

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXX

EPOCA V

Núms. 129-130

TOMO 1

MAYO - AGOSTO

1981

MEXICO, D.F.

PUBLICACION BIMESTRAL DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO
DE SEGURIDAD SOCIAL

ORGANO DE DIFUSION DEL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS
DE SEGURIDAD SOCIAL

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.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	7
VII CONGRESO AMERICANO DE MEDICINA DE LA SEGURIDAD SOCIAL	9
— TEMA CENTRAL	11
— AUTORIDADES	13
— PROGRAMA DE ACTIVIDADES REALIZADAS	21
— CRONICA DEL CONGRESO	31
. REUNION PREPARATORIA	31
. CEREMONIA INAUGURAL	33
. PARTICIPANTES	38
. SESIONES DE TRABAJO	39
. INFORME FINAL Y CONCLUSIONES	39
. CEREMONIA DE CLAUSURA	54
— DOCUMENTOS PRESENTADOS CLASIFICADOS POR TEMA	58
— NOMINA DE PARTICIPANTES	65
— X REUNION DE LA COMISION AMERICANA MEDICO SOCIAL	73
PONENCIAS	79
— CARACTERISTICAS DE LOS CUADROS BASICOS EN LOS NIVELES DE ATENCION MEDICA	81
Documento preparado por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social	
— NIVELES DE ATENCION Y CUADROS BASICOS COMO ELEMENTOS DE RACIONALIZACION EN LA ADMINISTRACION DE SERVICIOS MEDICOS	111
Documento preparado por la Comisión Americana Médico Social	
— NIVELES DE ATENCION Y DETERMINACION DE CUADROS BASICOS: ENFOQUES DE RACIONALIZACION DEL COSTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	127
Documento preparado por la Organización Panamericana de la Salud	
— PRINCIPALES ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE LAS PRESTACIONES MEDICAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL	163
Documento preparado por la Organización de los Estados Americanos	

**VII CONGRESO AMERICANO DE MEDICINA
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
PONENCIAS**

En este Tomo I se publican
las ponencias presentadas
en la primera y en la se-
gunda sesiones plenarias.

**CARACTERISTICAS DE LOS CUADROS BASICOS
EN LOS NIVELES DE ATENCION MEDICA**

ORGANIZACION IBEROAMERICANA
DE SEGURIDAD SOCIAL

Dr. Carlos Mestre Rossi
Dr. José Luis de la Rosa Rodríguez

La Seguridad Social ha supuesto uno de los mayores logros alcanzados por la Humanidad y la completa doctrina que se ha desarrollado es de imprescindible presencia en cualquier programa de Gobierno, ya que representa el máximo exponente de la solidaridad entre todos los grupos sociales y constituye uno de los factores de consolidación del equilibrio social.

La universalidad de estos conceptos ha quedado consagrada en numerosas ocasiones, considerándose oportuno destacar aquí dos documentos solemnes, en los que las Comunidades que nos reunimos en este Congreso han tenido una principal y singularísima participación.

El primero de ellos está representado por la Declaración Iberoamericana de Seguridad Social, aprobado en el V Congreso Iberoamericano de Seguridad Social, celebrado en la Ciudad de Buenos Aires, los días 24 a 29 de abril de 1972 y que entre nosotros solemos llamar fraternalmente "Declaración de Buenos Aires".

Afirma esta declaración que el Hombre, por el solo hecho de su condición, tiene el Derecho de Seguridad Social, concebido como la cobertura integral de sus contingencias y la garantía de los medios para el desarrollo pleno de su personalidad y su integración permanente en la comunidad. De conformidad con esta Declaración deben compatibilizarse los fines y los medios de las políticas económicas y sociales mediante una planificación conjunta dirigida fundamentalmente a promover el bienestar.

Esta Declaración de Buenos Aires ha representado uno de los más sólidos cuerpos de doctrina que debe impregnar toda acción y todo desarrollo legislativo en el campo de la Seguridad Social.

El segundo Documento solemne al que deseamos referirnos, es la "Carta Social Europea", aprobada en Turín, el 18 de octubre de 1961, por los Gobiernos miembros del Consejo de Europa y ratificada por numerosos países, entre ellos el Estado Español, el 29 de abril de 1980. Posteriormente, en 1977, se redactó el Código de Seguridad Social, denominado "Código de Lovaina".

En esta Carta se reconoce también el derecho a la Seguridad Social de toda la población, sin discriminaciones por motivos de raza, sexo, religión, opinión política u origen social, incluyéndose entre los derechos reconocidos el de la seguridad e higiene en el trabajo, la protección de la salud y la asistencia social y médica. Para el logro del objetivo de la protección a la salud, los países firmantes de la Carta se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, las medidas adecuadas para alcanzarlos.

En forma concordante con estos criterios, todo Estado moderno reconoce a sus ciudadanos los derechos a la defensa y promoción de la salud y al disfrute de los beneficios que una Seguridad Social adecuadamente desarrollada pueda proporcionarles y en este aspecto creemos que existe una evidente unanimidad entre todos los países.

En lo que ya no existe unanimidad es en la organización de los dispositivos y sistemas que se han instrumentado para su realización práctica. Los criterios políticos, los conceptos sociales, la cultura, la educación cívica de la población y las posibilidades económicas de cada país, han condicionado estos aspectos, por lo que las soluciones que se han desarrollado en los diferentes países son muy variables.

Limitándonos al campo médico, podemos resumir que las diversas modalidades de organización utilizadas en la práctica siguen dos modelos básicos:

1. Las prestaciones de Salud y las de atención Médica están integradas en un mismo sistema y dependen de un mismo orden Institucional.

2. Las prestaciones de Salud y las de atención Médica dependen de dispositivos y de instituciones distintos.

Podríamos añadir un matiz más que puede coexistir con los dos modelos antes señalados y es que las prestaciones incluidas en ambos sectores pueden estar gestionadas por una sola organización o por dos o más dispositivos de gestión diferentes.

Resulta, a nuestro juicio, muy aleccionador, la circunstancia repetidamente constatada, de que fenómenos sociológicos similares han motivado una respuesta distinta, pero notablemente congruente, en los campos inicialmente separados de la Sanidad y de las prestaciones de atención Médica de la Seguridad Social.

No es el momento de hacer el análisis histórico de las causas que motivaron esta realidad, y cuyo estudio, diferente en cada país, nos apartaría del objetivo concreto de esta Ponencia. Pero no deberíamos ignorar al desarrollar las características de los cuadros básicos de atención médica, que ésta se encuentra directamente influida por la estructura demográfica y social del colectivo que deba atender.

La rápida evolución de la sociedad, el desarrollo del urbanismo, el incremento de los transportes, la industrialización y el mantenimiento del medio rural en una evolución frecuentemente muy distante de la del medio urbano, ha originado que la ordenación de la atención médica en ambos medios sea muy diferente.

También son diferentes (al menos lo han sido hasta ahora) los dispositivos asistenciales destinados a la asistencia al enfermo y a la promoción de la salud.

El concepto primitivo de Higiene, la Higiene hipocrática, se concebía solamente en su aspecto individual representado por el arte mediante el cual cada individuo aisladamente pretendía conservar la salud. Ya en el siglo XVIII este concepto no era válido y se amplió introduciendo la Higiene Pública, que comprendía la parte de la Medicina que trata de la conservación individual y colectiva de la salud, estudiando los medios y los procedimientos para evitar las enfermedades y mejorar las condiciones del medio ambiente.

Convendría dejar definidos conceptualmente dos términos comúnmente utilizados en el lenguaje científico que a veces se emplean como sinónimos y que realmente tienen un significado propio.

Sanidad (dejando aparte la acepción común de que sanidad es la calidad de que un hecho es sano o agradable) es el conjunto de servicios gubernativos, ordenados para preservar la salud del común de los habitantes de una nación. La Higiene es una ciencia y una fuente de conocimientos, no un dispositivo legal. La Sanidad, como dispositivo orgánico, administrativo y ejecutivo a la vez, permite instrumentar la preservación de la salud individual y colectiva, financiándose de los presupuestos generales del Estado.

En muchos países la Seguridad Social ha participado, aunque fuera parcialmente, en la consecución de los objetivos sanitarios. La Seguridad Social, como organización político-social enmarcada en la planificación de la acción del Estado, garantiza, promueve y gestiona el ejercicio del derecho de las personas protegidas frente a contingencias adversas de tipo médico, sociológico o demográfico, asegurando la subsistencia, así como la salud personal y familiar. Para obtener estos beneficios, la financiación

adopta frecuentemente el sistema económico de reparto, recibiendo aportaciones del Estado, siendo fundamentales las aportaciones de trabajadores y de empresarios.

La Seguridad Social protege frente a determinados riesgos, no limitando actualmente su campo protector a la siniestralidad clásica, sino que amplía su actuación a un ámbito notablemente mayor, especialmente ampliado en estos últimos tiempos al campo sanitario.

La cobertura económica de la siniestralidad se realiza a través de un régimen de pensiones y subsidios. La cobertura de la salud se ejerce mediante un dispositivo de asistencia médica, gestionado directamente por la Seguridad Social y ha sido, precisamente en el campo de la asistencia social y de las prestaciones sanitarias, en el que mayor ampliación ha tenido en los últimos años el campo de acción de la Seguridad Social.

De la simple asistencia por el Médico General o de Cabecera, que realmente pretendía imitar la tradicional asistencia de la medicina privada, se pasó a la asistencia especializada en Policlínicas, a la medicina hospitalaria de más alta cualificación, a la medicina rehabilitadora y últimamente, en los sistemas más desarrollados, a la medicina preventiva y a la medicina comunitaria.

Importantes han sido también las aportaciones que la Seguridad Social ha realizado en el campo de la formación de personal, en la educación sanitaria de la población, en la investigación biomédica y en el desarrollo de una medicina integrada, temas reservados tradicionalmente a otros aspectos de la acción del Estado.

Debemos resaltar que la acción asistencial de la Seguridad Social, inicialmente establecida para asegurar al trabajador una situación de salud física que le permitiera mantener su capacidad de ganancia, ha evolucionado de una forma muy notable hacia una concepción mucho más sociológica y humana, admitiendo que la promoción y la conservación de la salud del trabajador y de sus familiares, no se fundamenta únicamente en que mantengan sus posibilidades de realización de un trabajo útil a la Sociedad, sino que además de esta resultante en sí misma beneficiosa, la promoción y la conservación de la salud se derivan de un derecho directo de toda persona a disfrutar de un buen estado de bienestar físico y mental, con independencia de su cualificación laboral y del puesto que pueda ocupar en la sociedad.

Hemos ido observando cómo, desde orígenes distintos y con motivaciones inicialmente diferentes, la asistencia sanitaria de la Seguridad Social ha evolucionado de forma que permite considerar en sus objetivos, no solamente la medicina asistencial, sino también la rehabilitadora, la medicina preventiva y comunitaria, e incluir entre sus prestaciones la docencia de pre y postgrado, la especialización, la formación continuada y la educación sanitaria de la población.

Esta evolución conceptual necesariamente habría de condicionar la estructura y características del equipo médico y sanitario que desarrolle una asistencia tan compleja, que deberá ser obligadamente distinta según la extensión de la asistencia, la estructura político-económica del entorno social y el sistema administrativo al que se adapte el dispositivo asistencial que se considere.

No es unánime la aceptación de este esquema asistencial en las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social, existiendo criterios (plenamente válidos a nuestro juicio) que estiman que la extensión al campo de la Salud Pública de las prestaciones de atención médica de la Seguridad Social

se aparta notablemente de sus fines iniciales, que siguen siendo válidos, y que esta tendencia contribuiría a hacer muy compleja la estructura de los Servicios Sanitarios, a incrementar muy considerablemente los presupuestos, a dificultar la implantación de técnicas correctas y eficaces de gestión económica y de personal, al mismo tiempo que se podría considerar que con este criterio extensivo la Seguridad Social rebasaría su propio campo de acción, invadiendo claramente competencias que algunas doctrinas políticas atribuyen indudablemente al propio Estado.

El desarrollo de la llamada asistencia sanitaria integrada, que a grandes rasgos comprende el amplio campo antes enunciado, es propio de la ideología del Servicio Nacional de Salud, plenamente desarrollado en lo que respecta a la Asistencia Primaria en la Conferencia Internacional celebrada en Alma-Ata (Rusia) del 6 al 12 de septiembre de 1978, pero algunas concepciones mantienen el criterio de que la Salud Pública no es un campo que deba atender la Seguridad Social, que debería aportar a la comunidad principalmente la atención médica, colaborando a través de estas prestaciones con la Salud Pública, la Investigación Biomédica y Sanitaria y la Formación de Personal, pero no asumiendo directamente estas funciones que deberían reservarse al Estado.

Los Ponentes, sin pronunciarse en concreto sobre ninguna de las diversas alternativas conceptuales existentes, se limitan a recoger las precedentes observaciones, incluyendo en el desarrollo de esta Ponencia los diferentes aspectos estructurales de los Cuadros Básicos asistenciales, contemplados en el amplio esquema de la atención médica integrada, con objeto de que no quede fuera de nuestra exposición ninguno de los aspectos técnicos que puedan resultar interesantes para un conocimiento completo de la estructura organizativa.

Expuestos estos condicionantes, que introducen un elevado número de variables en la organización de la asistencia sanitaria, trataremos de sistematizar los niveles de atención médica y las características de sus Cuadros Básicos.

Como consideración previa para poder establecer una adecuada ordenación de la atención médica, estimamos imprescindible analizar una serie de datos cuyo conocimiento resulta de todo punto necesario para el planificador sanitario.

En primer lugar han de conocerse las características del territorio geográfico donde va a desarrollarse el dispositivo asistencial, evaluándose las cifras totales y relativas de población, el carácter predominantemente rural o urbano de la zona, la dispersión o agregación de los núcleos demográficos, las características socioeconómicas y las laborales, los factores climáticos estacionales, las vías de comunicación y los medios de transporte.

Se realizará un inventario completo de las Instituciones Médicas de todo tipo que existan en el área, anotando la dependencia patrimonial de cada una, las camas hospitalarias totales existentes, las características de cada Centro y su equipamiento. Se analizarán los recursos de personal médico y paramédico, de enfermería y auxiliares que pueda existir en la zona o que presumiblemente pudiera aceptar su traslado a la misma.

Igualmente han de valorarse las necesidades de atención médica y de salud del área, basándose principalmente en la experiencia que ya pudiera existir y en el análisis cuidadoso del estado de salud de la población evaluado a través del estudio de los indicadores sanitarios, de los antecedentes epidemiológicos y de la estructura de la población.

Seguidamente se fijarán los objetivos que se propone alcanzar, para finalmente evaluar la estructura de los Centros asistenciales y de los cuadros de atención médica estimados como necesarios para el logro de los objetivos deseados, que en nuestro caso debe ser el de la ordenación adecuada de los recursos materiales y personales, que permita absorber la demanda asistencial con la máxima rentabilidad y adecuación de la proporción costo-eficacia, permitiendo un fácil acceso de la población asistida al dispositivo de atención médica, garantizando las mismas posibilidades de lograrlo a todos los estratos que componen la población del área.

Las características del medio rural son distintas a las del medio urbano y este diferente condicionamiento debe reflejarse en la estructura del equipo de atención médica.

Es muy difícil definir el medio rural, por cuanto que las características geográficas y demográficas de los distintos países son notablemente diferentes. En general, se considera medio rural a las zonas deshabitadas o habitadas por escaso número de personas, en las que predomina la dispersión de la población, aunque puedan existir núcleos demográficos pequeños, oscilando la densidad de la población entre 10 y 20 habitantes por kilómetro cuadrado. Estos núcleos de concentración no suelen rebasar el 50% de la población total del área. Las actividades dominantes de la población rural consisten en los cometidos derivados de las explotaciones agrícolas o forestales, el cuidado del ganado, la caza y, en ocasiones, explotaciones mineras, desarrollándose escasas actividades mercantiles, generalmente derivadas de las dedicaciones anteriormente citadas. El medio rural se caracteriza igualmente por las escasas inversiones públicas y privadas y el desarrollo deficiente de la infraestructura sanitaria.

Durante muchos siglos la Humanidad vivió en íntimo contacto con el medio ambiente, incorporada a las peculiaridades del sistema ecológico en que vivía. Estas circunstancias se han mantenido en el medio rural, mientras que al irse desarrollando las ciudades fue apareciendo un nuevo medio ambiente, el urbano. Las ciudades se constituyeron inicialmente como medio de defensa de una comunidad y como instrumento de dominio y de control de las vías de comunicación.

Más tarde, la aparición del intercambio comercial y de la actividad artesana introdujeron un nuevo factor de impulso del desarrollo de las ciudades, que se fueron convirtiendo en núcleo de atracción demográfica que supuso un nuevo estímulo para su crecimiento hasta llegar a las grandes urbes de nuestros días.

La patología rural suele describirse como derivada del contacto directo con el medio ambiente, con el suelo, con los animales que componen la cabaña, circunstancias que se ven aún más condicionadas por el deficiente saneamiento del medio y por una casi generalizada inadecuada alimentación, especialmente por carencia de proteínas. Serían las enfermedades parasitarias, las transmisibles de hombre a hombre y las zoonosis, las que, en unión de las enfermedades carenciales y las puramente profesionales derivadas de la actividad laboral agrícola y ganadera, las que condicionarían el perfil fundamental de la patología rural.

En las ciudades, a una gran parte de estos mismos factores, más o menos presentes según el tamaño y estructura de la urbe, se añadirían los derivados del propio dinamismo de la actividad urbana: la permanente comunicación de unas personas con otras, tanto en el ambiente de trabajo, como en los medios colectivos de transporte y de esparcimiento; la contaminación ambiental derivada de la industrialización y de la eliminación

de excretas y basuras; la división del trabajo a que obligan las diferentes actividades sociales y profesionales; el hacinamiento, principalmente en los suburbios y en las barriadas de menos nivel de vida; la deficiente alimentación de algunos de estos sectores, agravados por el desempleo y el descenso del poder adquisitivo de la población en las épocas de depresión económica; la tensión derivada de la vida competitiva y en continua lucha por la supervivencia y por el ascenso a estratos sociales más elevados. Todos estos factores, que nos limitamos a ennumerar, dieron origen a la patología propia del medio urbano, en la que junto a los elementos más o menos patentes de los del medio rural, aparecen incrementados los procesos degenerativos, los accidentes cardiovasculares, el stress y cuadros depresivos y psicosomáticos y, en asociación con la prolongación de la duración de la vida media, las neoplasias.

Establecida una diferenciación en cuanto a la atención médica entre el medio rural y el medio urbano, deberemos plantearnos el análisis de los "niveles de atención médica", para dar cumplimiento al enunciado de esta Ponencia.

Enjuiciando con carácter crítico la estructuración de la atención médica en la mayoría de los países, podremos deducir que en todos ellos hay dos niveles de atención médica perfectamente diferenciados: la atención primaria y la hospitalaria.

Las relaciones entre estos dos niveles y la posibilidad de que exista un dispositivo asistencial intermedio queda condicionado a las características de cada área, tanto desde el punto de vista de las necesidades sanitarias, como de los condicionantes geográficos y de posibilidades en recursos presupuestarios, personales e institucionales. En esta Ponencia nos referiremos fundamentalmente a los dos niveles admitidos: la asistencia primaria y la hospitalaria, considerándose en casos concretos la posibilidad de existencia de un dispositivo intermedio, que puede tener la consideración de excepcional o coyuntural, pero que no se incluye orgánicamente entre los otros dos niveles.

Expuestas las consideraciones previas anteriormente recogidas, estimamos que para abordar correctamente el análisis de la estructura de los cuadros básicos de atención médica, es necesario sistematizar la problemática general y particular que incide y condiciona la asistencia sanitaria de un área geográfica concreta. Para ello consideraremos sucesivamente los siguientes aspectos que nos conducirán a la formulación de las propuestas pertinentes:

- Delimitación de un área asistencial.
- Definición de las funciones de atención médica a desarrollar en el área, fijando los objetivos que deban ser alcanzados.
- Necesidades en recursos personales.
- Necesidades en recursos institucionales.
- Necesidades en recursos presupuestarios.
- Gobierno y dirección del área y evaluación de las funciones desarrolladas.

Para poder determinar las necesidades de la atención médica en un área geográfica concreta, especialmente si los cuadros básicos se han de estructurar en distintos niveles, se hace indispensable adoptar una serie de parámetros y de conceptos que permitan sistematizar el esquema organizativo y de facilitar su aplicación a un caso concreto que se someta a la consideración del planificador sanitario.

La totalidad del territorio que se considere se subdividirá en una serie de unidades territoriales que podrían denominarse genéricamente como "Áreas Sanitarias" o "Áreas de Atención Médica", que corresponderán al ámbito geográfico que permita ordenar la asistencia completa dentro de cada nivel, con excepción de los servicios de alta especialización o de elevada cualificación. Cada área debe permitir que la población residente en su demarcación tenga fácil acceso al dispositivo asistencial, especialmente a los niveles básicos de la atención médica.

Como ejemplo de una sistemática que se podría aportar en relación con la ordenación territorial de un área y sin pretender que la sistemática que se indica a continuación sea la más adecuada para todas las circunstancias y países, se podría citar la confección del Mapa Sanitario del Territorio Nacional que se está realizando en España y que pretende sistematizar la agrupación de los núcleos demográficos en áreas congruentes y coordinadas.

La normativa legal se basa en el Real Decreto 2.221/1978, de 25 de agosto y en las instrucciones que desarrollan este precepto legal. De conformidad con estas normas se han establecido las unidades territoriales mínimas o más elementales, denominadas Unidad Sanitaria Local, compuestas por conjuntos de poblaciones, agrupados o dispersos, que constituyen una verdadera unidad de territorio, atendiendo a las características sociopolíticas y a las vías de comunicación. Como entidad de población de estas unidades y con carácter meramente indicativo, se acordó cifrarla en unos 5,000-6,000 habitantes, si bien en cada caso concreto pueden admitirse amplias variaciones, atendidas las circunstancias específicas de las distintas áreas. Estas unidades pueden estar integradas por uno o varios municipios o por un distrito o barriada en los de mayor entidad de población, estableciéndose en todo caso la localidad o zona que ostentará la cabecera de la unidad que deberá recaer en la que posea una situación más estratégica y presente mejores vías de comunicación.

En general, es de desear que todos los núcleos de población se encuentren a no más de 20-30 minutos de tiempo del dispositivo asistencial establecido, considerándose la utilización por la población de los medios habituales de transporte que existan en la zona.

Los núcleos de población que no formen parte de la cabecera de la Unidad Sanitaria Local, se consideran como Distritos Rurales.

El personal sanitario encargado de la atención primaria puede residir en la localidad que constituya la cabecera de la Unidad, así como también en los Distritos Rurales, si bien en la cabecera se realizará realmente el trabajo en equipo.

En cada Distrito Rural, si hubiera entidad de población suficiente, estimada como norma de aproximación en unos 500-1,500 habitantes y, en todo caso en la cabecera de la Unidad, debería establecerse personal Médico, Farmacéutico y de Enfermería. Las funciones de Salud Pública se realizarían por el personal citado, al que debería agregarse, si se considera necesario, un Veterinario.

Como Instituciones Sanitarias podrían establecerse en la cabecera de la Unidad Sanitaria Local un Consultorio Local, disponiéndose de Consultorios Auxiliares en los Distritos Rurales.

Los núcleos de población más reducidos que estén incluidos en los Distritos Rurales (caseríos, granjas) podrán disponer de un Agente Comunitario de Salud.

La agrupación de las Unidades Sanitarias Locales que en su conjunto

constituyan otra unidad geofísica de mayor proporción, constituye la Subcomarca, entidad territorial que se tenderá a que oscile alrededor de 30,000 habitantes, pudiendo igualmente estar constituidas las Subcomarcas por una o por varias localidades que, en general, deberán quedar incluidas en un área de radio no superior a los 25-30 kilómetros, para que se mantenga la fácil accesibilidad de la población a los lugares donde se dispense la atención médica. Se admite naturalmente la gran variabilidad organizativa a que obligarían los distintos condicionamientos presentes en cada país. También se fijará en este caso la localidad que constituya la cabecera de la Subcomarca, atendiendo al núcleo de mayor densidad de población, situación geográfica adecuada y mejores vías y medios de comunicación. En esta localidad se establecerá un Centro de Asistencia (que podrá denominarse Consultorio o Centro de Salud Subcomarcal), en el que además del personal de atención médica que corresponda a las Unidades Sanitarias Locales, dispondrá de la asistencia especializada que se integre en la asistencia primaria, como Tocoginecología, Pedriatría y Odontología, que deberán tener residencia en la localidad. El Centro Asistencial dispondrá de locales e instalaciones adecuadas para que con la periodicidad que se establezca pasen consulta especialistas de Medicina Interna (que actuarán de Consultor de los Médicos de Familia), Traumatología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Radiología, Análisis Clínicos, Rehabilitación y Psiquiatría. Para las funciones de Salud Pública se establecerá al nivel de Subcomarca el Equipo de Salud, integrado por expertos en Sanidad, Facultativos Médicos, Farmacéuticos y Veterinarios, así como Asistentes Sociales, Enfermeras Sanitarias y Personal calificado en educación y propaganda sanitaria.

Las Subcomarcas que a su vez constituyen una Unidad Territorial natural, se agrupan en una circunscripción de mayor rango, denominada Comarca. En principio se adopta como cifra de población adecuada la de 100,000-150,000 habitantes, asumiendo la cabecera de la Comarca aquella localidad que reuniera las condiciones idóneas para ello en atención a los criterios ya expuestos para las Subcomarcas.

En la Comarca, además de la asistencia primaria que correspondiera a las unidades territoriales menores, la asistencia institucional sería realizada a través de un Hospital Comarcal, que asumiría asimismo la asistencia especializada indicada para los Centros Comarcales, siendo igualmente el núcleo básico del segundo nivel asistencial de la Comarca.

Las Unidades Territoriales de mayor entidad estarían constituidas por las Regiones Sanitarias, que integrarían un conjunto de población de alrededor de 1.500,000 habitantes, con un Hospital de ámbito regional en la localidad cabecera de la Región. Las regiones podrían coincidir con circunscripciones territoriales provinciales, agrupar varias provincias o, incluso limitarse a una zona de una provincia cuando éstas están especialmente pobladas.

La estructuración del medio urbano se puede hacer con criterios similares a los descritos precedentemente, que son de aplicación principal al medio rural. En la normativa en desarrollo es España, la unidad territorial equivalente a la Subcomarca se denomina Sector en las ciudades. El equivalente a la Comarca es el Distrito.

En todo caso, la enumeración de Centros Institucionales indicada anteriormente, debe entenderse como dispositivo mínimo, debiendo ser considerados todos los recursos existentes en cada área de forma coordinada.

El Gobierno de las áreas sanitarias debe ser realizado por el Director

del Area, función que recaerá en un profesional competente en administración sanitaria, dependiente de las autoridades sanitarias de superior rango y que no debería desarrollar funciones asistenciales clínicas. Llevaría la dirección de la Institución de Salud principal del área y coordinaría el funcionamiento armónico de las restantes Instituciones y Servicios. A nivel de cada subunidad se establecerían los jefes locales correspondientes.

Como órgano de asesoramiento y decisión colegiado, existiría una Junta de Gobierno, que aunque puede tener una composición muy variada según los criterios estructurales que se adopten, se compondría básicamente por los representantes del personal sanitario, de las autoridades locales y de la población representativa del área correspondiente.

Fijadas las líneas generales de la geografía sanitaria, deberíamos analizar con carácter previo al establecimiento de las características de los cuadros básicos de atención médica, las funciones que deben ser desarrolladas en los distintos niveles.

A este respecto, nuevamente nos planteamos la alternativa de si la Seguridad Social debe incluir entre sus cometidos las funciones de Salud Pública. Los Ponentes insisten en que no se pronuncian sobre una actitud determinada o concreta, ya que la elección del modelo asistencial en la esfera de la Seguridad Social depende de muchos factores, variables según los países y la estructura sociopolítica de cada uno, entre ellos la agregación o dispersión de la población, el grado de desarrollo, la existencia de una adecuada infraestructura sanitaria, la cultura y responsabilidad cívica y la existencia o no de recursos suficientes para abordar la creación y mantenimiento de un dispositivo asistencial bien desarrollado y que pueda abarcar las amplias funciones que en caso de incluir todas las prestaciones de salud necesitaría realizar.

Desde la concepción tradicional del acto médico concebido como la relación directa de la persona que se siente enferma con el médico elegido o asignado, desarrollada a través de una entrevista, de la que se deriva un juicio diagnóstico y una indicación terapéutica, hasta la concepción actual, propugnada por la Organización Mundial de la Salud, en la que el enfermo y el sano son los usuarios de un sistema de promoción de salud, en el que debe establecerse como principio fundamental una estrecha colaboración entre la población y el equipo multidisciplinario de salud, con participación responsable de todos, existe una amplia diferencia de concepto, lo que afecta claramente a la estructura del equipo de atención médica.

No obstante, los Ponentes desarrollan en esta comunicación el esquema integrado de asistencia sanitaria, señalando que en el supuesto de un esquema concreto que se acuerde aplicar a un área sanitaria real, deberán introducirse las correcciones oportunas, de conformidad con las funciones que se seleccionen para su aplicación práctica.

En cada uno de los niveles, la asistencia primaria debe incluir en sus programas:

1. La Asistencia Médica de Familia (Tanto en Consultorio como a domicilio).
2. La atención médica de urgencia.
3. La Medicina Comunitaria.
4. La Asistencia Farmacéutica.
5. La Asistencia Primaria de Enfermería.

6. Las funciones de Salud Pública que complementen la Medicina Comunitaria, especialmente:
 - 6.1. La Medicina Preventiva y la promoción de salud.
 - 6.2. La Educación Sanitaria.
 - 6.3. El saneamiento ambiental.

En su más amplia concepción, la Medicina Familiar y Comunitaria abarcaría realmente todos los epígrafes precedentes, que hemos destacado separadamente para facilitar la diferenciación de los cometidos de los distintos componentes del equipo de atención médica.

La Medicina Familiar y Comunitaria comprendería la promoción de la salud y la educación sanitaria de la población del área asignada, la Prevención primaria (supresión de las causas de una enfermedad), la Prevención secundaria (diagnóstico precoz de un proceso patológico que permita su tratamiento en fases iniciales), la Prevención terciaria (evitación de las secuelas residuales), la atención médica puramente curativa, con coordinación adecuada con la asistencia hospitalaria. Igualmente se incluyen el estudio de la población y factores de riesgo (higiene escolar, del trabajo, geriatría, salud dental, planificación familiar, salud mental, estudios epidemiológicos).

Para la realización de estos cometidos resulta imprescindible el establecimiento de los adecuados canales de información entre la comunidad y el equipo asistencial, así como llegar a un conocimiento completo de las características sanitarias, socioeconómicas y culturales de la población.

La sistemática seguida en uno de los mejores programas realizados en España, como es el de Medicina Comunitaria en la Barriada de Bellavista-Fuente del Rey (Sevilla), dirigido por el Dr. González Murga, Director del Hospital de "Ntra. Sra. de Valme" y elaborado por las Asistentes Sociales, señoritas Elena Suárez y Luz M^a Fernández-Regatillo, comportó un arduo y prolongado trabajo dividido en cinco etapas.

La primera consistió en la instrumentación de los primeros contactos con la comunidad, el estudio del área y la determinación de las necesidades más urgentes sentidas por la población, todo ello realizado por encuestas y visitas domiciliarias. La segunda etapa se centró en la planificación de un Centro de Salud, formación de un equipo de trabajo con participación de la propia vecindad del área y la elaboración del programa inicial. La tercera fase consistió en la puesta en marcha del Centro de Salud, fijando el esquema participativo de la población en su gobierno. La cuarta contempló el funcionamiento del Centro instrumentando el desarrollo de sus distintas actividades. Finalmente, pasado un tiempo de actividad, se realizó la evaluación de las actividades realizadas, se instrumentaron los parámetros para el control de calidad y se recogió la opinión de la población sobre la estimación de los resultados obtenidos según el criterio de los usuarios, recogiéndose sugerencias para mejorar los servicios.

Para el desarrollo de estas funciones, si bien no son rigurosamente imprescindibles, sí son muy convenientes los Centros Institucionales ya indicados: Consultorios Auxiliares, Consultorios Locales, Centros Subcomarcales (o de Sector en el medio urbano) y los Centros Comarcales (o de Distrito). Tanto este dispositivo, como el Hospitalario, será descrito en la segunda parte de esta Ponencia.

La realización de estos cometidos, si se quieren desarrollar en su máxima eficacia, requiere un amplio equipo de profesionales sanitarios, no solamente en posesión de los conocimientos técnicos necesarios, sino dotados

de una formación sociológica y vocacional que les permita una dedicación plena a la función que les corresponda en el equipo, ya que la permanente comunicación con el entorno social y sanitario resulta particularmente difícil si no se superan anímicamente las constantes situaciones de entrega que se le presentan al personal del equipo. La total dedicación, la comprensión sin límites de los problemas ajenos y una cierta aceptación incluso de la incompreensión de parte de los beneficiarios, son cualidades personales que han de poseer los componentes del equipo de atención médica.

El equipo asistencial, concebido con la amplitud conceptual indicada, debiera ser multidisciplinario, dando entrada en él no solamente a sanitarios titulados en diferentes profesiones, sino también a elementos activos de la propia comunidad, seleccionados por sus condiciones personales y que hayan recibido una suficiente formación en cometidos elementales.

Sistematizando los distintos niveles, podríamos diferenciar tres grandes categorías de personal: el personal generalmente no profesional procedente de la propia comunidad que requiere un nivel de instrucción elemental; el personal auxiliar sanitario titulado y no titulado y el personal facultativo sanitario.

En un primer nivel, en estrecho contacto con la comunidad, a la que realmente deben pertenecer, pueden incorporarse al equipo de atención médica los Agentes Sanitarios de la Comunidad y los Trabajadores Sanitarios.

Los primeros deben ser personal especialmente vocacionados, con el máximo conocimiento de los hábitos, modo de vida y problemática general de la comunidad donde trabajen. Su formación, más que sanitaria, debe ser sociológica, con una adecuada información del dispositivo asistencial existente y de los trámites necesarios para recibir la asistencia en todos los niveles establecidos. A nivel sanitario suele atribuírsele una formación algo más completa que la de socorrista, si bien en algún esquema se le atribuye una formación algo más cercana a la de Enfermería.

Esta figura del Agente Sanitario de la Comunidad es propia de los países que tienen establecido un Servicio Público Sanitario, en áreas de baja densidad de población, en las que bien por carencia de recursos en personal sanitario titulado, bien porque las áreas de referencia no resulten atractivas para los mismos, la solución adoptada ha sido la de formar a las personas de la comunidad que reunían las circunstancias de vocación, deseo de integrarse en un servicio sociosanitario y capacidad para alcanzar un nivel formativo suficiente.

Generalmente son personas integradas en el sistema sanitario, con responsabilidad propia, asalariadas, pero con posibilidad de compartir esta actividad con otras, teniendo la obligación de residir en los núcleos a los que atienden. Disponen de instrucciones precisas sobre sus cometidos y sobre los procedimientos para evacuar a los enfermos o de recurrir al personal sanitario titulado.

Por lo que respecta a los Trabajadores Sanitarios constituyen una figura no bien diferenciada del Agente Sanitario, superponiéndose frecuentemente ambos puestos. En algún caso, el Trabajador Sanitario tiene una formación y actividad más sanitaria y social que clínica.

Los Ponentes no tienen experiencia personal sobre esquemas asistenciales en los que intervengan estas figuras, ya que en el medio donde desarrollan su actividad en la Administración Sanitaria, por las características organizativas ya existentes, por la agregación de los núcleos demográficos,

las buenas vías de comunicación y la plétora existente en nuestro país en personal médico y auxiliar sanitario titulado, no se ha presentado indicación alguna para introducir estas figuras. La única posibilidad sería su utilización en los núcleos de población a nivel de aldeas y más como voluntarios que como personal integrado en el dispositivo asistencial.

Similares consideraciones podríamos realizar sobre sanadores, curanderos, parteras y otras figuras reales existentes en determinadas comunidades, que si bien no tienen a nuestro juicio valoración profesional realmente útil en un sistema asistencial, en determinados ambientes, en los que vienen ya realizando sus actividades, generalmente aceptadas por la población, podrían integrarse en el dispositivo de atención en la medida que no puedan ser sustituidos por personas adecuadamente formadas y que puedan incorporarse a un trabajo en equipo realmente eficaz en defensa de la salud de la colectividad.

Una posición valiosa en el esquema organizativo presentan las Asociaciones de Voluntarios, que como las de Alcohólicos Anónimos, Diabéticos, Obesos, Disminuidos físicos y psíquicos, conocen por propia experiencia las necesidades del sector de población que representan y, por tanto, constituyen unos inapreciables colaboradores con el equipo asistencial, no solamente por la experiencia que pueden aportar, sino por el prestigio que sobre la población afectada tienen, lo que permite que su participación en la educación sanitaria y en el cumplimiento estricto por parte de los enfermos y de la población en riesgo de las instrucciones dictadas por el equipo asistencial pueda ser definitiva para la mayor eficacia de la gestión sanitaria.

Estas Asociaciones de Voluntarios deben estar representadas en los Organos de Gobierno o Comités de Area en los que recaiga la responsabilidad inmediata de la ordenación de los servicios, tanto asistenciales, como de salud. Esta incorporación es una de las mayores garantías de éxito como hemos dicho anteriormente.

El equipo de atención médica puede integrar niveles profesionales de mayor nivel formativo. En nuestro ambiente realmente disponemos del personal denominado Auxiliar de Clínica, que solamente puede actuar en una Institución Sanitaria, no en el ambiente de la comunidad. Recurrimos, por tanto, directamente al personal de Enfermería.

La asistencia primaria de Enfermería creemos que es muy valiosa, no estando debidamente desarrollada en la práctica, aun cuando en el aspecto legal y normativo suele estar bien matizado. Creemos que en un sistema moderno de Asistencia Primaria la enfermera debe tener mucha mayor participación que la que tiene en la actualidad y consideramos que esta intervención debe ser tanto en policlínica, como en el domicilio del paciente, participando igualmente en colaboración con el Equipo de Salud.

Entendemos que corresponde al personal de Enfermería la asistencia directa al enfermo, la administración de la medicación prescrita por el médico, efectuar curas y masajes y, en general, las técnicas terapéuticas que en cada país tengan autorizadas. Constituye un importante colaborador del médico cuando en los enfermos en vigilancia, la Enfermera (bien en Consultorio o en el domicilio del paciente) comprueba el estado general y local del enfermo, anotando las constantes vitales, comunicando al médico, al darle cuenta diaria de su actuación, cualquier dato de observación sobre su estado y sobre la evolución del proceso patológico y de la acción de los medicamentos prescritos. La enfermera contribuye también a la educación sanitaria del enfermo y de sus familiares y en caso

de urgencia puede prestar la ayuda que proceda en la esfera de su propia competencia profesional. Los Ponentes sugieren que en los sistemas asistenciales actuales no se aprovechan debidamente las posibilidades que pueda aportar el personal de Enfermería, inclusive colaborando con el equipo hospitalario en el desarrollo de la Hospitalización a Domicilio, actividad en la que la Enfermera del Equipo de Asistencia Primaria representa uno de los principales elementos de coordinación con el Equipo del Hospital.

Las distintas especialidades de la Enfermería, como Fisioterapeutas, Matronas, etc., tienen también su cometido adecuado en el campo asistencial primario.

El personal facultativo que se integra en el equipo de atención médica debe ser considerado según su incorporación a los distintos niveles de atención.

A nivel del área que hemos denominado Unidad Sanitaria Local, deben estar presentes el Médico de Familia y el Farmacéutico. A nivel del área de segundo nivel como la Subcomarca, se integrarían un Pediatra, un Tocoginecólogo y un Odontólogo, todos ellos con residencia obligada en la localidad que constituya la cabecera del área. Los cometidos específicos de estos profesionales son sobradamente conocidos para ser comentados en esta Ponencia.

A los facultativos citados, habría que añadir la conveniencia de que en el Centro Institucional Subcomarcal se desplazaran facultativos de la plantilla del Hospital Comarcal o de Sector correspondiente para realizar consultas una o varias veces a la semana en las especialidades de Medicina Interna, Traumatología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Psiquiatría, Radiología, Análisis Clínicos y Rehabilitación.

Con esta estructura podría completarse la asistencia primaria del equipo de la Unidad Sanitaria Local, con las exploraciones radiográficas, analíticas, consultas con las especialidades de mayor morbilidad y la realización de las técnicas de rehabilitación precisas, sin que el enfermo tuviera que efectuar largos desplazamientos y sin verse obligado a salir del entorno geográfico que le es habitual.

A nivel de Comarca, la asistencia es ya prácticamente completa, como se describirá al tratar de la estructura y plantillas del Hospital Comarcal.

De conformidad con la exposición precedente, podríamos esquematizar la estructura del equipo de atención médica primaria como sigue:

Nivel	Cuadro de atención Médica (composición no numérica)	Instituciones o Centros Asistenciales
1. Unidad Sanitaria Local		
1.1. Localidad Cabecera de Unidad	Médico de Familia Farmacéutico Enfermera	Consultorio Local
1.2. Distrito Rural	Médico Enfermera	Consultorio Auxiliar
1.3. Anexos (caseríos, granjas, etc.)	Agente Comunitario de Salud (o figura similar) siempre es preferible una Enfermera	Consultorio de Aldea

Nivel	Cuadro de atención Médica (composición no numérica)	Instituciones o Centros Asistenciales
2. <i>Subcomarca</i>		
2.1. Localidad Cabecera (además del equipo primario de menor nivel)		Centro Subcomarcal
2.1.1. Con residen- cia obligada en la locali- dad	Pediatra Tocoginecólogo Odontólogo	
2.1.2. Desplaza- mientos pe- riódicos des- de la comar- ca	Medicina Interna Traumatología Oftalmología Otorrinolaringología Psiquiatría Rehabilitación Análisis Clínicos Radiología	
3. <i>Comarca</i>		
(Asistencia completa para el nivel comarcal, según estructura y cometidos del Hospital Comarcal)		

En el cuadro precedente no se contempla el número de profesionales de cada nivel y clase que se estimen necesarios, ya que este aspecto debe estar en relación con el volumen de la población atendida y las características geográficas de la zona. Como orientación, podemos recordar que en el Mapa Sanitario de España a la Unidad Sanitaria Local se le atribuyen 5,000-6,000 habitantes, para los que se consideran suficientes 3-5 Médicos de Familia y otras tantas Enfermeras. A la Subcomarca le corresponderían unos 30,000 habitantes y a la Comarca unos 100,000-150,000.

Siguiendo el criterio acordado por los Ponentes en la redacción de este trabajo, las funciones de Salud Pública que son necesarias para complementar con eficacia el dispositivo asistencial se describen separadamente de las de atención médica consideradas en un sentido clínico. Este criterio expositivo no significa que los autores se inclinen hacia la opinión de que ambas funciones deban estar separadas y gestionadas por Departamentos o Instituciones diferentes, sino que se admite la posibilidad de que en los distintos países, por sus antecedentes y por la estructura administrativa y política, puedan arbitrarse soluciones de organización diferentes.

La atención primaria, la salud comunitaria y la prevención de las enfermedades no tienen unas fronteras definidas, constituyendo un verdadero conjunto de quehaceres que debería en todo caso abordarse unitariamente. El Médico de Familia en la definición que se le ha otorgado por la legislación sanitaria española se designa como "Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria" y en su currículum formativo se incluyen enseñanzas de Demografía, Sociología Médica, Psicología Social, Epidemiología, Educación Sanitaria, Higiene Pública y Medicina Preventiva.

Lo mismo podríamos decir a nivel del personal de Enfermería, que junto al Médico de Familia, participa intensamente en la atención primaria y permanece durante un gran período de su jornada de trabajo en contacto con el enfermo y con sus familiares. La formación de la Enfermera en sanidad comunitaria debe abordarse con la máxima prioridad, acompañando su formación básica en el mismo sentido que se ha orientado la del Médico de Familia, para que conjuntamente ambos desarrollen con la máxima eficacia estas funciones tan trascendentes para la colectividad social.

Además de estos dos elementos básicos, en los que confluyen las dos funciones de atención médica y de promoción de la salud, el Equipo de Salud Pública debe estar integrado por Especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública, por Enfermeras de Salud Pública, Farmacéuticos especializados, Veterinarios, Psicólogos y, a nivel de grandes unidades, Urbanistas e Ingenieros sanitarios, Sociólogos, etc.

A título indicativo, al equipo básico de Salud Pública lo situamos a nivel de Comarca y en los programas piloto que se han desarrollado en nuestro país, para desarrollar programas de maternología y orientación familiar, puericultura, medicina escolar, medicina de la adolescencia y del deporte, medicina del trabajo, gerocultura, prevención de las enfermedades transmisibles, alcoholismo y drogadicción, educación sanitaria, epidemiología, estadística sanitaria y asistencia social, se consideró suficiente constituir un equipo de Salud Pública que tenía la siguiente estructura y cometidos:

EQUIPO DE SALUD PUBLICA

1. Nivel: Comarca en medio rural, Distrito en medio urbano.

2.	<i>Puestos de Trabajo</i>	<i>Número</i>	<i>Funciones</i>
2.1.	Especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública	Uno	<ul style="list-style-type: none"> — Medicina adolescencia, deporte, trabajo, preventiva y dirección de la comunitaria — Exámenes de Salud — Educación Sanitaria — Epidemiología y estadística — Dirección Unidades Médico-Sociales
2.2.	Enfermeras Sanitarias	Cinco	<ul style="list-style-type: none"> — Maternología y Orientación familiar — Gerocultura — Colaboración con Especialista Medicina Preventiva y resto del equipo
2.3.	Asistentes Sociales (Trabajadores Sociales)	Cuatro	<ul style="list-style-type: none"> — Asistencia Social — Salud Mental — Alcoholismo, Drogas — Colaboración con resto del equipo
2.4.	Psicólogo	Uno	<ul style="list-style-type: none"> — Alcoholismo, Drogas — Medicina Escolar — Salud Mental — Medicina Trabajo

2.	<i>Puestos de Trabajo</i>	<i>Número</i>	<i>Funciones</i>
2.5.	Auxiliar de Clínica	Dos	— Colaboración en tareas auxiliares
2.6.	Auxiliares Administrativos	Tres	— Soporte administrativo de las actividades del equipo

El Equipo de Salud Pública quedaría integrado en los Centros Institucionales correspondientes y realizaría directamente alguna de las funciones previstas, orientando, dirigiendo y evaluando los cometidos realizados por los Médicos de Familia y Enfermeras del Equipo de atención primaria.

La existencia de dos Equipos con funciones en parte específicas y en parte conjuntadas ha aconsejado crear la figura del Gestor Sanitario o Gestor de Salud, actualmente en desarrollo y que asumiría la Dirección de los Centros Institucionales de los diferentes niveles, dirigiendo los cometidos atribuidos a su área y coordinándolos con los de las áreas vecinas

Para evaluar la necesidad en personal sanitario que supondría el desarrollo de un esquema de atención médica y de salud pública, como el que se ha descrito, deberíamos evaluar el dispositivo asistencial existente en la actualidad, referirlo al Mapa Sanitario que se aprobara en el área de referencia, definir las necesidades en personal al aplicar los criterios de organización aprobados y, finalmente deducir las diferencias que se derivarían del establecimiento de los nuevos puestos de trabajo.

Por lo que respecta a España el personal sanitario que actualmente está nombrado, ocupando un puesto de trabajo, se resume en el cuadro adjunto.

Sí, como ejemplo de la repercusión que en nuestro país supondría el desarrollo de un esquema organizativo de la atención médica como el indicado anteriormente, consideramos que los actuales Médicos de Medicina General o de Zona fueron referidos a Médicos de Familia, y en lugar de un promedio de 2,300 personas adscritas limitarían su atención a 1,000-1,500 habitantes, el desarrollo del nuevo esquema organizativo supondría, al menos, duplicar el número de facultativos de este nivel.

PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO CON ACTUACION EN LA SEGURIDAD SOCIAL ESPAÑOLA

1. *Personal Médico*

1.1	Médicos Generales de Zona	16,340	
1.2	Médicos Servicios de Urgencia	1,991	
1.3	Especialistas no hospitalarios	13,350	
1.4	Médicos Ayudantes	3,669	35,350
1.5	Médicos de Hospitales jerarquizados	14,501	
1.6	Médicos Internos y Residentes en período formativo	5,391	19,892
TOTAL			55,242

2. *Personal de Enfermería*

2.1 Personal Titulado de Zona	9,763	
2.2 Personal Titulado Servicio de Urgencia	1,479	
2.3 Personal Titulado en Ambulatorios	9,531	
2.4 Matronas en Ambulatorios	2,646	
2.5 Personal no titulado (Auxiliar Clínica) en Ambulatorios ..	4,549	27,968
		<hr/>
2.6 Personal Titulado de Hospitales	34,303	
2.7 Matronas de Hospitales	1,242	
2.8 Personal no titulado (Auxiliar de Clínica) en Hospitales ..	28,530	64,075
		<hr/>
TOTAL		92,043

3. *Personal no Sanitario*

Personal de oficios, Celadores, etc.	56,926
---	--------

TOTAL PERSONAL ASISTENCIAL de la Seguridad Social (excluidos los funcionarios)

Médicos	55,242
Enfermería	92,043
No Sanitario	56,926

TOTAL 204,211

INSTITUCIONES ASISTENCIALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL ESPAÑOLA

1. *Medios propios*

1.1 Hospitales	275	
1.2 Consultorios y Ambulatorios	1,349	
(Total camas en funcionamiento		55,000)

2. *Medios ajenos concertados*

2.1 Asistencia hospitalaria

— Sector público	183
— Cruz Roja	17
— Privados	396

TOTAL 596

(Total camas disponibles 62,668)

2.2 Asistencia no hospitalaria

— Total Centros	348
-----------------------	-----

El mismo razonamiento y, aproximadamente, el mismo resultado obtendríamos al tratar del personal de Enfermería.

El Equipo de Salud habría que desarrollarlo prácticamente por completo, por lo que la creación de nuevos puestos sería también muy elevada, aunque pudiera ser utilizado parte del personal existente en este campo.

Igualmente los recursos institucionales supondrían un capítulo impor-

tante en las inversiones a prever en el futuro. A pesar de la extensa red de instituciones sanitarias de la Seguridad Social Española, por referirnos en concreto a nuestro país, el número de Centros rurales y urbanos y el de camas hospitalarias (especialmente a nivel de Hospitales Comarcales), tendría que ser también notablemente ampliado, al tratar de situar un Centro asistencial del nivel definido en cada una de las áreas geográficas establecidas por el Mapa Sanitario.

Los problemas de financiación de las nuevas inversiones y del mantenimiento de las que ya estuvieran en funcionamiento, la formación del personal adecuado a los nuevos puestos de trabajo y el incremento de las retribuciones en este capítulo, suponen evidentemente un conjunto de incremento de gasto sanitario y de complejos problemas de organización que solamente después de un detallado análisis de la realidad de cada país, de sus posibilidades de formación de personal y de incremento de las inversiones y del presupuesto de mantenimiento del dispositivo sanitario, podría abordarse con posibilidades de realización práctica un plan de desarrollo sanitario como el que, por considerarlo óptimo, se ha descrito en esta comunicación.

Necesariamente para prestar una atención conforme hemos venido exponiendo, hasta el momento se hace preciso estructurar una Red Asistencial que debidamente escalonada y coordinada cumpla en cada uno de sus escalones la atención necesaria, tanto en cuanto al campo de salud se refiere, cuanto al campo asistencial atañe.

Esquemáticamente podemos resumir estos distintos escalones en la siguiente forma:

1. Centros Asistenciales Auxiliares
 - 1.1. Consultorio de Aldea
 - 1.2. Consultorio Auxiliar
 - 1.3. Consultorio Local
2. Centros de Salud
 - 2.1. Centro Subcomarcal
 - 2.2. Centro Comarcal
 - 2.3. Centro de Distrito
3. Hospital Comarcal
4. Hospital de Distrito y Regional
5. Hospital Central o Nacional

1.1. Entendemos por Consultorio de Aldea una simple habitación que sea utilizada como lugar de recepción de enfermos, así como punto central en que se recojan las incidencias asistenciales, que puedan surgir, y donde el personal que preste sus servicios en esta zona pueda realizar la atención mínima necesaria, que las situaciones presentadas requieran.

Debe reunir las siguientes condiciones:

1. Ser situada estratégicamente y que tenga fácil acceso.
2. En cuanto a su dotación simplemente basta una pequeña mesa, que en un momento determinado se pueda utilizar como mesa de reconocimiento.

Esta mesa puede ser sustituida por un diván que permita acostar al enfermo y de esta forma poder someterlo a reconocimiento.

3. Se deberá dotar con un pequeño Botiquín de Urgencia, que deberá estar provisto por todos aquellos elementos que no precisen una manipulación más que la más sencilla y corriente sin que sea necesario conocimientos especiales para su utilización.

Así constituido este Centro entendemos que su ámbito de acción es el que corresponde a la propia aldea donde esté instalado, comprendiendo asimismo las granjas y caseríos que la circundan, lo que vendría a recoger una población de 100 a 200 habitantes.

1.2. Consultorio Auxiliar. La definición de Consultorio Auxiliar dentro del Distrito Rural se entiende como un Centro de ámbito superior, situado en la Cabecera del Distrito y que recoja una población de 1,000-1,500 habitantes, siendo el receptor de aquellos problemas que por su índole asistencial no es posible su tratamiento dentro del Consultorio de Aldea.

La idea que preside este Centro, es la de que actúe como coordinador de los Consultorios de Aldea y establecemos su dotación con las mismas características que hemos señalado en el apartado anterior si bien estas dotaciones se encuentran más ampliadas, ya que por la misión que se les encomienda exigen unas condiciones idóneas para poder prestar la asistencia en un grado superior.

De igual forma que la que señalamos para el Consultorio de Aldea este Centro no dispone de personal propio y a él acuden libremente y debidamente estructurados el personal facultativo, sanitario o sanitario auxiliar, existente en la región en que se encuentran ubicados.

De acuerdo con las características propias de la región, sus condiciones demográficas, y con la ordenación de la asistencia existente en el país, estos Centros Auxiliares tendrán una función más o menos amplia.

1.3. Consultorio Local. El Consultorio Local representa la Unidad Sanitaria Local y tiene un ámbito de acción que comprende unos 5,000-6,000 habitantes.

Constituye la Unidad Sanitaria Local, cabecera de la asistencia y permite ya una atención médica más completa.

En ella instalaremos el Médico de Familia, Farmacéutico, Enfermera, así como el Personal Sanitario Auxiliar.

Su número estará en función de la densidad de población a existir, estructurándose de tal forma que permita una atención lo más amplia y completa posible dentro de aquellas funciones que específicamente se le encomiendan a los Médicos de Familia, considerados como piedras angulares básicas del sistema asistencial.

Dentro de este tipo de Consultorio, su dotación y equipamiento será aquel que estimamos necesario para la prestación de asistencia por un Médico de Familia, que puede trabajar aisladamente o en grupo, constituyendo la base de una Unidad Asistencial.

El fuerte desarrollo que día a día viene presentando la figura del Médico de Familia, así como su mayor importancia, hace que esta modalidad de función asistencial adquiriera cada día un más amplio campo de acción, una mayor complejidad asistencial, y contribuya en forma decisiva a la atención básica primaria, fuente de atención de una medicina comprensiva e integrada.

Completando la labor asistencial del Médico de Familia se estructura la figura de la Enfermera, en número suficiente para la atención a la población comprendida en el ámbito de acción del Consultorio, de acuerdo con las legislaciones pertinentes de cada país.

Queremos hacer notar que la figura de la Enfermera, puede y debe ser utilizada tanto en el Consultorio de Aldea como en el Consultorio Auxiliar, de Aldea como en el Consultorio Auxiliar, siempre que existan dentro del ámbito de acción de estos Centros y que estimamos como muy beneficiosa la posibilidad de poder contar con esta modalidad de personal dentro de cada uno de ellos.

Estos conceptos generales que brevemente hemos expuesto, en este escalón primario de la atención médica, se encuentran ya desarrollados en una gran cantidad de países, siendo denominados como Postas Asistenciales, cuya multiplicación, ante sus innegables beneficios vienen siendo prodigadas y adquiriendo cada día una mayor potenciación y encomendándole cada vez misiones más complejas de lo que en forma alguna somos partidarios.

Creemos que la simplicidad de acción en estos Centros debe ser la suficiente para que puedan prestar una primera labor asistencial lo más completa posible dentro de su sencillez, permitiendo que por ella misma no quede nadie sin esta primera asistencia básica. Debe existir una perfecta coordinación entre estos puestos básicos auxiliares y aquellos otros que poseen una organización más completa y compleja, que permitan el acceso a un grado superior de asistencia cuando ésta sea precisa y se considere necesaria.

De aquí nace la necesidad de estructuración de los Centros de Salud, considerados como Unidades Asistenciales superiores, que recojan no sólo la asistencia de la Medicina curativa, sino que comprendan asimismo la Medicina preventiva, la Medicina rehabilitadora, la Educación sanitaria y todo aquello que en función de la búsqueda de una salud lo más completa posible (el derecho humano a la salud ya hemos indicado es uno de los derechos primordiales considerados en la actualidad), contribuya a ello en forma lo más eficaz y eficiente que la población necesita.

Nuestro concepto de Centro de Salud primario lo entendemos, como hemos señalado anteriormente, como Centros de Salud Subcomarcales, con un ámbito de acción sobre unos 30,000 habitantes, con un cuadro facultativo propio que comprenda, además del equipo de Médicos de Familia que hemos señalado para los niveles primarios menores, especialistas de Pediatría, Tocología y Odontología, todos ellos con residencia obligada en la localidad donde se encuentra el Centro de Salud Subcomarcal; simultáneamente, con la asistencia de estos especialistas, de forma continuada y permanente, se establecerán desplazamientos periódicos desde la Comarca de Facultativos de las siguientes Especialidades en el número y horario de consulta que las circunstancias demanden:

1. Medicina Interna.
2. Ginecología y Obstetricia.
3. Otorrinolaringología.
4. Oftalmología.
5. Odontología.
6. Cirugía General.
7. Traumatología y Cirugía Ortopédica.
8. Radiología.
9. Análisis Clínico.

La asistencia de urgencia corresponde en primera línea al Médico de Familia, que podrá organizarse a estos efectos mediante la constitución de equipos entre los Médicos de Familia de la Subcomarca, estableciéndose turnos de guardias rotatorios entre todos ellos. La hospitalización urgente cuando sea necesaria se realizará en los Hospitales Comarcales o de Distrito.

Las urgencias de Pediatría, Tocoginecología y Odontología, serán atendidas por los correspondientes especialistas de la Subcomarca. Como complemento del cuadro Médico deberán existir en los citados Centros un número de Enfermeras, Auxiliares de Clínica, Fisioterapeutas, Auxiliares Administrativos y Celadores (Mozos Sanitarios) congruentes con las consultas y horarios que se instauran en el Centro en función, tanto en los especialistas desplazados, como de los propios.

A manera de ejemplo señalamos:

10 Enfermeras, 5 Auxiliares de Clínica, 1 Fisioterapeuta, 6 Auxiliares Administrativos y 2 Celadores.

Los Centros se dotarán de su correspondiente plan económico de acuerdo con las instrucciones y normativa general administrativa propia de cada uno de los países en los que funcionen.

A la vista de la plantilla que formulamos para este tipo de Centros es fácilmente comprensible la necesidad de que su dotación tanto de material como de instrumental ha de ser la adecuada para su idóneo funcionamiento y con los medios necesarios para poder cumplir con la mayor eficacia, dentro de un correcto programa de consultas con la atención médica que se le demande. (Presentamos a ustedes una planificación, de uno de los Centros Subcomarcales que en la actualidad tiene en funcionamiento la Seguridad Social Española.)

El personal que preste sus servicios en este tipo de Centros ha de ser específicamente preparado para ello, y sus misiones se han de encontrar perfectamente normadas de acuerdo con los respectivos reglamentos de régimen interior de la Institución, que deberán ser conocidos no sólo por el personal facultativo sino por el grupo demográfico protegido para que pueda acudir a ellos con un conocimiento exacto de la asistencia que pueden demandar y a la que tienen derecho.

Vemos pues, que el Centro Sanitario Subcomarcal es una pieza más en la cadena asistencial y que se encuentra perfectamente engranado con los eslabones inferiores, a los que presta ayuda y con los eslabones superiores de los que la recibe.

En esta íntima coordinación, que puede ser bien vertical como en el caso de la asistencia que señalamos o bien horizontal, en el caso de que existan en una comarca distintos Centros Subcomarcales, estriba el ágil y buen funcionamiento de la asistencia básica a este nivel.

Continuando con el esquema asistencial que anteriormente hemos propuesto, nos vamos a referir al nivel superior, el Centro de Salud Comarcal.

Dos modalidades pueden presentarse en cuanto a la concepción de este Centro, según entendamos la asistencia limitada a la atención médica o bien, a la asistencia total, en función de la promoción de la Salud.

Considerado el Centro de Salud como una entidad que debe caracterizarse "por un equilibrio entre la promoción de salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento de ella y rehabilitación del paciente por un lado, y por una interacción dinámica entre el equipo asistencial y la comunidad a que sirve por otro, hacemos un breve análisis de ambas modalidades citadas.

En cuanto a su ámbito de acción, los Centros Comarcales deben tener una zona de atracción que corresponda a una población oscilante entre cien y ciento cincuenta mil personas. Este ámbito de acción es el mismo para ambas modalidades.

Lo que sí varía fundamentalmente a nuestro juicio son las misiones que se encomiendan a los Centros de Salud según la distinta concepción que de ellos se tenga.

Un Centro de Salud, cuya acción sea única y exclusivamente asistencial, deberá recoger la asistencia especializada de las siguientes ramas de la Medicina:

1. Medicina Interna. 2. Ginecología y Obstetricia. 3. Otorrinolaringología. 4. Oftalmología, 5. Odontología. 6. Cirugía General. 7. Traumatología y Cirugía Ortopédica. 8. Rehabilitación. 9. Radiología. 10. Análisis Clínicos, y 11. Psiquiatría.

Así considerado, el Centro Comarcal permite una amplia asistencia completa en todas las ramas de la Medicina, con carácter ambulatorio (Policlínica), estructurándose como una Policlínica de consultas externas, que actúa de enlace entre los estamentos inferiores de asistencia y el estamento superior u Hospital Comarcal, que si bien en íntima comunicación y conexión con éste, contribuye a actuar no sólo como filtro de ingreso en el mismo, sino como ampliación de las consultas externas de éste, evitando la masificación y desfase de éstas dentro del Hospital. En apoyo a este personal facultativo se dotará al Centro con el correspondiente personal sanitario auxiliar y no sanitario que haga realidad una asistencia ágil y eficaz a la par que completa.

Si por otro lado consideramos al Centro de Salud como eje central de la atención en el más amplio campo y sentido de la palabra salud, las funciones que a él se le encomendarían serían las siguientes:

1. Saneamiento ambiental.
2. Medicina Preventiva.
3. Promoción de la Salud.
4. Asistencia Social.
5. Coordinación con Centros rurales o de Distrito en los núcleos urbanos.
6. Contribución al desarrollo comunitario.
7. Coordinación con Centros y Hospitales Comarcales.
8. Colaboración en la investigación y docencia en el área de Medicina Preventiva.

Ante este programa que esbozamos, podríamos resumir las actividades básicas del Centro de Salud, en su ámbito comarcal, o de Distrito en el medio urbano, en dos grandes grupos: 1. Médico asistencial, y 2. De Salud.

Queremos señalar que si bien en el ambiente rural estimamos como imprescindibles los Centros Subcomarcales, que como ya indicábamos su radio de acción no será superior en lo posible a 25-30 kilómetros, en el medio urbano este escalón de la asistencia lo consideramos innecesario y sólo en muy específicos y determinados casos debe ser estructurado. Son obvias las razones que nos mueven a expresar este concepto ya que las facilidades en las comunicaciones y los índices de densidad de población son completamente distintos, llegando a producirse naturalmente en el medio urbano una duplicidad de funciones si se estructuran ambos niveles, que sólo conduciría a un encarecimiento innecesario a la asistencia.

En cuanto a la situación geográfica de implantación de un Centro Comarcal no debemos olvidar como indispensable el estudio de la red viaria de comunicaciones existente, su estado, problemas climatológicos que puedan influir en el tiempo de traslado de los pacientes, así como cualquier otro factor que pueda incidir en estos aspectos.

El Centro Comarcal será el punto de atracción socioeconómico de la población de su demarcación y en él se estructurarán los módulos de asistencia necesarios para poder atender todos aquellos casos que no puedan ser resueltos con eficacia en los escalones inferiores de la asistencia, al tiempo que será el instrumento que ponga en práctica cuantas normas de salud se dicten en el ámbito de su demarcación, sirviendo, como es lógico, de receptor de cuantas incidencias en este sentido se produzcan en el mismo.

Un Centro de Salud Comarcal deberá, pues, prestar una asistencia completa, preventiva o curativa, continuada, centrandó su acción en la familia y en la comunidad en que se encuentra inmerso, y es condición indispensable que esta acción sea realizada en equipo, al objeto de aprovechar al máximo todos cuantos médicos se han puesto a su alcance en beneficio de la colectividad.

A modo de ejemplo, hemos de señalar que entre las múltiples funciones que corresponden a estos eslabones de la cadena asistencial, figurarán como prioritarios la prestación de una asistencia médica integrada, destacando las siguientes facetas:

1. Asistencia preventiva.
 - 1.1 Inmunización activa y pasiva.
 - 1.2 Quimioprofilaxis.
 - 1.3 Exámenes periódicos de salud.
 - 1.4 Higiene escolar.
 - 1.5 Colaboración en las campañas de lucha contra las enfermedades transmisibles.
 - 1.6 Efectuará un control epidemiológico general sobre la distinta y variada morbilidad que se produzca en su área.
2. Control sanitario del medio ambiente, orientado sobre toda aquella problemática que pueda influir sobre la población y controlando la infraestructura sanitaria de la misma.
3. Especial atención deberán merecerle las luchas contra insectos y roedores, control de aguas residuales, vigilancia sobre basuras, así como cualquier otro factor que sea específico de la región en que se encuentra situado y que pueda actuar de agente nocivo para la comunidad.
4. Acción curativa. En cuanto a la asistencia curativa, sus cometidos serán los que hemos señalado para un Centro Comarcal puramente asistencial, que hemos descrito anteriormente.

Dentro de un Centro de Salud Comarcal no debe ser olvidada la constitución de un correcto Archivo de Historias Clínicas, base del conocimiento sanitario de la población, y la estructuración de funciones de docencia e investigación que deberán ser orientadas principalmente en la disciplina de Medicina Familiar y Comunitaria, así como en la importantísima labor de la Educación Continuada de los facultativos que actúan tanto en los eslabones inferiores de la cadena asistencial, como de aquellos otros que en su mismo nivel deben estar en un continuo reciclaje y actualización de

conocimientos que se consideran hoy imprescindibles ante los avances que a diario experimenta la Medicina en todos sus aspectos. De igual forma que propugnamos la formación continuada para el personal médico, lo recomendamos asimismo para el resto del personal sanitario titulado y no titulado, y el resto del personal que preste sus servicios en el Centro de Salud.

De igual forma que apuntábamos en cuanto al personal necesario para el Centro Subcomarcal y para el Centro Comarcal sin funciones de salud, hemos realizado un cálculo estimativo del personal sanitario y no sanitario que teóricamente, y solamente a efectos de un Centro tipo, sería necesario básicamente para la puesta en marcha de estos Centros. Queremos recalcar que para la confección de una plantilla idónea han de tenerse en cuenta las características estructurales y las misiones específicas que se les encomiendan y que la que indicamos es solamente una recomendación básica teórica que necesariamente deberá ser reajustada a las situaciones de cada Centro. Esta sería a nuestro juicio la que a continuación reseñamos. Para las especialidades de Medicina Interna, Obstetricia y Ginecología, Otorrinolaringología, Oftalmología, y todo el resto de Especialidades a que anteriormente hemos aludido, se propugna una plantilla de dos facultativos por especialidad. En relación con la plantilla prevista de personal propio para la función de salud, cuando ésta se encuentre programada, ésta será la de: para Medicina Preventiva, Comunitaria, Epidemiología y Estadística Sanitaria, Educación Sanitaria, Orientación Familiar y Psicología, un Facultativo para cada una de estas funciones, todos ellos especialistas en sus respectivos cometidos.

Complemento de este personal es aquel otro parasanitario y sanitario que deberá prestar su eficaz ayuda a la buena marcha del Centro, y así recomendamos cuatro Asistentes Sociales (Trabajadores Sociales), cuya importante labor en Medicina Social no creemos necesario resaltar aquí; veinte Enfermeras, dos Matronas, diez Auxiliares de Clínica (Auxiliares de Enfermería), dos Fisioterapeutas, diez Administrativos, ocho Celadores (Mozos Sanitarios) y dos Telefonistas. Este personal, igual que el que a continuación reseñamos y que en nuestra nomenclatura se encuentra incluido con la denominación de Personal Subalterno, Limpiadoras, de Oficio, así como cualquier otro que la legislación pertinente de cada país señale, deberá programarse en su horario y número en función del tipo de construcción del Centro, amplitud del mismo y horas de funcionamiento que se disponga, debiendo tomar en cuenta la necesidad de que su presencia en la Institución debe ser permanente durante las horas de servicio que esta tenga destinadas a la prestación de asistencia.

Como hacíamos notar en párrafos anteriores, si bien la homologación de categorías que deben existir en los Centros Comarcales propiamente dichos (de ámbito rural) y los Centros de Salud de Distrito (de ámbito urbano), estimamos que para estos últimos la plantilla de personal que programamos debe ser diferente, ya que en los primeros por su íntima conexión y, en su caso, pertenencia al propio Hospital Comarcal como más adelante explicaremos, debe ser más reducida que la de los segundos, con una autonomía de actuación superior a los de ámbito rural. Por esto, para un Centro de Salud de Distrito que funcione a pleno rendimiento y que tutele a un colectivo de 100,000 a 150,000 habitantes, según nuestra experiencia, el personal a prestar servicio en él sería el siguiente: 1. Área de Medicina Interna y sus diversas Secciones, un promedio de doce especialistas para cubrir toda su área funcional. 2. Área Quirúrgica, un promedio

de ocho especialistas. 3. Area Pediátrica, tres especialistas. 4. Area Obstétrica-ginecológica, cuatro especialistas. 5. Area de Rehabilitación, dos especialistas. 6. Area de Laboratorio y Análisis Clínicos, cuatro especialistas. 7. Area Radiológica, cinco especialistas.

Personal para los programas de Salud, al que básicamente se les encomienda misiones propias de su especialidad, será: Un Director de Programas de Medicina Preventiva y de Medicina Comunitaria, y el resto de los especialistas será a nuestro juicio el mismo en calidad y cantidad que el que hemos señalado para el Centro Comarcal de ámbito rural, ya que sus misiones y cometidos son similares en ambos Centros.

Naturalmente, todo este personal facultativo deberá ser auxiliado en sus funciones por el personal auxiliar sanitario y no sanitario en una cuantía que haga posible el ágil y eficiente desarrollo de sus funciones.

Recordando que los Centros Comarcales tanto de tipo rural, como de Distrito, son piezas integradas en la red asistencial que por su escalonamiento precisan estar intercomunicadas, será necesario prever los correspondientes servicios de Ambulancias o cualquier otro medio idóneo de desplazamiento y transporte, que permitan por un lado las evacuaciones pertinentes de los enfermos que lo necesiten y por otro que faciliten los desplazamientos del personal de apoyo de los Centros superiores a los inferiores en los que éstos se encuentran previstos. A este servicio de desplazamiento se recomienda la necesidad de establecer una Unidad Móvil especialmente dotada para efectuar exámenes de salud.

Dentro del ámbito rural, queremos resaltar que este concepto de Centro de Salud Comarcal es preciso adecuarlo al sistema de tal forma que su instalación pueda o no ser independiente de un Hospital Comarcal, que como próximo escalón de la asistencia analizaremos a continuación. De tal forma que cuando este Hospital exista en una comarca, deberá asumir las funciones asistenciales de las Policlínicas del Centro Comarcal en sus consultas externas y/o dejar la función de salud al Centro Comarcal, separado del Hospital en evitación de la ya señalada duplicidad de funciones. Así concebido, estimamos que el Centro de Salud puede funcionar en locales anexos al mismo edificio del Hospital Comarcal, con la posibilidad de utilización de los servicios comunes de éste e indentificándose en su función general en cuanto a cometidos y personal, o bien en locales propios del Centro en íntima y constante comunicación con toda la red asistencial de su área sanitaria.

La prestación de asistencia ante la necesidad de que sea prestada en régimen de internamiento, hace necesaria la configuración dentro de la cadena asistencial del Hospital Comarcal como primera línea de este tipo de asistencia. En el esquema de estructura asistencial contemplamos esta modalidad hospitalaria con un ámbito demográfico que debe oscilar entre los 60,000 y 150,000 habitantes, siendo preciso tener en cuenta a estos efectos un criterio lo suficientemente flexible y que deberá estar en función de los parámetros que se deduzcan del mapa sanitario del país. Una vez más queremos destacar la importancia que en toda planificación sanitaria tiene el estudio y análisis de la geografía sanitaria.

Dado que debe existir una gradación asistencial dentro de la función hospitalaria, tanto en cuanto a cometidos y a equipamiento se refiere, así también debe ser el ámbito de acción o zona de atracción de cada uno de los Hospitales Comarcales y considerando que las misiones asistenciales que les son asignadas a un Hospital Comarcal son fijas en función de esta limitación, es la que va a venir a establecer el número de camas de que

ellos deben ser dotados y que estará en función de la morbilidad que se estime exista en la zona.

Así considerando el problema podemos estimar que se deben planificar estos Hospitales teniendo en cuenta la proporción de 3.5 a 4 camas de agudos por cada 1,000 habitantes, lo que a la vista de la zona de influencia que antes señalábamos, nos permitirá instalar un Hospital Comarcal cuyo número de camas se encuentre alrededor de 200.

Un Hospital Comarcal en cuanto a su labor asistencial deberá contemplar los siguientes Servicios: 1. Medicina Interna, con Secciones de Aparato Digestivo y Cardio-respiratorio; 2. Pediatría y Puericultura, con sus diferentes Secciones; 3. Tocología y Ginecología, para atención al campo de su especialidad; 4. Cirugía General y de Aparato Digestivo; 5. Traumatología; 6. Otorrinolaringología; 7. Oftalmología; 8. Medicina Intensiva; 9. Anestesia y Reanimación; 10. Hematología y Hemoterapia; 11. Urología; 12. Rehabilitación; 13. Pediatría; 14. Análisis Clínicos; 15. Anatomía Patológica; 16. Radiología, y 17. Farmacia. En total estimamos que el número de médicos ascendería a 49, lo que supondría sobre 200 camas 0.25 médicos por cama. El resto de la plantilla estaría constituido por enfermeras tituladas, auxiliares de enfermería, matronas, fisioterapeutas, así como personal no sanitario en número que represente un 1.15 de índice personal/cama.

En todas estas especialidades el Hospital Comarcal actuará no sólo en aquellos casos programados, sino que tendrán una especial atención y un importante desarrollo los Servicios de Urgencia, que serán los receptores de aquellos casos que por su idoneidad la precisen.

Es muy recomendable el que dentro de los escalones inferiores de la asistencia, como son los Centros Subcomarcales, Unidades Sanitarias Locales, etc., se complementasen en determinadas circunstancias con una mínima dotación de camas de observación y una primera atención de urgencia a fin de no desbordar con pequeños problemas que pudieran ser resueltos dentro de las propias áreas los servicios de urgencia hospitalarios, proveyendo este tipo de pequeñas urgencias bien en los Centros mencionados o en el domicilio del propio paciente.

Los Hospitales Comarcales deberán estar lo suficientemente equipados y dotados de material para cumplir las funciones que se les encomiendan. En cuanto a esta dotación creemos oportuno señalar que ésta no debe ser ampliada caprichosamente, sino meditada ante las necesidades reales que en él se han de producir.

Las unidades de apoyo del Hospital Comarcal se entenderán dentro de una correcta regionalización hospitalaria, los hospitales provinciales, los hospitales regionales y, en su caso, el hospital de ámbito nacional cuando esté contemplado dentro de la organización hospitalaria del país.

No entramos a desarrollar ni la estructura, ni la ordenación, ni la organización de cada uno de estos últimos escalones superiores de la asistencia, por considerarlos fuera del contenido de la Ponencia.

Como resumen del criterio desarrollado por los ponentes en relación con la estructura de los medios básicos de atención médica y de salud comunitaria, según hemos ido reflejando en este trabajo, se estructura y planifica la atención médica en dos escalones principales, que serían la Asistencia Primaria, cuyos medios básicos estarían representados por los Médicos de Familia y la asistencia primaria de enfermería, y como especialidades estrechamente fijadas a esta asistencia primaria, las de Pediatría, Tocoginecología y Odontología, si bien territorialmente los ámbitos de actuación

son distintos, por el Médico de Familia se vincula a la Unidad Sanitaria local y estas tres especialidades a la subcomarca en el medio rural y al sector en el medio urbano.

En los medios demográficos muy reducidos o dispersos, se admite la incorporación al dispositivo asistencial de personal no titulado, como Agentes Sanitarios y Socorristas adecuadamente adiestrados, si bien debe procurarse en todo caso la presencia de personal de Enfermería, bien entendido que aquel personal auxiliar debe actuar siempre bajo el control del Médico de Familia.

El segundo escalón estaría representado por la asistencia hospitalaria, que se acercaría al máximo a los propios medios demográficos a través de un amplio dispositivo de Hospitales Comarcales, que serían la avanzada de una correcta regionalización hospitalaria, que quedaría completada por los Hospitales de Distrito Regionales y cuando las circunstancias lo aconsejen, Hospitales de ámbito nacional o interregional.

Se admite por los ponentes la existencia de un nivel institucional intermedio, representado por los Centros de Salud que si bien no se recomienda como un dispositivo uniformemente establecido en evitación de duplicidades y de un aumento exagerado del costo de la asistencia, si se considera que en determinadas circunstancias tendría su utilidad especialmente en las zonas donde la asistencia hospitalaria tuviera dificultades para su desarrollo.

Los ponentes consideran que el máximo beneficio para la promoción de la salud de una colectividad se obtendrá a través de una atención médica y sanitaria integrada, coordinando los dispositivos de atención médica y de salud pública armónicamente desarrollados. Pero admiten también la posibilidad de que ambos dispositivos se gestionen separadamente, por lo que han descrito con independencia la estructura de ambos equipos.

Como ha quedado reflejado en esta Ponencia, se considera necesario que la planificación de la atención médica se realice después de un estudio cuidadoso de la geografía sanitaria del país o de la región de que se trate, de las posibilidades económicas, de la existencia de recursos personales y materiales y de los antecedentes sanitarios de la zona, a fin de lograr un máximo aprovechamiento de las posibilidades existentes, evitando duplicidades que solamente conducen a la aparición de conflictos de competencias y a un aumento del costo de la asistencia.

Creemos que el éxito de la función sanitaria está en una correcta planificación, en un adecuado análisis de las necesidades reales de la población y en la óptima utilización del dispositivo asistencial desarrollado, para lo cual ha de lograrse la motivación responsable tanto del personal sanitario, como de la propia población beneficiaria de la atención de salud.