

## **Evaluación del grado de aplicabilidad del modelo de salud familiar comunitario intercultural en el Servicio Departamental de Salud de Chuquisaca durante el periodo 2015-2017**

### **Evaluation of the degree of applicability of the intercultural community family health model in the Departmental Service Health of Chuquisaca during the period 2015-2017**

Sonia Polo Andrade

*Universidad Andina Simón Bolívar. Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia*

Recibido noviembre 19,2020; Aceptado diciembre 12,2020

---

#### **RESUMEN**

El Plan Nacional de Salud está centrado en la eliminación de la exclusión social en salud, a través de la implementación del Modelo de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural que asume los principios de integralidad, intersectorialidad, interculturalidad y participación social en todos sus niveles de gestión y atención de la salud.

La presente investigación tiene como objetivo evaluar el grado de aplicabilidad del Modelo de Salud Familiar, Comunitario Intercultural en el SEDES Chuquisaca durante el periodo 2015 al 2017, a fin de

contribuir a la aplicabilidad plena en el territorio nacional en correspondencia al marco legal vigente.

La metodología seguida corresponde a dos tipos de estudio; descriptivo observacional de diseño trasversal y estudio correlacional.

La muestra ha sido obtenida por el método probabilístico, fue conformada por 210 funcionarios del nivel operativo, 120 funcionarios de nivel gerencial y 105 usuarios de los establecimientos de salud. El muestreo ha sido polietápico aplicado en las 7 Redes de Salud.

Las Guías de Evaluación diseñadas para el efecto, así como el estudio correlacional han

permitido evaluar la tendencia y el grado de aplicación de los principios del Modelo en servicios de salud.

La tabulación y análisis de datos mostró diferencias significativas. El p-valor del principio de interculturalidad fue de (0,571); nivel de significación alfa = 0,05 por lo que no presentó evidencia estadística al igual que el p-valor del principio de intersectorialidad (0,796), permitiendo identificar la necesidad de establecer Políticas sanitarias de implementación del Modelo en servicios de salud de tercer nivel de atención.

**Palabras claves:** Plan Nacional de Salud, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, Servicios de salud de tercer nivel.

## SUMMARY

The National Health Plan is focused on the elimination of social exclusion in health, through the implementation of the Family, Community and Intercultural Health Model that assumes the principles of integrality, intersectorality, interculturality and social participation in all its management levels and health care.

The objective of this research is to evaluate

the applicability degree of the Family, Community Intercultural Health Model in the Chuquisaca SEDES during the period 2015-2017, with the purpose of contributing to full applicability in the national territory in accordance with the current legal framework.

The methodology applied in this research concerns two types of study; descriptive observational cross-sectional design and correlational study.

The sample has been obtained probabilistically, made up of 210 Operational-level Officials, 120 Managerial level officials and 105 users of health facilities. The sampling has been multistage applied in the 7 Health Networks.

The Evaluation Guides designed for this purpose, as well as the correlational study, have enabled to evaluate the trend and application degree of the Model principles in health services.

The data tabulation and analysis showed significant differences. The p-value of the interculturality principle was (0.571); significance level alpha = 0.05, thus it did not present statistical evidence as well as the p-value of the intersectorality principle

(0.796). These data made possible to identify the need of establishing implementation Health Policies of the Model in tertiary care health services.

**KEYWORDS:** National Health Plan, Intercultural Community Family Health Model, Tertiary health services

## INTRODUCCIÓN

El Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural tiene como objetivo permitir el acceso de la población boliviana a los servicios de salud bajo el Sistema, mediante la promoción de hábitos y conductas saludables en individuos, familia y la comunidad, la prevención de riesgos, el control de daños y la rehabilitación de personas con discapacidades; logrando una población sana y productiva, que participe en la transformación económica, social y cultural, con la aplicación de un Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

En ésta dirección, el Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia considera que las mejoras en la salud tienen que ver con múltiples factores, los cuales se articulan en la Política de Salud Familiar

Comunitaria Intercultural bajo los principios de participación social, intersectorialidad, interculturalidad e integralidad, la que se operativiza a través de la implementación del Modelo de Atención y el Modelo de Gestión Compartida en salud (1,2).

Se trata entonces de dos modelos, que en su operativización buscan la democratización del saber médico y la interacción con el saber tradicional, originario y popular para que todos/as los/las actores/as tengan acceso a los espacios de poder y toma de decisiones, basados en los principios de solidaridad, reciprocidad y equidad en salud.

A su vez, la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural tiene como estrategia en la implementación de los dos modelos; la promoción de la salud, a través de la cual el equipo de salud y los/las actores/as sociales (persona, familia y comunidad) asumen actitudes-conductas de auto responsabilidad sobre el auto cuidado de su salud (3).

El actual gobierno en ejercicio lanzó el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2020, promoviendo el desarrollo de un Plan

Sectorial de Salud con 5 políticas esenciales, destinadas a fortalecer el pilar Bolivia Digna (3):

### **Política 1: Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (SAFCI)**

Esta política permitirá el acceso del cien por ciento de la población boliviana a los establecimientos de salud, bajo el Sistema Único, Intercultural y Comunitario, mediante la promoción de hábitos y conductas saludables en las personas, familias y comunidad, logrando una población sana y productiva, que participe en la transformación económica, social y cultural, con la aplicación del nuevo Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

El Esquema 4 que se presenta en anexos establece como estrategia de la Política SAFCI la universalización del acceso al Sistema Único, Comunitario e intercultural de Salud cuya concreción se establece a partir de los Proyectos de Extensión de coberturas, Fortalecimiento de las Redes de Salud, Gestión de Calidad en servicios de salud, Carácter intercultural, enfoque de género y generacional, así como la Vigilancia de la Calidad de la producción de

bienes y servicios.

### **Política 2: Rectoría**

Esta política establece el curso de acción para recuperar la soberanía sanitaria y la rectoría del Sistema, liderizando las acciones de conducción, de regulación y ejercicio de la autoridad sanitaria del Ministerio de Salud.

Recuperar la soberanía y la rectoría del Sistema, liderizando la intersectorialidad para la salud; con mayor capacidad de gestión que permitirá garantizar la sostenibilidad financiera del sector, proteger la salud de los bolivianos, sus condiciones de vida, de trabajo y de su relación con el ambiente. Destinada a promover el desarrollo de un marco jurídico normativo, administrativo y financiero independiente de condicionamientos externos.

La estrategia formula la recuperación y consolidación de la soberanía sanitaria, cuyos Proyectos concretizables en los nueve SEDES del país; establecen el fortalecimiento de la capacidad de Gestión, implementación del Seguro Universal de

Salud en forma gradual y sistemática, Gestión tecnológica e investigación en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.

### **Política 3: Movilización Social**

Esta política plantea la democracia sanitaria y el desarrollo de las capacidades y formas de participación y vigilancia de la sociedad civil en el quehacer en salud.

Promoviendo la ciudadanía activa, participativa y corresponsable del autocuidado de las personas de base comunitaria (gestión, movilización y control social) empoderando y movilizando Consejos de Salud en el nivel nacional, departamental y municipal.

La estrategia asumida establece la Revalorización de la salud en las prioridades de los hombres, mujeres, Familias y comunidades, cuyos Proyectos a ser ejecutados establecen procesos de Gestión Sanitaria y Movilización social que promuevan la operativización concurrente de los Programas de Salud.

### **Política 4: Determinantes de la Salud**

Propone la recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y la calidad de vida, orientada a intervenir articulada y coordinadamente, entre el sector salud y los demás sectores del desarrollo socioeconómico y cultural, en los factores determinantes, como alimentación, calidad de vivienda, recreación, acceso a servicios básicos de educación, salud, saneamiento y seguridad, de tal forma que los proyectos de promoción generen empleo e ingresos, desarrollando un sistema comunitario global de seguridad social y desarrollo productivo.

La Política de Salud que actúa sobre los factores Determinantes de la Salud establece como estrategia la recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y la calidad de vida de los(as) bolivianos(as). A partir del Programa de intersectorialidad en todo el territorio nacional se establece la implementación y desarrollo de Proyectos destinados a la concreción de espacios saludables, medicina del deporte y políticas integrales de salud.

### **Política 5: Solidaridad**

Esta política establece como estrategia; la Alianza nacional para la erradicación de la desnutrición, la violencia e inclusión de grupos que viven en extrema pobreza a través de Proyectos que se concretan en los nueve SEDES como los Proyectos de Desnutrición Cero, Reducción de la violencia, Igualdad y equiparación de oportunidades.

## **ESTRATEGIAS**

La propuesta estratégica del Ministerio de Salud indica entre sus postulados (4,5):

### **1. Universalización del acceso al sistema único, intercultural y comunitario de salud**

Orientada ésta a superar toda forma de exclusión e inequidad en salud.

La implementación del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, pretende el fortalecimiento de las redes de salud, el mejoramiento y optimización de la búsqueda de la Gestión de la calidad, con carácter intercultural, con enfoque de género y generacional. Esto implica el proporcionar Salud para todos. Con ello el 100% de la población Boliviana tendrá

acceso al Sistema Único, Intercultural y Comunitario de salud.

### **2. Recuperación y consolidación de la soberanía sanitaria**

Mediante la revalorización de la rectoría del Ministerio de Salud y el rol fundamental en el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, liderizando la intersectorialidad para la salud; con mayor capacidad de gestión que permita garantizar la sostenibilidad financiera del sector, proteger la salud de los bolivianos, sus condiciones de vida, de trabajo y de su relación con el ambiente.

### **3. Revalorización de la salud en las prioridades de los hombres, mujeres, comunidades y familias bolivianas**

Como la consolidación de la responsabilidad compartida en salud.

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural, asume la participación social efectiva en la toma de decisiones, a partir del involucramiento autónomo y organizado de la comunidad urbana y rural en el proceso de Gestión Compartida en Salud, que comprende planificación, ejecución-administración, seguimiento y evaluación-control social de las acciones de salud, para

la toma de decisiones desde dentro y fuera de los establecimientos de salud.

#### **4. Recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y la calidad de vida**

Destinada a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación desde el punto de vista de la salud integral, cuya finalidad está centrada en alcanzar la calidad de vida de la población Boliviana.

#### **5. Alianza nacional para la erradicación de la desnutrición, la violencia y la inclusión de grupos más desprotegidos que viven en extrema pobreza**

A partir del mejoramiento de los índices de desnutrición, violencia en todas sus formas y la inclusión social como premisa en la construcción de un Sistema Universal de Salud.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se trata de dos tipos de estudios: el descriptivo observacional de carácter transversal, que, a través de la percepción directa del objeto de investigación, ha permitido conocer la realidad de la aplicabilidad del Modelo de Salud en los

servicios de la Salud dependientes del SEDES Chuquisaca.

El estudio correlacional ha consistido en buscar diversas variables que interactúen entre sí, de esta manera ha permitido evidenciar el cambio en algunas de ellas y asumir a partir de éstas; el cambio en otras que se encuentran directamente relacionadas con la aplicabilidad del Modelo de Salud.

Estudio que ha estado centrado en la evaluación del grado de aplicabilidad del Modelo de salud Familiar Comunitario e Intercultural en el SEDES Chuquisaca durante el período 2015- 2017.

En el presente estudio participaron 126 servicios de salud seleccionados aleatoriamente, de los cuales se extractaron las muestras correspondientes a usuarios, funcionarios del nivel operativo y gerencial en el período comprendido entre octubre y diciembre de 2017.

La confección de instrumentos de recolección ha estado sujeto a variables identificadas en el estudio, aplicando cuestionarios dirigidos a usuarios y funcionarios de los establecimientos de

salud, de igual forma se aplicaron Guías de evaluación de procesos de asistencia sanitaria diseñadas para el efecto.

### **Muestra y muestreo**

Se realizó un muestreo por conglomerados polietápico en el cual se tomaron las muestras a partir de la estructura organizacional del SEDES Chuquisaca, la misma ha estado dividida en 7 Redes de Salud (Muestreo aleatorio simple, MAS); luego en cada Red de Salud (MAS), independientemente de su ámbito geográfico rural y/o urbano, y por último la encuesta ha sido aplicada a un miembro de 14 a 70 años de edad de cada familia seleccionada a través del método Kish (6), preveyendo el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos en el estudio.

La unidad primaria de muestreo han sido las 7 Redes de salud dependientes del SEDES Chuquisaca, la unidad secundaria los servicios de Salud, la unidad de análisis han sido los usuarios de los servicios de salud de 14 a 70 años de edad y los funcionarios del nivel operativo.

Para el cálculo del tamaño de muestra se

usó el método de Neyman (7), en el cual se calcula un tamaño mayor para la estimación de proporciones y se tiene en cuenta la aleatorización en cada conglomerado, ajustando el diseño al tamaño de cada Servicio de salud.

### ***Encuestas dirigidas a funcionarios del nivel operativo***

El Universo ha estado conformado por 3600 funcionarios del nivel operativo de los establecimientos de salud dependientes del SEDES Chuquisaca. El tamaño de la muestra ha sido determinado a través del empleo de fórmula para poblaciones finitas con un desvío del 5 % y un intervalo de confianza del 95 %. Estableciéndose 210 funcionarios del nivel operativo de los establecimientos de salud dependientes del SEDES Chuquisaca a los cuales se aplicaron las encuestas.

### ***Encuestas dirigidas a usuarios***

El Universo ha estado conformado por 2800 usuarios de los establecimientos de salud dependientes del SEDES Chuquisaca. El tamaño de la muestra ha sido determinado a través del empleo de fórmula para poblaciones finitas con un desvío del 5 % y



un intervalo de confianza del 95 %. Así calculado el tamaño de muestra, se aplicaron 105 encuestas a usuarios de los establecimientos de salud dependientes del SEDES Chuquisaca.

La recolección de datos sobre el grado de aplicabilidad del Modelo de Salud evaluando los 4 principios de Integralidad, intersectorialidad, interculturalidad y Participación Social han sido realizadas a través de la aplicación de las Guías de Evaluación diseñadas para el efecto, evaluación que se realizó mediante entrevista directa al personal del nivel gerencial de los establecimientos de salud seleccionados. Entrevistándose a un total de 326 funcionarios, obteniendo una cobertura de 100 % respecto al total esperado. El operativo de recolección de datos incluyó la capacitación integral del personal de recolección y procesamiento; en conceptos, definiciones, procedimientos y la implantación de rigurosos controles de calidad de todas las actividades en estas dos fases del trabajo (Aplicación de encuestas y la aplicación de Guías de evaluación) (ANEXOS1, 2, 3).

### **Técnicas de muestreo**

El muestreo aplicado tanto para las encuestas dirigidas a usuarios como funcionarios ha sido probabilístico de tipo aleatorio, aplicando la encuesta a funcionarios de nivel operativo del SEDES Chuquisaca durante el período comprendido entre el 01 de octubre al 20 de diciembre de 2017.

Los criterios de inclusión para los usuarios fueron: Personas entre 14 y 70 años de edad, personas que acaban de salir del servicio de salud, personas que hayan sido atendidas por lo menos los 3 últimos años y personas que deseen participar del estudio. Para los funcionarios los criterios de inclusión fueron Funcionarios con ítem y contrato estatal con antigüedad de cinco años.

El control de la calidad y análisis de datos se ha establecido a través de la selección de instrumentos debidamente llenados según instructivo.

Para ambos instrumentos se ha recodificado un porcentaje de los cuestionarios y de las Guías de Evaluación para asegurar de que no existan errores o sesgos en el levantamiento de la información.

Para las Guías de Evaluación se recurrió a 7 supervisores ajenos a la institución, al margen de los 27 directores y/o jefes médicos de los servicios de salud dependientes del SEDES Chuquisaca para la aplicación y verificación de las mismas.

Los datos de las encuestas han sido tabulados y analizados mediante el paquete estadístico del SPSS Versión 15.0.

Realizándose un análisis univariante para la descripción de cada una de las variables cuantitativas o variables resultado mediante el análisis de las medias, desviación típica y el intervalo de confianza; así como el análisis de la distribución de cada una de las variables dependientes, utilizando el test de Kolmogorov -Smirnov.

El análisis bivariante fue efectivizado para establecer la relación entre las variables resultado (cuantitativas continuas) y la variable exposición (variable cualitativa nominal) se utilizó la correlación de Pearson para las variables por presentar una distribución normal, en las que se estableció un p-valor menor o igual a 0,05 para la inclusión de significancia estadística y superior a 0,05 para su exclusión.

La metodología empleada ha permitido

arribar a resultados estadísticamente significativos tanto en la aplicación de encuestas dirigidas a usuarios y funcionarios del SEDES Chuquisaca objeto de estudio, así como en la obtención de resultados matriciales de la aplicación de Guías de Evaluación del grado de aplicabilidad del Modelo Sanitario en los establecimientos de Salud.

Las Guías de Evaluación diseñadas para el efecto han permitido profundizar algunos de los resultados más relevantes de la investigación, proporcionando información cuantitativa respecto al cumplimiento de indicadores de gestión participativa, sala situacional de salud, interculturalidad e integralidad de la asistencia sanitaria entre otros aspectos que establecen la aplicabilidad del SAFCI en servicios de salud.

## RESULTADOS

### 1.- Resultados del estudio descriptivo observacional

El estadístico ANOVA ha permitido evidenciar que:

## ANOVA

### Diferencia de grupos

	Suma de cuadrícula	Diferencia	Cuadrado medio	F	Sig.
<b>Entre Grupos</b>	32.072	2	15,537	6,143	,006
<b>Dentro de Grupos</b>	67.286	28	2,529		
<b>Total</b>	99,358	30			

### Prueba de homogeneidad de varianza

Estadística de Levene	df1	df2	Sig.
.966	2	28	,394

$$F(2,27) = 6,143; P = 0,006$$

El resultado es significativo, por lo que no se aceptan los supuestos. Realizados los correspondientes contrastes pos hoc, se determina qué;

$$X1 - X2 \quad 5,75; \quad P \leq 0.005$$

$$X1 - X3 \quad 3.14; \quad P \leq 0.009$$

$$X1 - X4 \quad 3.75; \quad P \leq 0.025$$

$$\underline{X2 - X3 \quad 41.13; \quad P \leq 0.048}$$

$$X2 - X4 \quad 5,75; \quad P \leq 0.024$$

$$X3 - X4 \quad 6.74; \quad P \leq 0.029$$

Estos valores evidencian diferencias significativas, comprobando la ausencia de sistematicidad en la aplicabilidad de los procesos del actual modelo de Salud

Familiar Comunitaria Intercultural en hospitales de tercer nivel de atención, ausencia que se evidencia desde el nivel central.

Observando que el mayor valor medio se encuentra en la relación X2 - X3 correspondiente al insuficiente conocimiento del Modelo Sanitario por parte del personal de salud y a la inaplicabilidad en servicios de salud de tercer nivel de atención por carencia de normas para la implementación en hospitales de alta

complejidad.

### **A. Resultados de la aplicación de encuestas a usuarios**

La metodología empleada ha permitido arribar a resultados estadísticamente significativos tanto en la aplicación de encuestas a usuarios y funcionarios, así como en la obtención de resultados matriciales de la aplicación de Guías de Evaluación del grado de aplicabilidad del Modelo Sanitario en los establecimientos de Salud.

En cuanto al grado de conocimiento del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural; el 92 % de los usuarios encuestados desconoce el mismo y sólo el 8 % conoce en su integridad.

En relación al grado de participación de la comunidad en las actividades de los servicios hospitalarios desde la etapa de planificación, organización, dirección, control y evaluación del grado de cumplimiento del Modelo Sanitario en servicios, se evidencia que sólo el 2 % afirma la participación activa de la comunidad y el porcentaje restante 98 % manifiesta la ausencia de la población

usuaria en estos procesos.

El principio de intersectorialidad no se evidencia ya que el 86 % de los usuarios encuestados afirma que no existe la interacción con otras instituciones que promuevan en conjunto la integralidad en la atención y sólo se efectiviza la atención de la dolencia específica motivo de consulta.

En relación al principio de interculturalidad, se advierte que el manejo idiomático por parte del personal está ausente en un 70 %, tan sólo el 30 % habla el idioma nativo de la región.

En cuanto al grado de complementariedad entre la medicina tradicional y la académica se establece la ausencia de estos procesos desde el nivel gerencial.

Respecto al principio de integralidad del modelo Sanitario, se evidencia que el 57 % de usuarios encuestados afirma que no existe el tratamiento como un todo complejo, que involucre la totalidad de relaciones entre el paciente, su familia, la comunidad, el medio ambiente y su cosmovisión, sólo el 43 % manifiesta que existe en cierta medida y sólo en algunos casos.

De igual manera existe una falta de capacitación en los Recursos Humanos de salud referidos a la conceptualización del Modelo Sanitario, el modelo de gestión y atención, el personal de salud se dedica a la asistencia clínica sin tomar en cuenta la aplicación del Modelo de Salud.

La tabulación y análisis de datos mostró diferencias significativas en cuanto a la identificación de factores socioeconómicos tanto institucionales como de la misma población, como factores determinantes sobre la realidad de la falta de Programas de capacitación sobre el Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y el cómo operativizarlo tanto en el nivel gerencial como operativo en hospitales de tercer nivel de atención. Siendo evidente la ausencia de Políticas estatales para servicios hospitalarios de complejidad.

## **B. Resultados de la aplicación de Guías de Evaluación**

La aplicación de la Guía de Evaluación N°1 dirigida a identificar la presencia física de documentación institucional y conocimiento del contenido de la misma se ha podido evidenciar que el 93 % de los servicios cuentan con el D.S. 29601, cuentan con

manuales del SAFCI, Reglamentaciones e instrumentos para su aplicabilidad entre otra documentación, empero el personal cuenta con conocimientos limitados respecto a su contenido.

Al observar el POA institucional se puede evidenciar que no existe inclusión presupuestaria para la aplicabilidad de la Política SAFCI, por lo que no se realizan actividades que promuevan el desarrollo de talleres de diagnóstico rápidos participativos, mesas municipales de salud con participación activa de las entidades locales y municipales de la región, programas relacionados al desarrollo de la medicina tradicional y la adecuación intercultural del establecimiento de salud.

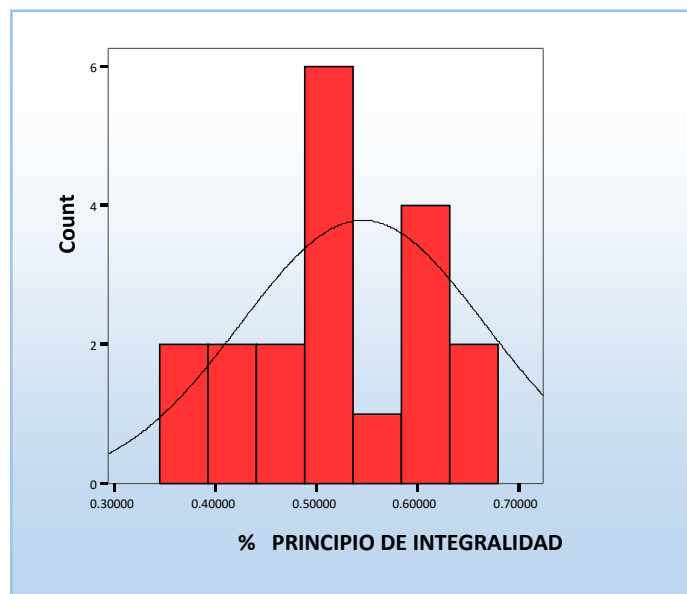
La aplicación de la Guía de Evaluación N°2 referida a identificar la presencia de Gestión participativa refiere la aplicabilidad solamente del CAI de sector, siendo evidente la no aplicabilidad de la socialización de la Política SAFCI, ausencia de procesos de capacitación a la población en gestión participativa, ausencia de mesas locales de salud con amplia participación de las instituciones y organizaciones representativas.

En relación a los resultados obtenidos de la Guía de Evaluación N°3, referida a la presencia de la Sala situacional de Salud, al revisar cuadros sistematizados se evidencia que existe la misión y visión institucional, el organigrama estructural y

funcional, empero es evidente la insuficiente información referida a la vigilancia epidemiológica con canales endémicos, seguimiento sistematizado del POA y ausencia de determinantes de la salud, entre otros aspectos.

## 2.- Resultados del estudio correlacional

**GRÁFICO N° 1**  
**DISTRIBUCION DEL PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD DEL MODELO SAFCI**  
**EN EL SEDES CHUQUISACA. PERIODO 21015-2017**



Fuente: Elaboración propia en base a registros

El p-valor asociado al contraste es de 0,996; por lo que a un nivel de significación alfa = 0,05 los datos no presentan evidencia estadística en contra de suponer que la variable se distribuye según la normal.

### CUADRO Nº 1

#### CONTRASTE DE HIPOTESIS Y TEST DE DISTRIBUCIÓN DE KOLMOROGOV – SMIROV DE LA APLICACIÓN DEL PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD DEL MODELO SAFCI

#### EN EL SEDES CHUQUISACA. PERIODO 2015-2017

#### Prueba de Kolmogorov-Smirnov de una muestra

		% Integralidad
Número		25
Parámetros Normales(a,b)	Media	,5453848
	D esviación estándar	,12113304
Diferencias extremas	Absolutas	,084
	Positivo	,083
	Negativo	-,084
Kolmogorov-Smirnov Z		,411
Nivel de significancia. (2-cola)		,996

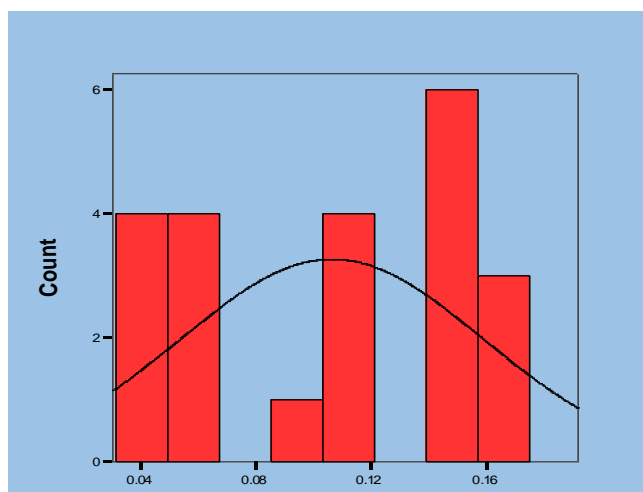
a La distribución de la prueba es normal.

b. Calculado a partir de datos.

Fuente: elaboración propia

La distribución de las variables sigue un comportamiento normal para la aplicabilidad del principio de Integralidad según el test de normalidad de Kolmogorov - Smirnov.

### GRÁFICO Nº 2 DISTRIBUCION DEL PRINCIPIO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL DEL MODELO SAFCI EN EL SEDES CHUQUISACA. PERIODO 2015-2017



% Principio de Participación Social  
 Fuente: elaboración propia en base a registros.

**CUADRO Nº 2**

**CONTRASTE DE HIPOTESIS Y TEST DE DISTRIBUCIÓN DE KOLMOROGOV – SMIROV DE LA APLICACIÓN DEL PRINCIPIO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL DEL MODELO SAFCI**

**EN EL SEDES CHUQUISACA- PERIODO 2015-2017**

**Prueba de Kolmogorov-Smirnov de una muestra**

		<b>% Participación social</b>
Número		25
Parámetros Normales(a,b)	Media	,1059
	Desviación estándar	,05276
Diferencias extremas	Absolutas	,173
	Positivo	,173
	Negativo	-,168
Kolmogorov-Smirnov Z		,844
Nivel de significancia. (2-cola)		,476

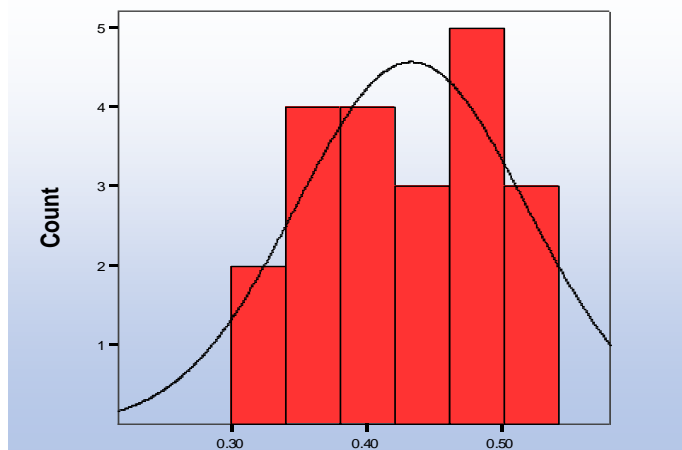
- a. La distribución de la prueba es Normal.
- b. Calculado a partir de datos.

Fuente: elaboración propia



El p-valor asociado al contraste es de 0,476; por lo que a un nivel de significación alfa = 0,05 los datos no presentan evidencia estadística en contra de que la variable participación social se distribuye según la curva normal.

**GRÁFICO Nº 3**  
**DISTRIBUCION DEL PRINCIPIO DE INTERCULTURALIDAD DEL MODELO SAFCI EN EL SEDES CHUQUISACA- PERIODO 2015-2017**



% Principio de Interculturalidad  
 Fuente: elaboración propia en base a registros.

**CUADRO Nº3**

**CONTRASTE DE HIPOTESIS Y TEST DE DISTRIBUCIÓN DE KOLMOROGOV – SMIROV DE LA APLICACIÓN DEL PRINCIPIO DE INTERCULTURALIDAD DEL MODELO SAFCI EN EL SEDES CHUQUISACA- PERIODO 2015-2017**

**Prueba de Kolmogorov-Smirnov de una muestra**

		% Interculturalidad
Número		25
Parámetros	Media	,4321
Normales(a,b)	Desviación estándar	,08460
Diferencias	Absolutas	,160

extremas		
	Positivo	,062
	Negativo	-,162
Kolmogorov-Smirnov Z		,784
Nivel de significancia (2-cola)		,571

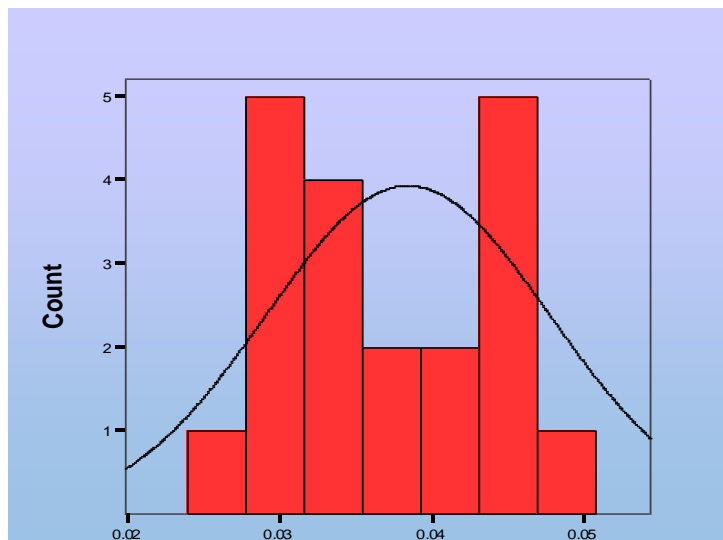
a. La distribución de la prueba es Normal.

b. Calculado a partir de datos.

Fuente: elaboración propia.

El p-valor asociado al contraste es de 0,571; por lo que a un nivel de significación alfa = 0,05 los datos no presentan evidencia estadística por lo que la variable Interculturalidad no se distribuye según la curva normal.

#### GRÁFICO Nº 4 DISTRIBUCION DE LA APLICACIÓN DEL PRINCIPIO DE INTERSECTORIALIDAD DEL MODELO SAFCI EN EL SEDES CHUQUISACA- PERIODO 2015-2017



% Principio de Intersectorialidad

Fuente: elaboración propia en base a registros.

**CUADRO Nº 4**  
**CONTRASTE DE HIPOTESIS Y TEST DE DISTRIBUCIÓN DE KOLMOROGOV –**  
**SMIROV DE LA APLICACIÓN DEL PRINCIPIO DE INTERSECTORIALIDAD DEL MODELO**  
**SAFCI**

**EN EL SEDES CHUQUISACA- PERIODO 2015-2017**

**Prueba de Kolmogorov-Smirnov de una muestra**

		<b>% Intersectorialidad</b>
Número		25
Parámetros	Media	,0384
Normales (a,b)	Desviación estándar	,00936
Diferencias extremas	Absolutas	,132
	Positivo	,132
	Negativo	-,107
Kolmogorov-Smirnov Z		,647
Nivel de significancia. (2-Cola)		,796

a. La distribución de la prueba es normal.

b. Calculado a partir de datos.

Fuente: elaboración propia

El p-valor asociado al contraste es de 0,796; por lo que a un nivel de significación alfa = 0,05 los datos no presentan evidencia estadística significativa, por lo que la variable Intersectorialidad no se distribuye según la curva normal.

**CUADRO Nº 5**  
**DISTRIBUCION DE LA APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DEL MODELO SAFCI**  
**EN EL SEDES CHUQUISACA- PERIODO 2015 -2017**

PRINCIPIOS DEL MODELO SAFCI	MEDIA		DESVIACIÓN ESTÁNDAR		I. C.	
	2015	2017	2015	2017	2015	2017
<b>Integralidad</b>	46,41	62,67	0,09501	0,08502	40,37 – 52,45	57,27 - 68,09
<b>Participación Social</b>	6,08	15,9	0,02882	0,02372	4,25 – 7,91	13,59 - 16,60
<b>Interculturalidad</b>	<b>42,75</b>	<b>43,64</b>	0,09648	0,07495	36,62 – 48,89	38,88 - 48,41
<b>Intersectorialidad</b>	<b>4,52</b>	<b>3,11</b>	0,00683	0,00543	2,79 – 4,97	2,79 - 3,49

Fuente: elaboración propia en base a estadísticas.

En la gestión 2015 la frecuentación de aplicación del **principio de Integralidad**, alcanzó una media de 46,41 con un intervalo de confianza para la media que varía de 40,37 a 52,45, una desviación estándar de 0,09501.

La aplicabilidad del **principio de Participación Social** alcanzó una media de 6,08 con un intervalo de confianza para la media que varía de 4,25 a 7,91 y una desviación estándar de 0,02882.

La media de frecuentación de aplicación del **Principio de Interculturalidad** alcanzó el 42,75 con un intervalo de confianza para la media que varía de 36,62 hasta 48,89 y una desviación estándar de 0,09648.

La proporción de procesos de **Intersectorialidad** alcanzó una media de 4,52 con un intervalo de confianza para la

media de 2,79 a 4,97 y una desviación estándar de 0,00683.

Durante la gestión 2017 la aplicación del **Principio de Integralidad** alcanzó una media de 62,67 con un intervalo de confianza para la media que varía de 57,27 a 68,09, con una desviación típica de 0,08502.

La media de la aplicabilidad de la variable **Participación Social** alcanzó a 15,9 con un intervalo de confianza para la media que varía de 13,59 hasta 16,60 y una desviación estándar de 0,02372.

El Principio de **Interculturalidad** alcanzó una media de 43,64 con un intervalo de confianza que oscila de 38,88 hasta 48,41 y una desviación típica de 0,07495.

La media de la proporción de aplicabilidad

del **Principio de Intersectorialidad** disminuyó a 3,11 con un intervalo de confianza para la media de 2,79 hasta 3,49 y una desviación estándar de 0,00543.

Dejando entrever que si bien el Gobierno Nacional implemento el Modelo de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural en todo el país como uno de los mandatos sociales prioritarios para lograr la equidad y la universalidad en el acceso al Sistema Nacional de Salud. La implementación del Modelo Sanitario en el SEDES Chuquisaca, evaluada en el periodo 2015 al 2017 evidencia una aplicabilidad parcial, siendo incisiva la disminución del proceso de implementación y desarrollo de los principios de Interculturalidad e Intersectorialidad.

## DISCUSIÓN

Las políticas públicas no son meramente decisiones y acciones de un gobierno, pues éstas también son producto de la dominación de una clase, de los ajustes mutuos de los grupos de interés, o de la hegemonía de una élite en un momento dado (8,9). Por esa razón, en los regímenes intervencionistas-Keynesianos (10) era

lógico asumir las políticas públicas como directrices emanadas del Estado, que se imponían a los colectivos como una manera de enfrentar un problema de interés público. Pero en los regímenes neoliberales parece haber una privatización de las políticas debido a la participación de actores diferentes al Estado en la responsabilidad de hacer frente a los asuntos públicos (11).

En términos generales, y en el contexto de la modernidad, las políticas públicas pueden entenderse como dispositivos para el control social que reflejan las interacciones de un sistema de actores y se expresan en sus reglas y modos de actuación, definiendo la forma de proceder frente a un asunto considerado de interés público; que en el caso de la salud pública ese asunto son los problemas que afectan la salud de los grupos humanos.

No pueden comprenderse los sistemas de salud por fuera del derecho a la salud y la equidad, como ya se menciona en el propio Modelo de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural implementado por el Estado Plurinacional de Bolivia; la noción de equidad va más allá de lo que se entiende por salud y acceso a servicios de salud;

trasciende el estado de salud. *Equidad*: en salud, pretende la posibilidad de una vida sana para todos. Es multidimensional e integral e incluye aspectos diferentes y complementarios al de la igualdad en la atención sanitaria; integrar equidad general y justicia social (11); es mucho más que la igualación de la salud en un nivel precario. Para hablar de acceso equitativo a la salud, así como a otros bienes y servicios cuyo consumo tiene efectos sobre la salud, es imperioso el cumplimiento de otra serie de derechos inherentes a cada cultura, que marcan la diferencia, con implicaciones en la definición operativa de los Sistemas de Salud, entendiendo que el acceso por sí solo no garantiza la equidad en salud. Debe aplicarse el principio de universalización, que plantea la búsqueda “del bien de todos y cada uno, por igual” (12, 13), más allá de la maximización de los recursos sanitarios en programas sanitarios, es decir, no basta con otorgar “el mayor bien al mayor número de personas”, porque simultáneamente se pueden generar desigualdades e inequidades.

En consecuencia, es necesario establecer políticas públicas para que los grupos más desprotegidos socialmente puedan ser

incluidos en la política social, lo cual solo se logra removiendo fuerzas sociales e históricas que los ponen en desventaja.

Los sistemas integrados de servicios de salud (SISS) se han constituido en respuesta para algunos contextos pero con algunas dificultades en su operativización, El profesor Shortell, profesor de la Universidad de Northwestern en los Estados Unidos (13), definió a los sistemas como: “Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, un continuo coordinado de servicios de salud 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”.....(...) (13,14). Conceptualización que se constituyó en una interrogante para la OMS, que meses más tarde definió al Sistema de Salud como: “La gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que los personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del Sistema de Salud”. De acuerdo con Breilh (13), puede concluirse que los temas en salud pública deben referirse a una teoría de la

necesidad; a los derechos humanos relacionados; a las diversas formas de interpretar la calidad de vida y sus determinantes; a los preceptos y mecanismos de la seguridad humana; a cuestiones étnicas, raciales, de género y sociales de inequidad y poder que deben estar en el corazón de una reforma del Sistema de Salud mediante sus Modelos de Salud.

Un contexto similar en América Latina constituye el modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud del Ecuador que ha permitido desde su implementación (2008) avances significativos a través del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) que es el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que al complementarse, organizan el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud.

La ventaja de este enfoque basado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud en Red (APS-R) radica en: términos de costo-efectividad y de impactos. Pues

contribuyen a: Fortalecer los resultados institucionales (REI) para llegar a resultados de impacto social (RIS), incrementar el impacto de las políticas de reducción de la mortalidad materna, mortalidad neonatal, mortalidad infantil, ligadas con causas de la pobreza y de la desigualdad, identificar, organizar, racionalizar y coordinar la oferta de programas y servicios existentes para cada una de las etapas del ciclo de vida (diferentes sectores, niveles y actores), Analizar el costo/beneficio de los programas y prestaciones existentes con relación a su capacidad de facilitar transiciones exitosas entre las fases clave del ciclo de vida de los individuos y familias, al identificar las brechas de insatisfacción (cobertura regional y tipo de servicio), superposiciones, paralelismos y complementariedades entre otros aspectos (8).

De ahí que se debe insistir en el debate ideológico esbozado acerca de la reforma estructural del Sistema de Salud Boliviano. Es necesario acompañar ese gran debate con propuestas técnicas y herramientas instrumentales para el cambio y la transformación social, provistos de las

teorías más actuales sobre la salud pública, el derecho a la salud y la equidad, así como de teorías de la economía política que les permitan a los tomadores de decisiones incidir en una asignación de recursos que garantice la universalidad del derecho a la salud, con criterios de igualdad, de integralidad e intersectorialidad para la optimización de la capacidad resolutoria de los servicios de salud.

Así mismo debe tenerse en consideración, la valoración del cumplimiento de las Políticas públicas de salud, ya que en el momento de emanar una ley (política pública) es necesario garantizar los mecanismos tanto gerenciales como operativos para propiciar su cumplimiento, así como para el acceso a la información de las políticas públicas es necesario contar con compromiso de los entes gubernamentales y los diferentes niveles de decisión del Sistema.

## BIBLIOGRAFÍA

1.Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Promoción de la Salud. Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social. Salud Familiar Comunitaria

Comunitaria Intercultural: Documento técnico-estratégico, versión didáctica. Pág. 16-35, La Paz, Bolivia: Editorial Prisa 2018.

2.Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Promoción de la Salud. Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social. Guía de Gestión Compartida Municipal en salud; Crisólogo Alemán Almendras; Susy Vargas Torres. La Paz, Bolivia: Editorial Prisa 2018.

3.Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Promoción de la Salud. Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social. Guía de Gestión Compartida en Salud para Autoridades Locales de Salud. La Paz, Bolivia: Editorial Prisa 2019.

4.Ministerio de Planificación del Desarrollo, Estado Plurinacional de Bolivia. Plan Nacional de Desarrollo, Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir bien. La Paz, Bolivia: Editorial Ministerio de Planificación; 2018.

5.Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social. Guía de Desarrollo Comunitario en Proyectos de Salud- DESCOM SALUD. La Paz, Bolivia:



Editorial Euro Express, 2019.

6.Ministerio de Salud y Deportes. INASES. Ley, Normas y Reglamentos para el ejercicio profesional médico. Pág. 9-25; La Paz, Bolivia: Editorial Prisa 2019.

7.Servicio Departamental de Salud de Chuquisaca. Plan Departamental de Salud 2018. Vol 2. 1ra ed. Sucre, Bolivia: Servicio Departamental de Salud de Chuquisaca; 2017.

8.Franco GA. Tendencias y teorías en salud pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Vol 1. 1ra ed. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2016.

9.Franco GA. Referente para el análisis de la situación de salud pública. Revista Nuevos Tiempos. Servicio Seccional de Salud de Antioquia, Cooperativa de Hospitales. Colombia: Cohan; 2014.

10.Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud. Salud, Una introducción al marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS. Vol 8. 10ma ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2018.

11.Franco GA. Diseño del Sistema de

Seguridad Social en Salud, a partir de la Red de Servicios. Revista Nuevos Tiempos Cohan/ OPS. Colombia: Antioquia; 1998.

12.Franco GA. Globalización, gobernabilidad y salud. Cuadernos Electrónicos de Derechos Humanos y Democracia. Colombia: Publicaciones de la Universidad de Alcalá de Henares; 2016.

13.Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de Salud. Sistema Nacional de Información en Salud - DESCOM SALUD. Vol 6. 12 ed. La Paz, Bolivia: Editorial Euro Express; 2016.

14.Ministerio de la Presidencia. Estado Plurinacional de Bolivia Ley Nº 031 Ley Marco de Autonomías y Descentralización Andrés Ibáñez. Vol. 12. 14 ed. La Paz, Bolivia; 2017.