones de asumir integramente la asistencia de la población en procesos que no exijan ni una alta especialización, ni un equipamiento técnico muy calificado. Dichas Instituciones deben contar con consultas externas suficientes para la zona de influencia que constituye su ámbito y de un "equipo móvil" como el ya descrito que realice desplazamientos sistemáticos por los núcleos de población de la zona y aquellos otros que sean requeridos en casos concretos desde los Centros comarcales y subcomarcales.

Estos Hospitales Locales serán descritos en el capítulo correspondiente al sector, medio o nivel suburbano.

El número de médicos y auxiliares sanitarios que actuarán en los núcleos rurales y en las Instituciones Comarcales y Subcomarcales dependerá de la importancia numérica de la población, de las disponibilidades de personal y de los recursos económicos existentes, teniendo siempre en cuenta que la dedicación de este personal en el medio rural ha de ser forzosamente total.

Las misiones y cometidos específicos del personal sanitario en los núcleos rurales tiene una especial significación médico-preventiva en dos aspectos fundamentales: la prevención de enfermedades transmisibles y la atención preventiva infantil, por un lado, y por otra parte la detección precoz de procesos orgánicos tributarios exigentemente de tratamiento especializado. En los sentidos indicados, la medicina de familia debe ser siempre un factor primordial de promoción de salud para la población encomendada a sus cuidados.

V. 3. ESQUEMA DE ORGANIZACION DE LAS PRESTACIONES MEDICAS AL NUCLEO FAMILIAR EN EL MEDIO SUBURBANO.

Se puede caracterizar, desde el punto de vista asistencial al núcleo familiar, el medio suburbano o semiurbano como el conjunto de entidades de población que asumen la capitalidad de una o varias comarcas confluentes, y en las que se sitúa un Hospital Local, cuya importancia no es necesario destacar.

El Hospital Local está estructurado en las siguientes áreas:

- De Enfermería, con un número de camas que no debe ser inferior a cincuenta, ni superior a cien.
- De Servicios Generales (Análisis Clínicos, Hemoterapia, Radiodiagnóstico, Quirófanos, Esterilización, Anatomía Patológica, etc.)
- De Consultas Externas.
- De Urgencias.

Sus finalidades son:

- Descentralizar la atención hospitalaria del núcleo familiar, acercándola a las zonas demográficas del mismo.
- Conseguir una asistencia más humanizada y personalizada en el ambiente hospitalario.
- Descongestionar los Centros Hospitalarios de mayor nivel, eliminando de los mismos la casuística normal, que no requiere medios asistenciales de alto nivel técnico.

Dispone de los siguientes Servicios Clínicos:

- Análisis Clínicos y Hemoterapia.
- Anestesia y Medicina Intensiva.
- Cirugía General.
- Traumatología y Ortopedia.
- Radiología.

- Medicina Interna.
- Tocoginecología.
- Pediatría.
- Oftalmología.
- Otorrinolaringología.

En resumen, el Hospital Local:

- No es en modo alguno la reducción a escala de un Hospital de ámbito provincial o regional, sino una Institución Hospitalaria con caracteres peculiares y singulares.
- No es tampoco un Ambulatorio, al cual se han agregado unas camas para procesos urgentes. Insistimos en que el Hospital Local tiene personalidad institucional propia y personalísima.
- Desborda los límites derivados del campo de aplicación de la Seguridad Social, para ser la Institución Sanitaria Central de una Comarca y ser utilizada por toda su población. Por lo tanto, debe proyectarse en colaboración por todas las fuerzas sociales interesadas o por una de ellas, pero contando con las necesidades de las demás.
- Es el centro de la medicina asistencial de una comarca y también el centro de medicina preventiva de la misma. Asimismo tendrá encomendado especialmente el importante papel de la educación sanitaria de toda la población.
- Es el punto de partida de la asistencia especializada y conecta con la red hospitalaria del país, dirigiendo los enfermos a partir de aquél a las Instituciones que correspondan.
- Es el centro de la asistencia de urgencia de una comarca determinada, también para toda la población de la misma.
- Debe ser asimismo como el seminario médico de todos los profesionales de una comarca. Sería el punto de contacto de los médicos de familia rurales entre sí y con la medicina inicialmente especializada.
- Es también el centro maternal y pediátrico que cumple la asistencia normal y asiste las distocias compatibles con su inicial especialización.

El concepto arquitectónico del Hospital Local en función de las finalidades apuntadas en orden a que sea verdadero Centro de Salud de ámbito comarcal, puede conducir a la modulación del mismo, previo el estudio y las colaboraciones necesarias.

El núcleo familiar en el medio suburbano suele ser el mejor integrado socialmente y donde el Médico de Familia y el Pediatra de Zona pueden desarrollar una labor más completa, siempre tutelados en su trabajo por la actuación y el soporte de la Institución Hospitalaria Local. En un sistema ideal habría que concebir una vinculación eficaz entre la medicina de familia y el Hospital Local, para conseguir dos objetivos fundamentales: la actualización permanente y continuada de los conocimientos profesionales de los médicos y pediatras generales, en cuanto participan de la vida hospitalaria, y la utilización adecuada de los recursos hospitalarios por la población, hasta conseguir que la comunidad entera se interese por los problemas de sus Instituciones Sanitarias.

A su vez, el personal hospitalario que actúa en el medio suburbano debe tener una vía constante de comunicación con los Centros de ámbito superior más especializados, con objeto de que la referencia de enfermos a dichas Instituciones sea realizada de modo ordenado y solamente en aquellos casos que sean técnicamente tributarios de atenciones superiores. La participación periódica de este personal en las actividades docentes y de comunicación científica de los hospitales inmediatamente superiores es indispensable si se pretende de verdad una asistencia sanitaria auténticamente integrada a todos los niveles.

Los Centros Comarcales y Subcomarcales y el Hospital Local deben desarrollar en los medios rural y suburbano un programa coordinado de asistencia de urgencia.

La atención al núcleo familiar en situaciones de urgencia puede concebirse de dos modos: mediante un servicio de urgencia dotado de personal y medios propios, exclusivamente responsable de dicha atención en determinado horario nocturno y de días festivos o mediante la atribución de dicho cometido y responsabilidad a la propia Institución Hospitalaria Local, bien por sus propios médicos, bien vinculando a estos efectos a los médicos de familia de la población, pero siendo el hospital el que imparte la doctrina y las normas asistenciales de urgencia. Nos inclinamos más bien por esta última opción que supone mayores garantías asistenciales para el núcleo familiar y una mayor utilización de los recursos personales y materiales del hospital, evitándose hospitalizaciones innecesarias. De esa forma, además, el Hospital Local que constituye el centro nodal de la asistencia médica en estos niveles vincula y protege tanto a la población como al personal sanitario, que se sentirá vinculado institucionalmente y será consciente de que en su actuación profesional podrá contar

con todos los recursos de una verdadera comunidad asistencial.

V. 4. ESQUEMA DE ORGANIZACION DE LAS PRESTACIONES MEDICAS AL NUCLEO FAMILIAR EN EL MEDIO URBANO.

El núcleo urbano comprende dos tipos de entidades de población: las que podríamos calificar como capitales de las provincias o demarcaciones territoriales similares y las grandes aglomeraciones urbanas de rango metropolitano. En las primeras actúan hospitales de ámbito provincial o regional completamente dotados de todos los servicios y en las áreas metropolitanas actuarían complejos sanitarios de instituciones hospitalarias especializadas en la asistencia infantil, maternal, rehabilitadora y otras que pueden concebirse.

En cualquier caso, en el medio urbano podríamos decir que coexisten aspectos e instituciones propias de los niveles rural y suburbano antes consignado. En efecto, la atención inmediata al núcleo familiar ha de ser realizada por Médicos de Familia y Pediatras de Zona a domicilio y en instituciones primarias próximas a los lugares de residencia de los beneficiarios de la asistencia. Conviene que el primer contacto del enfermo con su médico -aparte del requerimiento domiciliario- lo sea en una institución de dimensiones reducidas, donde solamente actúen los médicos de acción más inmediata a las necesidades médicas familiares, que permitan al médico un mayor tiempo de dedicación y una mayor serenidad en su actuación, sin los agobios de una masificación para conseguir la mayor y mejor personalización de los enfermos. La segunda instancia institucional ha de ser un centro especializado de consultas externas capaz de hacer una labor diagnóstica precisa y de realizar tratamientos que no requieran necesariamente un internamiento hospitalario. Dichos Centros, que llamaremos ya de diagnóstico y tratamiento, constituyen el verdadero núcleo central de la asistencia en el medio urbano y deben estar conectados hacia la base con los consultorios periféricos de la medicina familiar y hacia el vértice con los grandes centros hospitalarios.

Conviene describir detalladamente esos Centros Primarios de asistencia al núcleo familiar en el medio urbano, que denominamos Consultorios de Medicina General, Pediatría y Ayudantes Técnicos Sanitarios, y ello por la repercusión muy favorable que sin duda tiene su correcto funcionamiento en la atención al núcleo familiar en las grandes poblaciones.

Tales Consultorios cumplen la triple finalidad de acercar lo más posible la asistencia de primera línea a los beneficiarios, hacerla cada vez más humana y personalizada y descongestionar los Ambulatorios y Centros de Diagnóstico y Tratamiento.

Su objetivo fundamental es acercar los servicios básicos de Medicina de Familia, Pediatría de Zona y Practicantes a los lugares de residencia de la población, constituyéndose pequeñas áreas geográficas que atienden a dos condicionantes: facilidad de medios de comunicación y volumen de beneficiarios a asistir. Ello permite potenciar al máximo la figura del Médico de Familia y del Pediatra de Zona, consiguiendo a su vez perfeccionar la asistencia domiciliaria, más factible de realizar al ser el área geográfica del Consultorio y, por lo tanto, la de los facultativos que lo integran, de menor extensión.

La población calculada para cada uno de estos Consultorios es de 9.000 a 12.000 titulares del derecho a la asistencia.

Cada Consultorio debe contener:

- Dos consultas de Medicina de Familia.
- Una consulta de Pediatría de Zona.
- Una consulta especial, dotada de Rayos X.
- Una sala de Ayudantes Técnicos Sanitarios.
- Una sala de curas, para ser desarrollada como servicio de toma de muestras, auxiliar de los Servicios de Laboratorio del Ambulatorio matriz en que se halle instalado y para el ulterior desenvolvimiento de las atenciones de Medicina Preventiva.
- Vestuarios (para personal auxiliar y subalterno femenino y masculino y personal médico); aseos; almacén, con instalación para vertedero y material de limpieza; y amplias esperas, distribuidas conforme a las disponibilidades del local y procurando que no sean comunes, sino que se encuentren independizadas, fundamentalmente las de Pediatría, diferenciándose, incluso, en su decoración.

Los Consultorios se instalarán en locales que tengan, como mínimo, 400 metros cuadrados, hasta un máximo de 600 y procurando que las salas de consulta sean exteriores.

Cada consulta dispondrá de una superficie (a título de orientación), de 18 metros cuadrados; la sala de curas, de 20; la sala de Ayudantes Técnicos Sanitarios, de 16 metros.

Las áreas de espera se proyectarán con la mayor extensión posible, estimándose necesarios, como mínimo, dos metros cuadrados por persona que acuda a la consulta.

El Consultorio debe constituirse en cuatro zonas fundamentales.

En la primera, la puerta de entrada estará dotada de cortavientos. De forma inmediata estará situado el Servicio de Información y la Enfermera Adjunta, que integran una sola unidad operativa.

El Servicio de Información, sin ventanillas ni mamparas, dispondrá de dos mesitas con dos sillas para las Auxiliares de Asistencia, y otras dos sillas para las personas que requieran la información. Inmediatamente detrás de estas mesitas, se colocará una mesa mayor que las anteriores, para la Enfermera Adjunta, con un armario-vitrina para documentación, una mesita auxiliar para megafonía, una mesa con máquina de escribir y una silla para la persona que requiera la información. La Enfermera Adjunta tendrá una cierta separación, mediante biombo, de las Auxiliares de Asistencia, pero deberá poder controlar perfectamente la entrada y el orden del público en general y las diferentes zonas del Consultorio.

Segunda zona. A la derecha o izquierda de la puerta de entrada estará situada la sala de curas, para atención de heridos o accidentados de cualquier tipo. Inmediatamente después de dicha sala estará situada la de Ayudantes Técnicos Sanitarios, precedida de una sala de espera más pequeña que la de Medicina de Familia o Pediatría.

Después existirá una zona perfectamente diferenciada, que será destinada a la Consulta y sala de espera de Pediatría y estará totalmente independizada de la de Medicina General, constituyendo la zona tercera. Estará dotada, además, de aseos especiales para niños.

La cuarta zona estará destinada a Medicina de Familia con dos consultas, que funcionarán paralelamente y con salas de espera independizadas para una y otra.

Existirá otra consulta, de reserva, en la cual se instalará un aparato de Rayos X. en donde el Médico Inspector o Controlador realizará sus funciones específicas. En ella, en caso necesario, podrá acabar la atención al público del facultativo que no haya terminado en su propio local, en el horario normal y haya de abandonarlo para que empiece, puntualmente, el siguiente facultativo que ha de utilizarlo.

El personal de cada Consultorio es el siguiente:

- Doce facultativos de Medicina de Familia.
- Cuatro Pediatras de Zona.
- Seis Ayudantes Técnicos Sanitarios.
- Dos Enfermeras Adjuntas.
- Seis Enfermeras Asistenciales.
- Cuatro Auxiliares de Asistencia.
- Dos Celadores o Subalternos.

El Servicio de Información del Consultorio recogerá y tramitará, haciéndolos constar en el correspondiente libro-registro, los avisos que para asistencia domiciliaria -tanto de forma personal, como telefonicamente- puedan ser solicitados por los beneficiarios de la Seguridad Social.

Si el aviso se estima que es de urgencia vital, por la Enfermera Adjunta se requerirá que se cumplimente el mismo, a través de los Servicios Permanentes de Urgencia.

El número de orden para las Consultas se facilitará, previa presentación de la documentación correspondiente, des de media hora antes de empezar la visita interesada hasta una hora después de iniciada. Se utilizará un talonario numerado, distinto para cada facultativo, dando al interesado la fracción de la derecha y anotando en la de la izquierda el apellido del paciente, para que éste pueda ser llamado por la Enfermera de cada Consulta, en vez de hacerlo por el número.

La creación de estos Centros ha favorecido el control del absentismo laboral y el control de la prescripción farmacéutica de los facultativos adscritos al Consultorio.

El Servicio de Información atenderá cuantas reclamaciones o sugerencias se formulen por la población protegida por la Seguridad Social adscrita a los Consultorios, en cuyo poder obrará el correspondiente Libro de Reclamaciones, y tendrá como objetivo principal el resolver de forma inmediata cuantas incidencias asistenciales pudieran producirse e, incluso, si lo estima necesario, recabando las instrucciones precisas -de forma telefóni-

ca- de las Autoridades de la Entidad gestora de la Seguridad Social.

A través del servicio de megafonía instalado en estos Centros y mediante cintas magnetofónicas impresas previamente y debidamente autorizadas por la Subdirección Médica, se impartirán por los altavoces instalados en las salas de espera, y de forma discontinua, consejos sobre educación sanitaria y de divulgación de derechos y deberes en la Seguridad Social, todo ello conducente a una mayor información y a facilitar la mayor armonía en la relación médico-enfermo.

Existe una rápida y eficaz coordinación entre los Consultorios y las Unidades Administrativas de la Entidad Gestora de la Seguridad Social, con el fin de facilitar al máximo el cumplimiento de todas las obligaciones y el ejercicio de todos los derechos por parte de las personas protegidas.

Todo el personal del Consultorio está debidamente instruido para evitar al público desplazamientos a otros Centros, cuando pueda facilitársele, directamente o a través de gestión telefónica, la información que sea requerida. De manera especial se cuidan las informaciones relativas al Ambulatorio de Especialidades del que sea tributario el respectivo Consultorio.

Para garantizar al máximo posible la efectividad del enlace, cada Consultorio dispone de dos líneas telefónicas directas, procurando que una de ellas no figure en el listín público, a fin de reservarla para ser utilizada exclusivamente por el personal facultativo y las autoridades de la Entidad Gestora de la Seguridad Social.

En los Consultorios pueden situarse, ya que hay una consulta de reserva, las especialidades de Obstetricia y Odontología, especialmente vinculadas al núcleo familiar.

Puede calcularse que el 85 % de los problemas asistenciales que se producen en el núcleo familiar se deben resolver en el medio urbano en los Consultorios antes estudiados por la primera línea facultativo-auxiliar de la atención médica. El 15 % de casos restantes requieren asistencia especializada de más alto nivel y se vehiculan hacia los siguientes Centros Sanitarios:

- Ambulatorios de Especialidades y Centros de Diagnóstico y Tratamiento.
- Residencias Sanitarias u Hospitales Provinciales.
- Ciudades Sanitarias u Hospitales Regionales.

- Centros Nacionales de alta especialización, polivalentes o monográficos.

También pueden acceder a estos Centros, pacientes procedentes del medio suburbano o semiurbano y rural, que requieran la resolución de matices diagnósticos o terapéuticos.

Es indispensable que los canales de comunicación entre estos distintos tipos de Instituciones se establezcan de modo preciso, de tal modo que no resulten extraños entre sí. Los Centros de Diagnóstico y Tratamiento, en cuanto deben de constituir en rigor, técnicamente, una unidad con los Centros Hospitalarios y, por otra parte, los Centros Periféricos, porque deben considerar a los Ambulatorios de Especialidades y a los Centros de Diagnóstico y Tratamiento como la instancia inmediata que puede resolver los problemas de los enfermos a ellos referidos y donde deben encontrar siempre la solución de sus problemas médicos, el perfeccionamiento continuo de su formación y la acogida de una verdadera comunidad profesional.

Es muy importante establecer de manera clara y rotunda los niveles técnico-asistenciales de cada tipo de Centro, para evitar que casos normales saturen la capacidad asistencial de determinadas Instituciones, por una parte, y que se retengan determinados procesos en Centros no adecuados, por otra. Los pacientes, por motivos científicos de corrección y eficacia asistencial y también por razones económicas de costes de sostenimiento, deben situarse en aquel nivel de atención que sea suficiente para resolver su problema clínico, sin pasar a otro nivel superior sino por causas médicas objetivas. De esta manera, se aplica el principio de la "continuidad de la asistencia", con la fluidez y agilidad debidas.

Como ejemplo gráfico de este escalonamiento funcional y orgánico de la asistencia, expondremos a continuación el esquema de WHITE, de la Universidad de Baltimore (U.S.A.):

- La Unidad Primaria de Atención Médica.

- 1 Asistente Social.
- 2 Técnicos en Laboratorio.
- 2 Secretarias.

1. Unidad Primaria de Atención Médica para Adultos.

- 2 Médicos Generales, Internistas.
- 1 Enfermera de Salud Pública.
- 1 Auxiliar Sanitaria.

2. Unidad Primaria de Atención Médica Obstétrica.

- 1 Obstetra.
- 2 Comadronas.

3. Unidad Primaria de Atención Pediátrica.

- 2 Pediatras Generales.
- 1 Enfermera de Salud Pública.
- 1 Auxiliar Sanitario.

Ambito de actuación: El barrio o la pequeña localidad rural.

La Unidad Secundaria de Atención Médica. Caracteriza a esta Unidad el servicio de Consultores y los Medios Diagnósticos para los Médicos de las Unidades Primaria y Secundaria. Debe organizarse principalmente para ayuda y soporte de los Médicos de las Unidades Primarias y de la comunidad adyacente.

1. Hospital Comunitario Rural.

Jefes de Servicio con plena dedicación)	Unidades Primarias
Facilidades diagnósticas.)	de Atención Médica.
Urgencias y Ambulancias)	

2. Hospital Comunitario Suburbano.

Jefes de Servicio con plena dedicación.)	Unidades Primarias
Facilidades diagnósticas.)	de Atención Médica.
Urgencias y Ambulancias.)	

3. Hospital Comunitario Urbano.

Jefes de Servicio con plena dedicación)	
Servicio de Consultores para diagnóstico))	
Director de Educación Sanitaria y Educa-)	
ción continuada.)	Unidades Primarias
Urgencias y Ambulancias.)	de Atención Médica.
Servicio de Revisión Médica Periódica)	
Facilidades diagnósticas:)	
Bioquímica, Bacteriología, Anatomía)	
patológica, Rayos X.)	

Ambito de actuación: Area local, capital de provincia o cabecera de comarca.

La Unidad Terciaria de Atención Médica. Es el Centro Médico de mayor jerarquía regional. A él acuden pacientes de los an-

teriores niveles. Es importante organizar debidamente las comunicaciones: ambulancias, minibuses, helicópteros, etc.

Centro Médico - Universidad:

Cuerpo Facultativo con plena dedicación.
 Servicios Superespecializados para la Región.
 Servicio de Consultores para Diagnóstico en el Área Local.
 Servicio de Revisión Médica Periódica para el Barrio.
 Unidad de Atención Médica Primaria para el Barrio.

Hospital Comunitario:

Unidades Primarias de Atención Médica.

Ámbito de actuación: La Región.

La asistencia de urgencia al medio familiar en los núcleos urbanos y grandes concentraciones de población puede concebirse de dos modos: como un servicio especial dotado de gran cantidad de medios personales y materiales, que actúa con independencia de los centros hospitalarios o como atribución y responsabilidad de los hospitales a los cuales se señala un ámbito sectorial de actuación. Estimamos que es más conveniente dicha última solución, utilizando personal asistencial de las propias instituciones hospitalarias que, de esta, y de otras maneras que pueden arbitrarse, extiende su acción al ambiente familiar. Los médicos de los Hospitales con conocimiento profundo de las técnicas y posibilidades hospitalarias pueden administrar con precisión la necesidad de internamiento y al mismo tiempo es altamente conveniente para su formación médico-social un conocimiento directo de la realidad familiar, social y comunitaria de la población que es tributaria de su hospital.

VI. CONCLUSIONES.

Si, como dice POULIZAC, la Seguridad Social tiene una doble finalidad: proteger al hombre contra los riesgos de incapacidad, que le ponen en condiciones de vida y de trabajo incompatibles con sus exigencias biológicas y promover al hombre cuya seguridad no depende solamente de una protección económica, sino también de sus propias capacidades de trabajo, de su calificación, de su educación sanitaria y social y de su nivel cultural, tendremos que admitir que la correcta, completa y eficaz atención

sanitaria al núcleo familiar es de trascendente importancia, ya que garantiza el equilibrio de la salud física y mental de la población.

En este sistema de atención sanitaria al núcleo familiar, que hemos analizado desde los puntos de vista organizativo, funcional, personal, material, operativo e institucional, creemos que ocupa un puesto preferencial el Médico de Familia con su equipo, que es el único que conoce el destino de sus enfermos, el que puede dar su verdadero sentido a las informaciones que le comunican, el que garantiza la individualidad de los tratamientos, su unidad y su coherencia, el que descubre los estados pre-morbosos que padecen, y el que los envía a los Centros especializados que les convienen.

Con esta base de síntesis, el sistema de prestaciones médicas al núcleo familiar debe tener en cuenta los principios siguientes:

a) Integración de la asistencia:

Frente a la incomunicación e independencia de actuación de Médicos de Familia y Especialistas y de ambos entre sí, debe planificarse una asistencia integrada, de tal modo que cada nivel asistencial asuma la responsabilidad que debe asumir y solamente recurra a otros niveles y servicios cuando el proceso de enfermedad concreto lo requiera. El principio de integración supone, además, la concepción del cuerpo médico como una verdadera comunidad asistencial, con vías y caminos claros de comunicación que supongan un perfeccionamiento continuo de su formación profesional y un incentivo vocacional permanente.

b) Jerarquización de la asistencia:

Frente a un concepto horizontal de los niveles de especialización y actuación profesional, un programa de cuidados médicos tal como lo hemos concebido, se propone la realización de una estructura asistencial jerarquizada, tanto desde el punto de vista personal como institucional. Personalmente, porque los servicios de las Instituciones deben ser jerarquizados en distintos niveles profesionales, de modo que aprovechen y utilicen al máximo las disponibilidades y condiciones de cada médico y de cada auxiliar, y, desde el punto de vista institucional, porque concebimos las distintas Instituciones con ámbitos de acción progresiva, con niveles de especialización perfectamente diferenciados y con equipamientos técnicos cada vez más extensos en función de las distintas atribuciones y responsabilidades asistenciales que les son encomendadas.

c) Distribución y utilización adecuada de recursos:

Siendo forzosamente limitados los recursos humanos y materiales, se impone en toda planificación una utilización adecuada de los mismos para obtener de ellos el doble objetivo de un máximo rendimiento y evitar la diseminación y disolución de los mismos con la repercusión económica que llevaría consigo. La utilización adecuada de los recursos es la consecuencia de o corolario obligado de los dos principios antes expuestos de integración y jerarquización.

d) Coordinación de Organismos e Instituciones:

La complejidad social e institucional de un Estado moderno obliga a la necesidad de coordinar las actuaciones de los diversos organismos, mentalizando a los actores de la asistencia a todos los niveles en este principio fundamental.

e) Personalización de la asistencia:

La integración de la asistencia, su jerarquización y la coordinación de actividades y competencias son indispensables para realizar una asistencia médica verdaderamente personal del enfermo. Constituyen condición necesaria en cuanto suponen orden y conocimiento claro de deberes y responsabilidades, pero no son en sí mismas condición suficiente para una asistencia verdaderamente humanizada, que sólo se logrará si, además, el personal sanitario, a sus distintos niveles, tiene una conciencia operante de que la eficacia técnica no basta y de que cada enfermo necesita una consideración personal de sus problemas y una atención singular a sus peculiaridades morales y afectivas.

Como dice muy bien LICINIO DE LA FUENTE, Ministro de Trabajo de España, la aplicación de un nuevo "humanismo social" al campo sanitario de la Seguridad Social es exigitivo, para integrar la salud y el bienestar en una verdadera "promoción humana".

Salud de la familia

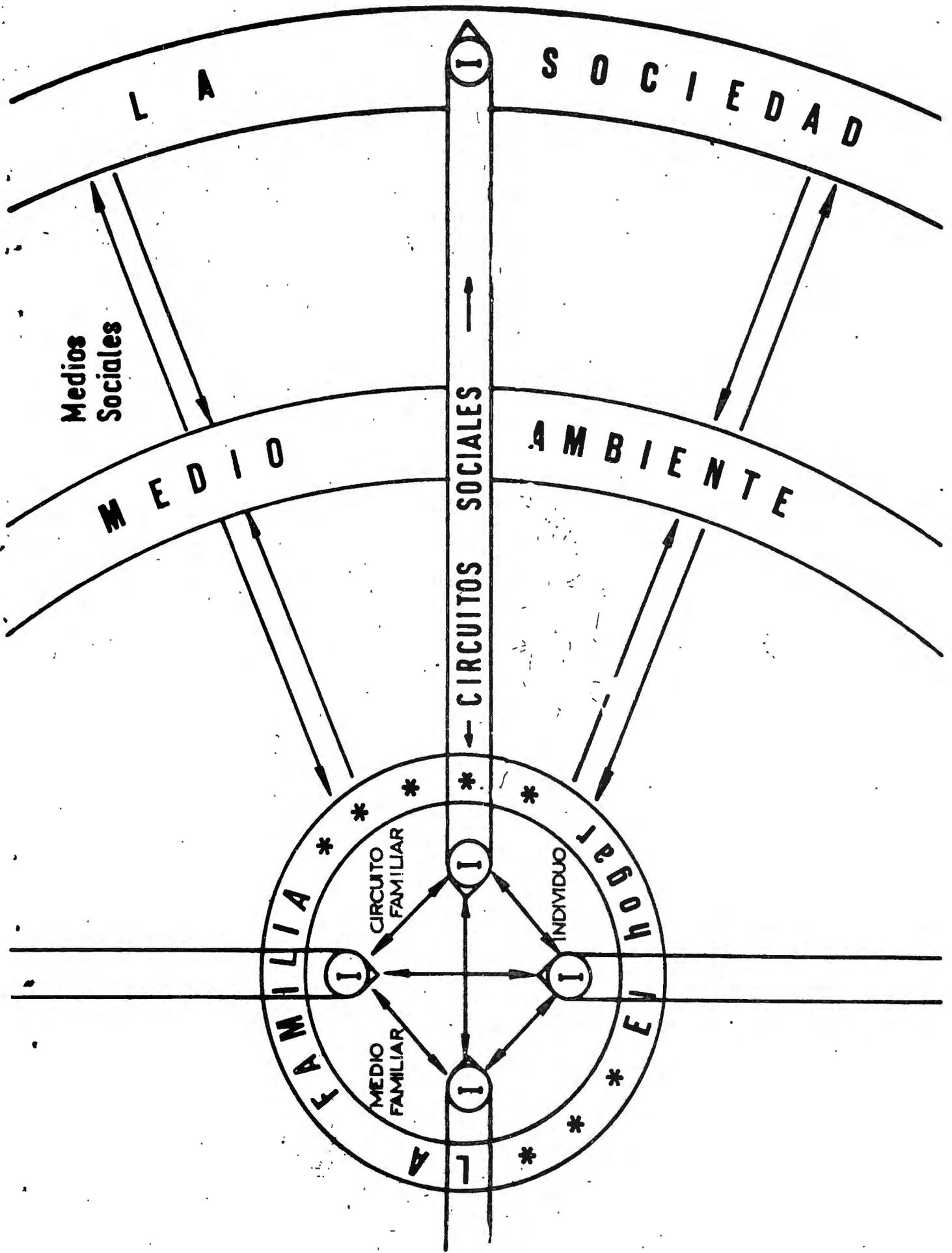


El grupo familiar :

**composición y constitución
genética
comportamiento (patente y
encubierto)
relaciones entre los miembros
de la familia**

El medio :

**social, cultural y
económico
físico y biológico**



NIVEL NACIONAL

NIVEL REGIONAL

NIVEL PROVINCIAL

NIVEL COMARCAL

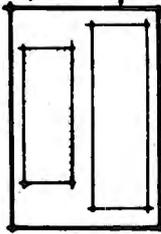
NIVEL SUBCOMARCAL

CONEXION DE LOS DIVERSOS NIVELES ASISTENCIALES

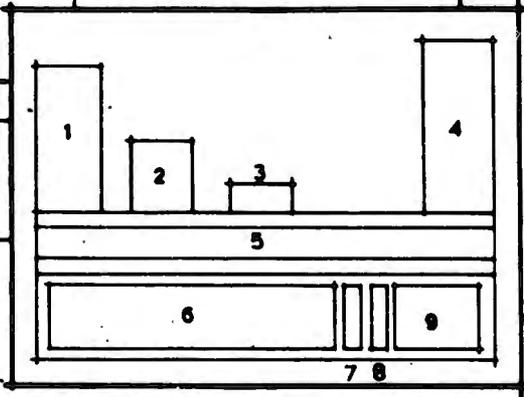
NUCLEOS DE POBLACION	CLASE DE POBLACION	% DE POBLACION Y DE EVOLUCION PREVISIBLE
NUCLEO CON HOSPITAL REGIONAL	URBANA Y METROPOLITANA	60 % ↓ 70 %
NUCLEO PROVINCIAL O EQUIVALENTE		
NUCLEO COMARCAL	SUBURBANA	20 %
NUCLEO SUBCOMARCAL	RURAL	20 % ↓ 10 %
NUCLEO RURAL		

**COORDINACION DE LAS DIVERSAS LINEAS ASISTENCIALES
A UN MISMO NIVEL.**

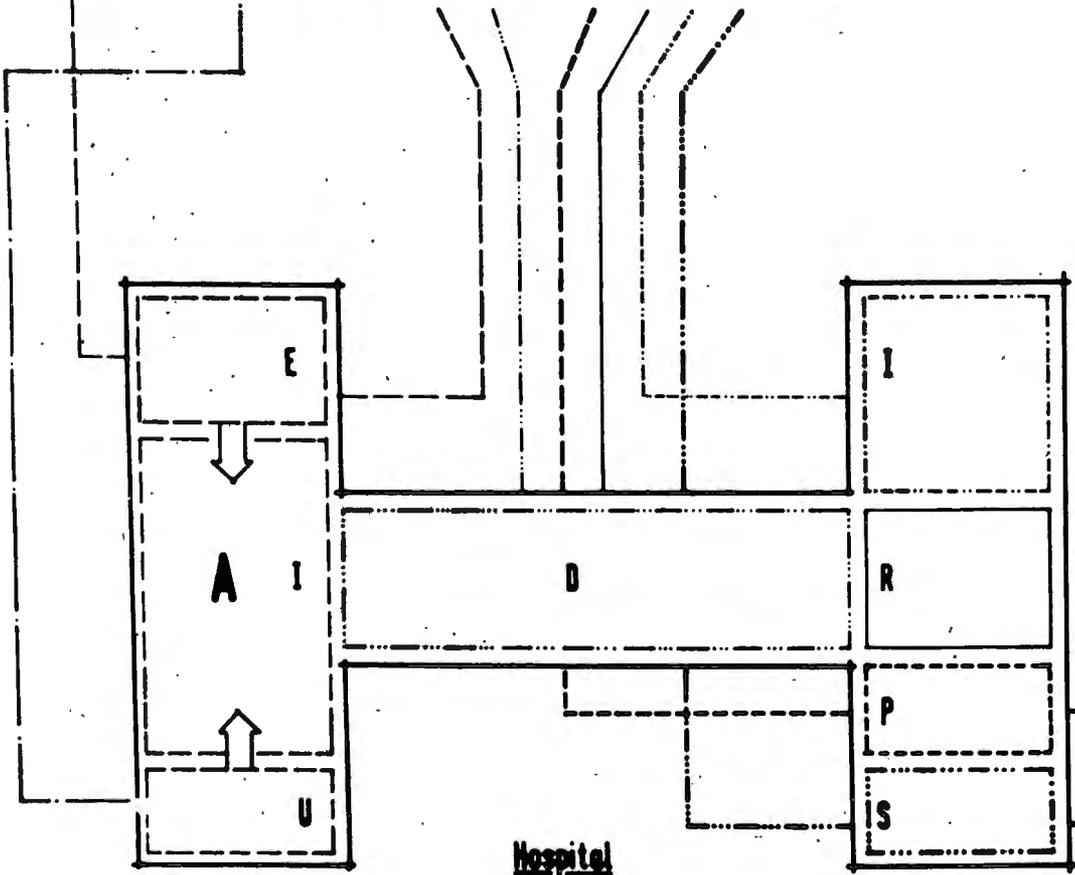
Domicilio



Ambulatorio



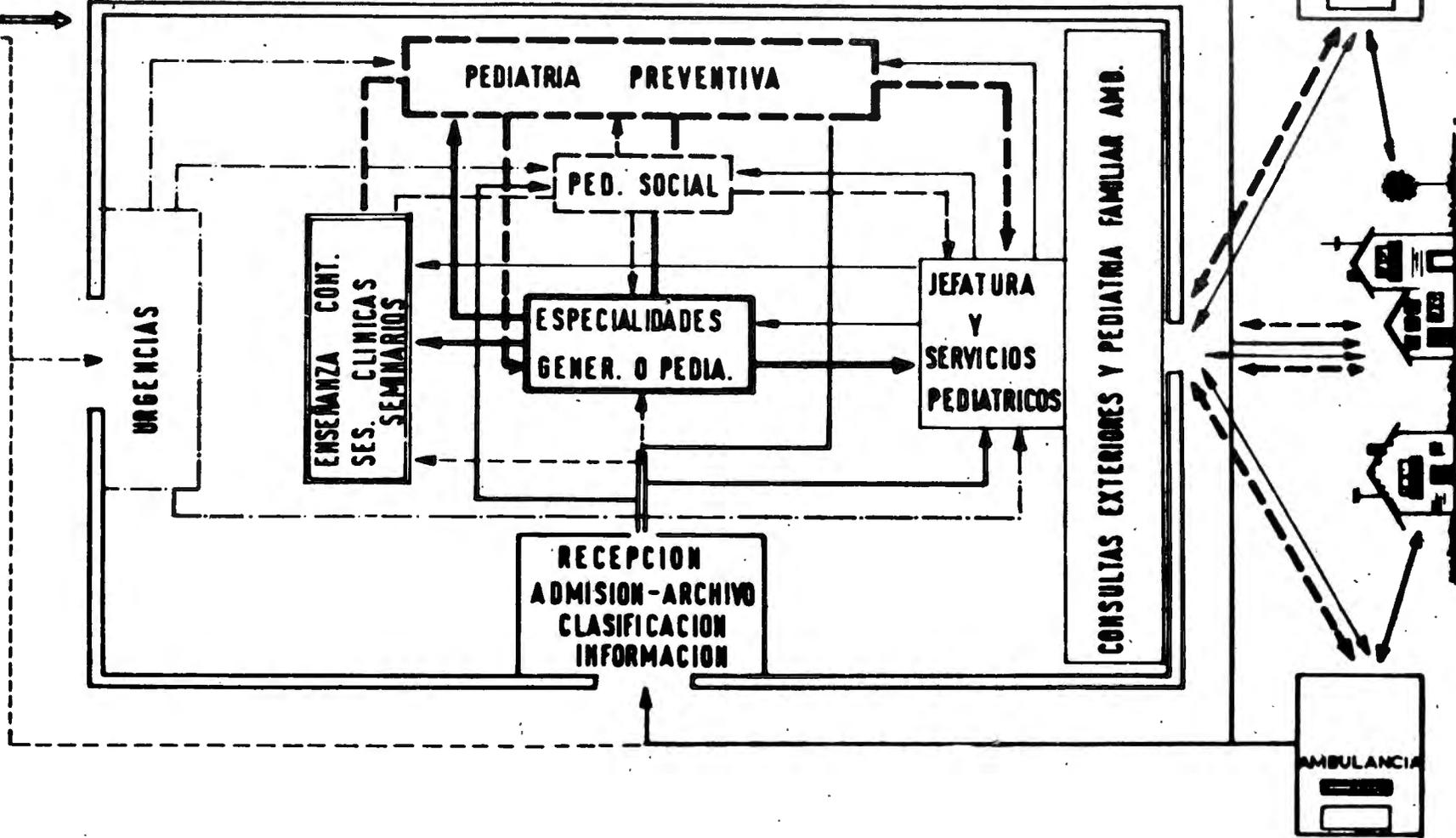
C.D.T.

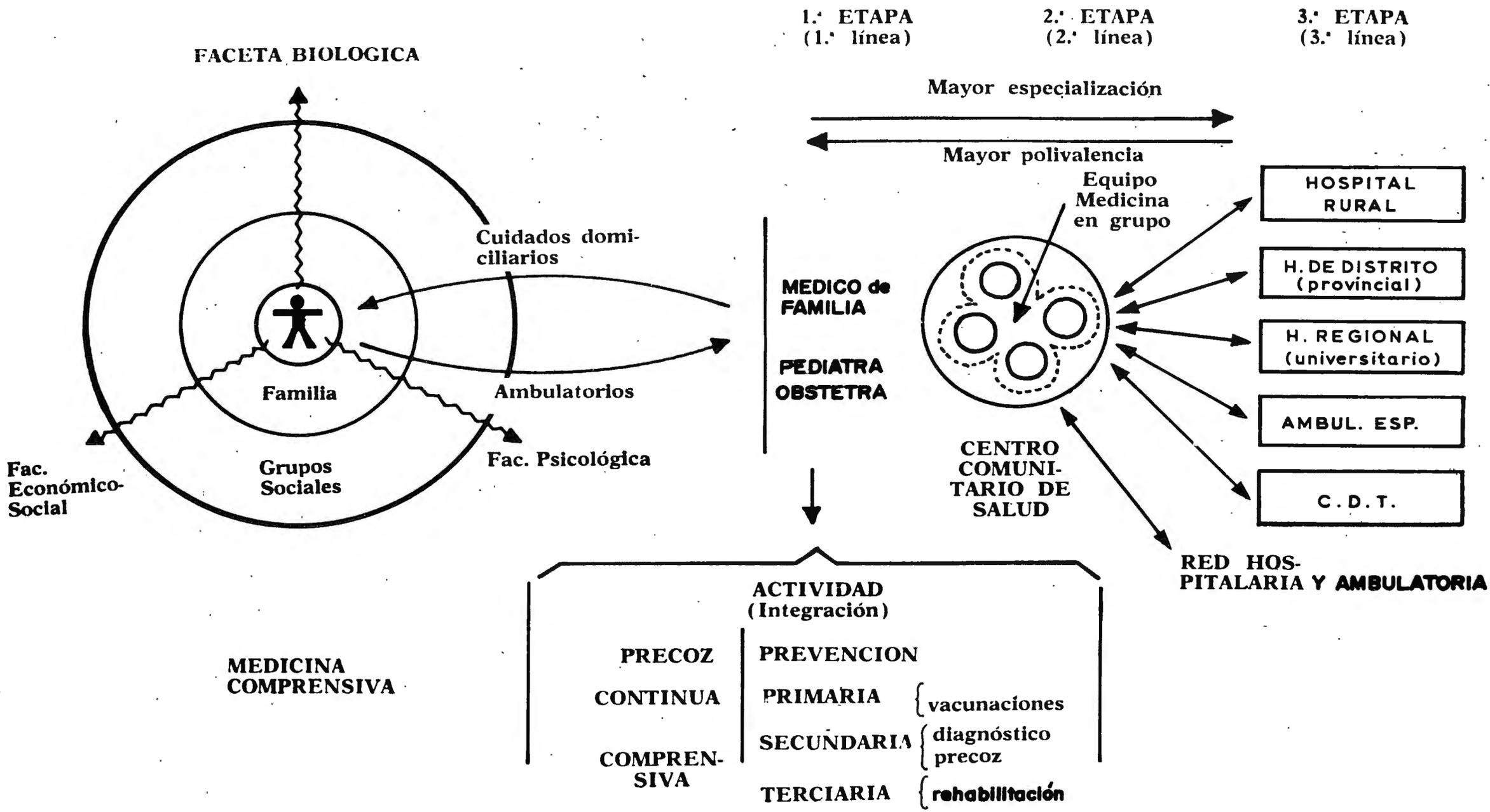


Hospital

CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
SECCION PEDIATRICA

RED HOSPITALARIA





PRESTACIONES MEDICAS AL NUCLEO FAMILIAR

