



Pan American Health Organization



*Regional Office of the
World Health Organization*

Redes Integradas de Servicios de Salud: Modelo de Atención y Programas de Salud

Dr. Reynaldo Holder
Asesor Regional
Area de Sistemas de Salud
Basados en la APS

Porqué es importante la salud de la población joven?

- ❖ 30% de la población total de la región (158 millones)
 - ✓ 107 millones viven en ALC
 - ✓ 39% de las personas entre 15 a 24 años en ALC son pobres
 - ✓ 22 millones no tienen empleo y no asisten a la escuela
 - ✓ Entre 25% y 32% (12-24 años) ► conductas de riesgo



Porqué es importante la salud de la población joven?

- 220 menores de 18 años mueren todos los días por la violencia domestica.
- ALC ► mas alta tasa de homicidio en población de 15 – 17 años.
- Se estimas que mas de 2 millones de niños y niñas sufren explotación sexual cada año en America Latina.



Porqué es importante la salud de la población joven?

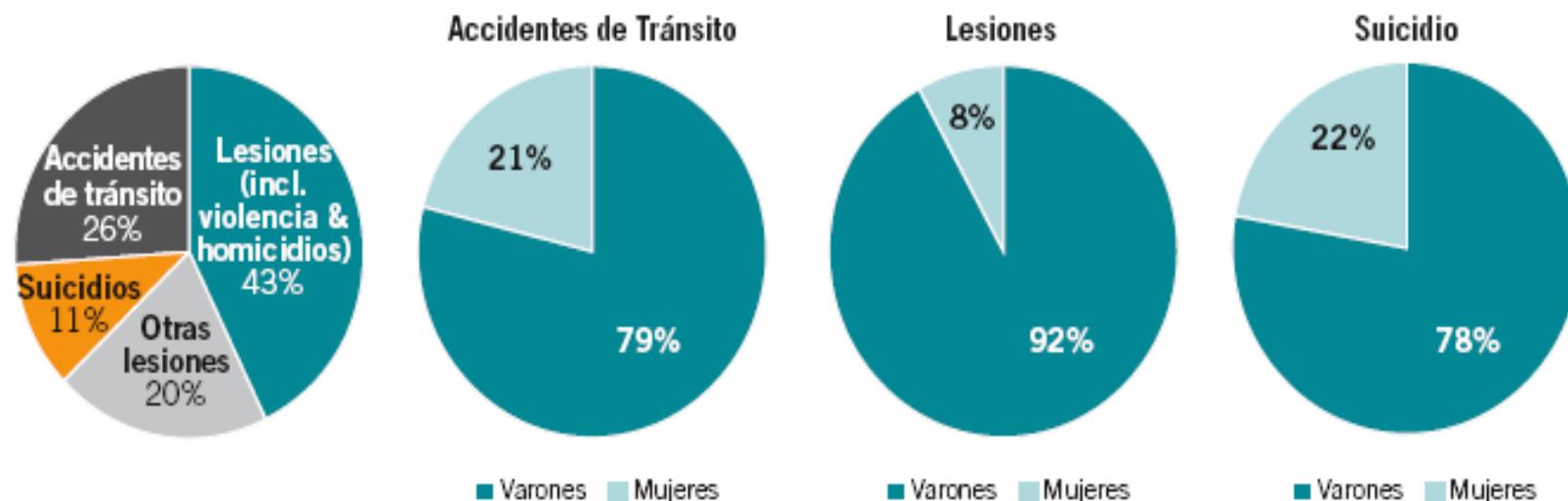
- ❖ 25% de los adolescentes entre 13 a 15 consumen tabaco
- ❖ Cerca de la mitad de las nuevas infecciones por VIH son jóvenes entre 15 y 24 años
- ❖ 20% de los nacimientos en la región son en adolescentes de 13 a 15 años



De qué están muriendo?

FIGURA 2

Principales causas de mortalidad en el grupo de 15–29 años, combinadas y desagregadas por sexo, Región de las Américas, 2004.



Fuente: Organización Mundial de la Salud. The Global Burden of Disease: 2004 Update. Ginebra; OMS; 2008. Se puede encontrar en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html. Consultado el 24 de mayo del 2010.

Factores de Riesgo en Adolescentes

Prevalencia del uso de alcohol (adolescentes 13-15 años)

Prevalence of alcohol consumption by sex among 13-15 years old in selected countries of the Americas in relation to law that ban alcohol sale to minors (2007)



Factores de Riesgo en Adolescentes

❖ **Obesidad:**

- Ocho países de 17 que reportaron: obesidad mayor del 20% (Rango: 14.2 – 36.9)

❖ **Baja Actividad Física:**

- De 25 países ► 15 reportan que mas del 75% de la población tiene poca actividad física

❖ **Pensamiento Suicida:**

- 22 países reportaron que mas del 10% de su población adolescente ha tenido pensamiento suicida (Rango: 10.2 – 23.3%)



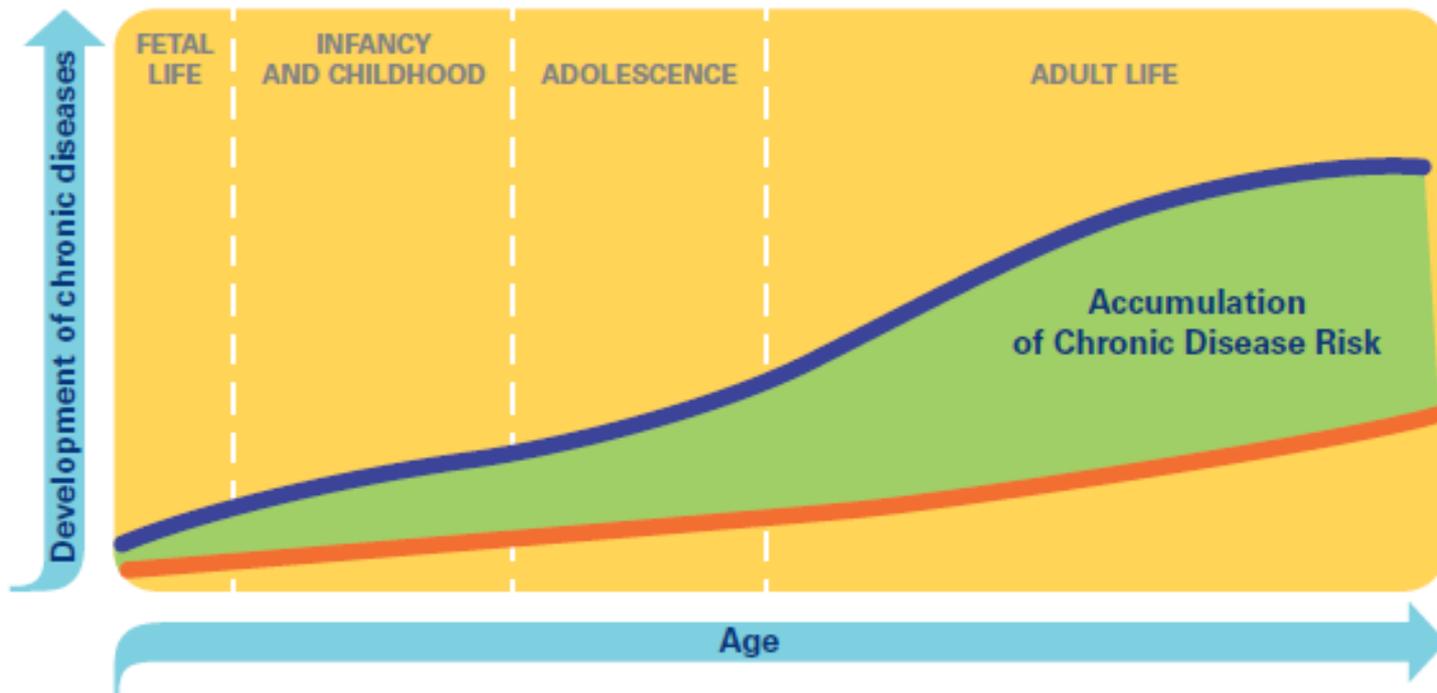
Carga de Enfermedad en las Américas: Enfermedades Crónicas

Aproximadamente 250 millones de personas en Las Américas viven con Condiciones Crónicas.



Enfoque de Curso de Vida

Figure 11
A Life Course Approach to Chronic Diseases



Source: World Health Organization. (2005). "Preventing Chronic Disease, A Vital Investment".

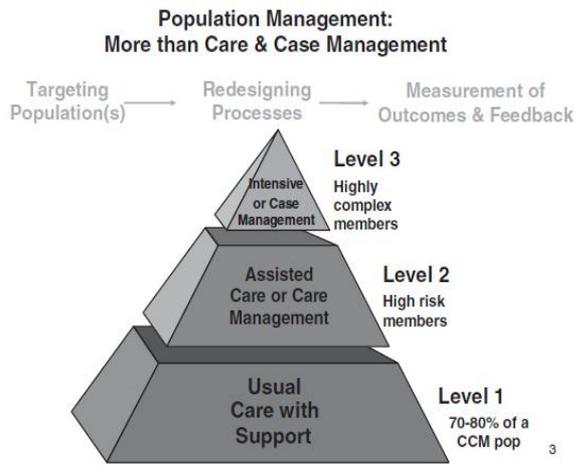
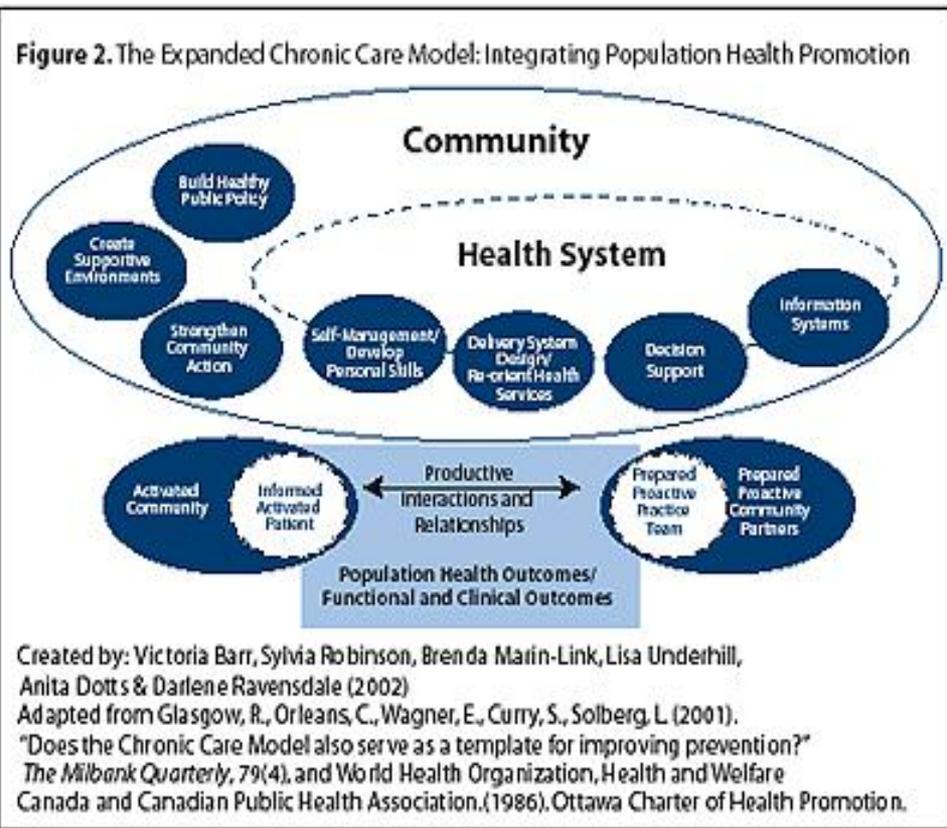


Figure 2. The Kaiser Permanente Risk Pyramid



Modelo de Cuidados Crónicos

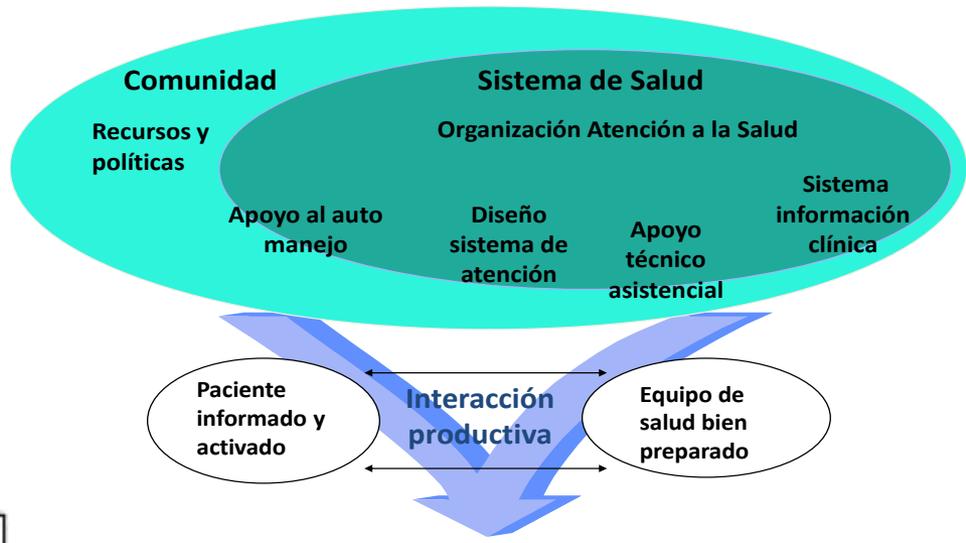
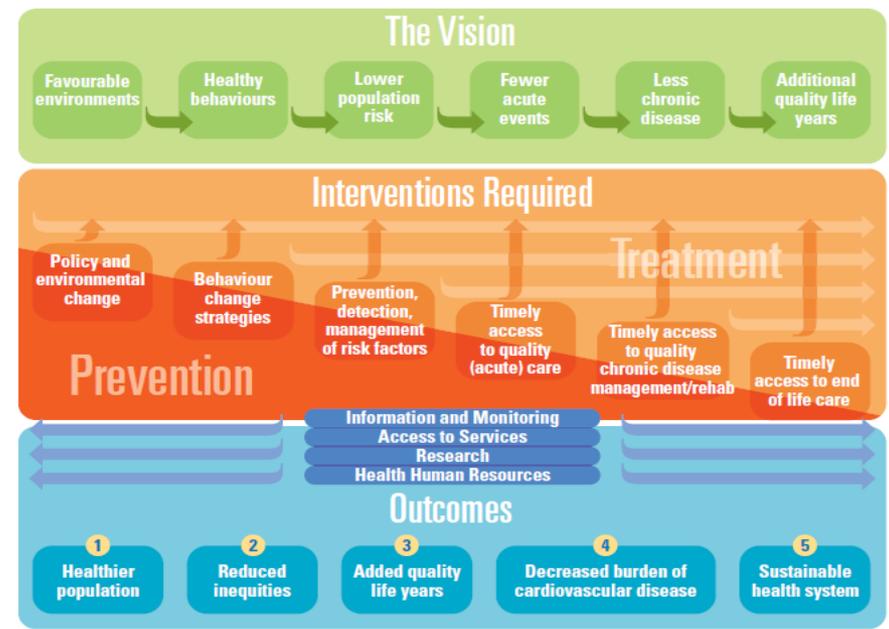


Figure 1 Framework for a Comprehensive Canadian Heart Health Strategy and Action Plan



Sistema de Salud: Marcos Conceptuales



Sistema de Salud Basados en la

“...un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema”.



LOS SISTEMAS SEGMENTADOS y FRAGMENTADOS...

... son la expresión cotidiana para los usuarios, profesionales y gestores de los desafíos para los sistemas de salud de América latina

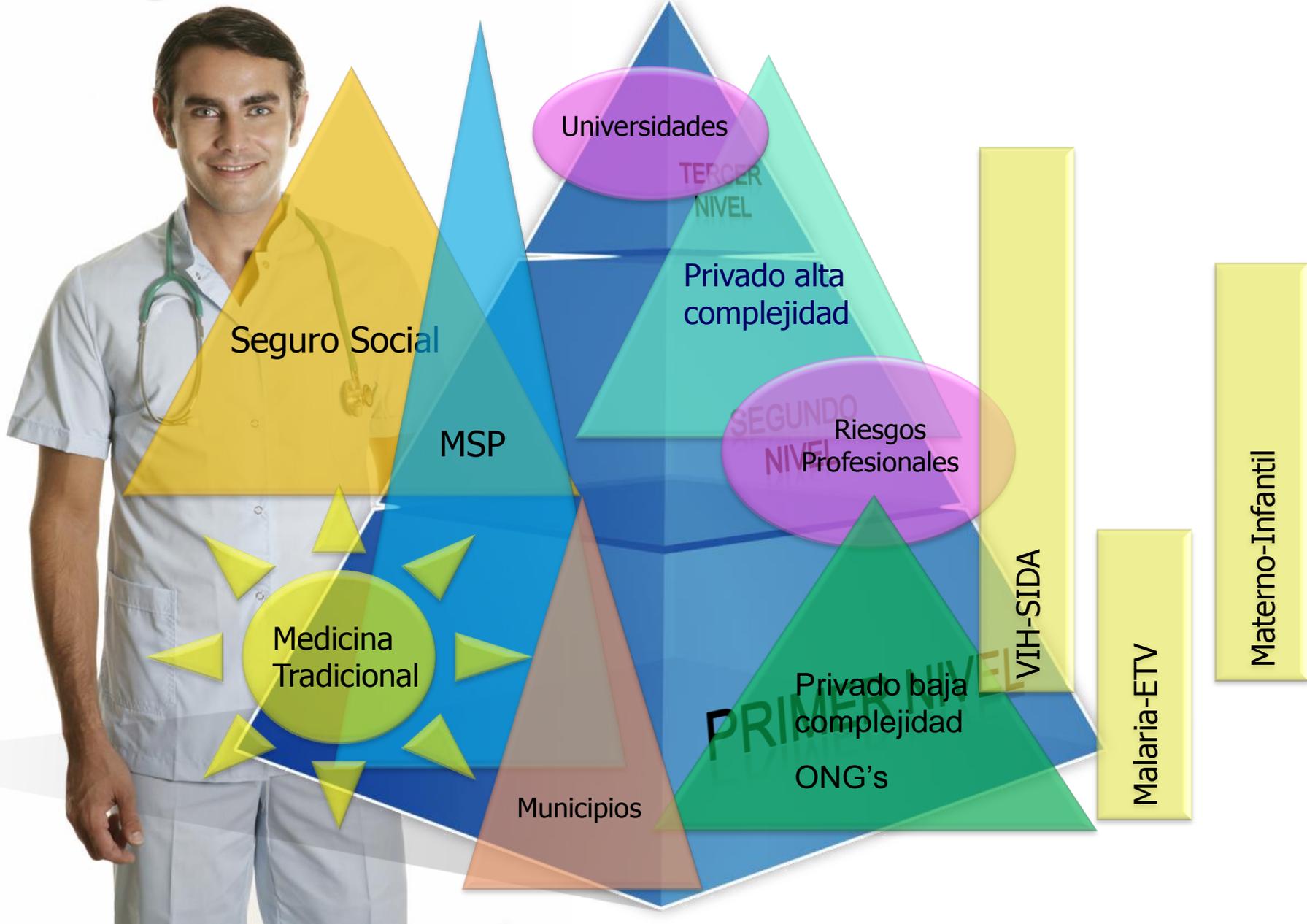


Servicios de Salud

- ❖ La provisión de servicios de salud es solo una de las funciones de los Sistemas de Salud.
- ❖ Los **Servicios de Salud** se definen como la serie de instituciones y programas que proveen:
 - *Cuidados y atención directa a las necesidades de salud y enfermedad de los individuos;*
 - *Servicios de Salud Pública enfocados en la protección de la salud colectiva.*



Fragmentación de los Servicios de Salud



Las causas de la fragmentación

- Ⓢ Segmentación institucional del sistema de salud,
- Ⓢ Descentralización de los servicios de salud que fragmenta los niveles de atención,
- Ⓢ Predominio de programas verticales que no están integrados al sistema de salud,
- Ⓢ Separación extrema de los servicios de salud pública de los servicios de atención a las personas,
- Ⓢ Modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria,
- Ⓢ Debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria.
- Ⓢ Prácticas de financiamiento de algunos organismos de cooperación/donantes internacionales que promueven los programas verticales.



Los efectos de la fragmentación

- Ⓜ Problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos,
- Ⓜ Deficiencias en la definición de roles y responsabilidades, nivel de competencias, mecanismos de contratación y retención y disparidades en los salarios del personal de salud,
- Ⓜ Multiplicidad de instituciones pagadoras y de mecanismos de pago de servicios,
- Ⓜ Trabas jurídicas y administrativas,



Fragmentación del Cuidado

Visto desde la experiencia de las PERSONAS con el sistema:

➤ **Falta de acceso**

- Demanda reprimida o insatisfecha
- Listas de espera
- Atención por estancos

➤ **Perdida de oportunidad en la atención**

- Derivaciones tardías o innecesarias
- Cuidados inapropiados en lugares inapropiados
- Verticalización de la atención

➤ **Pobre continuidad de los procesos asistenciales**

- Repeticiones innecesarias de historial clínico o pruebas diagnósticas
- Falta de una fuente usual de atención

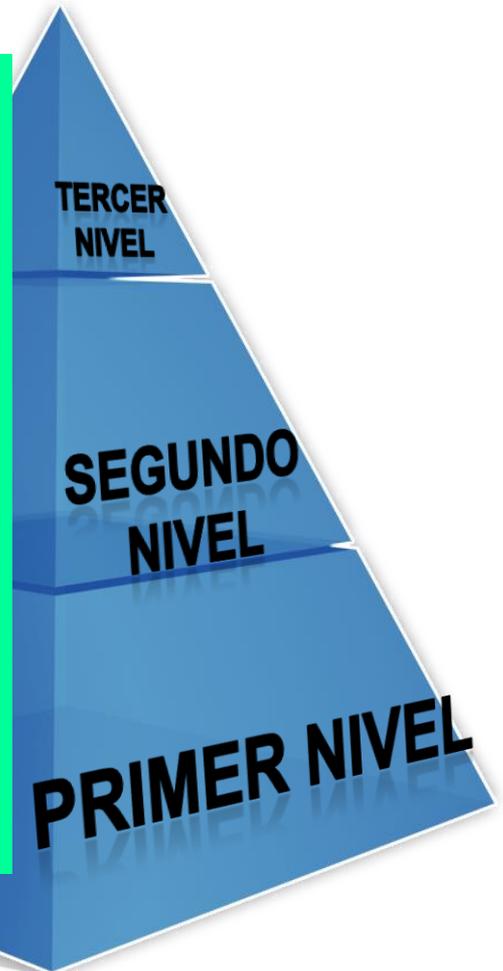
➤ **Falta de conformidad de los servicios con las necesidades y las expectativas de los usuarios**

- Programas verticales no acordes con el perfil demográfico o de morbilidad
- Intervenciones que no toman en cuenta las particularidades culturales



Crisis del Modelo de Atención Predominante

- ✓ Centrado en la atención episódica de cuadros agudos,
- ✓ Organizado por niveles “de complejidad” en torno a la oferta,
- ✓ Hospital-céntrico con alta dependencia y consumo de tecnología,
- ✓ Medicalizado, con predominio de especialistas,
- ✓ Centrado en servicios curativos y procesos fragmentados,
- ✓ Pobre continuidad de la atención, calidad y economías de escala,
- ✓ Sistemas de referencia y contra-referencia inoperantes,
- ✓ Generador de gran insatisfacción ciudadana.



Crisis del Modelo de Atención Predominante

La organización por niveles “de complejidad” y la prestación de cuidados basado en especialistas fragmenta y es una concepción inadecuada para enfrentar los problemas actuales del perfil de morbi-mortalidad.

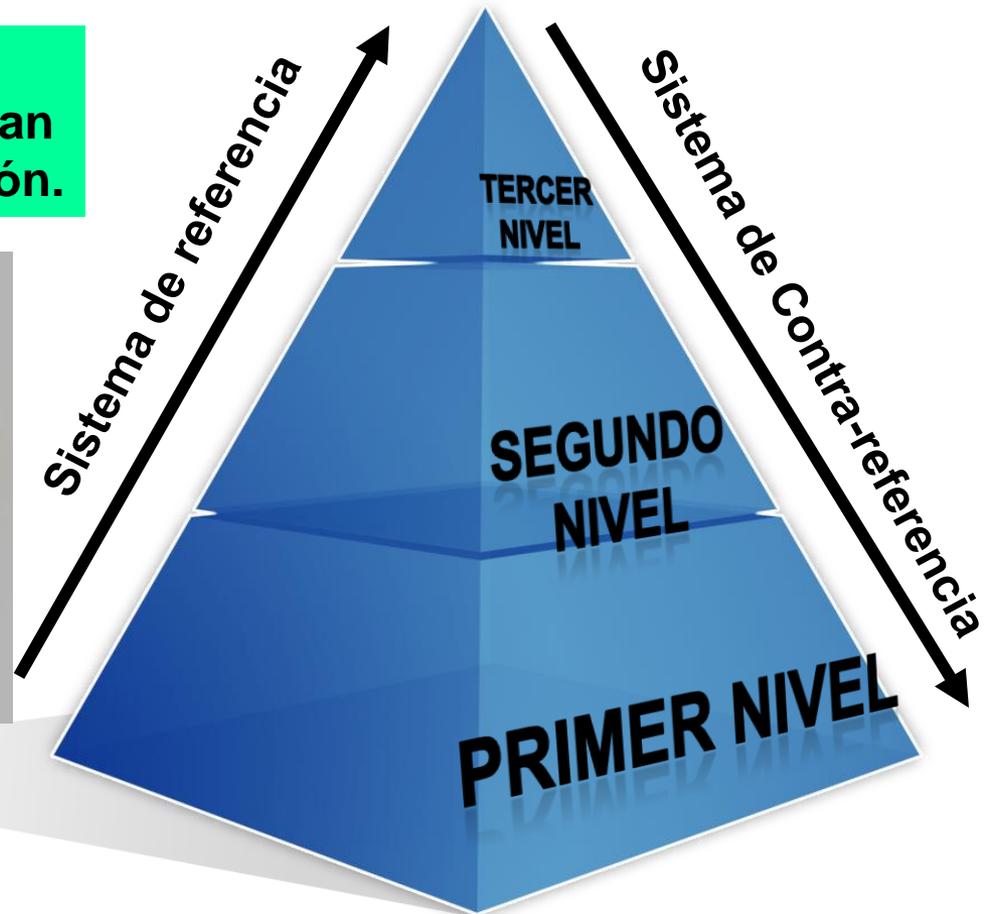


Adaptado de Pere Vallribeira-CSC



Crisis del Modelo de Atención Predominante

Los sistemas de Referencia y Contra-referencia no solucionaran los problemas de la fragmentación.



Crisis del Modelo de Atención Predominante

La atención hospitalaria:

- es causa importante de la fragmentación en la organización y en la provisión de cuidados,
- contribuye a ampliar la brecha entre demanda y oferta,
- incrementa los costos en los sistemas de salud,
- serios problemas de seguridad de los pacientes,
- poca capacidad gerencial y pobres sistemas de gestión.

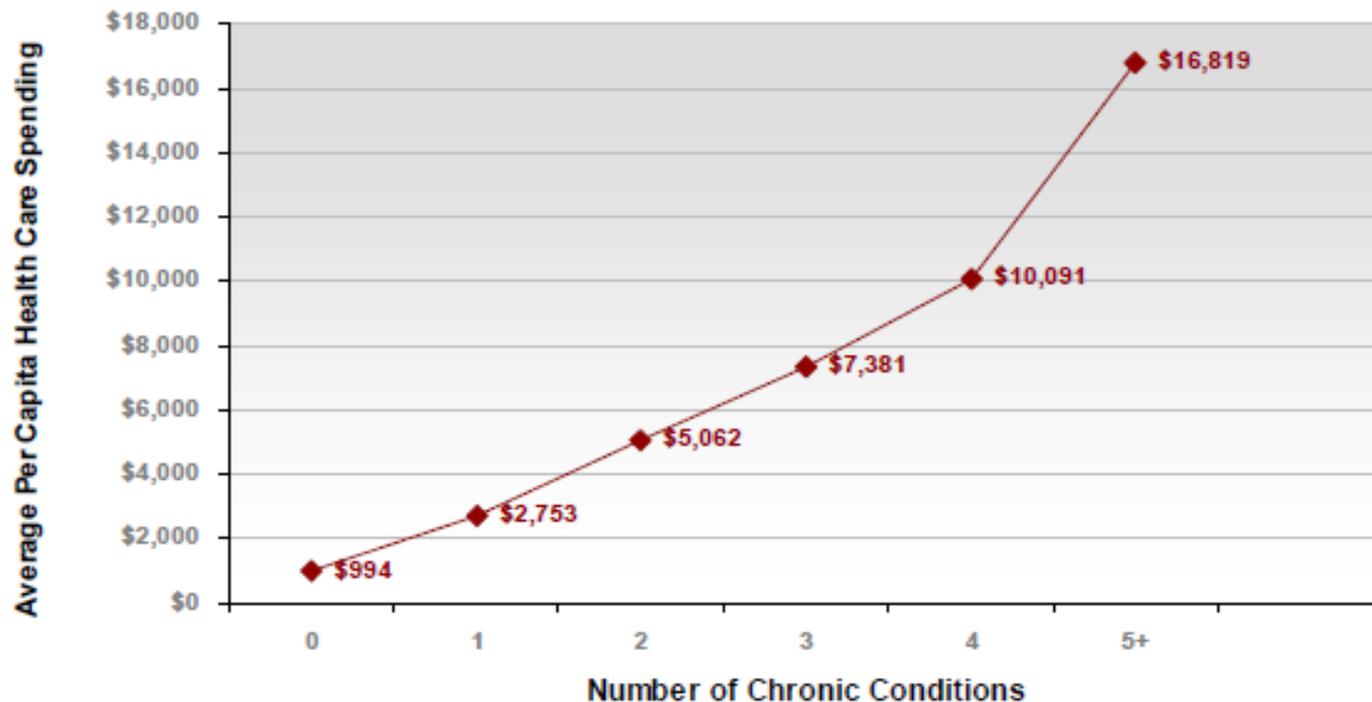


Crisis del Modelo de Atención Predominante

“Las personas con condiciones crónicas intentan obtener un continuo de servicios en un sistema de financiamiento y provisión de servicios de salud orientado a la provisión episódica de cuidados.”

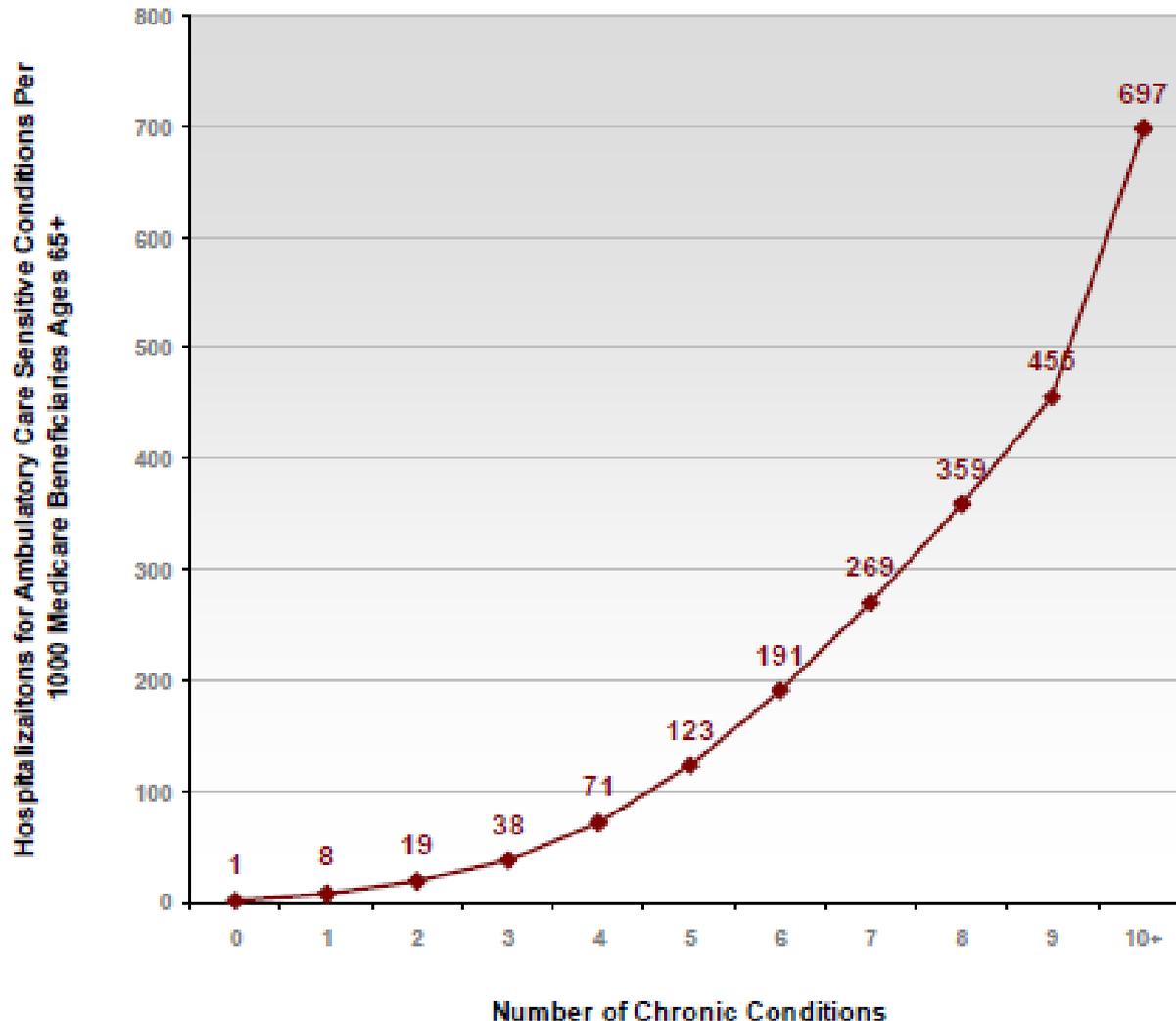
El Gasto Sanitario Aumenta con el Numero de Condiciones Crónicas

- **Average per capita spending on people with one or more chronic conditions is more than five times greater than spending on people without any chronic conditions.**



Gerard Anderson, analysis of the Medical Expenditure Panel Survey, 2004.

La falta de... o pobre coordinación de los cuidados incrementa las hospitalizaciones evitables o innecesarias



Source: Medicare Standard Analytic File, 2004

El actual modelo de prestación episódica de cuidados agudos no es costo-efectivo y puede producir pobres resultados en el manejo de personas con condiciones crónicas.



El paciente aparece



El paciente es "tratado"



El paciente es dado de "alta"



El paciente "desaparece del radar"

Se paga un precio por "los que desaparecen..."

Condición	Atención Insuficiente	Prevenible
Diabetes	Glicemia no controlada en el 24 % de los casos	2,600 ciegos; 29,000 insuficientes renales
Hipertensión	Menos del 65 % de los pacientes reciben tratamiento adecuado	68,000 muertes
Infarto del Miocardio	Entre el 39 % y 55 % no reciben atención preventiva ni medicación adecuada	37,000 muertes
Neumonía	36 % >de 65 años no reciben vacunas	10,000 muertes
Cancer Colorectal	62 % no recibieron pruebas de tamizaje	9,600 muertes

Source: EBM Briefs. Laura Landro. The informed patient.
<http://www.thehealthgateway.com/>

Crisis del Modelo de Atención Predominante

- **Problemas de calidad en la atención:**

- Inseguridad de los pacientes
- Alta variabilidad clínica
- Insatisfacción ciudadana
- Insatisfacción de los trabajadores de la salud
- Deterioro de las instalaciones
- Mala gestión de los recursos

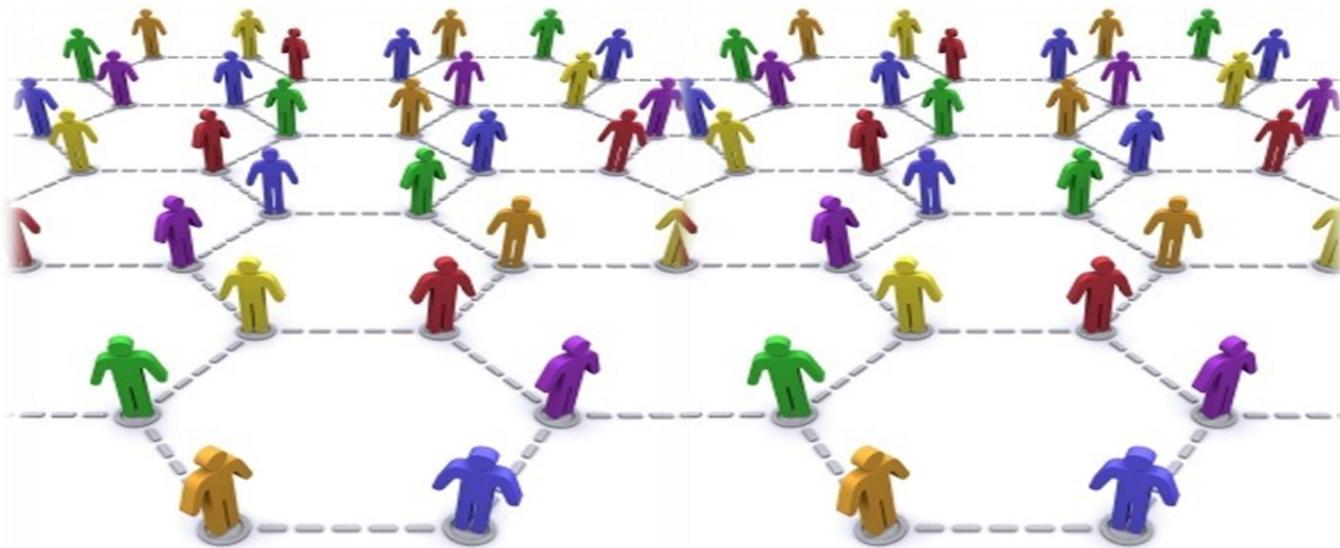


“Redes” o Redes Integradas de Servicios de Salud

Redes de Servicios de Salud

≠

Redes Integradas de Servicios de Salud



Crisis del Modelo de Atención Predominante

- ❖ En el sub-sistema público los servicios de cuidado de la salud y atención de la enfermedad no han sido eficientes para enfrentar los nuevos desafíos.
- ❖ **Si bien se señala que conceptualmente están conformados como redes no son tales:**
 - Modelos atención que no funcionan
 - Utilizan concepción de redes territoriales organizado en base a la oferta y población asignada y no en base a demandas de la población.
 - Modelos gestión inadecuados para administrar modelo atención inadecuado.
 - No mecanismos de incentivos adecuados.
 - Redes públicas: compartimentos estancos en el sistema
- ❖ **En consecuencia su capacidad resolutive y eficiencia es pobre.**

Crisis del Modelo de Atención Predominante

- ❖ **En el sub-sistema privado los prestadores históricamente se han organizado en base a :**
 - Modelo de atención basados en servicios especializados
 - Se basan en sistemas de pago por servicios (seguros privados y pagos directos de bolsillo) que limitan el acceso a los servicios.
 - El marco de incentivos usado no estimula la calidad y control de costos y determina una organización que produce prestaciones y servicios sin ningún incentivo para el “cuidado de la salud”.
 - Estimula el consumo , la incorporación de tecnologías sin evaluación y produce servicios según demanda espontánea de los pacientes con poca o nula sensibilidad al costo-beneficio.
 - Operan mayormente sin regulación ni control.
- ❖ **En consecuencia se estimula en forma permanente el incremento de costos**

Servicios de Salud Ideal

- Enfoque en las necesidades de salud de la población y en la capacidad de los servicios de resolver esas necesidades;
- Coordina e integra cuidados a través del continuo;
- Sistemas de información que vincula a usuarios, proveedores y financiadores;
- Provee información sobre costos, calidad, resultados y satisfacción de los usuarios;
- Incentivos financieros y estructura organizacional alineados para el logro de los objetivos;
- Es capaz de mejorar continuamente los cuidados que provee;
- Construye alianzas estratégicas para el logro de los objetivos.
 - Shortell et al. 1996

Redes Integradas de Servicios de Salud

Mandato



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

49.º CONSEJO DIRECTIVO
61.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., E.U.A., del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009

Punto 4.12 del orden del día provisional

CD49/16 (Esp.)
13 de agosto del 2009
ORIGINAL: ESPAÑOL

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD BASADAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Introducción

1. En el presente documento se propone la política regional para la formación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en respuesta al gran desafío de la fragmentación de los servicios de salud y para dar cumplimiento a los compromisos contraídos en la Declaración de Montevideo, la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y el Consenso de Iquique. En la política se estipula que las RISS contribuyan a lograr objetivos de desarrollo a nivel internacional, como los contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, y al desarrollo de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud (APS) y, por ende, a la prestación de servicios de salud más accesibles, eficientes y de mejor calidad técnica y percibida por los usuarios, que tengan en cuenta las cuestiones de género y la competencia cultural. En el mismo modo, las RISS contribuyen a mejorar la equidad en el acceso a los servicios de salud sin distinción de edad, género, raza, idioma, lugar de residencia, orientación política, orientación sexual, nivel educativo y condición socioeconómica. Se recomienda la elaboración de planes nacionales ajustados a las realidades de cada país basadas en la definición y los atributos esenciales de las RISS que se especifican en el presente documento.

Antecedentes

2. Los sistemas de salud en las Américas se caracterizan por altos niveles de fragmentación y fragmentación¹ (1-3). La fragmentación es una causa importante

¹ Fragmentación se refiere a la "coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiación, afiliación y provisión, cada uno de ellos "especializado" en diferentes estratos de la población de acuerdo a su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago, y posición social. Este



SERIE

La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas

No. 4

Redes Integradas de Servicios de Salud

Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas



Organización Panamericana de la Salud

Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

49.º CONSEJO DIRECTIVO
61.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., E.U.A., del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009

CD49.R22 (Esp.)
ORIGINAL: ESPAÑOL

RESOLUCIÓN

CD49.R22

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD BASADAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora *Redes Integradas de Servicios de Salud en la Atención Primaria de Salud* (documento CD49/16), en el que se aborda el problema de la fragmentación de los servicios de salud y se propone el establecimiento de redes integradas de servicios de salud para abordarlo.

Preocupado por los altos niveles de fragmentación de los servicios de salud y por la repercusión negativa en el desempeño general de los sistemas de salud, lo que se traduce en dificultades en el acceso a los servicios, prestación de servicios de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, aumento de los costos de producción y poca satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos;

Consciente de la necesidad de fortalecer los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud (APS) como estrategia fundamental para el logro de las metas globales e internacionales de salud, entre otras las estipuladas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio;

Reconociendo que las redes integradas de servicios de salud constituyen una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de la prestación de servicios de salud, que contribuyen a hacer realidad varios de sus elementos esenciales

Las RISS en el marco de la APS

La OPS considera que las RISS son ***una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de servicios de salud*** contribuyendo a hacer una realidad varios de sus elementos más esenciales tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar y comunitaria, y la acción intersectorial entre otros. (OPS, 2010)

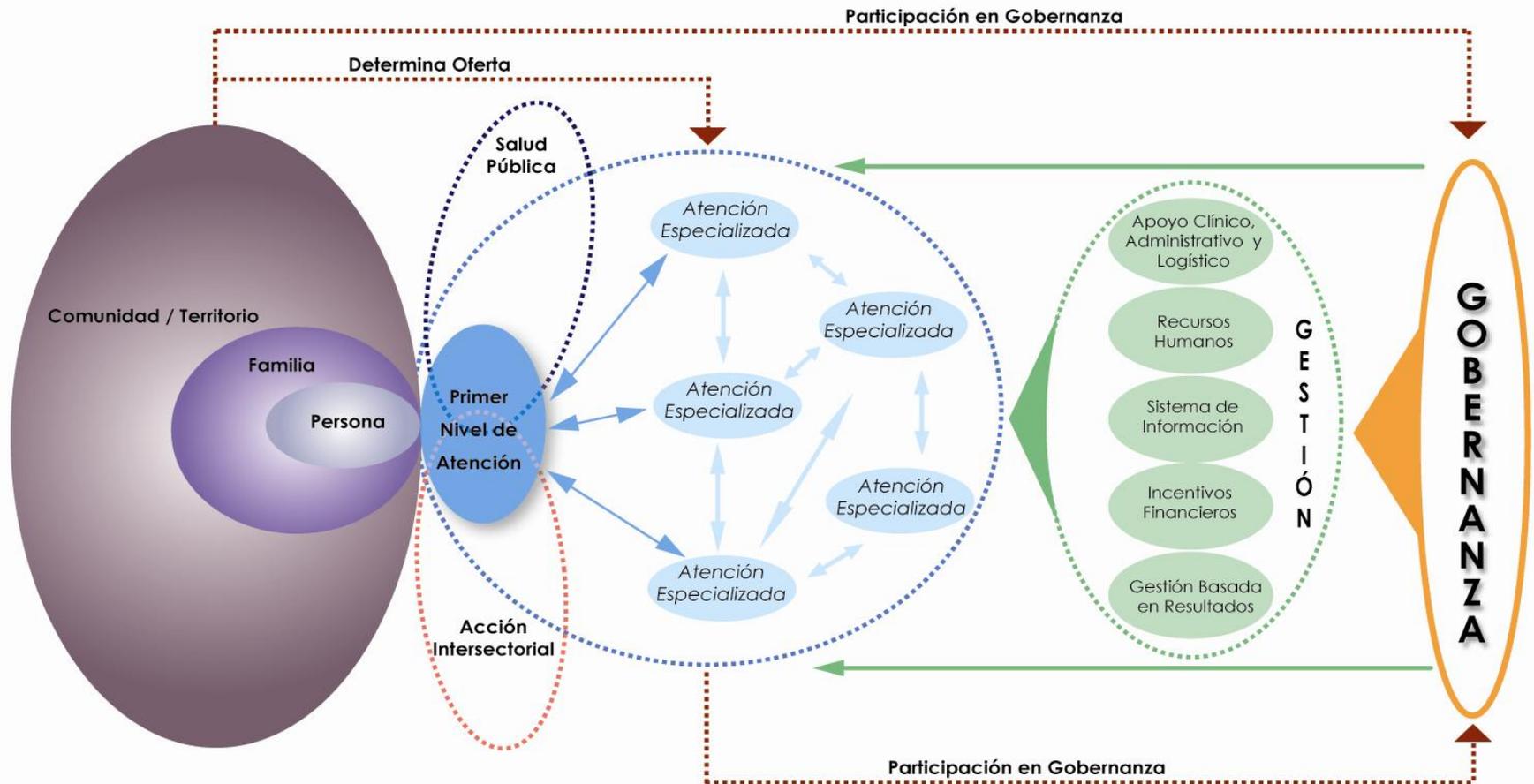


Las RISS en el marco de la APS: Definición

“una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”. (Modificado de Shortell, SM; Anderson DA; Gillies, RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare Forum Journal 1993;36(2):20-6).



Las RISS y sus atributos



Contexto: tipo de sistema de salud, nivel de financiamiento, marco legal y regulatorio, capacidad de rectoría de la autoridad sanitaria, disponibilidad de recursos humanos, físicos y tecnológicos, etc.

Atributos esenciales de las RISS

Ámbitos de Abordaje

Modelo asistencial

- 1 Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud
- 2 Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública
- 3 Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población
- 4 Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios
- 5 Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud
- 6 Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población

Gobernanza y estrategia

- 7 Un sistema de gobernanza único para toda la red
- 8 Participación social amplia
- 9 Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud

Organización y gestión

- 10 Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico
- 11 Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red
- 12 Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes
- 13 Gestión basada en resultados

Asignación e incentivos

- 14 Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red

Reformas de la Prestación de Servicios



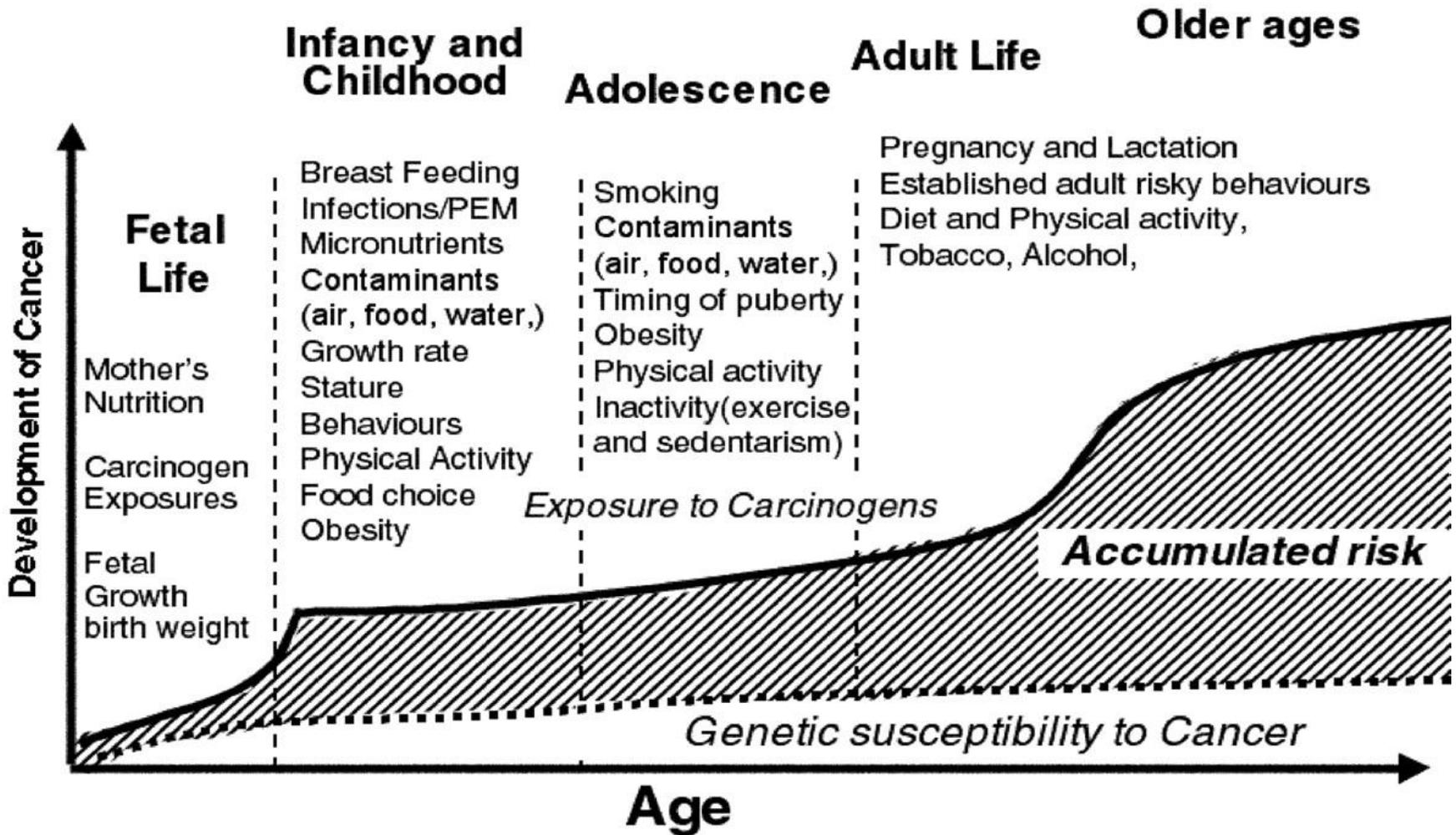
❖ Los nuevos modelos de atención deberán:

- ✓ Estar centrados en las personas, familias y comunidad,
- ✓ Lograr una completa integralidad en la atención de salud, aplicando programas de fomento, protección de la salud, cambios de actitudes, conductas, etc.,
- ✓ Mantener poblaciones sanas y enfermos estabilizados evitando complicaciones,
- ✓ Gestionar programas de control y atención de las personas a través del curso de vida,
- ✓ Ser costo-efectivos para la sociedad.
- ✓ Introducir modelos de gestión clínica para lograr racionalizar el uso de los recursos en base a parámetros técnicos.



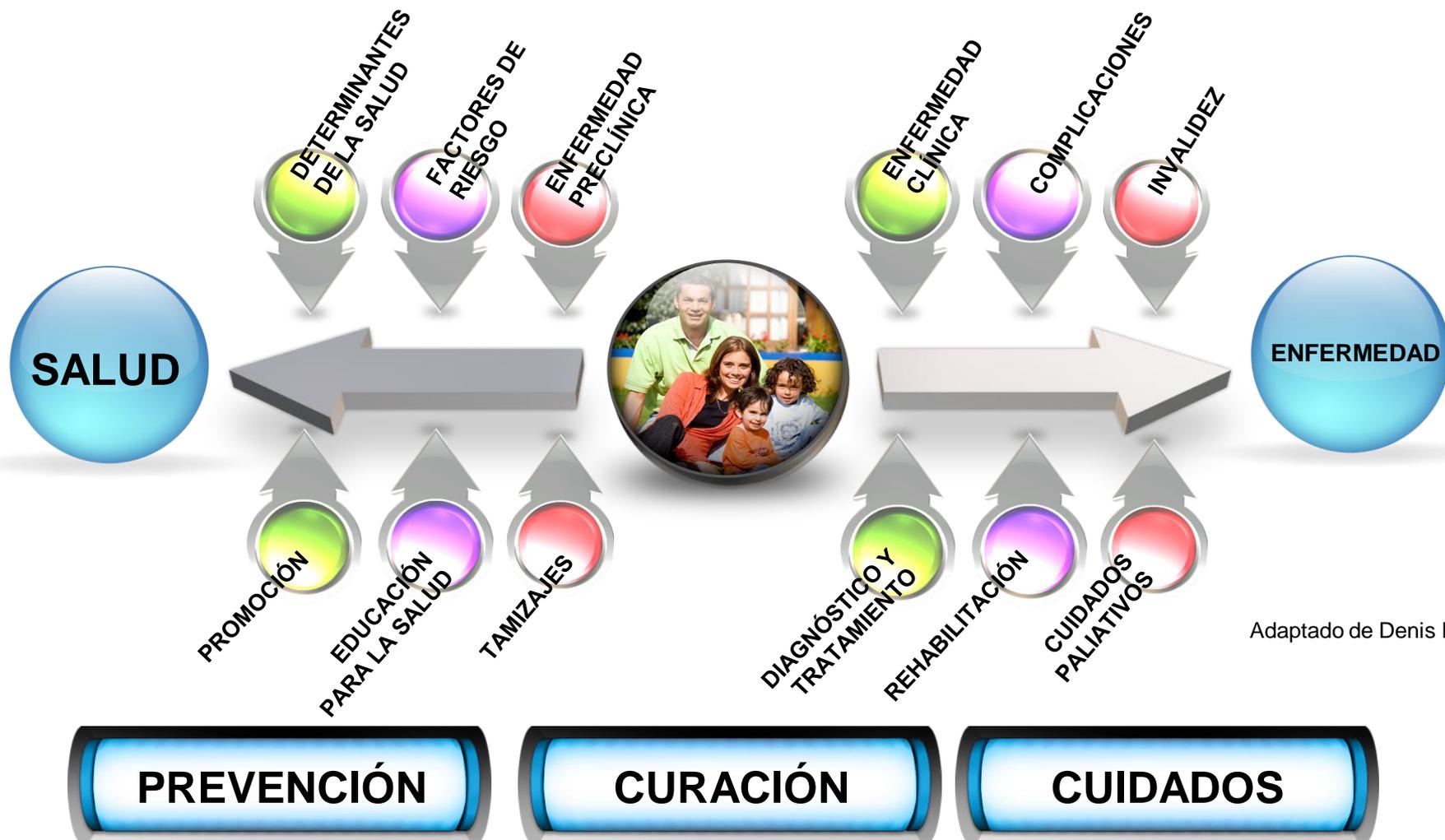
Definiciones y Conceptos Claves

Curso de Vida



El Continuo de la Atención

SALUD / BIENESTAR



Adaptado de Denis Roy

Coordinación Asistencial

- ❖ Se define como la conexión (desde la perspectiva de los proveedores) de los diferentes servicios necesarios para atender a un usuario a lo largo del continuo asistencial, de manera armónica y se alcance un objetivo común sin conflictos.



CONTINUIDAD ASISTENCIAL:

❖ Es el resultado de la coordinación desde la perspectiva del usuario. Constituye el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo.

– Tipos:

- De información
- De relación
- De gestión



Servicios Integrales e Integrados

❖ Servicios Integrales

- Promoción, prevención, cuidados curativos, paliativos y socio-sanitarios.

❖ Servicios Integrados

- Coordinación entre todas las partes del sistema a través del continuo de cuidados y el curso de vida.

Gestión Clínica

- se define como el grado en que los profesionales técnicos (médicos, enfermeras, tecnólogos, farmacéuticos, etc.) participan activamente en la planificación, gestión y provisión de la atención directa.



El Modelo Asistencial

**Desde los atributos de las Redes Integradas de
Servicios de Salud**

Atributos Esenciales de las RISS

Modelo asistencial

Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud

1

Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública

2

Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población

3

Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios

4

Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud

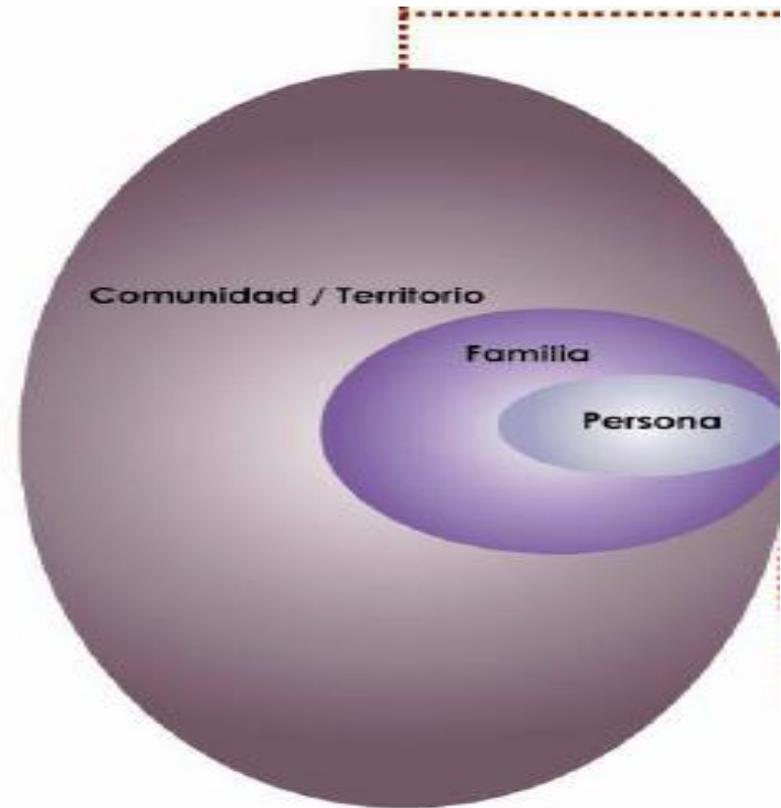
5

Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población

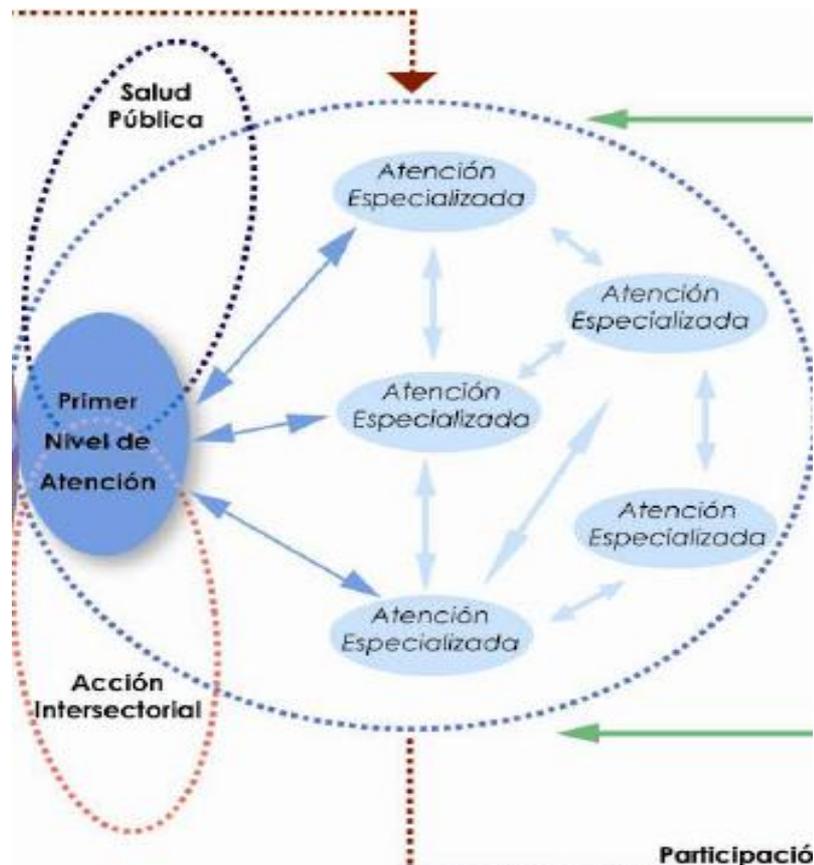
6

Modelo Asistencial: *Población y Territorio*

- ❖ **Amplio conocimiento de las necesidades y preferencias**
- ❖ **Proveer servicios integrales y equitativos**
- ❖ **Desarrollar acciones de Salud Pública**
- ❖ **Promover acción intersectorial ►
Determinantes sociales de la salud**



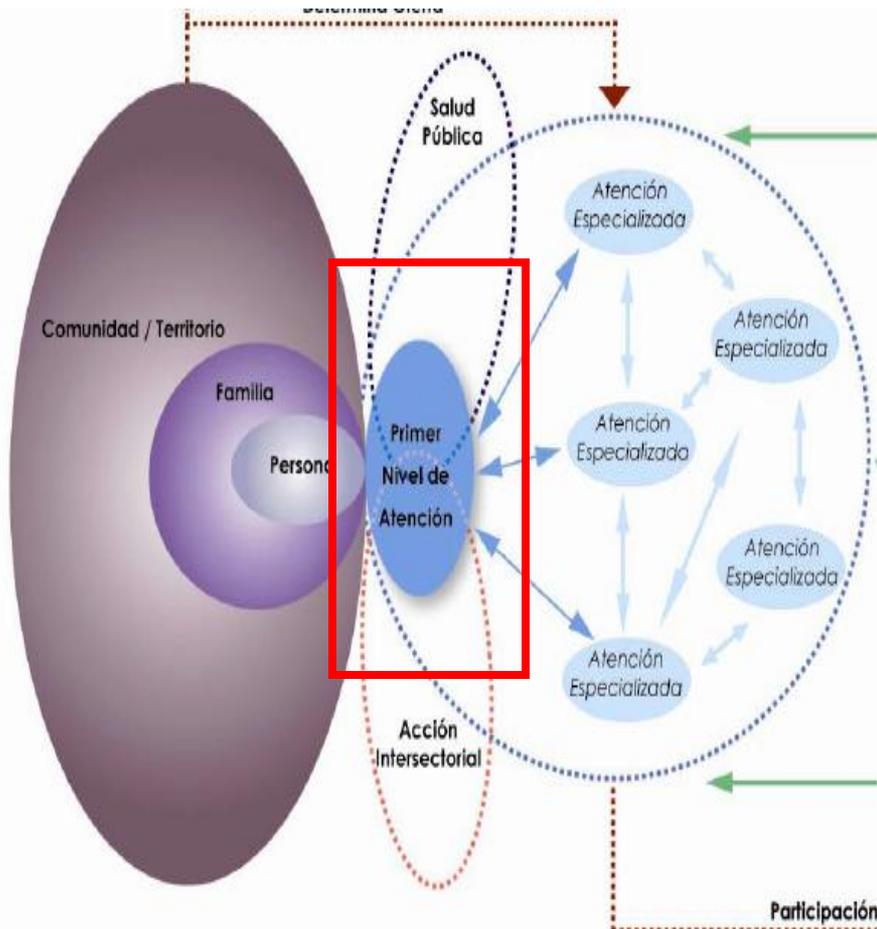
Modelo Asistencial: *Extensa Red de Servicios*



- ❖ Servicios integrales
- ❖ Servicios integrados
- ❖ Disponibilidad de centros, servicios y recursos acordes con las necesidades de la población.

Modelo Asistencial:

Primer Nivel de Atención Multidisciplinario



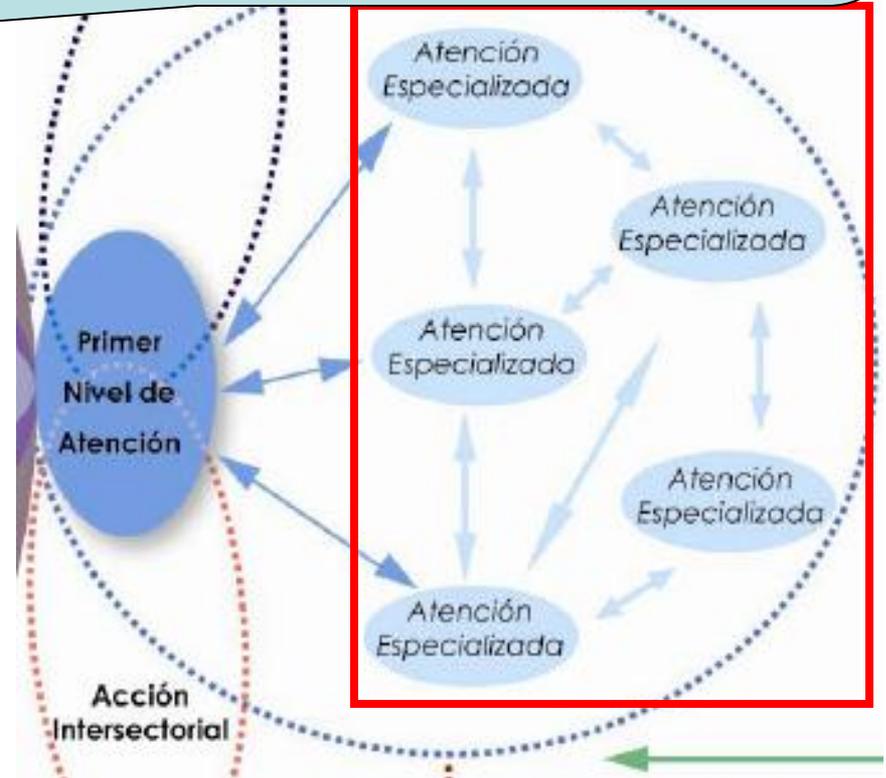
- ❖ Palabra clave: multidisciplinario,
- ❖ Equipos con responsabilidad sobre toda la población,
- ❖ Puerta de Entrada y coordinación en toda la red,
- ❖ Integración operativa de programas focalizados,
- ❖ Integra acciones intersectoriales y de Salud Pública.

Modelo de Servicios Especializados

Atención Apropriada:

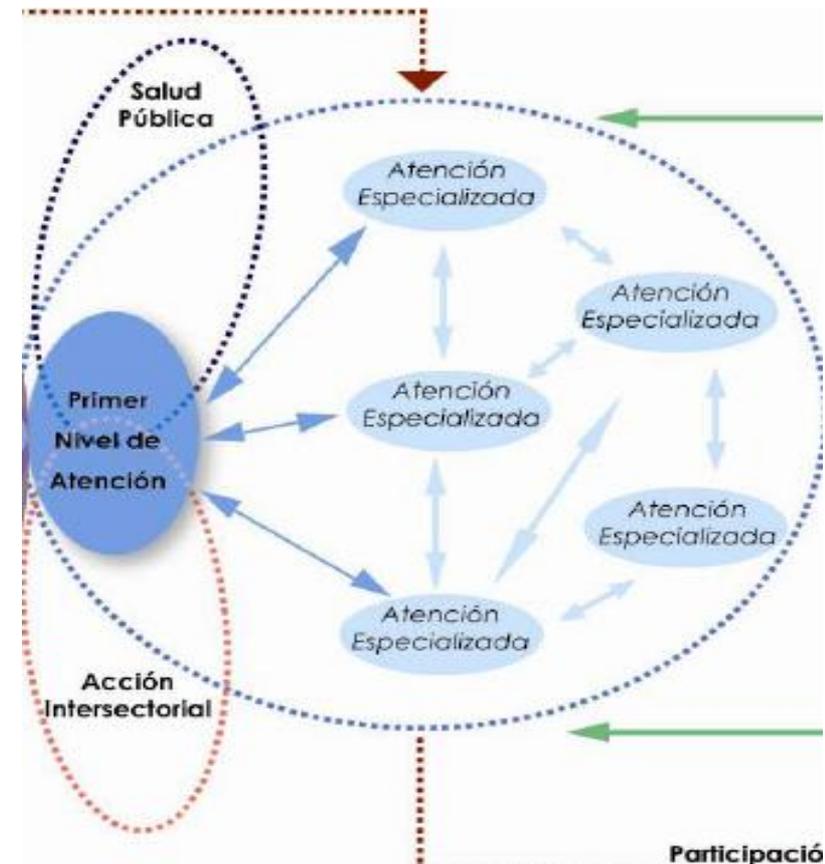
- ajustada a las necesidades de toda la población
- intervenciones seguras, efectivas, y basadas en la mejor evidencia científica,
- organizada y con asignación de recursos según criterios de equidad y eficiencia económica.

- ❖ El concepto de Atención Apropriada,
- ❖ Servicios especializados en entornos extra-hospitalarios,
- ❖ Hospitales para Agudos y Cuidados Intensivos.



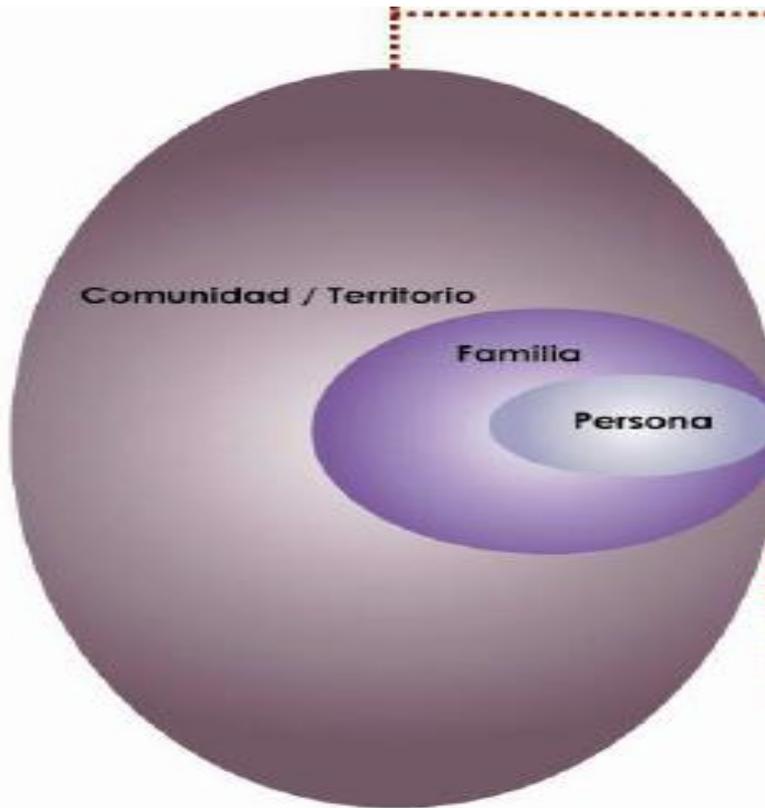
Modelo Asistencial: *Mecanismos de Coordinación Asistencial*

- ❖ Mecanismos de coordinación a todo lo largo de la red que pueden incluir:
 - Normalización de procesos
 - ✓ Guías de practica clínica
 - ✓ Protocolos de Atención
 - Adaptación mutua
 - ✓ Grupos de trabajo
 - ✓ Gestión de casos
 - ✓ Diseños organizacionales matriciales.
 - Sistemas eficientes de referencia y contrarreferencia



Modelo Asistencial:

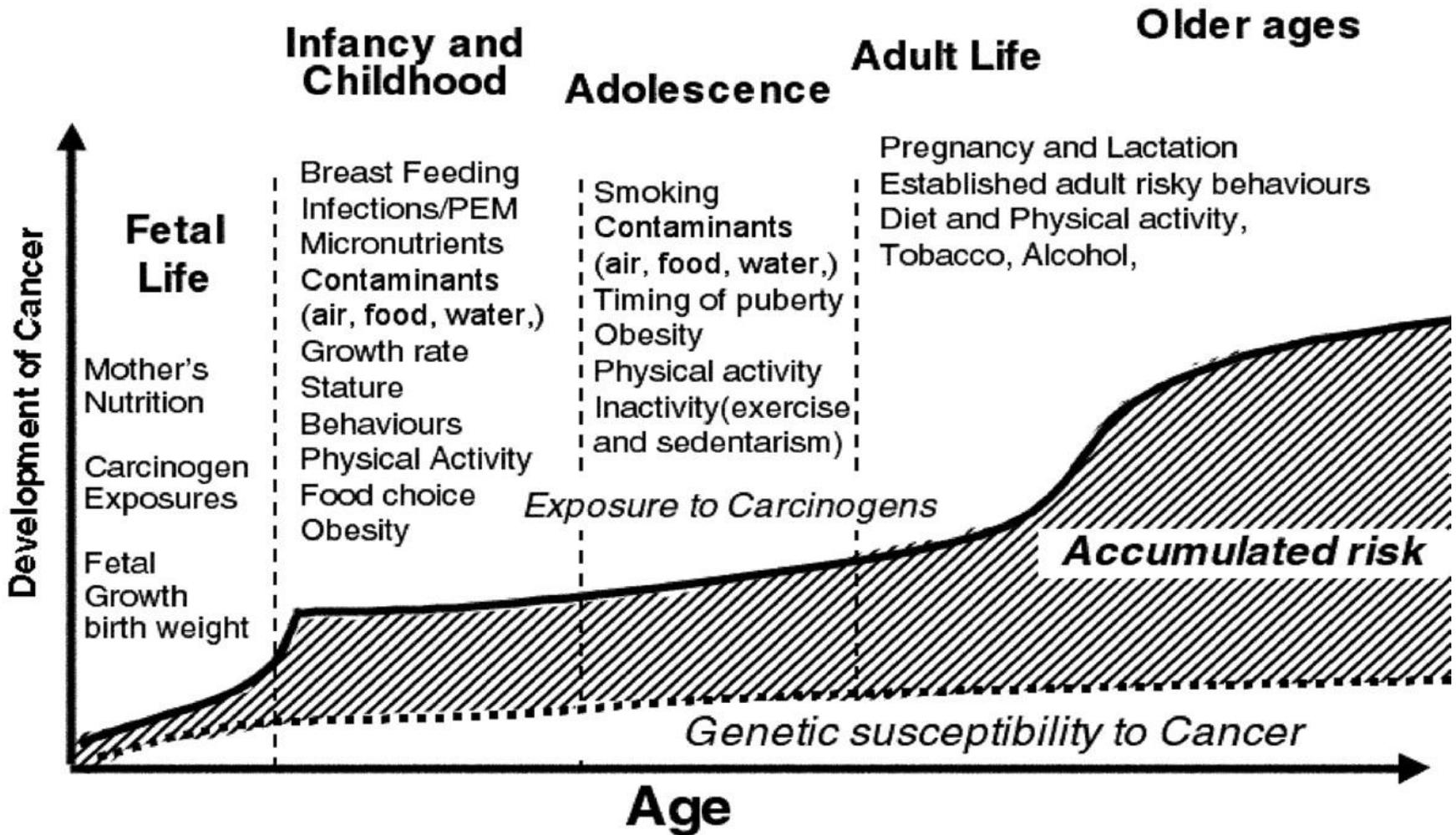
Atención de Salud centrada en la persona, la familia y la comunidad



- ✓ La “persona como un todo”,
- ✓ Procesos de decisión clínica compartidos,
- ✓ Educación para la salud, autocuidado y la autogestión de la enfermedad,
- ✓ Enfoque de Derechos,
- ✓ Enfoques intercultural y de género,
- ✓ Familias y comunidades como receptoras y prestadoras de servicios de salud.

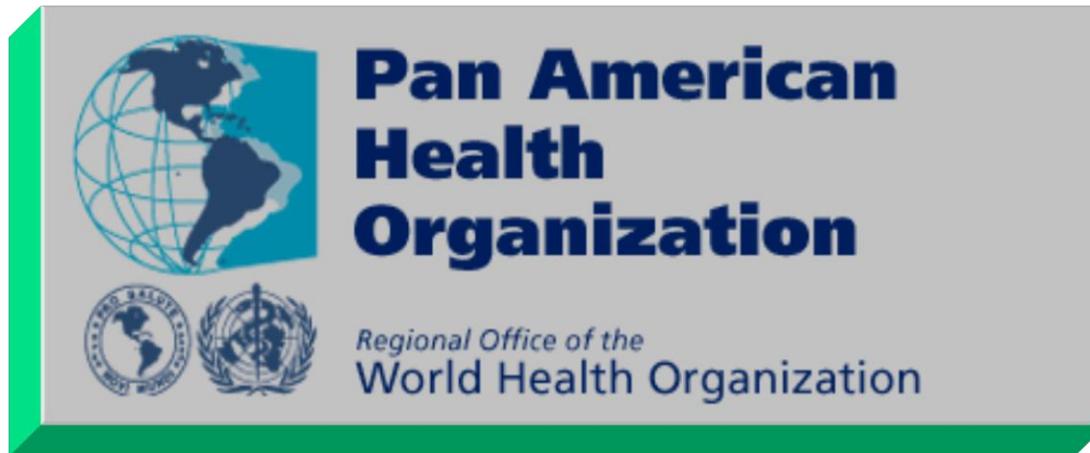
A que nivel integramos los programas de salud?

Curso de Vida



Atención de Salud centrada en las personas

Atención médica ambulatoria de carácter convencional en dispensarios o ambulatorios	Programas contra enfermedades	Atención primaria centrada en la persona
Focalización en la enfermedad y la curación	Focalización en las enfermedades prioritarias	Focalización en las necesidades de salud
Relación circunscrita al momento de la consulta	Relación circunscrita a la ejecución de los programas	Relación personal duradera
Atención curativa episódica	Intervenciones de lucha contra las enfermedades definidas por los programas	Atención integral, continua y centrada en la persona
Responsabilidad limitada a la prestación de asesoramiento eficaz y seguro al paciente en el momento de la consulta	Responsabilidad sobre los objetivos de lucha contra las enfermedades entre la población destinataria	Responsabilidad sobre la salud de todos los integrantes de la comunidad a lo largo del ciclo vital; responsabilidad de afrontar los determinantes de la mala salud
Los usuarios son consumidores de la atención que compran	Los grupos de población son los destinatarios de las intervenciones de lucha contra las enfermedades	Las personas son asociados en la gestión de su salud y la de su comunidad



Gracias