

UNIDAD 1: INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE LA SALUD Y LOS SISTEMAS SANITARIOS

1. Concepto de salud

1.1. Evolución histórica

2. Concepto de Salud según la OMS

2.1. Educación para la Salud

2.2. Necesidad de efectuar la educación para la salud

Â

0. Introducción

Â

0. INTRODUCCIÓN

Desde mucho tiempo atrás, los conceptos de Salud y enfermedad han ido cambiando a través de las diferentes épocas históricas. Hoy día existen diversas formas de entender la salud y la enfermedad, según su fundamento, es decir, la definición en medicina, de salud, siempre será; más amplia, que si hablamos de salud, a nivel social.

En esta unidad se tratará el concepto de salud desde puntos de vista diferente, aunque complementarios: el primero en el sentido individual y el segundo en el social. La primera acepción concibe a la salud como el buen funcionamiento biológico del organismo y la ausencia de enfermedades. La segunda, como explica la Organización Mundial de la Salud (OMS), trasciende el aspecto individual para abarcar un estado completo de bienestar físico, mental y social. Y será ésta la que describamos a continuación.

1. Concepto de salud

Â

1. CONCEPTO DE SALUD

EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Â

Civilizaciones Antiguas

A lo largo de la historia, el concepto de "salud" se ha relacionado con el de "enfermedad", siendo, en ocasiones, muy difícil establecer diferencias entre ambos, los cuales son con frecuencia tan ambiguos y a la vez tan sutiles, como pueden ser las percepciones y creencias de los seres humanos.

La salud en el Antiguo Egipto

Â

En la vida diaria los egipcios se expresan deseos de disfrutar de una buena salud ya no sólo en la onomástica sino también en el campo epistolar. Daban gran importancia a intentar evitar la pérdida de

su salud y preservarla durante una larga vida. El "estar sano" tendría un significado como principio mental que los mantiene inmaculados y puros de toda influencia nefasta en medio de una contradicción vida-muerte, lo cual los encaminaba a ejercer medidas de prevención, las cuales pueden ser interpretadas como una dinámica trivalente; por una parte lo espiritual, a través de prácticas mágico-religiosas, por otra parte una profilaxis corporal externa expresión de lo que en la actualidad podríamos mencionar como apariencia personal, y por  ltimo, una especie de higiene interna, llevada a cabo con purgantes y eméticos, en la creencia de que muchos de los trastornos procedían de su ingesta.

Se observan así, dos tendencias para el control de la enfermedad, una que se apoya en el misticismo y la otra se basa en la experiencia y observación, acorde con un conocimiento empírico-racional.

En **Mesopotamia**, se consideraba la enfermedad como lo contrario a la salud, para ellos la enfermedad era debida a una falta que la persona hubiese cometido en su vida, estableciéndose como una relación causa-efecto. Por lo que el hombre era el propio responsable, por sus actos, de su estado de salud.

Los **Griegos** son considerados, en muchos ámbitos sociales, culturales, etc. como pioneros, sobre todo en filosofía y medicina. Estando incluso presente la salud, la medicina, la enfermedad, en su mitología, con dioses como Apolo y Esculapio, dioses de la curación, lo cual nos hace deducir, juntos a otros descubrimientos, la influencia del misticismo en la concepción de la salud en la población griega, siendo el arte de curar ejercido por los sacerdotes y llevado a cabo en los templos.

 

(Anexo Unidad 1 haciendo referencia a los Griegos en la carpeta de Descargas)

Aunque, se puede hablar de una relación, en esta época, de la ciencia y el misticismo, ya que en medicina, existen avances muy destacados. Con la llegada del Griego Hipócrates, su pensamiento naturalista basado en la armonía de la naturaleza humana y el ambiente que le rodea, expone la medicina como ciencia, aunque con vinculación a lo religioso.

Por tanto, antes de la llegada de Hipócrates y de la concepción de la medicina como ciencia, los griegos consideraban las enfermedades como un castigo de los dioses. El dios griego de la medicina era Asclepio y en su templo los enfermos ofrecían sacrificios y pasaban all  la noche con la esperanza de que al amanecer ya se hubiesen curado.

Los tratados hipocráticos o Corpus hippocraticum contiene los textos esenciales de Hipócrates, y aparece la afirmación de que las enfermedades eran causadas por elementos naturales. La existencia del juramento hipocrático implica que esta  «medicina hipocrática» era ejercida por un grupo de profesionales médicos vinculados, al menos entre ellos mismos, por un estricto código  tico. Por tanto, tenemos que Hipócrates, sienta las bases del actual juramento hipocrático en los que finalizan sus estudios de medicina, en la actualidad.

Para Hipócrates la concepción de salud era el equilibrio de los 4 humores vitales del cuerpo: sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema. A esto lo denominó Teoría de los 4 humores, la cual indicaba una relación entre la salud, los humores y el ambiente. Esta teoría fue el punto de vista más común del funcionamiento del cuerpo humano entre los médicos europeos hasta la llegada de la medicina moderna a mediados del siglo XIX.

En esencia, esta teoría mantiene que el cuerpo humano está lleno de cuatro sustancias básicas, llamadas humores (antiguamente, se denominada humor a cada uno de los líquidos de un organismo vivo), cuyo equilibrio indica el estado de salud de la persona. Según esta teoría, las enfermedades resultarían de un exceso o un déficit de alguno de estos cuatro humores. Tanto griegos y romanos como el resto de

posteriores sociedades de Europa occidental que adoptaron y adaptaron la filosofía médica clásica, consideraban cada uno de los cuatro humores aumentaba o disminuía en función de la dieta y la actividad de cada individuo. Cuando un paciente sufría de superávit o desequilibrio de líquidos, entonces su personalidad y su salud se veían afectadas.

Los **Hindúes**, destacados a lo largo de la historia por sus conocimientos botánicos probablemente por el elevado número de insectos, reptiles, etc., venenosos, viéndose obligados a crear antidotos naturales.

Para la antigua civilización **China**, la salud es el equilibrio entre los agentes externos y la constitución del cuerpo humano dentro de un marco natural, es decir, para ellos el ambiente y los agentes influyen en nuestro cuerpo, pudiendo ocasionar enfermedades. Por tanto, para ellos, la enfermedad sería la ruptura de dicho equilibrio y es el propio enfermo el principal responsable de combatir sus causas, tanto de origen interno como externo, así cada persona es responsable de su bienestar.

En los **Hebreos**, consideran la ira divina como un motivo para el mal estado de salud, siendo la fuente principal la Biblia, que suele enfocarse más bien a medidas preventivas encaminadas a la higiene y desinfección, un ejemplo conocido puede ser el hecho de realizar la circuncisión.

Los **Romanos**, altamente influenciados por los Griegos, consideraban la medicina un desarrollo inicial esencialmente religioso. Prestan especial atención a la higiene, el ejercicio y la alimentación, dado que para ellos, la apariencia era importante para el estado de salud. De ahí, que crearan la red de abastecimiento de agua a la ciudad. Una red de acueductos que aportaba a Roma más de mil millones de litros por día.

Â

(Anexo Unidad 1 haciendo referencia a los Romanos en la carpeta de Descargas)

Edad Media

Considerada como una época religiosa, relacionada con el pensamiento judeocristiano de la Biblia, por lo que todo lo relacionado con la enfermedad o el estado de salud, está influenciado por las órdenes divinas de Dios, es decir, se consideran castigos de Dios, las enfermedades. Aunque es importante marcar, que eran aceptados los remedios mágicos ya que su propiedad curativa la poseen en la misma medida en que Dios también lo quiere así, es decir, si con estas medidas curativas mejoraba el paciente, Dios habría querido que así fuese. Por lo que cuando las enfermedades eran incurables o no se hallaba relacionado con la necesidad divina.

Época Moderna

El Renacimiento introduce el método científico en todas las ciencias. Los avances logrados se deben a 3 tipos de convicciones:

- No hay enfermedades mortales o incurables por necesidad. La dolencia que hoy parece incurable mañana se curará.
- No hay enfermedades de aparición necesaria, todas en principio son evitables.
- El progreso de la técnica permite un avance tanto diagnóstico como terapéutico en una alteración por enfermedad.

Época Contemporánea

En cuanto a la esencia del trastorno que origina la enfermedad los autores del siglo XIX defienden algunas de estas opciones:

- Teoría Tisular: La enfermedad reside en las modificaciones que afectan a los tejidos.
- Teoría orgánica: La enfermedad está determinada por las alteraciones anatómicas de los órganos.
- Teoría celular: La enfermedad consiste en la anomalía en funciones de las células.
- Teoría bioquímica: La lesión causante de la enfermedad es una lesión o una alteración bioquímica.
- Teoría funcional: La enfermedad es un proceso que traduce la falta de adaptación del organismo a los medios variados estériles nerviosos.

2. Concepto de salud según la OMS

Â

2. CONCEPTO DE SALUD SEGÚN LA OMS

La definición de salud ha ido evolucionando desde el entendimiento como "no enfermedad" hasta un concepto más global. La Organización Mundial de la Salud en 1948 definió la salud como **"un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad"**. La posesión del mejor estado de salud del que se es capaz de conseguir constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política y condición económico-social". Posteriormente la Oficina Regional Europea de la OMS define el concepto de salud como "la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente". Esto añade a la anterior definición un concepto dinámico: el de capacidad funcional y potencial, es decir, considera la salud como un medio para lograr las mejores capacidades del individuo. Esto está esencialmente relacionado con la EPS. La salud es, pues, un proceso continuado, no una situación estática.

Es importante destacar los 2 aspectos importantes de la definición de la OMS:Â

- Es un modelo dinámico.
- Tiene un aspecto "social" que la relaciona con el entorno del individuo; entorno que no puede quedar al margen cuando se habla de mantenimiento de la salud.

Si no se consigue un equilibrio del individuo con su entorno todas las actividades tanto de Promoción de la Salud, y como parte de ella la Educación para la Salud que se lleven a cabo estarán condenadas al fracaso; es, pues, imprescindible adaptar cada actividad de Educación para la Salud al individuo o a los grupos en concreto a los que van dirigidas.

2.1. Educación para la saludÂ

2.1. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Definir lo que es Educación para la Salud no es tarea fácil dado que es un concepto amplio, dirigido tanto a comunidades como a personas; y dentro de estas últimas, a personas sanas en su vertiente preventiva, a personas enfermas en el afrontamiento y manejo de enfermedades, y a la rehabilitación de las secuelas producidas por la enfermedad.

Existen muchas definiciones de lo que es Educación para la Salud, pero previamente a esta definición es preciso hablar de lo que la OMS entiende por Promoción de la Salud y Educación para la Salud.

La OMS en 1986 define la Promoción de la Salud como "el proceso que capacita a las personas para controlar y mejorar su salud". Posteriormente se plantearon estrategias a través de las cuales la promoción de la salud podía conseguirse.

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La Promoción de la Salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

La Educación para la salud se encuadrará como un instrumento que posibilita esta promoción de la salud.

Según la definición de la OMS de Educación para la Salud, ésta "comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente y que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. Posteriormente fue modificada redefiniéndola en los siguientes términos: "la Educación para la Salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria".

Así pues, la OMS define la Educación para la salud como una combinación de oportunidades de aprendizaje que facilita cambios voluntarios del comportamiento que conducen a una mejora de la salud. La OMS enfoca la Educación Sanitaria desde un modelo participativo, y adaptado a las necesidades, en el cual la población adquiere una responsabilidad en su aprendizaje, centrándolo no sólo en los conocimientos sino también en el saber hacer.

2.2. Necesidad de efectuar la educación para la salud

Â

2.2. NECESIDAD DE EFECTUAR LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Hay varias razones que hacen que la EPS sea un elemento esencial:

- La salud no está amenazada solamente por las epidemias o por otras enfermedades prevalentes. La salud está también amenazada por formas o hábitos de vida insanos: dieta, sedentarismo, consumo de tóxicos, etc., que inciden negativamente en la salud.
- En muchas enfermedades crónicas la participación del individuo, tanto en comportamientos y estilos de vida como en la adherencia al tratamiento son imprescindibles para su control.
- Cada vez más las personas se sienten implicadas y quieren ser responsables de su salud, así como participar en las decisiones que se refieren al mantenimiento de su salud o al control de su enfermedad, y la EPS les capacita y les motiva para asumir la responsabilidad de ello.

UNIDAD 2: ESTRUCTURA DEL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA

UNIDAD 2: ESTRUCTURA DEL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA A

UNIDAD 2: ESTRUCTURA DEL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA A
0. Introducci3n 1. Historia del sistema sanitario espaol 2. Marco legal del Sistema Sanitario 2.1. <i>La Constituci3n Espaola</i> 2.2. <i>La Ley General de Sanidad</i> 3. Caractersticas principales de nuestro sistema sanitario 3.1. <i>Organizaci3n del sistema sanitario</i> 4. Sector privado

0. Introducci3n

0. INTRODUCCI3N
En esta unidad se hace un resumen o aproximaci3n a la Sanidad en Espa+a, desde una perspectiva hist3rica y legislativa. Se entiende por Sistema Sanitario al conjunto de instituciones, personal especializado y equipamiento destinado a la promoci3n, protecci3n y restauraci3n de la salud de individuos, colectividades y su entorno. En la ley General de Sanidad, dicho sistema sanitario se denomina Sistema Nacional de Salud, est3 integrado por los servicios de salud de las CCAAs y coordinado por el Estado. A lo largo de este m3dulo veremos c3mo las Administraciones P3blicas pueden establecer acuerdos de colaboraci3n con instituciones de titularidad privada para la prestaci3n de determinados servicios.

1. Historia del sistema sanitario espaol

1. HISTORIA DEL SISTEMA SANITARIO ESPAOL
En este apartado se expresa un breve recorrido hist3rico sobre la evoluci3n de la sanidad en Espa+a, centrando la atenci3n en el siglo XX, principalmente[1]. Ya que naci3 con la creaci3n del Instituto Nacional de Previsi3n (INP), pero antes de que adquiriese forma definitiva y tomara peso en la legislaci3n social, el INP pas3 por un largo per3odo de preparaci3n y estudio. Los antecedentes oficiales se remontan a 1.883, con la creaci3n de la Comisi3n de Reformas Sociales para el estudio de todas las cuestiones que interesaban a la mejora o bienestar de las clases obreras, y que afectaban a las relaciones entre el Capital y el Trabajo.

Para ponernos en situación, sabemos, que España es una monarquía parlamentaria desde 1978. A lo largo de los últimos 30 años, se ha llevado a cabo de forma progresiva la transferencia de las competencias a los gobiernos regionales, ese es el caso de la sanidad. Así, la organización política del Estado español comprende actualmente el Estado central y regiones (que reciben el nombre de comunidades autónomas), con sus respectivos gobiernos y parlamentos. Pero fue años antes, cuando se comenzó a forjar el Sistema Sanitario en España.

Comenzando el siglo XX, España se ocupaba de los problemas sanitarios que afectaban a las colectividades. Los ciudadanos resolvían sus problemas de salud acudiendo a la medicina privada. La caridad y las organizaciones religiosas o gremiales debían resolver los problemas de salud de los que no podían pagar la asistencia médica. De ahí, que a partir de 1900 se fueran creando seguros para diversos sectores, los primeros fueron los relacionados con el mundo laboral. Y es ya en 1919 cuando el anteriormente comentado, Instituto Nacional de Previsión (INP) se convierte en el gestor de todos estos seguros.

En 1908, se aprueba la Ley de Creación del Instituto Nacional de Previsión se establece el régimen legal español de Retiros Obreros, bajo el sistema de la libertad subsidiada de las pensiones de vejez que libremente contrataran los obreros con este Organismo.

El Sistema de la libertad subsidiada, iniciado y practicado por el Instituto Nacional de Previsión en el decenio 1909-1919, preparó la organización necesaria para la implantación del Seguro Obligatorio del Retiro Obrero, mediante el Real Decreto-Ley de 11 de marzo de 1919.

Un avance social importante en el tercer decenio del siglo, es el establecimiento del Seguro Obligatorio de Maternidad, en 1929, que amplía y refuerza el Subsidio de Maternidad de 1923. Este seguro garantizaba, entre otras prestaciones, la asistencia facultativa en el embarazo y en el parto, a estos efectos, el Instituto Nacional de Previsión establece los primeros convenios con las organizaciones profesionales de médicos, farmacéuticos y matronas. Otros logros significativos fueron la aplicación a todos los trabajadores de la agricultura, mediante la Ley de Accidentes de Trabajo de 1900, primera norma legislativa del sistema de protección social español, y la aprobación de la Ley de Accidentes de Trabajo en la Industria, de 4 de julio de 1932.

En España, se implantan el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) mediante la Ley de 14 de diciembre de 1942, el carácter obligatorio va dirigido a proteger a los trabajadores económicamente débiles, cuyas rentas de trabajo no excedan de los límites fijados. El SOE queda a cargo del INP, como entidad aseguradora única, y entre las prestaciones del Seguro, estaba la asistencia sanitaria en caso de enfermedad y maternidad, e indemnización económica por la pérdida de retribución derivada de las situaciones anteriores.

Con la Ley de Bases de la Seguridad Social, de 28 de Diciembre de 1963, se suprimen los esquemas clásicos de previsión y seguros sociales, y se instrumenta el desarrollo del sistema de Seguridad Social.

En los años 70, el sistema sanitario público en España, se dividía en tres niveles estos eran:

- Nivel Primario: Constituido por los Ambulatorios. En ellos trabajan los médicos generales, los pediatras y el personal de enfermería. Cada médico atiende a su cupo de enfermos, así que no se trabaja en equipo. La preocupación es sobre todo de carácter curativo. Los enfermos acuden al médico, sin sistema de citas, son atendidos en el tiempo disponible. Los médicos generales trabajan en el ambulatorio 2 horas diarias.
- Nivel Secundario: Ambulatorios de especialidades.

- Nivel Terciario: Hospitales.

El sistema se va desarrollando hasta 1974, en el que la Ley General de Seguridad Social configura un sistema de asistencia sanitaria con libre elección de médico general, pediatra y ginecólogo, contribución del asegurado en el gasto por medicamentos, jerarquización de las instituciones sanitarias, inversión en grandes hospitales y tecnología, etc.

Con la creación del Ministerio de Sanidad en 1977, se crea, ya en 1978, la Especialidad de medicina de familia y comunitaria encargada de la Atención Primaria de Salud.

Con la Ley General de Sanidad, de 14 de abril de 1986, se configura el nuevo modelo de organización creándose el Sistema Nacional de Salud, y toma forma el concepto de servicio sanitario público que debe prestar el Estado.

A partir de 1989, se amplía la previsión constitucional en lo que se refiere a la protección de la salud de los ciudadanos, por una parte, se produce el cambio de financiación del gasto sanitario público, que pasa a ser fundamentalmente asumido por el Estado, a través del sistema impositivo ordinario, y por otra parte, se extiende la cobertura sanitaria de la Seguridad Social a las personas no incluidas en la misma y sin recursos suficientes.

De acuerdo con el principio de descentralización territorial, se inicia, en 1981, el traspaso de competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las Comunidades Autónomas, proceso que se culmina en el año 2001.

En el año 2002, el Instituto Nacional de la Salud se convierte en una entidad de menor dimensión y pasa a denominarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, el nuevo Instituto se ocupa de las prestaciones sanitarias en el ámbito territorial de la Ciudades de Ceuta y Melilla.

A lo largo de este módulo iremos ampliando la información relevante sobre los últimos años, en materia de salud.

[1] Este apartado está basado en las publicaciones del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y el SEPAS.

Â

2. Marco legal del Sistema Sanitario

Â

2. MARCO LEGAL DEL SISTEMA SANITARIO

La Organización del sistema sanitario actual está delimitada por 2 normas fundamentales:

- La Constitución
- La Ley General de Sanidad

2.1. La Constitución Española

Â

2.1. LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA

Establecida en 1978, nuestra Constitución reconoce en el artículo 43 el derecho de todos los españoles a la protección de la salud. Eso obliga a los poderes públicos a organizar y tutelar la salud pública.

En el artículo 41 se dice que los poderes públicos deben mantener un régimen público de Seguridad Social que garantice la asistencia y las prestaciones sociales a todos los ciudadanos, especialmente en caso de desempleo.

Lo harán a través de las prestaciones y los servicios necesarios y también utilizando medidas preventivas. Custodiarán la salud pública protegiendo la salud de los consumidores y usuarios, velando por la seguridad e higiene en el trabajo, protegiendo e incrementando la calidad de vida y del medio ambiente, etc.

Por otro lado, la Constitución establece que el Estado se organiza en municipios, provincias y Comunidades Autónomas y que todas estas entidades tienen autonomía para la gestión de sus propios intereses.

En consecuencia, el Gobierno del Estado va descentralizando el sistema sanitario al transferir su organización y su gestión a las Comunidades Autónomas.

Sólo quedan en poder del Estado competencias globales:

- La definición del modelo sanitario.
- La coordinación general de la Sanidad.
- Las estadísticas sanitarias de interés nacional.
- La inspección general de las actividades delegadas.
- La normativa sobre productos farmacéuticos.
- Las relaciones sanitarias internacionales.

2.2. La Ley General de Sanidad

Â

2.2. LA LEY GENERAL DE SANIDAD

Es con la Ley 14/1986 General de Sanidad, que se desarrolla el derecho a la protección de la salud que establece la Constitución.

Con esta ley se crea el Sistema Nacional de Salud, que será el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas, integrados en una red única.

El Estado financia el sistema a través de sus Presupuestos Generales, de las cotizaciones de la Seguridad Social y de tasas por la prestación de determinados servicios.

Toda la población tiene cobertura sanitaria. El objetivo es ofrecer una atención integral a la salud reforzando la atención primaria, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Con este fin, se incorporan al sistema la salud mental, la medicina del trabajo, la salud dental, etc.

Siguiendo la Constitución, el Gobierno Central transfiere la mayoría de las competencias en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas.

En 1981 se hace la primera transferencia de medios sanitarios desde el estado (adscritos en ese momento al INSALUD) a la Comunidad Autónoma de Cataluña. La transferencia a la Comunidad Andaluza se produce en 1984.

En la actualidad todas las comunidades autónomas de España han constituido sus Servicios de Salud y gestionan la asistencia sanitaria en sus territorios.

El Órgano de coordinación del Sistema Nacional de Salud es el Consejo Interterritorial, que fue creado por la Ley General de Sanidad y está compuesto por representantes de todas las Comunidades Autónomas y de la Administración Central. Tiene las funciones de información y comunicación entre todas las administraciones y de coordinación de los aspectos fundamentales de la sanidad.

En el 2002 se modificó la estructura del Ministerio de Sanidad y Consumo y se transformó el antiguo INSALUD en el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria con la función, entre otras, de gestionar las prestaciones sanitarias de las ciudades de Ceuta y Melilla.

3. Características principales de nuestro sistema sanitario

Â

3. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE NUESTRO SISTEMA SANITARIO

El sistema sanitario en España cumple una serie de características principales, las cuales las podemos resumir en:

- Considerar la salud desde un punto de vista integral, es decir, el sistema se centra en promover la salud y prevenir la enfermedad.
- La extensión de la asistencia sanitaria pública hacia toda la población.
- La participación de las comunidades en la promoción de la salud.
- La importancia de la educación sanitaria.
- Los derechos de los usuarios.

Además, cumple estos objetivos principales:

- Universal: Casi 100% de la población española (aunque no están afiliados a la Seg.Soc)
- Preeminentemente de atención primaria y no hospitalaria
- Dispersa y accesible: Lleva Servicios sanitarios fundamentales fuera de los núcleos urbanos.
- Gestión centralizada: Distintos organismos sean sensibles a las necesidades.

3.1. Organización del sistema sanitario

Â

3.1. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

En cada Comunidad Autónoma se constituye un servicio de salud que dirige todas las instituciones de la propia Comunidad, diputación, ayuntamiento, etc. Cada servicio de salud comunitario se divide en zonas geográficas, siendo las áreas de salud, la estructura fundamental del sistema sanitario.

Cada Área de salud se responsabiliza de la dirección de las instituciones sanitarias de su zona geográfica, de la atención sanitaria y de los programas de salud atienden poblaciones de 200.000-250.000 habitantes. Las personas deben ser atendidas, en su Área de salud, tanto en el 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, propio o concertado, que, como mínimo, tiene que existir en cada Área de salud.

A su vez las Áreas de salud, se dividen en zonas básicas de salud, en donde se presta la atención primaria de salud, que es llevada a cabo en los centros de salud, por equipos, en los que trabajan distintos profesionales, que reciben el nombre de equipos de atención primaria.

Cuadro representativo de las Áreas de Salud

PRESTACIONES

Atención Primaria

Atención especializada

ENCARGADO

Equipos de atención primaria

Especialidades

DÓNDE

Centro de Salud

Hospital

CUÁNTAS INSTITUCIONES

Varias (Un centro de salud por cada 5.000-25.000 habitantes)

Al menos una (un Hospital) por cada Área de Salud, en ese caso un Hospital por cada 200.000-250.000 habitantes)

DEMARCACIÓN

Zona básica de salud

Área de Salud

¿

Organismos encargados de sanidad

Existen diversos ministerios y organismos que están encargados de la sanidad en España, de ahí la importancia de establecer un apartado para concretar las competencias de estos organismos en materia de salud y poder diferenciarlas. Para ello se establece la siguiente descripción sintetizada:

¿

Ministerio de Sanidad y Consumo:

- Canaliza la financiación que aporta el Estado en materia de salud.
- Ejerce las competencias que la CE da al Gobierno Central en sanidad.
- Rige el Insalud, y los organismos sanitarios.

Ministerio de trabajo y Seguridad Social:

Financia parte de asistencia médica, mediante las cotizaciones de los trabajadores.

Ministerio de Asuntos Sociales:

Se encarga del IMSERSO (Inst. migraciones y servicios sociales)

Ministerio de Defensa:

Se responsabiliza de la Sanidad Militar

Ministerio de Justicia:

Rige las actuaciones médicos- forenses.

Ministerio de Educación:

Forma Profesionales sanitarios no universitarios. Y También en Universidades.

Diputaciones Provinciales:

Se encargan de la atención a la salud mental y asisten a los ancianos.

Corporaciones locales:

Se ocupan de mantener el medio ambiente sano y del saneamiento de su territorio.

4. Sector privado

Â

4. SECTOR PRIVADO

La Ley General de Sanidad reconoce el ejercicio libre de las profesiones, la libertad de empresa y la posibilidad de las Administraciones Públicas de establecer conciertos para prestar servicios sanitarios con medios ajenos al sector público, es decir, medios privados para ser utilizados como medio público. Los conciertos deben cumplir una serie de requisitos, por ejemplo que mejoren los servicios que se ofrecían hasta ese momento con medios propios, que se pague por un mismo servicio un mismo precio, etc.

Según el Ministerio de Sanidad, se entiende por concierto un contrato realizado entre un establecimiento sanitario (privado o público) y el organismo responsable de gestionar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, por el cual se determinan, bajo ciertas condiciones, las características y las tarifas de cada uno de los servicios sanitarios concertados. Hay algunos casos particulares en los que la relación entre el hospital y la Entidad Gestora se rige por Convenio de Vinculación o por Convenio Singular.

Los conciertos pueden hacerse desde instituciones públicas con centros hospitalarios o con entidades no hospitalarias, para pruebas diagnósticas o tratamientos de rehabilitación, logopedia, psicoterapia o

hemodiálisis, de carácter privado.

Es por todo esto, que la sanidad pública recurre a centros privados para dar una mejor calidad de servicio sanitario, a través de acuerdos o contratos. Al igual que todo ciudadano tiene la posibilidad de acceder a la sanidad privada como complemento o como una alternativa a la sanidad pública.

En el caso de la sanidad privada el paciente paga cada acto sanitario y cada ingreso hospitalario, ya sea a través de cuotas o con pago directo.

Según diversos datos la mayoría de la población que decide acudir al sector privado es para:

- Atención Bucodental y atención psiquiátrica
- Inmediatez en la atención.
- Cirugía estética voluntaria.
- Elección del sanitario y lugar.
- Entre otras, que depende de los servicios no financiados o los más saturados.

UNIDAD 3: NIVELES DE ASISTENCIA Y TIPOS DE PRESTACIONES

Â

UNIDAD 3: NIVELES DE ASISTENCIA Y TIPOS DE PRESTACIONES

0. Introducción

1. Asistencia primaria: los centros de salud

1.1. Funciones de la atención primaria

2. Asistencia especializada: centros de especialidades y hospitales

2.1. El Hospital

3. Organización hospitalaria

3.1. Organigrama hospitalario

4. Prestaciones sanitarias

4.1. Prestaciones financiadas por la Seguridad Social

4.2. Prestaciones cuyo importe debe reclamarse a terceros, entre otras posibilidades

4.3. Prestaciones no financiables por la Seguridad Social o fondos estatales destinados a la asistencia sanitaria

Â

UNIDAD 3: NIVELES DE ASISTENCIA Y TIPOS DE PRESTACIONES

0. Introducción

0. INTRODUCCIÓN

Para empezar con esta unidad, es importante concretar que el Sistema Público de Salud en España se organiza en dos niveles, que son:

- Nivel de atención primaria
- Nivel de atención especializada

Además, se dedicará especial atención a ambos niveles, junto con las prestaciones que están o no financiadas, estableciendo una diferenciación entre estas financiaciones.

1. Asistencia primaria: los centros de salud

1. ASISTENCIA PRIMARIA: LOS CENTROS DE SALUD

La atención primaria es considerada como parte fundamental de la asistencia sanitaria, siendo el primer nivel de contacto de los usuarios con el sistema, encargada de la curación y la prevención. El trabajo es desarrollado por médicos de familia, pediatras y personal sanitario y no sanitario. Todos ellos constituyen el equipo de atención primaria. Siendo el lugar principal de atención, en este nivel, los centros de salud.

Cómo se concreta dónde debe ir un centro de atención primaria, para ello, como hemos visto en unidades anteriores, las áreas de salud se subdividen en zonas básicas de salud, y en cada una de estas zonas básicas se encuentra un centro de salud que presta la atención básica de salud (primer nivel: atención primaria). En cada área de salud pueden existir además equipos de apoyo que prestan aquellos servicios que, considerándose propios de la atención primaria, no son prestados directamente por el centro de salud. Es decir, junto a los centros de salud existe los equipos de apoyo, destinados a cubrir las necesidades de los centros de salud, como complemento, dado que según la población y la zona básica de salud, los centros de salud tienen una serie de servicios a prestar, utilizando los equipos de apoyo, para complementar los servicios de los que no disponen.

1.1. Funciones de la atención primaria

Niveles de asistencia y tipos de prestaciones

1.1. FUNCIONES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Centros de Salud

Las funciones que desarrolla el equipo básico de atención primaria en los centros de salud son:

- Prestar asistencia sanitaria individual y colectiva, en régimen ambulatorio, domiciliario y de urgencias, a la población de la que depende el equipo. Esta asistencia se coordina con los equipos de apoyo y los servicios de especialidades.
- Promoción de la salud, prevención de la enfermedad y participación en tareas de reinserción social.

- Contribuir a la educación sanitaria de la población.
- Realizar el diagnóstico de salud de la zona y los programas de salud que se pongan en marcha.
- Evaluar las actividades realizadas.
- Desarrollar y participar en la formación de profesionales de atención primaria.
- Participar en los programas de salud materno-infantil, mental, laboral y ambiental.

Equipos de apoyo

Las funciones que desarrollan los equipos de apoyo a la atención primaria son:

- Preventivas: Participando en los programas de salud y educación sanitaria.
- Docentes: formando a los profesionales de los equipos básicos.
- Investigación: Participando en los programas que se llevan a cabo en sus zonas básicas.
- Asistenciales: Atención de los equipos básicos.

Los equipos de apoyo pueden estar constituidos por el personal que se estime necesario, por ejemplo personal de salud, materno-infantil, mental, dental, radiología, atención a la tercera edad, etc. Sirviendo de complemento a la asistencia prestada en los centros de salud, de cada zona básica de salud.

2. Asistencia especializada: centros de especialidades y hospitales

3

Niveles de asistencia y tipos de prestaciones

Â

2. ASISTENCIA ESPECIALIZADA: CENTROS DE ESPECIALIDADES Y HOSPITALES

Estamos en el segundo nivel sanitario, llamado Atención Especializada, el cual se caracteriza por:

- Realizarse en hospitales y centros de especialidades dependientes de los hospitales. En los centros de especialidades así como en las consultas externas de los hospitales se atiende en régimen ambulatorio.
- Prestar la atención sanitaria de mayor complejidad, es decir, aquella que no ha podido ser ofrecida por los profesionales del nivel de asistencia primaria.
- Desarrollar el resto de las funciones de los hospitales.

2.1. El Hospital

3

Niveles de asistencia y tipos de prestaciones

Â

2.1. EL HOSPITAL

Los hospitales son los centros sanitarios destinados a la asistencia especializada y continuada de pacientes en régimen de internado, cuya finalidad principal es el diagnóstico y/o tratamiento de los enfermos ingresados en el mismo, así como la atención a pacientes de forma ambulatoria.

No obstante, el concepto tradicional de hospital, considerado como institución o centro sanitario que, al margen de su denominación, tiene como finalidad fundamental la prestación de asistencia sanitaria en régimen de internado, se ha visto superada por las nuevas formas de organización de la asistencia sanitaria especializada que tienen su fundamento en la Ley General de Sanidad, tal y como se muestra en los siguientes artículos:

Art. 56.2.b: "En el nivel de asistencia especializada, a realizar en los hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquellos se prestará la atención de mayor complejidad a los problemas de salud y se desarrollarán las demás funciones propias de los hospitales"

Art. 65.2: "El hospital es el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia.

Así, desde comienzos de los años 90, la organización de la asistencia especializada pública tradicionalmente estructurada en dos niveles (hospital y ambulatorios) dio paso a una nueva forma de organización, procediendo a la unificación e integración funcional del hospital y de los centros de especialidades en un único nivel de asistencia especializada, de forma que los recursos humanos y materiales fueran comunes para los diferentes centros de asistencia especializada y, en algunos casos de atención primaria del Área Sanitaria.

Esta organización de la asistencia especializada en un único nivel, en el que queda integrado el hospital y los centros de especialidades, se encuentra más o menos desarrollada dependiendo de cada demarcación geográfica. Al mismo tiempo, puede presentar características particulares atendiendo a las distintas Comunidades Autónomas debido especialmente al hecho de que durante el año 2002, se culminó el proceso de las transferencias de las funciones y servicios sanitarios a las Comunidades Autónomas.

Funciones del Hospital

Además, de la función principal, como es la médica, es decir la curación de enfermos, previa derivación de la atención primaria o a través de urgencias, sus funciones principales son:

- Complementar, cuando sea necesario, las actividades de atención integral a la salud que desarrolle la red de atención primaria a la que está adscrito. Curación y apoyo.
- Enseñar a los distintos profesionales sanitarios. Docencia.
- Investigar.

Las dos primeras se realizarán en conexión con los programas del Área de Salud a la que pertenece.

Clasificación de los hospitales

- Por su función (tipo de asistencia que ofrecen):

• Generales. Agrupan varias especialidades médicas, quirúrgicas y mixtas sin predominio claro de ninguna de ellas.

Â° Especiales o monográficos (maternidades, psiquiátricos, oftalmológicos, oncológicos). Destinan la mayor parte de sus camas a enfermos de una sola especialidad médica y/o quirúrgica.

En comparación con los hospitales generales, los especializados atienden a la población de un área más amplia y los problemas de salud que tengan un diagnóstico y un tratamiento más complejo. Para ello disponen de un equipamiento y un nivel técnico superiores.

- Por el tipo de pacientes:

Â° Agudos

Con una estancia prevista corta. Brinda cuidados de alto nivel.

Â° Crónicos

Se prevé una estancia larga, superior a 30 días. Suelen atender a enfermos que necesitan cuidados más sencillos.

Â° Enfermos psíquicos

Ya sean agudos o crónicos

- Por su ámbito territorial

Â° Locales o comarcal

Â° De distrito o provinciales (Hospital de área)

Â° Regionales

- Por su dependencia o régimen jurídico

Â° Públicos

Â° Privados

3. Organización hospitalaria

Â

3. ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA

Vamos a desarrollar la organización típica de un hospital, utilizando la normativa que existe sobre hospitales del INSALUD, según las publicaciones oficiales de dicho organismo sobre la estructura organizativa de la sanidad en España.

La organización de un hospital se establece según el grado de responsabilidad y la división del trabajo en diversas funciones (el tipo de trabajo). Detallando el grado de responsabilidad y la descripción del puesto de trabajo que ocupa.

Para ello, y no extender demasiado este apartado, resulta conveniente estudiar la representación esquematizada de la organización, a través de los conocidos organigramas.

3.1. Organigrama hospitalario

3.1. ORGANIGRAMA HOSPITALARIO

Al frente de un hospital del INSALUD se encuentra los ãrganos de direcciã³n, que pueden ser unipersonales o comisiones. En este ãltimo caso la composiciã³n es variable: estã³n, en general, formadas por los responsables de divisiones y servicios y tambiã³n, en ocasiones, por personas que no trabajan en el hospital, como los representantes de la comunidad a la que el hospital atiende. Las comisiones deben reunirse con una periodicidad preestablecida.

Gerencia y direcciones pueden tener nombrados a los correspondientes subdirectores que colaboran con los directores respectivos:

ã rganos unipersonales de direcciã³n

- Gerencia del hospital
- Direcciã³n mÃ©dica
- Direcciã³n de enfermerÃ—a
- Direcciã³n de gestiã³n y servicios generales

Comisiones

- Comisiã³n de direcciã³n
- Comisiã³n de participaciã³n hospitalaria
- Junta tÃ©cnico-asistencial
- Comisiã³n de bienestar social
- Comisiã³n central de garantÃ—a de calidad

Gerencia del hospital

El director-gerente es la mayor autoridad y su mÃ¡ximo representante. Encargado de programar y controlar las actividades que en ãl se realizan.

Bajo la responsabilidad directa de la gerencia quedan las ãreas de actividad de:

- Atenciã³n al paciente
- Control de gestiã³n
- InformÃ¡tica
- AsesorÃ—a jurÃ—dica
- Admisiã³n
- Recepciã³n e informaciã³n
- PolÃ—tica de personal
- AnÃ¡lisis y planificaciã³n

Funciones del Director:

Â° Conseguir los objetivos marcados en el Plan de Salud

Â° Elaborar informes periódicos sobre la actividad del hospital y presentar anualmente la memoria.

Â° Adoptar medidas que permitan que el centro continúe en funcionamiento durante situaciones de crisis o emergencia.

Dirección médica

El director médico coordina los servicios médicos y otros servicios sanitarios de la división médica. Sus principales funciones son: el control de la actividad asistencial, la docencia e investigación que se desarrolla en el hospital.

La dirección médica se responsabiliza de los servicios y unidades que llevan a cabo las actividades incluidas en el Área de:

- Medicina
- Cirugía
- Ginecología y obstetricia
- Pediatría
- Servicios centrales
- Documentación y archivo clínico
- Hospitalización de día
- Hospitalización a domicilio

El director de la división médica tiene como subordinados directos a los jefes de servicio del hospital. Las unidades asistenciales con rango inferior a los servicios se denominan secciones y tienen su correspondiente jefe. Como subordinados del jefe de sección encontramos a los médicos adjuntos y a los médicos residentes. Estos últimos son licenciados en medicina y cirugía que están obteniendo un título de especialista.

En la División médica se recoge:

- Servicios auxiliares de diagnóstico que son:

Â° Anatomía patológica y citología

Â° Diagnóstico por la imagen: ecografía, endoscopia, radiodiagnóstico, tomografía axial computada (TAC), medicina nuclear, resonancia magnética nuclear (RMN), etc..

Â° Laboratorio de análisis clínicos: bioquímica, hematología, inmunología, microbiología, farmacología y genética.

Â° Medicina de impulsos eléctricos: electrocardiografía, electroencefalografía, electromiografía..

- Servicios auxiliares de tratamiento.

Â° Diálisis, Dietética, Farmacia, Hemoterapia y banco de sangre

Â° Hospitales de día y a domicilio

Â° Medicina física y rehabilitación

Â° Radioterapia

Dirección de gestión y servicios generales

La dirección de gestión y servicios generales, al frente de la división del mismo nombre. El director de gestión y servicios sociales está a la cabeza de los servicios hospitalarios relacionados con este tipo de funciones. Estos servicios representan el apoyo administrativo, hostelero, de obras y mantenimiento y de seguridad que necesitan los demás servicios del hospital para funcionar adecuadamente.

- Dependen de esta dirección las áreas de:
- Gestión económica
- Gestión presupuestaria y financiera
- Gestión administrativa y política de personal
- Suministros
- Hostelería
- Orden interno y seguridad
- Obras y mantenimiento

Dirección de enfermería

El director de enfermería es el responsable de los servicios de enfermería. Su función es la mejora de las actividades asistenciales, la docencia y la investigación, desarrollada por el personal de enfermería.

Pertenecen a la división de enfermería las áreas de:

- Salas de hospitalización
- Quirófanos
- Unidades especiales (Coronarias, hemodiálisis, UVI, Neonatología, Urgencia...)
- Consultas externas
- Urgencias

Cada unidad de enfermería tiene un responsable, denominado supervisor y dependen de un subdirector o de un adjunto de enfermería.

Dentro del personal de enfermería de un hospital se reconocen 2 niveles:

- Enfermeras/os titulados universitarios.
- Auxiliares de enfermería con titulación de Formación Profesional (CF de Grado Medio).

En resumen podemos establecer en este nivel las siguientes categorías: director de enfermería, subdirector de enfermería, supervisores generales, supervisores de unidad y enfermeros.

En la división de enfermería de un hospital se encuadran también los Técnicos Superiores (CF de Grado Superior).

El director de Enfermería es el máximo responsable de los cuidados del centro.

- Funciones primordiales:

Dirigir, coordinar y evaluar el funcionamiento de las unidades y de los servicios y las actividades del personal integrado.

Evaluar y promocionar la calidad de la asistencia, docencia e investigación desarrollada por su personal

- **Comisión de dirección**

Las funciones que tiene esta comisión es la de ser un órgano con poder de dirección en materia de planificación, control y evaluación de la asistencia que dispensa el Hospital; conocer e informar de la memoria anual. Importante en la toma de decisiones.

- **Las comisiones de participación hospitalaria**

Las funciones que tiene esta comisión es la de ser un órgano consultivo en materia de planificación, control y evaluación de la asistencia que dispensa el Hospital; conocer e informar de la memoria anual de gestión del centro hospitalario; recibir información y elevar propuestas sobre la política de personal, la política general de concertos de servicios con otras entidades, públicas o privadas, así como la relativa a compras y suministros.

Este órgano también se encarga de proponer a los órganos de dirección del Hospital la adopción de cuantas medidas considere oportunas para la adecuación de sus actividades a las necesidades sanitarias del Área de Salud y, en general, las relativas a la mejora de la calidad asistencial.

- **Junta técnico-asistencial**

Como órgano colegiado de asesoramiento de la Comisión de Dirección del Hospital, en lo relativo a actividad asistencial, así como de participación de los profesionales en el mecanismo de toma de decisiones que afecten a sus actividades, existirá una Junta Técnico-asistencial.

- **Comisión de bienestar social**

Encargado de:

• Aportar información y asesoramiento en materia social y de aspectos sociales de la salud y de la enfermedad para el desarrollo de actividades de Prevención y de Promoción de la salud.

Â° Valoraci3n, informaci3n y orientaci3n. Facilitar canales y circuitos de acceso a la informaci3n. Identificar los recursos que conoce el paciente.

Â° Diagn3stico y tratamiento social. Identificar y definir problemas o dificultades, factores causales limitantes o favorecedores, siempre en el contexto del paciente y en tiempo real.

Â° Soporte psico-social. Integraci3n del diagn3stico social en la historia cl3nica del paciente para completar el tratamiento.

Â° Tramitaci3n de acceso a recursos. Garantizar la rehabilitaci3n e integraci3n del individuo en su entorno habitual.

Â° Coordinaci3n con servicios socio-sanitarios. Ofrecer una atenci3n integral a los pacientes en su 3mbito territorial, proporcion3ndoles los recursos sociales y/o sanitarios mas adecuados para garantizar una eficacia y continuidad de cuidados dentro del sistema de Bienestar Social.

- **Comisi3n central de garant3a de calidad**

La Comisi3n Central de Garant3a de la Calidad es el organismo t3cnico de elaboraci3n y trabajo en las 3reas de calidad asistencial y adecuaci3n tecnol3gica, como 3rgano de asesoramiento permanente a la Direcci3n M3dica y a la Junta T3cnico-asistencial.

La composici3n de la Comisi3n Central de Garant3a de la Calidad est3 compuesta por: El Director M3dico, El Director de Enfermer3a, Los Subdirectores de las Divisiones M3dica y de Enfermer3a, Los Presidentes de las Comisiones Cl3nicas.

En cualquier caso, deber3n constituirse, como m3ximo, las siguientes comisiones cl3nicas, que depender3n de la comisi3n central de garant3a de la calidad:

Â° Infecci3n hospitalaria, profilaxis y pol3tica antibi3tica.

Â° Historias cl3nicas, tejidos y mortalidad.

Â° Farmacia y terap3utica.

Â° Tecnolog3a y adecuaci3n de medios diagn3sticos y terap3uticos.

Â° Investigaci3n, docencia y formaci3n continuada

Â

4. Prestaciones sanitarias

Â

4. PRESTACIONES SANITARIAS

Este apartado est3 basado en REAL DECRETO 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenaci3n de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Que lo establece en tres partes, seg3n el tipo de financiaci3n, es decir:

- Financiadas por la Seguridad Social
- Financiadas por terceros

- No financiables ni por la Seguridad Social ni por fondos estatales destinados a asistencia sanitaria.

4.1. Prestaciones financiadas por la Seguridad Social

Â

4.1. PRESTACIONES FINANCIADAS POR LA SEGURIDAD SOCIAL

Tal y como hemos comentado, existen dos niveles financiados en sanidad, la atención primaria y la especializada.

Atención Primaria

Comprende asistencia en consultas, servicios y centros de salud o en el domicilio del paciente. Incluye la realización de las pruebas básicas para el diagnóstico y de los tratamientos parentales, de curas y de cirugía menor. También incluye los programas de educación sanitaria, vacunación, etc. El resto de prestaciones se establecen por edades y sexos de forma que están recogidas las actuaciones de atención a: la mujer, la infancia, el adulto y anciano, de urgencia, la salud buco-dental, y otros servicios (sondajes vesicales, rehabilitación básica, métodos anticonceptivos, etc.).

Atención Especializada

Incluye procedimientos quirúrgicos menores, asistencia en hospital de día, hospitalización (en varias modalidades de asistencia: médica, quirúrgica...) y la atención a la salud mental y asistencia psiquiátrica.

Prestaciones complementarias

Incluyendo las prestaciones ortoprotésicas (quirúrgicas, ortopédicas, vehículos para inválidos), el transporte sanitario (de urgencia, de transporte para diagnóstico, de vuelta a casa), los tratamientos dietotépicos complejos para determinados trastornos metabólicos, y la oxigenoterapia a domicilio.

Servicios de información y documentación sanitaria

Información de derechos y deberes o de los trámites administrativos necesarios, tramitación del informe de alta, certificaciones médicas de nacimiento, la comunicación o entrega de un ejemplar de historia clínica al interesado (no obstante el centro sanitario tiene la obligación de conservar la historia clínica), etc.

4.2. Prestaciones cuyo importe debe reclamarse a terceros, entre otras posibilidades

Â

4.2. PRESTACIONES CUYO IMPORTE DEBE RECLAMARSE A TERCEROS, ENTRE OTRAS POSIBILIDADES

- La asistencia realiza a asegurados y beneficiarios de MUFACE, Mutualidad General Judicial o Instituto Social de las Fuerzas Armadas a los que no les corresponda asistencia por tenerla concertada por otro sistema.
- La asistencia prestada a los asegurados y beneficiarios de empresas colaboradoras del Sistema de Seguridad Social si así lo determina el convenio suscrito.

- La asistencia por accidente de trabajo o enfermedad profesional a cargo de Mutuas de Accidentes de Trabajo.
- Los seguros obligatorios como seguro escolar, el de deportistas federados y profesionales, de viajeros o de caza.

4.3. PRESTACIONES NO FINANCIABLES POR LA SEGURIDAD SOCIAL O FONDOS ESTATALES DESTINADOS A LA ASISTENCIA SANITARIA

Â

ExpediciÃ³n de informes no previstos en el apartado anterior, pruebas biolÃ³gicas solicitadas voluntariamente, cirugÃ­a estÃ©tica sin relaciÃ³n con accidente, enfermedad o malformaciÃ³n congÃ©nita, tratamientos en, el psicoanÃ¡lisis y la hipnosis.

UNIDAD 4: SALUD PÃBLICA Y COMUNITARIA. INDICADORES DE SALUD

0. IntroducciÃ³n

1. Historia y concepto salud pÃblica

1.1. Conceptos de salud y medicina comunitaria

2. Indicadores de salud

2.1. Indicadores sanitarios mÃ¡s utilizados

3. La prevenciÃ³n

3.1. PrevenciÃ³n primaria

3.2. PrevenciÃ³n secundaria

3.3. PrevenciÃ³n terciaria

Â

0. INTRODUCCIÃ N

La salud pÃblica es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad.[1]

Una de estas actividades, pero no necesariamente la mÃ¡s importante es la ejercida por la medicina en sus dos vertientes, preventiva y asistencial.

La salud pÃblica es responsabilidad de los gobiernos, a quienes corresponde la organizaciÃ³n de todas las actividades comunitarias que directa o indirectamente contribuyen a la salud de la poblaciÃ³n.

La salud pÃblica obtiene sus conocimientos de prÃcticamente todas las ciencias, siendo su actividad multidisciplinar, eminentemente social, cuyo objetivo es la salud de la poblaciÃ³n.

[1] Basado en el libro: EducaciÃ³n Sanitaria: Principios, MÃ©todos y aplicaciones. Escrito por LuÃ­s Salleras SanmartÃ­. 1990.

1. HISTORIA Y CONCEPTO SALUD PÃBLICA

A finales del siglo XVIII se habían dado varios grandes pasos en el cuidado de salud: la Vacunación, los avances en el estudio de las enfermedades infecciosas y el descubrimiento de que el progreso de la higiene y del bienestar físico individual depende de la organización de los Estados y de las medidas tomadas por los gobernantes y no del individuo en sí mismo. Este último avance es de gran importancia ya que nos dice que la salud no puede estar protegida sólo mediante medidas individuales, ni mediante sanidad privada, y que la prevención de la enfermedad no puede estar sólo al alcance de unos cuantos privilegiados, sino de la colectividad entera.

A principios del siglo XIX, se toman medidas sanitarias a partir del estudio de las estadísticas de enfermedad y mortalidad. Esto dio lugar a las llamadas "luchas sanitarias", es decir, encontrar el problema de salud más grave y luchar contra él. Cuando se trató de luchar contra determinados problemas como por ejemplo la tuberculosis, se vio que el tratamiento médico de las enfermedades no era suficiente, que existían factores sociales que influían en las enfermedades (pobreza, mala alimentación, viviendas inadecuadas...) y que podían llevarse a cabo otro tipo de actuaciones como tratamiento y eliminación de residuos, control alimentario, potabilidad del agua, lucha contra determinados vectores, etc.

Surge así el concepto de SALUD PÚBLICA que según la OMS es la "Ciencia y arte de impedir la enfermedad, prolongar la vida y fomentar la salud mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para que el individuo y la comunidad se encuentren en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad". Esto se consigue con un conjunto de actividades que van dirigidas al medio biológico, físico y social, a diferencia de la asistencia médica que va dirigida, sobre todo, al individuo. Este conjunto de actividades depende de las medidas de los gobiernos.

En la década de los 70 (s.XX), se realizó un estudio por la Universidad de Canadá, denominado una nueva perspectiva de la salud, donde se concluyó que la salud de una persona está determinada por:

Es decir, según esta gráfica podemos observar el efecto relativo del medio ambiente, del estilo de vida, del sistema de asistencia sanitaria y la biología humana sobre la salud pública. Por lo tanto, lo que se quiso demostrar era que destinamos demasiados medios a la asistencia sanitaria, mientras que deberíamos de destinar gran parte de los medios gubernamentales en la protección de la salud, a través de la prevención en cuanto a estilos de vidas y medio se refiere. Nos referimos a la promoción y educación para la salud.

De ahí la importancia del concepto de SALUD PÚBLICA que según la OMS es la "Ciencia y arte de impedir la enfermedad, prolongar la vida y fomentar la salud mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para que el individuo y la comunidad se encuentren en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad". Esto se consigue con un conjunto de actividades que van dirigidas al medio biológico, físico y social, a diferencia de la asistencia médica que va dirigida, sobre todo, al individuo. Este conjunto de actividades depende de las medidas de los gobiernos.

Â

1.1. Conceptos de salud y medicina comunitaria

Â

1.1. CONCEPTOS DE SALUD Y MEDICINA COMUNITARIA

Con el paso del tiempo aparece el concepto de salud comunitaria, que es aquella en la que los integrantes de la comunidad intervienen en la planificación, administración, gestión y control de las acciones que llevan al óptimo estado de salud de sus integrantes. Mientras que la salud pública es una acción del gobierno, en la salud comunitaria, aunque intervenga el gobierno, interviene también la comunidad. Es decir, las medidas tomadas no son tomadas desde "arriba" sino que la comunidad participa activamente en ellas. Desde luego, para que los ciudadanos participen deben estar bien informados y educados sanitariamente.

En el concepto de salud comunitaria se unen el concepto de salud pública y el de administración sanitaria que es todas aquellas medidas que mediante una adecuada planificación obtengan el mejor uso de los recursos sanitarios, con el fin de obtener la mejor salud comunitaria.

La salud comunitaria se consigue mediante una serie de actuaciones que tienen que ver con:

- **Medicina preventiva:** es la que se ocupa de impedir en el individuo, familia y grupos de población, la aparición, desarrollo y propagación de enfermedades, manteniendo el estado de salud e impidiendo la aparición de incapacidades.
- **Salud pública:** Mediante acciones del gobierno luchar por conseguir un medio físico, biológico y social exento de factores de riesgo.
- **Medicina social:** es el estudio de los factores sociales que influyen en la salud. Estudia, sobre todo, las llamadas enfermedades sociales, que son aquellas que más repercuten en la sociedad, por tener numerosos afectados que exigen gastos, que dejan de trabajar, y que influyen sobre las familias.

La Salud Comunitaria es atendida por la medicina comunitaria, esta se ocupa de 3 grandes áreas:

- La estimulación de la variabilidad biológica

La características de las personas varían de una a otra (talla, peso, células de sangre, valores de glucosa, etc.). La epidemiología es la ciencia que se ocupa de estudiar cuáles son los valores normales de las diferentes características, y decidir, por tanto, qué valores son anormales, buscar la frecuencia con la que se presentan las enfermedades, qué gravedad tienen, cuáles son las causas de muerte de las personas, qué factores están en el origen de una enfermedad, cuánto aciertan las pruebas de diagnóstico, etc. Esto se estudia para grandes poblaciones, pero luego se aplica al diagnóstico de individuos. Por tanto, la epidemiología se sirve de la bioestadística.

- El estudio de los factores que predisponen a la enfermedad

Son estilos de vida, factores sociales, económicos, nutricionales y medioambientales. Esta investigación sirva para la prevención de enfermedades.

- La planificación de los servicios de salud

Diagnóstico de salud y diseño de programas de salud. La organización de los servicios, su distribución, financiación, evaluación.

2. INDICADORES DE SALUD

"El conocimiento del nivel, la tendencia y la distribución de la salud de la población, así como de los factores asociados a la misma, es lo que permite informar la política sanitaria para el establecimiento de prioridades y para la distribución de los recursos que posibilitan la mejora de la salud. Por esta razón, las necesidades de información sanitaria para la toma de esas decisiones se basan no sólo en la evaluación del estado de salud, sino también en una gran cantidad de factores biológicos, demográficos, sociales, económicos y sanitarios que condicionan ese estado de salud.

El término indicador de salud hace referencia a una característica relacionada con la salud de un individuo o de una población. En salud pública y en planificación sanitaria los indicadores de salud de la población son utilizados para poner de manifiesto la magnitud de un problema de salud, para reflejar el cambio en el nivel de salud de una población a lo largo del tiempo, para mostrar diferencias en la salud entre diferentes poblaciones y para evaluar hasta qué punto los objetivos de determinados programas han sido alcanzados". [1]

Por tanto, los indicadores de salud son aquellos datos que utilizamos para evaluar el nivel de salud de una determinada comunidad. Si queremos saber en qué medida una población se encuentra en condiciones de salud y bienestar utilizamos los indicadores de salud. Estos indicadores pueden ser sanitarios, económicos y sociales.

No sólo nos permiten conocer el grado de bienestar de una población, lo que en parte constituye el diagnóstico de salud de una comunidad, también nos permite:

- Saber si las medidas que estamos tomando mejoran el nivel de salud de una población, si el indicador se toma antes y después de poner en marcha un plan de salud.
- Decidir qué plan debemos poner en marcha en primer lugar, teniendo en cuenta las limitaciones presupuestarias.
- Efectuar comparaciones entre dos comunidades.

Los indicadores sanitarios se aplican mucho al estudio del nivel de salud de los países no desarrollados, para decidir qué actuación es prioritaria, pero también para evaluar el nivel de salud de una zona desarrollada (por ejemplo estudio de sobrepeso/obesidad). Así, para saber el estado de desarrollo sanitario de un país puede consultarse la mortalidad materna, la mortalidad infantil y la mortalidad por enfermedades infecciosas. Cuando estas tres tasas son bajas, el estado de salud del país puede ser bueno y su desarrollo sanitario aceptable.

La Organización Mundial de la Salud clasifica los indicadores sanitarios en 3 grupos:

- Los que nos permiten conocer el estado de salud de las comunidades, que a su vez pueden ser generales y específicos.

° Generales (tasa de mortalidad general, expectativa de vida al nacimiento e Índice de Swaroop).

° Específicos (tasa de mortalidad materno-infantil, tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles y no transmisibles).

- Los que nos permiten apreciar las condiciones del medio, es decir, abastecimiento de aguas y eliminación de excretas, contaminación atmosférica, alimentación, higiene de la vivienda, etc.
- Los que tienen que ver con los medios sanitarios de los que se dispone: hospitales, personal sanitario y utilización de servicios sanitarios.

[1] Según el informe indicadores de salud 2009. Evolución de los indicadores de estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Ministerio de Sanidad. 2009.

2.1. INDICADORES SANITARIOS MÁS UTILIZADOS

Tasa de mortalidad general (TMG)

Los datos de mortalidad son de gran utilidad para evaluar el estado de salud de la población, la vigilancia epidemiológica y la planificación sanitaria. La exhaustividad de la información que ofrece el registro de mortalidad, junto a la objetividad del fenómeno que recoge, convierten a los indicadores de mortalidad en un instrumento adecuado para la monitorización de los problemas de salud y el establecimiento de prioridades sanitarias, dadas las limitaciones que presentan otro tipo de indicadores sanitarios para la realización de comparaciones geográficas y temporales. Según datos oficiales, En el año 2007 murieron

en España 859 personas por cada 100.000 habitantes. En hombres, la tasa de mortalidad fue de 908 por 100.000, mientras que en mujeres fue de 811 por 100.000.

La tasa de mortalidad general es: el número de defunciones de todas las edades, de ambos sexos, y por todas las causas, producidas en un año por 1000 habitantes.

Cálculo:

Número total de defunciones en un año dividido por la población total de ese año y multiplicado por 1000.

Pueden hallarse tasas de mortalidad específica para una determinada causa. En ese caso se dan por 100000 habitantes. Por lo que al hacer los cálculos se multiplica por 100000 y no por 1000.

Esperanza de vida al nacimiento

El promedio de años que se espera que viva un sujeto desde el nacimiento. Actualmente se utiliza la esperanza de vida en buena salud subjetiva, es decir, los años que quedan por vivir en estado de buena salud.

La esperanza de vida (EV) es la manera clásica de aproximarse al estado de salud de la población. Se trata de un indicador que refleja no sólo el nivel de salud, sino el nivel social, económico y sanitario de un lugar concreto. La esperanza de vida a una edad x es el promedio del número de años que se espera que viva un individuo de esa edad x , si se mantienen las tendencias actuales en las tasas específicas de mortalidad por edad. Tal promedio se refiere al conjunto de los individuos de la población y no a un individuo en particular, que podrá vivir más de lo indicado por la esperanza de vida o, por el contrario, fallecer antes de la expectativa correspondiente.

Como dato aportado por el Ministerio de Sanidad, según estudios estadísticos oficiales, La EV al nacer en España en 2007 era 81,1 años.

Otro término relacionado con la EV es la Esperanza de Vida en Buena Salud (EVBS). Este indicador determina la edad X representa el número medio de años que, en buena salud, restan por vivir a una persona de esa edad hasta su fallecimiento. En España, la EVBS al nacer en 2007 era 55,3 años

Tasa de mortalidad proporcional o Índice de Swaroop

Mide la proporción de defunciones de mayores de 50 años con relación al total de las defunciones ocurridas. Se expresa en porcentaje del total de defunciones.

Se calcula dividiendo el número de defunciones acaecidas en personas de más de 50 años, en un año, por el número de defunciones totales de ese período y se multiplica por 100.

Tasa de mortalidad infantil

A pesar de que en los países económicamente desarrollados la tasa de mortalidad infantil ha perdido sensibilidad para indicar el nivel socioeconómico de la población y su estado de salud, este indicador sigue siendo imprescindible en cualquier evaluación del estado de salud de una población. Se expresa como el número de nacidos vivos muertos antes de cumplir 1 año, en un área geográfica determinada durante un año, por 1.000 nacidos vivos en esa área geográfica durante ese año.

Es decir, mide la frecuencia con que ocurren las muertes en niños menores de 1 año con relación al número de nacidos vivos. Se expresa para 1000 nacidos.

Se calcula dividiendo el número de defunciones en menores de un año en un año, por el total de nacidos vivos y se multiplica por 1000.

La mortalidad infantil en España se redujo considerablemente en los últimos años, ya que si en el año 1990 esta tasa era de 7,6 por 1.000 nacidos vivos, en el año 2007 fue de 3,5, lo que supuso un descenso de un 54% entre esos años.

Existen también tasas de mortalidad en neonatos (recién nacidos) y de mortalidad perinatal (desde la 28ª semana de gestación hasta el 7º día del recién nacido).

Tasa de mortalidad materna

Es el número de defunciones debido al embarazo, parto y puerperio, en un año, con relación al número de nacidos vivos. Se expresa para 100000 nacidos vivos.

Se calcula dividiendo el número de defunciones debido al embarazo, parto y puerperio en un año por el número de nacidos vivos en ese año y se multiplica por 100000.

Tasa general de morbilidad

Este indicador pretende estimar el riesgo de enfermedad (carga de morbilidad), cuantificar su magnitud e impacto en una determinada población.

Se refiere al total de enfermedades en una comunidad. Pueden hallarse para grupos de enfermedades (infecciosas, tumores, cardiovasculares, etc.) o para enfermedades concretas.

Se calcula dividiendo el número de casos nuevos de enfermedad del año por la población total y se multiplica por 1000, si se trata de enfermedades concretas multiplicamos por 100000.

2.1. INDICADORES SANITARIOS MÁS UTILIZADOS

Tasa de mortalidad general (TMG)

Los datos de mortalidad son de gran utilidad para evaluar el estado de salud de la población, la vigilancia epidemiológica y la planificación sanitaria. La exhaustividad de la información que ofrece el registro de mortalidad, junto a la objetividad del fenómeno que recoge, convierten a los indicadores de mortalidad en un instrumento adecuado para la monitorización de los problemas de salud y el establecimiento de prioridades sanitarias, dadas las limitaciones que presentan otro tipo de indicadores sanitarios para la realización de comparaciones geográficas y temporales. Según datos oficiales, En el año 2007 murieron en España 859 personas por cada 100.000 habitantes. En hombres, la tasa de mortalidad fue de 908 por 100.000, mientras que en mujeres fue de 811 por 100.000.

La tasa de mortalidad general es: el número de defunciones de todas las edades, de ambos sexos, y por todas las causas, producidas en un año por 1000 habitantes.

Cálculo:

Número total de defunciones en un año dividido por la población total de ese año y multiplicado por 1000.

Pueden hallarse tasas de mortalidad específica para una determinada causa. En ese caso se dan por 100000 habitantes. Por lo que al hacer los cálculos se multiplica por 100000 y no por 1000.

Esperanza de vida al nacimiento

El promedio de años que se espera que viva un sujeto desde el nacimiento. Actualmente se utiliza la esperanza de vida en buena salud subjetiva, es decir, los años que quedan por vivir en estado de buena salud.

La esperanza de vida (EV) es la manera clásica de aproximarse al estado de salud de la población. Se trata de un indicador que refleja no sólo el nivel de salud, sino el nivel social, económico y sanitario de un lugar concreto. La esperanza de vida a una edad x es el promedio del número de años que se espera que viva un individuo de esa edad x , si se mantienen las tendencias actuales en las tasas específicas de mortalidad por edad. Tal promedio se refiere al conjunto de los individuos de la población y no a un individuo en particular, que podrá vivir más de lo indicado por la esperanza de vida o, por el contrario, fallecer antes de la expectativa correspondiente.

Como dato aportado por el Ministerio de Sanidad, según estudios estadísticos oficiales, La EV al nacer en España en 2007 era 81,1 años.

Otro término relacionado con la EV es la Esperanza de Vida en Buena Salud (EVBS). Este indicador determinada la edad X representa el número medio de años que, en buena salud, restan por vivir a una persona de esa edad hasta su fallecimiento. En España, la EVBS al nacer en 2007 era 55,3 años

Tasa de mortalidad proporcional o Índice de Swaroop

Mide la proporción de defunciones de mayores de 50 años con relación al total de las defunciones ocurridas. Se expresa en porcentaje del total de defunciones.

Se calcula dividiendo el número de defunciones acaecidas en personas de más de 50 años, en un año, por el número de defunciones totales de ese período y se multiplica por 100.

Tasa de mortalidad infantil

A pesar de que en los países económicamente desarrollados la tasa de mortalidad infantil ha perdido sensibilidad para indicar el nivel socioeconómico de la población y su estado de salud, este indicador sigue siendo imprescindible en cualquier evaluación del estado de salud de una población. Se expresa como el número de nacidos vivos muertos antes de cumplir 1 año, en un área geográfica determinada durante un año, por 1.000 nacidos vivos en esa área geográfica durante ese año.

Es decir, mide la frecuencia con que ocurren las muertes en niños menores de 1 año con relación al número de nacidos vivos. Se expresa para 1000 nacidos.

Se calcula dividiendo el número de defunciones en menores de un año en un año, por el total de nacidos vivos y se multiplica por 1000.

La mortalidad infantil en España se redujo considerablemente en los últimos años, ya que si en el año 1990 esta tasa era de 7,6 por 1.000 nacidos vivos, en el año 2007 fue de 3,5, lo que supuso un descenso de un 54% entre esos años.

Existen también tasas de mortalidad en neonatos (recién nacidos) y de mortalidad perinatal (desde la 28ª semana de gestación hasta el 7º día del recién nacido).

Tasa de mortalidad materna

Es el número de defunciones debido al embarazo, parto y puerperio, en un año, con relación al número de nacidos vivos. Se expresa para 100000 nacidos vivos.

Se calcula dividiendo el número de defunciones debido al embarazo, parto y puerperio en un año por el número de nacidos vivos en ese año y se multiplica por 100000.

Tasa general de morbilidad

Este indicador pretende estimar el riesgo de enfermedad (carga de morbilidad), cuantificar su magnitud e impacto en una determinada población.

Se refiere al total de enfermedades en una comunidad. Pueden hallarse para grupos de enfermedades (infecciosas, tumores, cardiovasculares, etc.) o para enfermedades concretas.

Se calcula dividiendo el número de casos nuevos de enfermedad del año por la población total y se multiplica por 1000, si se trata de enfermedades concretas multiplicamos por 100000.

3. La prevención

Â

3. LA PREVENCIÓN

De un modo muy general, llamamos prevención a un conjunto de actuaciones basadas en el concepto de que es más barato y más eficaz evitar la enfermedad que curarla después. Formalmente, según la ONU es «la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas».

La prevención forma parte de la Salud Pública porque actúa sobre los grupos de personas. Podemos definir la prevención como cualquier medida que permita:

- Reducir la probabilidad de aparición de enfermedad.
- Interrumpir su progresión.
- Frenarla.

Así, puede actuar en tres momentos de la historia natural de la enfermedad, es lo que se llama prevención primaria, secundaria y terciaria.

3.1. Prevención primaria

Â

3.1. PREVENCIÓN PRIMARIA

La prevención primaria intenta eliminar o reducir la posibilidad de enfermar:

- Eliminando los agentes patógenos del medio o evitando su contacto con las personas. Por ejemplo, saneando el ambiente o evitando que la población o que los trabajadores se expongan a radiaciones ionizantes.

- Dando pautas de comportamientos saludables (promoción de la salud) o suprimiendo los factores de riesgo (prevención de la enfermedad). Por ejemplo, inmunizando a la población de riesgo de sufrir una enfermedad o aconsejando a las personas que eviten el sedentarismo, la conducción arriesgada, etc.

3.2. Prevención secundaria

Â

3.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA

Aunque haya actuado el estímulo productor de enfermedad, aún podemos interrumpir o frenar la evolución de esta. Será más fácil conseguirlo si detectamos pronto la enfermedad y la tratamos correctamente. El tratamiento será más sencillo, más eficaz y más barato y evitaremos molestias al paciente.

La prevención secundaria actúa, pues, en el período de latencia de la enfermedad. En el caso de las enfermedades crónicas, este intervalo suele ser muy largo y sin apenas manifestaciones.

Para acelerar el diagnóstico se han propuestos diferentes procedimientos que detectan la enfermedad antes de que se manifieste o bien hallen factores de riesgo en el individuo decisivos para la aparición de esta. En concreto, se usan:

- Examen médico cuando ocurren signos o síntomas de alarma, como los del cáncer.
- Exploraciones físicas, como la palpación mamaria.
- Análisis de laboratorio orientados, sean de tipo bioquímico, citológico, radiográfico, etc.

3.3. Prevención terciaria

Â

3.3. PREVENCIÓN TERCIARIA

Aunque la enfermedad se haya manifestado, todavía podemos evitar males mayores. La prevención terciaria es cualquier medida que evite el agravamiento de la enfermedad hacia secuelas, la invalidez o la muerte. También incluye las actuaciones que mejoren las capacidades residuales del enfermo o bien su inserción social y laboral.

Ejemplos de prevención terciaria:

- Educación sanitaria del diabético o su educación para el autocuidado. Lo mismo podemos decir para el hipertenso.
- La rehabilitación del enfermo tras sufrir un accidente vascular cerebral, infarto de miocardio...
- Estudio del entorno domiciliario o laboral del discapacitado, para intentar suprimir las barreras arquitectónicas que limitan su inserción social y laboral.

Como vemos, son fundamentales la rehabilitación y inserción social del paciente, para ayudarle a cuidarse por sí mismo y a reintegrarse a su vida normal y a la sociedad.