

APLICABILIDAD DEL MODELO SAFCI EN SERVICIOS DE SALUD

APPLICABILITY OF THE HEALTH, FAMILY, COMMUNITY AND INTERCULTURAL MODEL IN HEALTH SERVICES

1 Polo Andrade Sonia

2 Eduardo Durán Fernando

1 Universidad Mayor, Real y Pontificia San Francisco Xavier de Chuquisaca. Interna Salud Pública. Comunidad de Surima.

2 Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca. Docente Tutor. Docente Asignatura Medicina Social, Facultad de Medicina.

Recibido: 30 julio 2016
Aceptado: 27 septiembre 2016

RESUMEN

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, 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, y la accesibilidad a los servicios de salud bajo los principios de integralidad de la salud, la interculturalidad, la intersectorialidad y la participación social.

En cumplimiento a la Política Nacional de Salud, tanto de quienes acuden a los servicios de salud para recibir atención como de quienes prestan estos servicios, la presente monografía busca medir el grado de aplicabilidad del Modelo SAFCI en el Centro de Salud de Surima, vista desde las necesidades de integralidad en la atención, gestión participativa, interculturalidad e intersectorialidad dentro del Distrito 7 del Municipio de Sucre.

La presente actualización, ha permitido identificar debilidades ante la inaplicabilidad del Modelo SAFCI en Servicios de Salud sobre todo en los principios de intersectorialidad, interculturalidad y participación social en el centro de Salud traducida en la ausencia de capacidad autogestionaria de las comunidades en la identificación, priorización, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de desarrollo integral comunitario en salud, siendo evidente la limitada participación social en la gestión en salud y la inexistencia de una gestión de calidad que incluya procesos gerenciales de evaluación permanente de Políticas departamentales de salud.

PALABRAS CLAVE:

Modelo SAFCI; Intersectorialidad; Interculturalidad; Participación Social.

SUMMARY

The SAFCI model considered as one of the Health Policies to improve the efficiency and efficacy of health care within the National Health System has become an important indicator of the quality of health services, given that the latter takes into account the technical and scientific quality of the service, the satisfaction of the needs and expectations of the users, and the accessibility to health services under the principles of integrality of health, interculturality, intersectoriality and participation Social.

In compliance with the National Health Policy, both those who attend health services to receive care and those who provide these services, this monograph seeks to measure the degree of applicability of the SAFCI Model at the Surima Health Center, seen from Integral needs in attention, participative management, interculturality and intersectoriality within District 7 of the Municipality of Sucre.

The present update has allowed to identify weaknesses in view of the inapplicability of the SAFCI Model in Health Services, especially in the principles of intersectoriality, interculturality and social participation in the Health Center translated in the absence of self-management capacity of the communities in the identification, prioritization, execution and follow-up of plans, programs and projects of integral community development in health, being evident the limited social participation in health management and the lack of quality management that includes management processes of permanent evaluation of departmental health policies.

KEYWORDS:

SAFCI model; Intersectoriality; Interculturality; Social participation.

INTRODUCCIÓN

El Plan Sectorial de Desarrollo (PDS) 2010-2020 recoge las propuestas y demandas de diversos sectores de la sociedad. Se constituye en un instrumento para transformar los desafíos en oportunidades, al mismo tiempo se establece en un llamamiento a la acción participativa colectiva de todos los interesados e involucrados en la construcción de un Sistema Único de Salud a través de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural que haga posible la implementación del derecho fundamental del vivir bien (1). Promover el desarrollo de un Sistema Nacional de Salud implica la eliminación de la exclusión social en salud, con igualdad y equidad; la mejora de los servicios de salud en el marco del Sistema Único de Salud y de la Política Sanitaria denominada Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI); la transformación de las determinantes de la salud, la recuperación de la soberanía sanitaria; la atención de las enfermedades transmisibles, no transmisibles, agudas, crónicas, y que devienen del cambio climático y desastres naturales; el incremento y racionalización de la inversión y gasto en salud; la recuperación de los conocimientos ancestrales en salud de la medicina tradicional e intercultural; la revalorización de la salud en las prioridades de la población y el incremento de la eficiencia, efectividad y sostenibilidad en las intervenciones del Sector Salud.

Así la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) se constituye en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud, que involucra, vincula y articula a los médicos académicos y tradicionales con la persona, familia, comunidad y sus organizaciones en los ámbitos de gestión y atención de la salud. La SAFCI reconoce y fortalece las formas organizativas de la población (Ayllus, Tentas, Markas, Capitanías, cabildos indígenas, sindicatos, Juntas Vecinales, Tierras Comunitarias de Origen, autonomías correspondientes entre otros) que le permiten interactuar con el establecimiento de salud en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución, administración y seguimiento-control social de las acciones de salud y el abordaje de los factores determinantes del proceso salud-enfermedad: educación, tierra, territorio, agua, producción, vivienda, justicia, defensa y otras, mediante la imprescindible participación intersectorial.

La SAFCI cuenta con un enfoque familia porque se constituye en el nexo entre los servicios de salud con las familias de la comunidad o barrio, a partir de la realización de visitas familiares, en las que se desarrollan procesos de promoción de la salud, prevención, control, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Al

contar con la suficiente capacidad resolutive e instalada, el establecimiento de salud se responsabiliza de un número determinado de familias. La SAFCI cuenta con un enfoque intercultural porque reconoce, acepta y valora los saberes, conocimientos y prácticas de la población por lo que busca articular, complementar y reciprocitar las capacidades de todos estos actores.

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, 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, y la accesibilidad a los servicios de salud bajo los principios de integralidad de la salud, la interculturalidad, la intersectorialidad y la participación social.

En cumplimiento a la Política Nacional de Salud, tanto de quienes acuden a los servicios de salud para recibir atención como de quienes prestan estos servicios(3), la presente monografía busca medir el grado de aplicabilidad del Modelo SAFCI en el Centro de Salud de Surima, a fin de contribuir a la aplicabilidad plena en este establecimiento de salud, así como promover su replicabilidad en el Distrito 7 y por ende en todos los niveles de atención en salud del municipio de Sucre y del departamento de Chuquisaca.

Si bien el Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural 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 asimismo están claramente definidos los principios de Participación social, integralidad, intersectorialidad e interculturalidad bajo el derecho fundamental del “Vivir bien”, aún el modelo presenta dificultades dentro de su aplicabilidad en establecimientos de salud.

Estudios anteriores a la presente investigación, desarrollados en la Unidad de Movilización Social dependiente del Ministerio de Salud realizados en algunas Redes de Salud del municipio de La Paz durante la gestión 2015, han identificado que la SAFCI tiene

aplicación parcial dentro de los primeros niveles de atención, siendo aún menor en establecimientos de segundo y tercer nivel de atención (2).

Dentro de los servicios de primer nivel de atención del municipio de Sucre y en particular en el Centro de Salud Surima dependiente del Distrito 7 del Municipio de Sucre, no se ha establecido una evaluación que permita identificar el grado de aplicabilidad de la SAFCI, cuyos resultados identifiquen áreas críticas institucionales y permitan establecer propuestas técnicas para su efectiva implementación.

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 Centro de Salud Surima así como a la realidad social de la población usuaria del servicio de salud.

La identificación del grado de aplicabilidad del modelo SAFCI en el Centro de Salud Surima dependiente del Distrito 7 del Municipio de Sucre, permitirá identificar áreas críticas institucionales tanto en la capacidad resolutoria del servicio, como en los procesos de aplicabilidad de cada uno de sus principios.

MÉTODO

Se realizó una búsqueda de literatura en diferentes metabuscadores, Revistas bolivianas, Scielo Bolivia, también se visitaron centros de documentación en especial del Ministerio de Salud para poder tener las Normas, y otras bibliotecas donde se tiene información secundaria y terciaria.

DESARROLLO Y DISCUSIÓN

PLAN NACIONAL DE SALUD 2010-2020

El Plan Nacional de Desarrollo que fue presentado por el Gobierno durante la gestión 2010, desarrolla un Plan de Salud con características incluyentes, bajo los principios de universalidad y equidad en el acceso a los servicios del Sistema Nacional de Salud, incluye a la medicina tradicional, promueve la desmercantilización de la salud y el propósito de alcanzar la soberanía sanitaria (4).

La nueva Política de Salud implementará sistemáticamente el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria Intercultural que fortalecerá las Redes de Salud en infraestructura, equipamiento, insumos, medicamentos

y capacitación, en nueve Gobiernos Departamentales y 329 municipios.

El Plan creará reciprocidad del sistema con la comunidad y el respeto a los derechos de los indígenas, reconociendo, efectivamente, la medicina tradicional en las redes de salud en todo el país, a partir del cual se genere la farmacopea nacional como uno de los pilares productivos del Estado Plurinacional de Bolivia. El proyecto de extensión de coberturas, desde unidades fijas y unidades móviles de salud, pretende llegar a las poblaciones más dispersas y desprotegidas de todo el país.

Asimismo pretende ejecutar el Programa de Conducción, Regulación, Fiscalización y Modulación del Financiamiento y la creación de la escuela de gobernabilidad en salud. El Gobierno demanda cambios en la formación académica de los recursos humanos en todo el país, lo que implicará una inversión de 13,7 millones de dólares.

Otro de los proyectos es el de la Vigilancia de la Calidad de Producción de Bienes y Servicios, que busca asegurar la inocuidad de su producción para sus trabajadores, la población usuaria y el ambiente en todo el ámbito nacional.

La implantación del Seguro Universal de Salud destinado a ampliar las prestaciones en los seguros públicos de forma progresiva a grupos de beneficiarios, realizando una complementación plurinacional en los servicios de salud a nivel nacional. Cuyo tiempo de duración será de tres años, tendrá una inversión de 138 millones de dólares y cuya ejecución demandará la intervención de instituciones públicas, privadas, Seguridad Social, ONGs, iglesia y movimientos sociales (4).

POLÍTICAS DE SALUD

La propuesta estratégica del Ministerio de Salud indica entre sus postulados:

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 y 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 y 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.

3. REVALORIZACIÓN DE LA SALUD EN LAS PRIORIDADES DE LOS HOMBRES, MUJERES, COMUNIDADES Y FAMILIAS BOLIVIANAS.

Orientada a ejercer el derecho a la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones, la transparencia y la rendición de cuentas, así como el desarrollo de mecanismos sectoriales para la exigibilidad de derechos, asumiendo la responsabilidad compartida en 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 Y 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.

LÍNEAS ESTRATEGIAS DE ACCIÓN

Para incrementar los años de vida saludables de la población

Integración intersectorial centrada en el mejoramiento de la calidad de vida.

Promoción de la salud (IEC) y prevención de las enfermedades en el marco de la atención primaria integral, la salud familiar y comunitaria.

Para eliminar la exclusión social en salud.

Fortalecimiento de redes de servicios de salud.

Salud familiar y Comunitaria/ APS.

Implementación del Seguro Público Universal de Salud.

Descentralización con visión autonómica.

Fortalecimiento de la articulación de la Medicina Tradicional con la medicina Occidental a través del reconocimiento de los saberes tradicionales.

Para promover una ciudadanía activa y responsable Alianza estratégica con los movimientos sociales.

Creación de Consejos de Salud a nivel nacional, departamental y municipal.

Nuevo enfoque

No cabe duda que el principal desafío para el Ministerio de Salud es la construcción de oportunidades para mejorar los medios de vida, los modos de vida, el medio en el cual la población vive y los servicios que promueven, preservan y rehabilitan la vida.

Este desafío plantea la necesidad de un nuevo enfoque de Salud Pública orientado a incrementar la esperanza de vida saludable de la población asumiendo el cambio progresivo de la condición socio-económica y política. (Enfoque integral de reproducción social, Enfoque de población o Enfoque de riesgo o Desarrollo del capital humano).

Ventajas del enfoque integral de población

Trabaja con la participación de las comunidades, del Gobierno municipal y del sector buscando cambios profundos a la reproducción social.

Es una manera efectiva de actuar sobre las determinantes y riesgos.

Tiene un enorme potencial de mejorar los indicadores sociales y de salud.

Busca cambiar el ambiente social y de salud de las comunidades.

Lo colectivo tiene más importancia que lo individual.

Patrón de desarrollo integral y diversificado.

Estado protagonista y promotor del desarrollo.

Agentes económicos y organizaciones sociales actores fundamentales del desarrollo.

Acumulación interna, redistribución de la riqueza y erradicación de la pobreza.

ECONÓMICA

Democratización de la propiedad.

Distribución equitativa del ingreso.

Empleo digno y permanente.

Acceso equitativo a los medios y recursos productivos.

Complementación regional y sectorial.

SOCIAL

Acceso a los servicios sociales: salud, educación, vivienda, energía, comunicaciones y servicios básicos.

Acceso irrestricto a la información y al conocimiento tecnológico.

Acceso a los beneficios del desarrollo de sectores y poblaciones excluidas.

POLÍTICA

Estado descentralizado y culturalmente territorializado.

Democracia participativa directa e incluyente.

CULTURAL

Recuperación de patrones culturales locales/regionales.

Consolidación y complementariedad de las identidades nacionales.

DESARROLLO CON SOBERANÍA PARA VIVIR BIEN

Asamblea Constituyente y nuevo Estado Nacional.

Nueva matriz productiva y distribución de la riqueza nacional.

Soberanía alimentaria.

Soberanía sanitaria.

Sistema Único de salud.

Promoción, prevención y protección en salud.

SISTEMA NACIONAL DE GESTIÓN DE CALIDAD

Considerando que la Calidad es el principio doctrinal que debe ser la premisa de todo el Sistema de Salud, es pertinente señalar que para conseguirla se requiere la estructuración de una red sistémica que, a partir del propio Ministerio de Salud, pase por los SEDES Departamentales y llegue a todos los centros asistenciales de los distintos niveles de complejidad, estableciendo una relación e interdependencia de Calidad entre ellos.

Para esto es necesario que tanto el nivel nacional, central como el departamental descentralizado, cuenten con una repartición específicamente organizada para los fines de monitoreo, seguimiento y control de la Calidad, ya sea al interior de su propia organización y programas, como de los centros asistenciales desagregados en el 1er, 2do y 3er nivel de atención.

Para el caso del Ministerio de Salud, es la Unidad de Servicios de Salud y Gestión de Calidad, el vértice de donde parte el Programa Nacional de Calidad en Salud (PRONACS), a ser cumplido y aplicado en todos los establecimientos del país a través de los SEDES Departamentales con sus respectivas Unidades de Calidad y Satisfacción del Usuario (UCASUs) dependientes en línea funcional de la Unidad Ministerial (5). Las UCASUs a su vez, en coordinación con las Unidades de Planificación y de Redes de los correspondientes SEDES, ejercerán el monitoreo de la Calidad en los establecimientos donde se brindan directamente los servicios de salud a la población que, de acuerdo al artículo 5 del D. S. N° 28562 que reglamenta la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico, en el segundo y tercer nivel de atención, deben contar con un Comité de Gestión de Calidad y Auditoría Médica,

bajo la tuición y coordinación de la Unidad de Control de Gestión que, a más de coordinar la actividad de los comités hospitalarios constituidos, y de acuerdo con el diseño del Programa Nacional de Calidad en Salud (PRONACS), es la repartición institucional encargada de ejercer la supervisión continua de Procesos y Control de Gestión, tanto para el cumplimiento de la normativa, por la cual tendrá que velar, como para la aplicación de los instrumentos específicos de la Auditoría Interna, de acuerdo con un programa operativo claramente definido con las unidades hospitalarias.

Para el caso de los establecimientos de 1er Nivel, es el Comité de Gestión de Calidad y Auditoría de la Red el que asume esa función, bajo la coordinación del Gerente de Red respectivo. Este Comité está integrado por representantes de cada uno de los establecimientos de la Red, y como sucede en los niveles 2do y 3ero de mayor complejidad, debe contar con un reglamento interno, manual de funciones y plan operativo de sus actividades.

Así definida la Red de la Calidad para los establecimientos de salud, el Ministerio de Salud y los SEDES, son los encargados del monitoraje de la Gestión de la Calidad en sus propias reparticiones y Programas, a través de la Unidad de Servicios de Salud y Gestión de Calidad para el nivel nacional y las UCASUs para el nivel departamental, aplicando los mismos instrumentos del cumplimiento de la normativa, auditoría y otros que pudieran perfeccionarse para un futuro.

El Modelo de Gestión del Sistema Nacional de Salud, involucra todos los establecimientos públicos, de la Seguridad Social, iglesia, instituciones privadas y la medicina tradicional previo convenio con y sin fines de lucro que prestan servicios de salud reguladas por el Ministerio de Salud (5).

Servicios asistenciales que adoptan su estructura y funcionamiento organizacionales, mediante instrumentos de planificación, instrumentos administrativos y legales, para responder a las necesidades sanitarias de la comunidad y a las políticas públicas de salud.

Sin embargo dentro del desarrollo organizacional, tanto de las entidades prestadoras de servicios de salud dependientes del Ministerio de Salud como los de la Seguridad Social, se hacen tangibles una serie de problemas estructurales y operativos que de alguna forma obstaculizan la eficiente, eficaz y equitativa producción de servicios de salud y la aplicabilidad de políticas estatales de salud.

De ahí que el PRONACS se constituye en el Programa transversal de la eficiencia y eficacia de los establecimientos de salud en el marco de la aplicabilidad de la SAFCI en correspondencia con las políticas de salud del país y la consolidación del Sistema Único de Salud.

MODELO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL

El Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural 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 (6).

PRINCIPIOS (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 complementaria 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.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Es la estrategia de implementación del Modelo SAFCI como un proceso político de movilización social, continua por el cual el equipo de salud se involucra con los actores sociales facilitando su organización y movilización, para responder a la problemática de salud y sus determinantes para lograr el Vivir Bien en relación directa con el estado de bienestar general. 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 Comunitaria 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 o barrio.

CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD

- a. Enfoca la atención de manera intercultural e integral (Promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad).
- b. Desarrolla sus prestaciones con equipos de salud interdisciplinarios
- c. Organiza sus prestaciones en redes de servicios y redes sociales.
- d. Recupera la participación de los usuarios en la organización de los servicios.
- e. Desarrolla sus acciones en el ámbito del establecimiento de salud y en la comunidad.

CARPETA FAMILIAR – HISTORIA CLÍNICA

La Carpeta Familiar constituye el instrumento esencial para la aplicación del Modelo de atención SAFCI para establecer las determinantes de la salud de las familias y comunidades, realizar el seguimiento de su estado de salud y garantizar el ejercicio de sus derechos a la salud.

La Historia Clínica es parte de los registros médicos que contiene la Carpeta Familiar, debe ser administrativa bajo la responsabilidad del personal de salud como parte del proceso de afiliación a los Seguros Públicos de Salud.

La reglamentación de la implementación de la Carpeta Familiar está establecida por el Ministerio de Salud.

MODELO DE ATENCIÓN EN EL SEGURO DE CORTO PLAZO

La Seguridad de corto plazo que brindan las Cajas de Salud, deben adecuar su atención al Modelo Sanitario SAFCI, mediante la implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

ESTRUCTURA DE LA RED DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

- I A fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de la población, se constituyen las Redes de Servicios. Cada Red deberá estar conformada por un conjunto de establecimientos y servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel que pueden pertenecer a uno o varios municipios.
- II Según la atención requerida el responsable de la misma podrá realizar la referencia y retorno de un nivel a otro, siendo la puerta de ingreso a la Red de Servicios el establecimiento de Primer Nivel. La atención de emergencias y urgencias serán la excepción.
- III La reglamentación será establecida por el Ministerio de Salud.

COORDINADOR DE LA RED DE SERVICIOS

- I El Coordinador es el responsable técnico de la coordinación en los tres niveles de atención de una Red de Servicios que depende orgánica y funcionalmente del Servicio Departamental de Salud.

- II Es responsable de la suscripción de compromisos de gestión con los establecimientos de salud de la Red bajo su coordinación de acuerdo a normativa del Ministerio de Salud.
- III El Coordinador de la Red de Servicios cuenta con un Equipo Técnico conformado al menos por un Profesional en Salud Pública, un Estadístico y un Conductor.
- IV La remuneración y gastos operativos del Coordinador y su Equipo estarán a cargo de la Gobernación correspondiente, a través del SEDES.

RED MUNICIPAL SAFCI

- I Es la estructura operativa del Modelo SAFCI constituida por todos los recursos comunitarios e institucionales, que contribuyen a mejorar el nivel de salud de las familias de su área de influencia y fundamentada en las necesidades de la misma.
- II Desarrolla servicios integrales de salud (promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de las personas, familias y comunidades en el ámbito de su jurisdicción), la participación social consciente y efectiva y la corresponsabilidad de otros sectores en el marco de la salud familiar y la interculturalidad.

RESPONSABLE MUNICIPAL DE SALUD

- I Es el responsable técnico administrativo del funcionamiento de la Red Municipal SAFCI.
- II Depende orgánica y funcionalmente del Gobierno Municipal.
- III Es responsable del cumplimiento de la planificación municipal de salud a través de compromisos de gestión de la Red Municipal SAFCI.
- IV El Perfil del responsable municipal de salud corresponde a un profesional de las ciencias de la salud, ciencias económicas y financiera o de ciencias sociales con experiencia en salud.

MODELO DE GESTIÓN EN SALUD (ÁMBITO, COMPETENCIAS Y PARTICIPACIÓN SOCIAL)

- I El modelo de gestión en salud vincula la participación social con los niveles de gestión estatal en salud y las instancias de concertación sobre los temas de salud en los ámbitos local, municipal, departamental y nacional.
- II Las decisiones abarcan a la gestión de la salud (planificación, ejecución, administración, seguimiento control) de los actores sociales en constante interacción con el sector salud.

ESTRUCTURA ESTATAL

Nivel local: Es la unidad básica, administrativa y operativa del Sistema de Salud, ejecutor de prestación de servicios integrales e interculturales a la persona, familia y comunidad y responsable de la gestión compartida de la salud.

b. Nivel municipal: El Directorio Local de Salud es la máxima autoridad en la gestión de salud en el ámbito municipal y encargada de la implementación del Modelo Sanitario SAFCI, seguros públicos, políticas y programas de salud en el marco de las políticas nacionales. Asimismo, es responsable de la administración de las cuentas municipales de salud. El Directorio Local de Salud – DILOS, cuenta con su reglamento interno en base a normativa nacional determinada por el Ministerio de Salud.

c. Nivel departamental: Constituido por el Servicio Departamental de Salud que es el máximo nivel de gestión técnica en salud de un departamento. Articula las políticas nacionales, departamentales y municipales; además de coordinar y supervisar la gestión de los servicios de salud en el departamento, en directa y permanente coordinación con los gobiernos municipales, promoviendo la participación social y del sector privado. Es el encargado de cumplir y hacer cumplir la política nacional de salud y normas de orden público en su jurisdicción territorial, alcanzando a las instituciones y/o entidades que conforman tanto el sector público como privado.

El Director Técnico que dirige el SEDES es nombrado por el Gobernador del Departamento y depende técnicamente del Ministerio de Salud.

d. Nivel nacional: Está conformado por el Ministerio de Salud que es el órgano rector-normativo de la gestión de salud a nivel nacional, responsable de formular la política, estrategia, planes y programas nacionales; así como de establecer las normas que rigen el Sistema de Salud en el ámbito nacional.

FUNCIONAMIENTO DEL DIRECTORIO LOCAL DE SALUD (DILOS)

En el marco de la conformación de DILOS establecida en el artículo 6 de la Ley No 2426 de 21 de noviembre de 2002, del Seguro Universal Materno Infantil, esta instancia cuenta para el ejercicio de sus funciones con:

Nivel de decisión política. Conformado por el Alcalde Municipal o su representante, quien lo preside, un

representante técnico del SEDES y un representante del Comité de Vigilancia.

b. Nivel de coordinación. Conformado por el Coordinador de la Red de Servicios.

c. Nivel operativo. Conformado por la Red Municipal SAFCI y la Estructura Social en salud local y municipal, conformada por la Autoridad Local de Salud, Comité local de Salud y Consejo Social Municipal de Salud.

PARTICIPACIÓN DE LA ESTRUCTURA SOCIAL

El Modelo SAFCI reconoce la estructura social que se expresa en la participación y toma de decisiones de las organizaciones sociales, orientada a la relación igualitaria con la estructura estatal en los procesos de resolución de la problemática de salud.

Autoridad Local de Salud: Es el representante legítimo de la comunidad o barrio (con o sin establecimiento de salud) ante el sistema de salud; encargada de hacer planificación junto al equipo de salud, de informar a la comunidad o barrio sobre la administración del servicio de salud y de realizar seguimiento, control de las acciones en salud que se hacen en la comunidad o barrio. No es un cargo voluntario, es una más de las autoridades de la comunidad o barrio.

b. Comité Local de Salud: Es la representación orgánica de las Autoridades Locales de Salud, pertenecientes territorialmente a un área o sector de salud ante el sistema de salud (puesto o centro de salud), organizada en un directorio responsable de implementar la Gestión compartida en salud y de impulsar la participación de la comunidad o barrio en la toma de decisiones sobre las acciones de salud. No es un cargo voluntario, es una más de las autoridades de la comunidad.

c. Consejo Social Municipal de Salud: Es la representación orgánica del conjunto de Comités Locales de Salud y de otras organizaciones sociales representativas de un municipio, organizada en una directiva, que interactúa con los integrantes del DILOS garantizando la Gestión Compartida de Salud, constituyéndose en el nexo articulador entre la estructura social local en salud (Autoridades y Comités Locales de Salud) y el nivel de gestión municipal en salud (DILOS), proponer el porcentaje de presupuesto destinado a salud para su incorporación al POA municipal.

d. Consejo Social Departamental de Salud: Es la representación orgánica de los Concejos Sociales Municipales de salud existentes en un departamento ante el sistema de salud, organizado en un directorio encargado de articular las necesidades y propuestas del nivel municipal con la política departamental de desarrollo; además de realizar control social a la implementación de la misma en cuanto a salud y a las acciones desarrolladas por el SEDES, proponer el porcentaje de presupuesto destinado a salud para su incorporación al POA departamental.

e. Consejo Social Nacional de Salud: Es la representación orgánica del conjunto de Consejos Sociales Departamentales de Salud, organizaciones sociales e instituciones del nivel nacional, que articula las necesidades y propuestas en salud de los departamentos ante el Ministerio de Salud; además de ser encargado de realizar control social a las acciones que esta instancia emprenda.

ESPACIOS DE DELIBERACIÓN INTER-SECTORIAL EN LA GESTIÓN EN SALUD

Los espacios de deliberación de la Gestión, son instancias de diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos, disensos y toma de decisiones, sobre la gestión de la salud, donde la estructura social y estatal de gestión en salud participan de manera conjunta asumiendo corresponsabilidad en el desarrollo de acciones de salud incorporadas en los planes estratégicos de cada nivel de gestión de salud.

a. ASAMBLEA NACIONAL DE SALUD: Es la máxima instancia nacional de participación, diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos, para la toma de decisiones en cuanto a las necesidades y propuestas de salud, con el fin de integrarlas al Plan Nacional de Salud; a su vez es el espacio de seguimiento al desarrollo del mismo.

b. ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DE SALUD: Es la máxima instancia departamental de participación, diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos para la toma de decisiones en cuanto a las necesidades y propuestas de salud, con el fin de integrarlas al Plan Departamental de Salud, a su vez es el espacio donde se efectúa el seguimiento a la estrategia y al POA departamental.

c. MESA MUNICIPAL DE SALUD: Es una instancia de diálogo, consulta, coordinación, concertación y consenso entre todos los actores de la Gestión Compartida del municipio, otros sectores, instituciones y organizaciones sociales con la finalidad de tomar de-

ciones en la planificación y seguimiento de las acciones de salud en el municipio (Estrategia Municipal de Salud).

d. ASAMBLEAS, AMPLIADOS, REUNIONES, JUNTAS, CUMBRES, CABILDOS, OTROS Y CAIS COMUNALES O BARRIALES: Son espacios que se desarrollan en la comunidad o barrio (de acuerdo a usos y costumbres), donde se concretiza la Gestión Local en salud, en los que participan diferentes actores sociales e institucionales en corresponsabilidad, para implementar procesos de planificación, ejecución, administración, seguimiento, evaluación y control de las acciones de salud destinadas a mejorar la situación de salud de la comunidad o barrio. En el nivel local, existen dos tipos de espacios de deliberación, que se detallan a continuación:

I Planificación: “Reunión General de Planificación” (asambleas, ampliados, reuniones, juntas, cumbres, cabildos y otros) que se realizan una vez al año, en las comunidades o barrios tengan o no establecimiento de salud, para identificar las problemáticas en salud, analizar sus determinantes y plantear alternativas de solución, que tomen en cuenta el tipo de recursos, el tiempo y responsables.

II Espacios de seguimiento control: “Comité de Análisis de Información en Salud (CAI) comunal o barrial”, que se realiza tres veces al año (en la comunidad o barrio que cuente con un establecimiento de salud), para analizar y evaluar la situación de salud, el cumplimiento de las actividades que se han acordado en la reunión de planificación, el funcionamiento del establecimiento de salud (administración) y la calidad de atención brindada a los usuarios.

RESULTADOS DE INVESTIGACIONES REALIZADAS

La aplicación del Modelo SAFCI a nivel nacional ha tropezado con problemas de falta de continuidad en sus procesos de implementación por cambios repentinos en el Recurso Humano institucional.

La necesidad de evaluar el proceso de implementación, ha desarrollado investigaciones de carácter evaluativo en el caso del Ministerio de Salud, y en algunos casos han sido desarrollados por el propio SEDES La Paz con la finalidad de mejorar las prestaciones en salud (8).

El estudio evaluativo desarrollado por el Ministerio de Salud en establecimientos de salud de primer nivel de atención en 4 Redes de La Paz durante las gestiones

2012 y 2015 han establecido resultados nada gratificantes, dado que más del 62% del personal institucional no conocía el Modelo sanitario, ni la estrategia de su implementación. En relación a la articulación con la medicina tradicional, se pudo evidenciar que más del 81% de los servicios objetos de investigación, no habían aplicado los principios de intersectorialidad e interculturalidad en el proceso de atención y de articulación.

Asimismo, la investigación desarrollada por el SEDES La Paz en 2 Redes de Salud durante la gestión 2014 ha mostrado resultados similares, siendo evidente la falta de aplicabilidad del modelo sanitario no sólo en los servicios de Primer nivel de atención, sino también en los segundos y terceros niveles de atención.

El 67.2% de los Recursos Humanos institucionales conocían el modelo sanitario. El 73% no daba plena aplicabilidad a los principios de la SAFCI durante la atención y sólo el 48% de los equipos móviles SAFCI había logrado implementar políticas integrales de salud en las comunidades asignadas (9).

Siendo evidente la insuficiente aplicabilidad del modelo SAFCI en establecimientos de salud en las Redes de La Paz.

Otros estudios de evaluación como el desarrollado por la Dirección Nacional de la Residencia Médica SAFCI, ha mostrado resultados positivos referentes al mejoramiento de coberturas de atención integral en municipios en los que los residentes realizan sus pasantías, así mismo en el 46% de los municipios de intervención, se han concretado proyectos integrales de salud y de desarrollo humano y social (8).

Indicadores que han permitido mejorar la calidad de vida de sus habitantes. En cuanto a la medicina tradicional, 52% de los médicos tradicionales han recibido certificación ministerial, en la medida de que se reconoce la práctica y su interacción permanente con el personal de salud.

CONCLUSIÓN

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 el centro de salud.

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 acti-

vidades que promuevan el desarrollo de talleres de diagnóstico de salud, mesas locales y municipales de salud, programas relacionados al desarrollo de la medicina tradicional y la adecuación intercultural del establecimiento de salud.

Dando plena aplicabilidad al modelo de salud, se establecerá el cumplimiento del principio de integralidad de la salud bajo los principios de la SAFCI, incidiendo en la satisfacción del usuario externo y la mejora de los indicadores positivos de salud.

Los Servicios Departamentales de Salud como entidad representativa 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 del Decreto 29601 en los tres niveles de atención del Sistema departamental de Salud.

La aplicabilidad del principio de participación social y de intersectorialidad en el centro de Salud traducida en la capacidad autogestionaria de las comunidades en la identificación, priorización, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de desarrollo integral comunitario en salud, será aplicable cuando se consolide el modelo de gestión y atención de acuerdo a normativa vigente en el Sistema Nacional de Salud.

El SEDES a través de la Jefatura de Medicina tradicional e interculturalidad deberá promover el desarrollo de políticas departamentales para consolidar el censo de plantas medicinales por piso ecológico, la acreditación de los médicos tradicionales, los procesos de articulación y complementariedad entre diferentes medicinas respetando cosmovisión y valores culturales existentes, así como el desarrollo de la farmacopea departamental a partir de proyectos integrales e intersectoriales de salud que promuevan el desarrollo productivo, humano y social de cada uno de los municipios de los departamentos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfonso Gonzáles Dagnino. Calidad Total en atención primaria de la salud. 3era. Ed. Madrid España: Ediciones Díaz de Santos; 2010.
2. 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 2010.

3. 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; Crisólogo Alemán Almendras; Susy Vargas Torres. La Paz, Bolivia: Editorial Prisa 2012.
4. 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 2012.
5. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Promoción de la Salud. Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social. Guía de Gestión Participativa. La Paz, Bolivia: Editorial Prisa 2012.
6. 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, 2014.
7. Ministerio de Salud y Deportes. INASES. Ley, Normas y Reglamentos para el ejercicio profesional médico. Pág. 9-25; La Paz, Bolivia: Editorial Prisa 2011.
8. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Seguros de Salud. Seguros Públicos de Salud.Col. UNICEF; La Paz, Bolivia: Editorial kipus, 2012.
9. Ministerio de planificación del desarrollo. Programa de gobierno; La Paz, Bolivia: Editorial Illimani, 2014.

BIBLIOGRAFÍA

Instituto Nacional de Seguros de Salud INASES. Reglamentación sobre instrumentos de control médico en los servicios de salud de la Seguridad Social Boliviana. 2da. Ed. La Paz- Bolivia; Editorial Kipus, 2014.

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 2010.

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; Crisólogo Alemán Almendras; Susy Vargas Torres. La Paz, Bolivia: Editorial Prisa 2012.

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 2012.

Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Promoción de la Salud. Unidad de Salud Comunitaria y Movilización Social. Guía de Gestión Participativa. La Paz, Bolivia: Editorial Prisa 2012.

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, 2014.

Ministerio de Salud y Deportes. INASES. Ley, Normas y Reglamentos para el ejercicio profesional médico. Pág. 9-25; La Paz, Bolivia: Editorial Prisa 2011.

Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Seguros de Salud. Seguros Públicos de Salud.Col. UNICEF; La Paz, Bolivia: Editorial kipus, 2012.

SNIS Chuquisaca. Servicio Departamental de Salud. ASIS 2014, Enero 2015.

Sistema Regional de datos básicos en salud-Perfil de país. Resumen del análisis de situación y tendencias de salud –Bolivia. Versión actualizada de 9 de noviembre de 2013. 4ta. Ed. La Paz, Bolivia; Editorial Navarra, 2013.