

Gestión del Área de Trabajo en el Gabinete Bucodental

Elaborado por:

Susana Lourdes Moreno Zevallos

EDITORIAL ELEARNING

ISBN: 978-84-17172-58-9

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra bajo cualquiera de sus formas gráficas o audiovisuales sin la autorización previa y por escrito de los titulares del depósito legal.

ÍNDICE GENERAL

TEMA 1. ORGANIZACIÓN SANITARIA Y DEL GABINETE BUCODENTAL

1.1. Qué es el Sistema Sanitario	
y cómo evolucionó en España	1
1.1.1. Introducción al tema	1
1.1.2. Concepto de Sistema Sanitario	2
1.1.3. Sistemas de salud en Europa	3
1.1.4. Evolución y organización del Sistema Sanitario Español	5
1.1.5. Ley General de Sanidad 14/86	6
1.2. Cómo está organizado el Sistema Sanitario	8
1.2.1. Estructuras del Sistema Sanitario	8
1.2.2. Las instituciones sanitarias privadas	11
1.2.3. Niveles de asistencia y sus prestaciones	12
1.2.4. Los hospitales	18
1.3. Salud Pública y Comunitaria	20
1.3.1. Introducción	20
1.3.2. Salud Pública	22
1.3.3. Salud Comunitaria	22
1.3.4. Indicadores de Salud	23
1.4. El Equipo Humano de Salud Bucodental	
y funciones del Higienista en la consulta dental	26
1.4.1. El Equipo Humano de Salud Bucodental	26
1.4.2. Miembros del Equipo de Salud Bucodental	27
Ideas clave	36
Autoevaluación del Tema 1	39

TEMA 2. SEGURIDAD, HIGIENE Y PREVENCIÓN DE RIESGOS EN EL GABINETE BUCODENTAL

2.1. Normativa legal vigente en materia de Seguridad e Higiene en el trabajo	41
2.1.1. Introducción al tema	41
2.1.2. Aspectos básicos de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.....	42
2.1.3. Derechos y obligaciones del empresario.....	43
2.1.4. Derechos y obligaciones del trabajador.....	44
2.2. Riesgos laborales, tipos y medidas de prevención.....	46
2.2.1. Riesgos Laborales	46
2.2.2. Tipos de Riesgos Laborales	46
2.2.3. Señalización relativa a Seguridad e Higiene.....	50
2.2.4. Situaciones de emergencia.....	53
2.3. Salud Laboral y enfermedades profesionales.....	56
2.3.1. Salud Laboral	56
2.3.2. Enfermedades profesionales	57
2.4. Seguridad en Odontología, Radiología Dental y Radioprotección.....	58
2.4.1. Seguridad en Odontología	58
2.4.2. Residuos en el gabinete bucodental.....	66
2.4.3. Radiología	68
2.4.4. Radioprotección y señalización de las zonas	72
Ideas clave	76
Autoevaluación del Tema 2	78

TEMA 3. GESTIÓN DEL GABINETE BUCODENTAL

3.1. Gestión de existencias	81
3.1.1. Gestión de existencia e inventarios	81
3.1.2. Almacenamiento de materiales y conservación	84

3.1.3. Gestión del almacén.....	87
3.2. Documentación relativa a la compra y venta.....	87
3.2.1. Documentación relativa a la compra y venta	87
3.2.2. Presupuesto	88
3.2.3. Propuesta de pedido.....	90
3.2.4. Pedido	90
3.2.5. Albarán	93
3.2.6. Factura	95
3.3. Documentación Sanitaria.....	98
3.3.1. Documentación sanitaria	98
3.3.2. La historia clínica	98
3.3.3. Principales características de la historia clínica	99
3.4. Generalidades de la historia clínica.....	105
3.4.1. Documentos legales de la historia clínica.....	105
3.4.2. Estructura básica de la historia clínica.....	111
3.4.3. La historia clínica como documento legal.....	116
Ideas clave.....	119
Autoevaluación del Tema 3	121

TEMA 4. GARANTÍAS DE CALIDAD EN EL GABINETE BUCODENTAL

4.1. Medios informáticos en Sanidad	123
4.1.1. Introducción al tema	123
4.1.2. La historia clínica informatizada	124
4.1.3. Implementación de un sistema de historia clínica informatizada	124
4.1.4. Ventajas y desventajas de la historia clínica informatizada	126
4.1.5. La historia clínica como control de calidad	129

4.2. Garantía de calidad y planificación en Sanidad	130
4.2.1. Garantía de calidad en Sanidad.....	130
4.2.2. Planificación del control de calidad	131
4.2.3. Estándares de calidad en el gabinete bucodental.....	134
4.2.4. Normas ISO 9000	136
4.3. El paciente como usuario del Servicio Sanitario	138
4.3.1. Derechos sobre la atención al paciente en la prestación de un servicio	138
4.3.2. Deberes de los pacientes	140
4.3.3. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.....	141
4.4. Manejo del paciente en el gabinete bucodental.....	148
4.4.1. El paciente en el gabinete bucodental	148
4.4.2. Recepción del paciente.....	149
4.4.3. Comunicación con el paciente	150
4.4.4. El paciente ansioso en la consulta dental.....	152
4.4.5. Pautas para mejorar la comunicación.....	153
Ideas clave.....	154
Autoevaluación del Tema 4	156

TEMA 1

ORGANIZACIÓN SANITARIA

Y DEL GABINETE BUCODENTAL

- 1.1. Qué es el Sistema Sanitario y cómo evolucionó en España
 - 1.1.1. Introducción al tema
 - 1.1.2. Concepto de Sistema Sanitario
 - 1.1.3. Sistemas de salud en Europa
 - 1.1.4. Evolución y organización del Sistema Sanitario Español
 - 1.1.5. Ley General de Sanidad 14/86
- 1.2. Cómo está organizado el Sistema Sanitario
 - 1.2.1. Estructuras del Sistema Sanitario
 - 1.2.2. Las instituciones sanitarias privadas
 - 1.2.3. Niveles de asistencia y sus prestaciones
 - 1.2.4. Los hospitales
- 1.3. Salud Pública y Comunitaria
 - 1.3.1. Introducción
 - 1.3.2. Salud Pública
 - 1.3.3. Salud Comunitaria
 - 1.3.4. Indicadores de Salud
- 1.4. El Equipo Humano de Salud Bucodental y funciones del Higienista en la consulta dental
 - 1.4.1. El Equipo Humano de Salud Bucodental
 - 1.4.2. Miembros del Equipo de Salud Bucodental

1.1. Qué es el Sistema Sanitario y cómo evolucionó en España

1.1.1. Introducción al tema

Uno de los principales retos de los países en general es alcanzar un sistema organizado que les permita responder a las necesidades sanitarias de su población. Existen diversos factores como las circunstancias de cada país, la propiedad de las instituciones sanitarias o el modelo socio-político. Todo esto entonces será lo que haga posible la diferencia en los distintos modelos de sistemas de prestación en la atención sanitaria.

1.1.2. Concepto de Sistema Sanitario

Se define como el conjunto de estructuras organizativas, centros de servicio y actividades pertenecientes al sector público y privado que tienen como finalidad atender las necesidades de la población en materia de salud.

Otra definición posible sería: conjunto ordenado de instituciones, personas, legislación y procedimientos que articuladamente confluyen en un objetivo, que sería un mejor nivel de salud para una comunidad determinada.

El Sistema Sanitario español estaría integrado por los servicios de salud de las comunidades autónomas coordinados por el Estado.

Las administraciones públicas pueden establecer acuerdos de colaboración con instituciones de titularidad privada para dar prestaciones de determinados servicios.



Definición

*La OMS define el **sistema sanitario** como el conjunto de todas las actividades, oficiales o no, relacionadas con la prestación de servicios de salud a una población determinada, que debe tener acceso adecuado a la utilización de dichos servicios.*

Los principales elementos que influyen en la estructura organizativa y el modelo de atención sanitaria propia de cada país son los siguientes:

- La práctica de la medicina y cuidados sanitarios. Esto se dará en relación con los recursos disponibles ya que unos países optarán por una medicina más preventiva y otros por una medicina más curativa.

Siempre con el fin de conseguir la práctica de la medicina deseada y buscando siempre obtener la máxima eficacia (máximo beneficio, mínimo costo).

- Papel que desempeña el Estado. La ideología predominante del poder da lugar a una amplia variedad de sistemas sanitarios, unos tal vez con una rígida planificación centralizada, otros con un predominio de la ideología liberal y que atribuyen un papel

importante a la iniciativa privada, y otros en que los centros de propiedad pública y privada coinciden.

- Influencia de las asociaciones profesionales y otras organizaciones. Ya sean de carácter religioso, solidario como ONG o cualquier organización de tipo caritativa.
- El papel de cada ciudadano en el cuidado de su propia salud. Basado en función al grado de educación sanitaria que se tenga y el nivel de compromiso que adquieran.



Importante/Recuerda

Los Sistemas sanitarios abarcan la práctica de la medicina curativa, preventiva y de rehabilitación en función de sus posibilidades y de sus ideologías políticas.

Cada país debe adaptarlo a las características de su entorno para que el sistema de salud sea el más óptimo.

1.1.3. Sistemas de salud en Europa

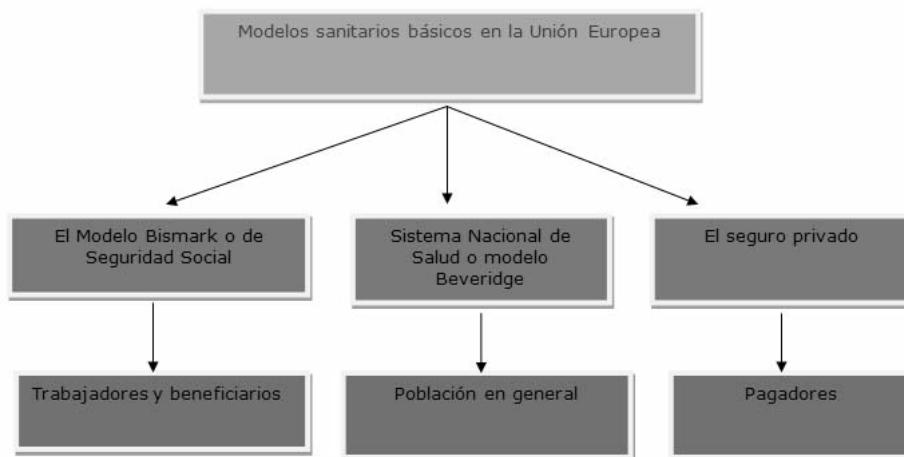
En casi todos los países europeos las prestaciones de asistencia sanitaria forman parte del sistema sanitario.

El papel de Estado está cambiado en todos los países que buscan una modernización de sus estructuras y una reorganización de sus políticas sociales. En España, por ejemplo, esta transformación es aún mayor que en otros países debidos a la descentralización y reorganización en un Estado de Comunidades Autónomas.

Algunas de las diferencias entre los sistemas de Seguridad Social de algunos países podrían ser:

- Clase de gestión del sistema: si es público o privado.
- Clase de cobertura a la población: si tiene cobertura a todos los ciudadanos, sólo a los trabajadores que cotizan, a todos los trabajadores en general, etc.
- Tiempo de cotización para tener derecho al servicio sanitario.
- La responsabilidad pública o privada de sistema.

Por lo tanto estas diferencias nos darán tres modelos básicos de Seguridad Social que dividen la mayoría de los países del Occidente de Europa:



- El Modelo Bismarck o de Seguridad Social, creado por la legislación social alemana e instaurado en el año de 1881, beneficia a los trabajadores menos favorecidos. Su característica fundamental es la cobertura universal, financiada mediante cuotas obligatorias que pagan las empresas y los trabajadores, para ser ingresadas luego en fondos públicos; con estos fondos se contrata médicos autónomos, que cobran por acto médico realizado, así como hospitales, que funcionan con un presupuesto limitado global.

Entre los países que adoptan este sistema actualmente tenemos a Alemania, Austria, Bélgica, Francia y los Países Bajos.

- El Modelo de Sistema Nacional de Salud, conocido también como modelo Beveridge, primeramente se adoptó en países del norte de Europa como Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Noruega, Suecia, Reino Unido, y a partir del año 1970, en los países del sur de Europa como España, Grecia, Italia y Portugal. Algunas de sus características serían la cobertura universal, financiación a través de los impuestos públicos, el libre acceso a los ciudadanos, la gestión pública... La evolución de este sistema hace que se incorpore la gestión privada en algunos centros.

- El Seguro Privado, llamado también modelo de soberanía de los consumidores, es financiado por contribución individual. La cobertura es por iniciativa privada y la propiedad de los recursos es privada.



Importante/Recuerda

Países que presentan un elevado estatus en salud son Reino Unido, Canadá, Suecia, Francia, Costa Rica o Cuba.

1.1.4. Evolución y organización del Sistema Sanitario Español

A través de la historia han ocurrido diferentes hechos que influyeron en el actual Sistema Sanitario Español.

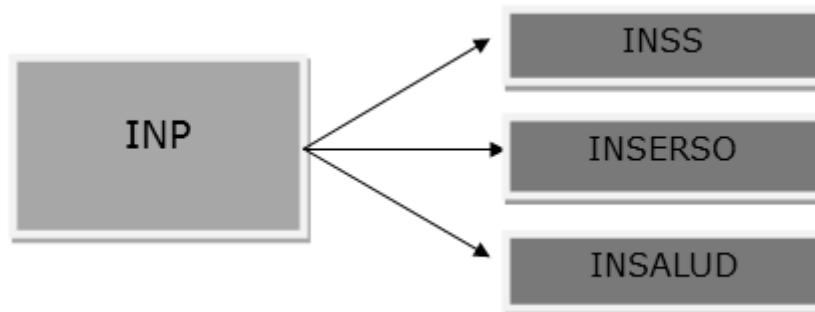
Es así que a principios del siglo XX el Estado español se ocupaba de los problemas sanitarios que afectaban a la colectividad con la finalidad de ampliar y mejorar las prestaciones ofrecidas a la población y de dar mayor cobertura a un mayor número de personas. La implantación de los seguros sociales en España se produjo con retraso, con respecto a otros países europeos, debido al subdesarrollo económico que sufrió el país y además a la lentitud en el proceso de industrialización.

Se puede resumir la evolución del Sistema Sanitario de la siguiente manera:

- Año 1885 (finales del siglo XIX): La Ley Orgánica de Sanidad del 28 de noviembre, es el primer marco organizativo sanitario (primera normativa). Aparecen diferentes sociedades denominadas socorros mutuos, con escaso desarrollo.
- Año 1890 (30 de enero): Se aprueba la primera Ley de accidentes laborales. Significó el inicio de los seguros obligatorios, que se financiaban con los aportes de los trabajadores.
- Año 1908: Creación del Instituto Nacional de Previsión (INP), que fue el primer marco de seguros voluntario para el trabajador: no existía aún la obligación de afiliarse.
- Año 1942: El INP pasa a convertirse en Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE).

- Año 1962: Se aprueba en España la Ley de los hospitales, que intentaba organizar una red hospitalaria nacional.
- Año 1963: Se aprueba la Ley de bases de Seguridad Social y se establecen tres áreas fundamentales: Salud Pública, Seguridad Social y Empleo.
- Año 1978: se celebra una conferencia sobre atención primaria de salud en la ciudad de Alma-Ata. Los expertos cuestionan los sistemas de salud por costosos e ineficaces y proponen como solución que la atención primaria de salud dirigida a las comunidades sea el corazón de los nuevos sistemas sanitarios. Ese mismo año se crea en España la especialidad de Medicina de familia y comunitaria, encargada de la atención primaria de salud.

Fue además en 1978 cuando se promulga la Constitución Española y el órgano hasta entonces encargado de la sanidad pública INP se trasforma en tres instituciones:



- Año 1986: Se aprueba en España la Ley General de Sanidad (marco legislativo), que instaura el Sistema Nacional de Salud.

1.1.5. Ley General de Sanidad 14/86 y sus aspectos más importantes

En 1986 se promulga la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril) y se crea el Sistema Nacional de Salud (SNS), que es un conjunto coordinado de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, en el que todo el mundo está incluido.

Esta Ley desarrolla el derecho fundamentalmente de todos los ciudadanos a la salud, contemplado en la Constitución, cuya responsabilidad recae sobre los poderes públicos.

Entre los aspectos más importantes tenemos:

- Universal: Extiende sus servicios y cobertura sanitaria a toda la población, especialmente a las personas con escasos recursos económicos, llegando paulatinamente al 100% de los españoles.
- Descentralizada: Creación de una red integrada de hospitales y accesibilidad de toda la población. Esto se hizo con la intención de que los organismos responsables se puedan sensibilizar con las necesidades y aspiraciones de los ciudadanos y así conseguir una mayor capacidad de respuesta ante esta necesidad. Es por ello que se le permitió a las Comunidades Autónomas asumir el autogobierno y por lo tanto la autogestión en temas de salud.
- Integral: Es decir una prestación de atención integral a la salud, ya sea promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- Se permite la libre elección de médico y pediatra en la atención primaria.
- Fija dos niveles asistenciales: Atención Primaria, que se da en los Centros de Salud, y Atención especializada, en los centros de especialidades y hospitales.
- Reconocimiento del libre ejercicio de las profesiones sanitarias.
- Integral en atenciones de salud mental.
- Además de las prestaciones médicas y farmacéuticas, también asegura las prestaciones sanitarias en el extranjero mediante convenios suscritos con distintos países.
- Concreción del sistema de financiación a partir de los ingresos del Estado.



Definición

En la Ley General de Sanidad, el Sistema Nacional de Salud se define como "el conjunto de los servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las CC.AA."

Asimismo en los artículos 9 y 10 de la LGS se determinan los derechos de los usuarios.

Derechos del usuario:

- Confidencialidad.
- Información sobre el acceso de las prestaciones.
- Negarse al tratamiento.
- Ser advertido si la atención que se le proporciona puede formar parte de un proyecto docente o de investigación.
- Respeto a su personalidad y dignidad humana sin que pueda ser discriminado por razones de raza, tipo social, sexo, etc.

Para el buen cumplimiento de estos derechos los centros sanitarios deben disponer de servicios de atención al paciente para:

- Orientar al paciente.
- Conocer sugerencias de pacientes y familiares.
- Atender reclamaciones.

1.2. Cómo está organizado el Sistema Sanitario

1.2.1. Estructuras del Sistema Sanitario

Anteriormente, el SNS estaba regulado a nivel estatal y el organismo que se encargaba de la coordinación con las Comunidades Autónomas era el INSALUD. Cada comunidad autónoma tenía entonces una dirección territorial, coordinada por el delegado de gobierno.

En la actualidad, el nuevo modelo de sistema sanitario público se organiza según la Ley General de Sanidad. Esta reforma consiste en que cada CC. AA. divide su territorio en las denominadas *Áreas de Salud*, llamadas también *Áreas Sanitarias o Regiones Sanitarias en algunas CC. AA.* Las Áreas de Salud son unidades geográficas y funcionales del

Sistema sanitario. Es una demarcación geográfica establecida atendiendo a diversos factores, entre ellos criterios culturales, socio económicos, demográficos, geográficos, de transporte y comunicación, etc.

Cada área es responsable de la dirección de las Instituciones sanitarias de su zona, ya sea en atención sanitaria como en el desarrollo de programas de salud. En Andalucía, por ejemplo, existen ocho áreas de salud que corresponden a las ocho provincias andaluzas, y atienden a una población no inferior a 200.000 habitantes, ni superior a 250.000 habitantes de acuerdo a la LGS.

Las personas deben ser atendidas en su área de salud tanto a nivel de atención primaria de salud por el equipo de atención primaria en el centro de salud como en el nivel de atención especializada por el hospital, que como mínimo tiene que existir uno en cada área de salud.

A su vez cada Área de Salud se divide territorialmente en Zonas Básicas de Salud (ZBS). Estas zonas constituyen el marco territorial elemental para cubrir las necesidades inmediatas de la población, es decir, que son las encargadas del primer nivel de asistencia sanitaria o atención primaria y suelen tener una población entre 5.000 y 25.000 habitantes.



Importante/Recuerda

La asistencia sanitaria se basa en dos niveles coordinados. El primero es un nivel asistencial que cubre las necesidades de la población de su ZBS en primera instancia con una atención integral y el segundo nivel que sobrepasa el ámbito del primer nivel y se conoce como atención especializada.

El encargado de gobernar el área de salud es el Consejo de Dirección y el responsable de que se ejecuten las normas establecidas por la administración estatal y autónoma es el gerente.

Cada Comunidad Autónoma elabora sus propios planes de salud, que son documentos que recogen los objetivos del Servicio Autonómico de salud y las acciones sanitarias que sean necesarias para cumplirlos.

La identidad que fija el presupuesto que va a ser dedicado a sanidad y cómo se distribuye entre las CC. AA. es el Parlamento de la Nación. Casi todas las comunidades tienen competencias en materia de sanidad, excepto Ceuta y Melilla donde es el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) quien realiza estas actuaciones.

El consejo interterritorial va a ser el encargado de unir la políticas sanitarias entre el Estado y las Comunidades Autónomas. Asegura la coordinación general de la atención sanitaria, la coordinación de las líneas básicas de la política en contrataciones de productos farmacéuticos, sanitarios y de otros bienes y servicios, así como los principios básicos de la política de personal y de planificación sanitaria dentro de algunas materias (ej. vacunas).



Además, el consejo evalúa anualmente una memoria de las actividades desarrolladas que presenta al Senado.

Este consejo interterritorial estará integrado por un representante de cada una de las CC. AA., que suele ser el Consejero de Salud o alguien a quien delega su trabajo, y por un número de representantes de la Administración del Estado que debe ser igual al número de representantes de las CC. AA.



Importante/Recuerda

El consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud es el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía equitativa y efectiva de los derechos del ciudadano en todo el territorio del Estado.

Las funciones del Servicio Nacional de Salud se dividen básicamente en:

Ministerio de Sanidad y Consumo Funciones de la Administración central	La Consejería de Salud Funciones de las administraciones autonómicas	Funciones de las administraciones locales
<ul style="list-style-type: none"> Actividades de sanidad exterior: control y vigilancia de posibles riesgos para la salud derivados de exportación, importación o tránsito internacional de viajeros. Legislación sobre los productos farmacéuticos. Promover y ejecutar las directrices del gobierno en materia de salud Alta Inspección: para asegurar el cumplimiento de las competencias autonómicas y estatales. 	<ul style="list-style-type: none"> Sanidad e higiene. Planificación general y presupuestos. Ordenación farmacéutica. Seguridad Social. 	<ul style="list-style-type: none"> Control de edificios y lugares públicos. Control de cementerios Control de la cadena de distribución de alimentos y bebidas. Control de efectos del medio sobre la salud.

1.2.2. Las instituciones sanitarias privadas

En nuestro país solo el 20% del gasto sanitario se lleva a cabo en instituciones Privadas. Por tanto, la casi totalidad de la población española está cubierta por el sistema sanitario público y un 8% de la población posee una cobertura mixta (pública y privada).

Las instituciones sanitarias privadas son aquellas que no se mantienen con los impuestos, cuotas de la Seguridad Social, de otras identidades públicas o de beneficencia. Incluimos entonces los consultorios y hospitales privados hasta la cobertura sanitaria que ofrecen las campañas de seguros mediante el pago de las pólizas.

Existen además conciertos de asistencia sanitaria con entidades públicas y privadas que el estado o las CC. AA. mantienen para la mejora en la prestación del servicio. Estos conciertos suelen ser para determinadas pruebas de diagnóstico, transporte sanitario, etc.

Dentro de las principales entidades aseguradoras privadas tenemos: Sanitas, Assisa, Adeslas, Previasa. Estas compañías suelen ofrecer pólizas por prestación de asistencia sanitaria y no por enfermedad; suelen ser contratadas voluntariamente por personas particulares que en su mayoría tienen cobertura por el sistema sanitario público.

Las pólizas de asistencia sanitaria permiten elegir cualquier médico incluido en el cuadro de la entidad, el asegurado no debe adelantar dinero ni hay límite de utilización. En las pólizas por enfermedad se puede elegir médico y centro nacional o extranjero.

También tenemos las mutuas patronales de accidente de trabajo (MPAT), que dedican su actividad a colaborar con la Seguridad Social en la gestión de las prestaciones económicas y sanitarias por accidentes laborales y enfermedades profesionales. Los 2/3 de sus trabajadores están afiliados a la Seguridad Social. Están financiados con dinero público y por tanto son entidades sin ánimo de lucro. Las más importantes son Fremen y Asepeyo.

Los funcionarios de la Administración del Estado, entidades locales, Justicia y Fuerzas Armadas tiene un régimen de Seguridad Social separado, a partir de mutualidades obligatorias que gestionan la asistencia sanitaria de los funcionarios mediante conciertos con la Seguridad Social o con entidades privadas, como ocurre con la Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado (Muface), el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (Isfas) y la Mutualidad General Judicial (Mugeju).

Además existen una serie de instituciones sin ánimo de lucro que quedan enmarcadas dentro de la Ley del Voluntariado, como la Cruz Roja, que tiene varios hospitales y también presta asistencia en carretera; Cáritas, que ofrece asistencia sanitaria y social a marginados, drogadictos, etc.; o la Asociación Española contra el Cáncer, que realiza labores preventivas y de apoyo psicológico a enfermos y familiares.

1.2.3. Niveles de asistencia y tipos de prestaciones

Como ya sabemos, la asistencia sanitaria se articula en dos niveles coordinados. Un primer nivel asistencial que cubre, en primera instancia, las necesidades de la población de su Zona Básica de Salud, con una atención integral denominada atención primaria, y un segundo nivel que sobrepasa el ámbito del primer nivel y se llama atención especializada.

1.2.3.1. Atención primaria

Es la asistencia esencial, que es puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas las etapas de su desarrollo. La Atención Primaria de Salud representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Sanitario, salvo en casos de extrema gravedad, llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas. Se intenta que sólo accedan a los especialistas las personas que realmente lo necesitan, ya que en estos niveles las prestaciones tienen los costos más elevados.



Definición

Según la OMS, la Atención Primaria de Salud es la atención medico-sanitaria-social puesta al alcance de los individuos y familias de la comunidad por medios que les sean aceptables con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar.

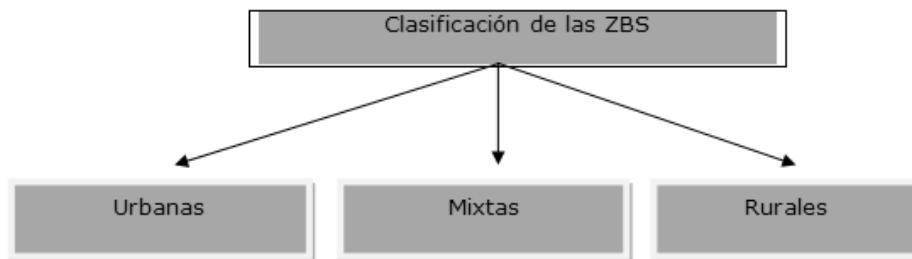
Los tipos de prestaciones en Atención Primaria son en especialidades de Medicina general, Atención materno infantil, Urgencias, Atención bucodental, Laboratorio básico, Estadística de salud y demografía, Control de grupos de riesgo (hipertensos, diabéticos etc.), Educación para la salud.

Esta Atención Primaria se organiza de acuerdo al territorio en distritos de APS y cada distrito comprende diversas zonas básicas de salud ZBS que se crean para facilitar el trabajo en equipo y mejorar la organización administrativa.

Las ZBS constituyen la demarcación territorial, población y geográfica delimitada para una determinada población, teniendo accesibilidad y proporcionando una atención de salud continuada, integra y permanente.

Cada CC. AA. va a decidir los límites de sus ZBS según diferentes criterios, ya sean geográficos, demográficos, climatológicos, etc., estableciendo que, en principio, se debe atender entre 5.000 a 25.000 habitantes. Unos de los criterios importantes para delimitar estas demarcaciones territoriales es la accesibilidad que se mantiene, de tal forma que el 90% de la población de la ZBS se encuentre a una distancia de tiempo no mayor a 30 minutos de desplazamiento.

En España no todas las ZBS son llamadas así: dependerá de cada CC. AA. Por ejemplo en Cataluña son Áreas Básicas, en el País Vasco Zonas Básicas de Salud, en Galicia serán Zonas de Salud de Atención Primaria, etc.



Los lugares donde se realiza la atención de primer nivel son:

- Los Centros de Salud.
- Los Consultorios Locales.
- Los Consultorios Auxiliares.

Por jerarquía, cada uno dependerá de los anteriores.

En todos estos centros desarrollan su actividad asistencial los profesionales sanitarios y no sanitarios que se integran en los Equipos de Atención Primaria. Prestan servicios sanitarios en un régimen ambulatorio y/o domiciliario, ya sea con carácter programado o de urgencia. Es aquí donde se solucionan la mayoría de los problemas de salud y enfermedad que presenta la población.



Los Centros de Salud. Son la estructura funcional y física que posibilita el desarrollo de una atención primaria de salud coordinada, integrada, permanente y continua. Se ubican normalmente uno por cada Zona Básica de Salud y cuentan con la infraestructura precisa para el desarrollo conjunto de sus actividades.