

## **Evaluación del grado de aplicabilidad del modelo de salud familiar comunitario intercultural en el Servicio Departamental de Salud de Chuquisaca durante el periodo 2018-2019**

### **Evaluation of the degree of applicability of the intercultural community family health model in the Departmental Service Health of Chuquisaca during the period 2018-2019**

Sonia Polo Andrade

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

Recibido noviembre19,2020; Aceptado diciembre15,2020

---

## **RESUMEN**

### **Introducción**

El modelo SAFCI considerado como una de las Políticas de salud para mejorar la eficiencia y eficacia de la atención en salud dentro del Sistema Sanitario Nacional ha pasado a constituir un indicador importante de la calidad de los servicios de salud.

### **Objetivo**

La presente investigación tiene como objetivo evaluar el grado de aplicabilidad del Modelo SAFCI en el SEDES Chuquisaca durante el periodo 2018 al

2019, a fin de contribuir a la aplicabilidad plena en el territorio nacional en correspondencia al marco legal vigente.

### **Métodos**

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

La muestra ha sido obtenida probabilísticamente, 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.

## Resultados

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; Principio de Integralidad con valor de correlación de Pearson de 0,686, el Principio de Intersectorialidad no es estadísticamente significativo, alcanzó un valor de correlación de Pearson de 0,052 y un nivel de significancia de 0,801. El de Participación social con un valor de correlación de Pearson de 0,054 y el Principio de Interculturalidad con un valor de correlación de Pearson de 0,693 respectivamente.

## Conclusiones

La investigación ha permitido identificar la aplicación parcial del Modelo SAFCI en las 7 Redes de Salud y la inaplicabilidad en hospitales de tercer nivel de atención.

**Palabras claves:** Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural, servicios de salud.

## ABSTRACT

## Introduction

The SAFCI model, considered as one of the Health Policies to improve the efficiency and effectiveness of health care within the National Health System, has become an important indicator of the quality of health services.

## Objective

The objective of this research is to evaluate the applicability degree of the SAFCI Model in the Chuquisaca SEDES during the period 2018 - 2019, with the purpose of contributing to its full applicability in the national territory in accordance with the current legal framework.

## Methods

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.

## Results

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; Integrality Principle with Pearson's correlation value of 0.686, the Intersectoriality Principle is not statistically significant, it reached a Pearson correlation value of 0.052 and a significance level of 0.801. The Social Participation with a Pearson correlation value of 0.054 and the Principle of Interculturality with a Pearson correlation value of 0.693 respectively.

## Conclusions

The research made possible to identify the partial application of the SAFCI model in the 7 Health Networks and its inapplicability in tertiary care hospitals.

**Keywords:** Intercultural Community Family Health Model, health services.

## INTRODUCCIÓN

Las reformas y las diversas configuraciones que tenemos de los sistemas de salud más que técnico científicas obedecen a la

ideología y a las ideas políticas que se discuten en el seno de la sociedad.

En el desarrollo del Sistema Nacional de salud al igual que en otros sistemas se sobreponen las creencias políticas, las ideologías, las prácticas sociales y humanísticas que se desarrollan en un determinado contexto paradigmático.

Esos enfoques pueden extenderse a las Políticas de Salud o a la política de prestación de servicios, como sería el caso de la Reforma en Salud en Bolivia, cuyo desarrollo está basado en enfoques y paradigmas que tienen sustento filosófico (conocimiento y valores) y un componente científico técnico (1,2,3).

De ahí que el enfoque igualitarista entiende la salud como un derecho social y un hecho político y se soporta en las concepciones principales de la equidad y de la justicia sanitaria, así como de la solidaridad (en el centro de la seguridad social).

Ve la justicia sanitaria como un valor sensible en sí mismo y destaca el desarrollo humano como norte de la política pública. Enfoque que propone eliminar desigualdades en el estado de salud de la población (2,4).

El Modelo de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural establecido como Modelo Sanitario Oficial y en actual vigencia tiene como finalidad el de contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud (buscando la autogestión); y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población y la consecuente consolidación gradual del Sistema Universal de Salud (5,6).

### ESTRATEGIA DEL MODELO SAFCI (5,6)

La promoción de la salud, se constituye en la estrategia política de movilización social, intersectorial, transformadora de los factores determinantes de la salud, realizada en corresponsabilidad entre la población organizada, autoridades locales, municipales, departamentales y nacionales, el sector salud y otros sectores para

promover el desarrollo del “Vivir Bien”.

Los mecanismos de la promoción de la salud establecidas en el Modelo de Salud prevén:

- La educación en salud
- La movilización social
- La reorientación de los servicios de salud en el marco de la Calidad, eficiencia y eficacia en la prestación de servicios
- Las alianzas estratégicas intersectoriales
- Gestión pública por resultados

**FIGURA N° 1**

### OBJETIVOS DE LA SAFCI



Este proceso abarca las acciones encaminadas a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, dirigidas a modificar y mejorar sus condiciones sociales, económicas y ambientales.

El Modelo de atención de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las Políticas de Salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad, los contextos municipales, departamentales y/o nacionales en el Sistema Nacional de Salud.

Se trata entonces de dos modelos (atención y gestión), 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.

principios de solidaridad, reciprocidad y equidad en salud.

## **PRINCIPIOS DEL MODELO SAFCI (5,6)**

### **a. Participación Comunitaria**

Es la capacidad autogestionaria de las comunidades urbanas y rurales en la identificación, priorización, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de desarrollo integral comunitario en salud, en los diferentes niveles de gestión para consolidar una visión nacional, de acuerdo con intereses colectivos y no sectoriales o corporativos.

### **b. Intersectorialidad**

Es la intervención coordinada entre la población y los diferentes sectores (salud, educación, saneamiento básico, producción, vivienda, alimentación), con el fin de actuar sobre las determinantes socioeconómicas de la salud en base a las alianzas estratégicas y programáticas, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas y necesidades identificadas.

### **c. Interculturalidad**

Es el desarrollo de procesos de articulación, complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena originaria

campesina y otras), a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud.

#### **d. Integralidad**

Es la capacidad del servicio de salud para concebir el proceso salud enfermedad como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual; con el fin de implementar procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y recuperación de manera eficiente y eficaz.

La Constitución Política del Estado, la Ley 3131, la Ley del SUS, El Decreto Supremo N° 29601 y otras normas legales vigentes establecen que el modelo SAFCI es considerado como una de las Políticas de salud para mejorar la eficiencia y eficacia de la atención en salud dentro del Sistema Sanitario Nacional. De ahí que ha pasado a constituir un indicador importante de la calidad de los servicios de salud, dado que esta última toma en cuenta la calidad técnica y científica del servicio, la satisfacción de las necesidades y de las expectativas de los/as usuarios/as de

los tres niveles de atención.

Sin embargo, es importante explicitar que existen una serie de problemas estructurales y operativos que están repercutiendo en una buena prestación y adecuada producción de servicios en salud, para responder a la misión y objetivos institucionales del Ministerio de Salud, así como a la realidad social de la población usuaria del Servicio departamental de Salud de Chuquisaca.

La importancia del estudio no sólo radica en la identificación del grado de aplicabilidad del modelo SAFCI en el Servicio Departamental de Salud de Chuquisaca como Política pública de salud, sino que el proceso evaluativo ha permitido identificar áreas críticas institucionales tanto en la capacidad resolutive de los servicios de salud, así como en el grado de aplicabilidad de cada uno de sus principios durante la práctica médica en los tres niveles de atención.

Resultados de gran valía, que permitirán desarrollar Políticas institucionales de reajuste o rediseño del Modelo de Salud para el mejoramiento de los servicios y de las prestaciones en salud que se ofertan a la población. Así como la replicabilidad del

estudio evaluativo en otros contextos sanitarios del nivel nacional.

## **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 permitido el estudio del comportamiento de las variables y la interacción entre ellas, de esta manera se ha visibilizado el cambio en algunas de ellas y la inaplicabilidad de algunas de ellas en servicios 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 2018- 2019.

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

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 (Anexo 3).

### **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 (8), 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 y 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 2019.

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 ha sido 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.

### **Análisis estadísticos**

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; que para el presente estudio fue del 95% y un margen de error de 5%, 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 correlación de Pearson ha permitido identificar el comportamiento de la aplicación del Modelo de Salud durante el periodo de estudio.

La metodología empleada nos 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

Resultante de la aplicación de encuestas dirigidas a funcionarios del nivel operativo 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 %.

N= 3600 Funcionarios

n= 210 Funcionarios

n c/Red de Salud= 30 Funcionarios

IC= 95%

DS=0.5%

**CUADRO N° 1**  
**ESTADÍSTICA ANOVA DEL GRADO DE APLICABILIDAD DEL MODELO SAFCI**  
**EN EL SEDES CHUQUISACA. PERIODO 2018-2019**

VARIABLES	VALOR MEDIO	P-VALOR
X1 – X2	5,75	$P \leq 0.005$
X1 – X3	3.14	$P \leq 0.009$
X1 – X4	3.75	$P \leq 0.025$
<b>X2 – X3</b>	<b>40.14</b>	<b><math>P \leq 0.048</math></b>
X2 – X4	5,75	$P \leq 0.024$
X3 – X4	6.74	$P \leq 0.029$
<b>ANOVA</b>	<b>F (2,27) = 6,143: P= 0,006</b>	

Fuente: Cuestionario estructurado.

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 por carencia de normas

y Políticas institucionales para la implementación del Modelo de Salud en hospitales de alta complejidad y el cambio permanente de autoridades sanitarias.

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

Resultante de la aplicación de encuestas dirigidas a usuarios de servicios 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 %.

N= 2800 Usuarios

n= 105 Usuarios

n c/Red de Salud= 15 Usuarios

IC= 95%

DS=0.5%

En cuanto al grado de conocimiento del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural; el 89 % de los usuarios encuestados desconoce el mismo y sólo el 11% 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 3,2% afirma la participación activa de la comunidad y el porcentaje restante 96,8% manifiesta la ausencia de la población usuaria en estos procesos.

El principio de intersectorialidad no se evidencia ya que el 79% 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 71,3%, tan sólo el 28,7% 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.

Al referirnos al principio de integralidad del modelo Sanitario, se evidencia que el 55% 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 45% manifiesta que existe en cierta medida y sólo está presente en algunos casos.

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 alta 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 90% 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. Evidenciándose ausencia de cuadros sistematizados del censo de plantas medicinales y de médicos tradicionales certificados en las Redes I, II, IV y V, así mismo no existe el cuadro de avance

La aplicación de la **Guía de Evaluación N°4** referida a identificar la efectivización de la atención integral en los establecimientos de salud o en los domicilios promoviendo la salud física mental psicológica en relación armónica con el medio ambiente que rodea a los usuarios de servicios de salud del SEDES Chuquisaca, así como el manejo del Expediente clínico, la Historia clínica de cada miembro de la familia inserta dentro de la carpeta familiar, actividades de Promoción, Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de la salud están presentes con especial énfasis en establecimientos de Primer nivel de atención en las 7 Redes de Salud y en forma parcial en establecimientos de segundo y tercer nivel de atención respectivamente.

En relación a la identificación de planes

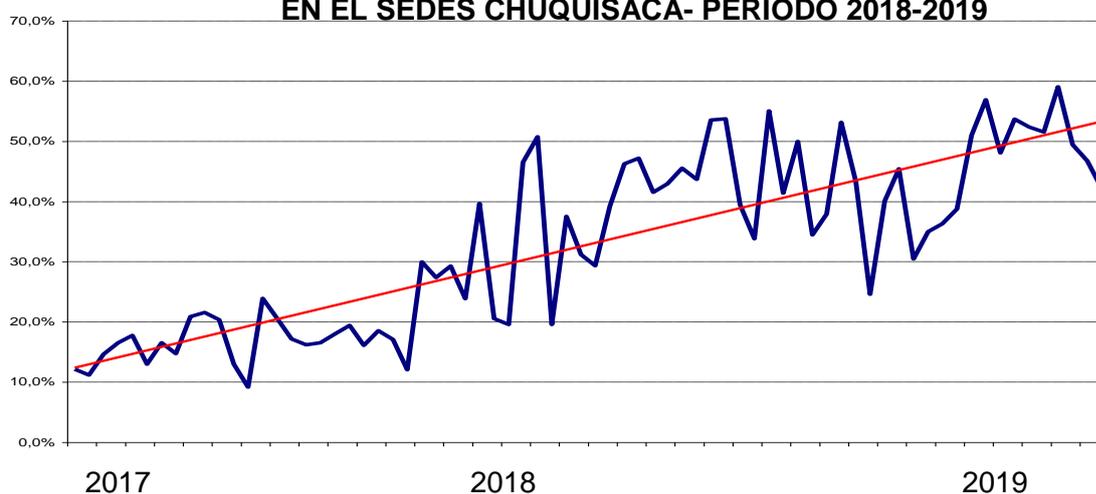
actualizados de capacitación y educación en salud anual de acuerdo a diagnósticos situacionales de salud, solo las Redes II, IV, V y VI cuentan con estos instrumentos de proyección comunitaria y/o municipal (7).

## 2.- RESULTADOS DEL ESTUDIO CORRELACIONAL

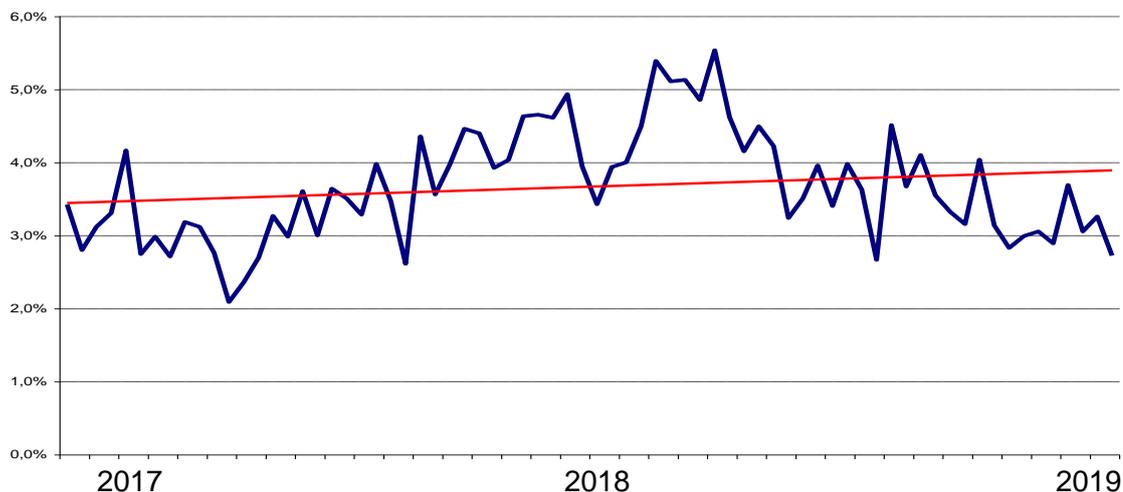
### ANÁLISIS COMPARATIVO

La tendencia del porcentaje de acciones clínicas asistenciales que se desarrollaron en servicios de salud dependientes del SEDES Chuquisaca durante el periodo 2018 -2019 es ascendente, pero la pendiente es más perceptible e importante durante los últimos tres años. Así evidencia el siguiente gráfico que visualiza la tendencia de la aplicabilidad de la variable Integralidad.

**GRÁFICO N° 1  
TENDENCIA DEL GRADO DE APLICABILIDAD DEL  
PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD DEL MODELO SAFCI  
EN EL SEDES CHUQUISACA- PERIODO 2018-2019**

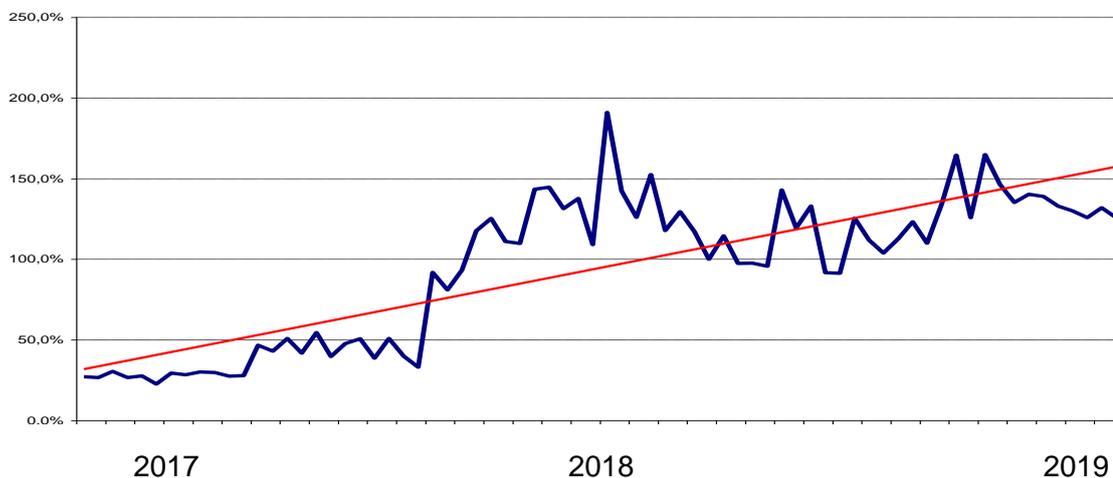


**GRÁFICO Nº 2**  
**TENDENCIA DEL GRADO DE APLICABILIDAD DEL**  
**PRINCIPIO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL DEL MODELO SAFCI**  
**EN EL SEDES CHUQUISACA- PERIODO 2018-2019**



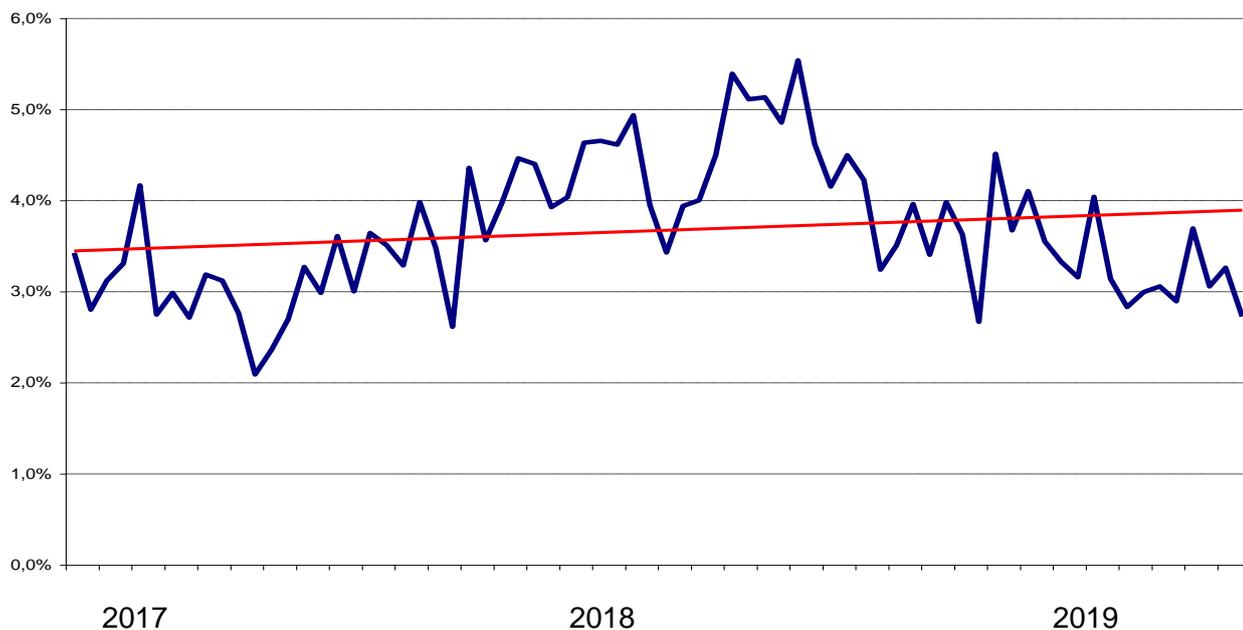
La tendencia del porcentaje de la aplicación de procesos de Participación Social en las etapas de Planificación, Organización, Dirección, Control y Evaluación del Modelo de Salud en servicios de salud dependientes del SEDES Chuquisaca durante el periodo 2018 -2019 es descendente a fines de 2018, ascendente al inicio de la gestión 2019 y a partir del segundo semestre establece un descenso marcado.

**GRÁFICO Nº 3**  
**TENDENCIA DEL GRADO DE APLICABILIDAD DEL**  
**PRINCIPIO DE INTERCULTURALIDAD DEL MODELO SAFCI**  
**EN EL SEDES CHUQUISACA- PERIODO 2018-2019**



La tendencia porcentual del Principio de Interculturalidad traducido en el respeto a la cosmovisión y el respeto a las diferentes percepciones del proceso salud enfermedad de los usuarios de los servicios de salud es inicialmente ascendente, habiendo alcanzado el pico más alto en los primeros meses de 2018, esto en razón de haberse fortalecido la unidad de medicina Tradicional e interculturalidad dentro de la estructura organizacional del SEDES. A partir del segundo semestre la curva es fluctuante para luego permanecer estacionaria a fines de la gestión 2019.

**GRÁFICO Nº 4**  
**TENDENCIA DEL GRADO DE APLICABILIDAD DEL**  
**PRINCIPIO DE INTERSECTORIALIDAD DEL MODELO SAFCI**  
**SEDES CHUQUISACA- PERIODO 2018-2019**



La tendencia porcentual del Principio de Intersectorialidad traducido en la concreción y desarrollo de convenios interinstitucionales con entidades y organizaciones vigentes en el departamento de Chuquisaca a fin de ser actores concurrentes en la gestión e implementación del Modelo SAFCI en servicios de salud dependientes del SEDES

Chuquisaca durante el periodo 2018 -2019 es inicialmente fluctuante, habiendo alcanzado el pico más alto en el segundo semestre de la gestión 2018, esto en razón de haberse consolidado la Ley marco de autonomías, situación legal que propicia la apertura programática en forma más integral a nivel departamental y/o municipal.

**CUADRO Nº 2**  
**DISTRIBUCION DE LA APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DEL MODELO SAFCI**  
**EN EL SEDES CHUQUISACA- PERIODO 2018 -2019**

PRINCIPIOS DEL SAFCI	MEDIA		DESVIACIÓN ESTÁNDAR		I. C.	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
<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: Cuestionario estructurado.

En la gestión 2018 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 2019 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 implementó el Modelo de Salud Familiar, Comunitario 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 2018 al 2019 evidencia una aplicabilidad parcial, siendo incisiva la disminución del proceso de implementación y desarrollo de los principios de Interculturalidad e Intersectorialidad y la inaplicabilidad en hospitales de tercer nivel de atención.

## DISCUSIÓN

Los resultados de la evaluación del grado de aplicabilidad del Modelo de Salud Familiar Comunitario e Intercultural en el Servicios Departamental de Salud de Chuquisaca durante el periodo 2018-2019, con respecto al cumplimiento del **Principio de Integralidad** evidencian la existencia de este tipo de atención. Situación que se manifiesta por la probabilidad del incremento de

acciones concurrentes en la gestión clínica en salud durante el periodo de estudio. Concluyendo que el Principio de Integralidad del Modelo de Salud es aplicado en el Sistema Departamental de Salud.

Referente a la aplicabilidad del **Principio de Participación Social** en el SEDES Chuquisaca; traducida en la capacidad autogestionaria de las comunidades en la identificación, priorización, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de desarrollo integral comunitario y/o municipal en salud, es evidente la aplicabilidad parcial de este principio dada la limitada participación social en la gestión en salud; que probablemente sea debido a que el Modelo es ampliamente conocido en su base teórica y no así en la esencia filosófica y holística de su implementación, por lo que su aplicación es limitada en servicios de primer, segundo y tercer nivel de atención.

La relación porcentual del **Principio de Intersectorialidad** en servicios de salud dependientes del SEDES Chuquisaca con la comunidad y/o municipios para el tratamiento de las problemáticas y necesidades identificadas en el departamento de Chuquisaca es parcial, dado que los resultados de la investigación muestran que

sólo existen convenios SEDES – Universidad, SEDES - Organizaciones Sociales, ONGs, Gobierno Autónomo de Chuquisaca e iglesia entre otros.

Siendo evidente la insuficiente capacidad de gestión a nivel gerencial del SEDES Chuquisaca para promover convenios con diferentes instituciones vigentes tanto del nivel departamental, nacional como del nivel internacional que coadyuven en el mejoramiento de la salud del departamento de Chuquisaca a partir de la implementación del Modelo de Salud.

No se visibilizan procesos de articulación y complementariedad entre diferentes medicinas respetando cosmovisión y valores culturales existentes, dada la inexistencia de médicos tradicionales acreditados que interactúen con los establecimientos de salud de las 7 Redes establecidas, probablemente el insuficiente conocimiento de la etno medicina, las bases epistemológicas, holísticas del alcance social del Modelo de Salud por parte del personal de salud, se constituye en una limitante de su aplicabilidad y desarrollo.

En 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 de salud, mesas locales y municipales de salud, programas relacionados al desarrollo de la medicina tradicional, la adecuación intercultural de los establecimientos de salud y otras acciones clínicas - gerenciales establecidas en la operativización del Modelo de Salud.

**El estudio correlacional** evidencia que la tendencia del porcentaje de acciones clínicas asistenciales que se desarrollan en servicios de salud dependientes del SEDES Chuquisaca durante el periodo 2018 -2019 es ascendente, pero la pendiente es más perceptible e importante durante los últimos tres años. Esto en razón del constante cambio de Directores Técnicos, personal de nivel gerencial del SEDES Chuquisaca y la falta de gestión presupuestaria para su implementación y desarrollo.

La tendencia del porcentaje de la aplicación de procesos de Participación Social en las etapas de Planificación, Organización, Dirección, Control y Evaluación del Modelo de Salud en servicios de salud dependientes del SEDES Chuquisaca durante el periodo 2018 -2019 es ascendente hasta el primer

semestre de la gestión 2018 y parte de 2019, la curva es estacionaria con descenso marcado a fines de la gestión 2019. Al existir movilidad funcionaria permanente se ha instaurado vacíos teóricos, epistemológicos y holísticos en el desarrollo e implementación práctica del Modelo de Salud.

La tendencia porcentual del Principio de Interculturalidad traducido en el respeto a la cosmovisión, a los usos y costumbres, y el respeto a las diferentes percepciones del proceso salud enfermedad de los usuarios de los servicios de salud dependientes del SEDES Chuquisaca durante el periodo de estudio ha sido inicialmente ascendente, habiendo alcanzado el pico más alto en la gestión 2018, esto en razón de haberse fortalecido la Unidad de Medicina Tradicional e interculturalidad dentro de la estructura organizacional del SEDES y la afianzación del marco legal normativo en el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad a nivel nacional y del propio Ministerio de Salud.

A partir de diciembre de 2018 a la gestión 2019 la curva es estacionaria con descenso moderado en la gestión 2019. Esto explica

que al incluir a etno médicos dentro de la estructura organizacional ha implicado un cambio radical en el desarrollo de las acciones sanitarias en salud, por un lado la resistencia al cambio manifiesta en el personal de salud, esencialmente del sector médico y sindical, por otra; la falta de conocimiento de la ciencia academicista y del método científico en salud de parte de los médicos tradicionales y la carencia de un marco legal normativo específico que regule la praxis de la etno medicina desde el nivel nacional y que permita la complementariedad de ambas medicinas en su proceso de implementación.

La tendencia porcentual del Principio de Intersectorialidad traducido en la concreción y desarrollo de convenios interinstitucionales con entidades y organizaciones vigentes en el departamento de Chuquisaca a fin de ser actores concurrentes en la gestión e implementación del SAFCI en servicios de salud dependientes del SEDES Chuquisaca durante el periodo de estudio ha sido inicialmente ascendente, habiendo alcanzado el pico más alto en el segundo semestre de la gestión 2018, esto en razón de haberse consolidado la Ley marco de autonomías, situación legal que ha

propiciado la apertura programática en forma más integral a nivel departamental y/o municipal.

A partir de diciembre de 2017 a la gestión 2018 la curva es estacionaria con un descenso en la gestión 2019. Resultado que se traduce en la falta de políticas regionales de estabilidad del Recurso Humano en salud.

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” (13, 14), 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.

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 (8,9).

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).

Otro Modelo de Salud es el uruguayo (15) que contempla dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) principios como la promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población, la intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población, la cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.

Así mismo remarca la equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones con enfoque preventivo e integral, el respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud, la participación social de trabajadores y usuarios, la solidaridad en el financiamiento general y la sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

Principios formulados por el Ministerio de Salud Pública de la República de Uruguay, que de hecho son coincidentes con los establecidos en el Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural del Estado Plurinacional de Bolivia, cuya fundamentación filosófica y holística en salud es integral, intersectorial, ampliamente participativa e incluyente y participativa a través de la interculturalidad, empero; es imprescindible el desarrollo de procesos evaluativos permanentes que permitan la reforma del mismo en correspondencia a la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia (13), las Normas Nacionales del Ministerio de Salud, el Decreto Supremo N° 29601, su Reglamentación, la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico y las normas internas relacionadas con el Programa Nacional de Calidad en Salud (PRONACS)

(13,14) y el proceso de acreditación de establecimientos de Salud (13,14), que condicen la obligatoriedad de aplicabilidad del Modelo de Salud en todos el territorio Nacional.

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 resolutive de los servicios de salud.

### **Fortalezas y debilidades del estudio**

El estudio fue conducido de acuerdo a normas legales vigentes en el Estado Boliviano (1,3,4,13,14)

Los procedimientos desarrollados que han garantizado los aspectos éticos de la investigación han sido evidentes a partir del uso del consentimiento informado anexo a cada encuesta, así como la participación efectiva de 14 supervisores ajenos a la institución, al margen de los 7 Coordinadores de Red correspondientes a las 7 Redes de Salud dependientes del SEDES Chuquisaca para la aplicación y verificación del llenado de las encuestas; tanto las que estuvieron dirigidas a funcionarios de los servicios de salud como a los usuarios de estos servicios.

La principal dificultad encontrada para la realización del estudio, fue el tiempo horario de trabajo de algunos funcionarios de nivel gerencial, así como los paros inesperados suscitados en el sector salud que incidieron en el retraso de alguna recolección de información.

La alta rotación del recurso humano institucional obligó a revisar permanentemente cada uno de los instrumentos de evaluación y retrasó en algunos días su implementación, seguimiento, monitoreo y evaluación.

Así como la falta de presupuesto en el SEDES Chuquisaca para el desarrollo de

actividades de evaluación conjuntas con organizaciones sociales y el incumplimiento de la ley que prevé la asignación presupuestaria para el funcionamiento adecuado del Modelo de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural; se constituyeron en principales limitantes en el desarrollo de la investigación.

A la luz de la implementación de las políticas públicas los resultados de este trabajo sugieren su replicabilidad en contextos similares y permiten seguir avanzando en propuestas que intenten servir de referencia para diseñar, implementar, dar seguimiento y evaluar la aplicabilidad del Modelo de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural del Estado Boliviano vigente en el nivel nacional para asegurar la efectividad de su implementación no sólo en el departamento de Chuquisaca sino en todo el territorio Nacional.

## CONCLUSIONES

La investigación ha permitido identificar la aplicación parcial del Modelo SAFCI en establecimientos de salud dependientes del SEDES Chuquisaca, vista desde las necesidades de integralidad en la atención,

gestión participativa, interculturalidad e intersectorialidad dentro de las 7 Redes de Salud y la inaplicabilidad en hospitales de tercer nivel de atención.

El SEDES Chuquisaca como entidad representativa y brazo operativo del Ministerio de Salud, deberá desarrollar políticas institucionales que promuevan la plena aplicabilidad del Modelo SAFCI, así como el desarrollo de Sistemas de evaluación permanente para la medición de indicadores de cumplimiento en correspondencia a la Constitución Política del Estado Boliviano, Normas legales vigentes, entre ellas el Decreto Supremo N° 29601 en los tres niveles de atención del Sistema departamental de Salud. Cuyos resultados permitan establecer procesos de reajuste y/o rediseño del proceso de operativización del Modelo de Salud en el Servicio departamental de Salud.

## BIBLIOGRAFÍA

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

- 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; 2017.
  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: Antioquía; 2018.
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; 2019.
14. Ministerio de la Presidencia. Estado Plurinacional de Bolivia Ley N° 031 Ley Marco de Autonomías y Descentralización Andrés Ibáñez. Vol. 12. 14 ed. La Paz, Bolivia; 2017.
15. Ministerio de Salud de la República de Uruguay. Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Vol. 18 ed. Bolivariana de Estudios. Uruguay. Editorial SAFI Estudios; 2018.