

DECRETO SUPREMO N° 29601
EVO MORALES AYMA
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que el inciso a) del Artículo 7 de la Constitución Política del Estado, establece que toda persona tiene derechos fundamentales a la vida, la salud y la seguridad.

Que la Ley N° 3351 de 21 febrero de 2006, de Organización del Poder Ejecutivo, establece las atribuciones y responsabilidades del Ministerio de Salud y Deportes, en la implementación de un modelo de gestión y atención en salud.

Que el Decreto Supremo N° 29272 de 12 de septiembre de 2007, aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2006 – 2010 estableciendo entre los objetivos de la estrategia Bolivia Digna la eliminación de la exclusión social en salud, a través de la implementación del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

Que el Decreto Supremo N° 29246 de 22 de agosto de 2007, establece la Política de Protección Social y Desarrollo Integral Comunitario señalando sus objetivos y principios para la erradicación de las causas de la pobreza y extrema pobreza; coadyuvando a la restitución y fortalecimiento de los derechos y capacidades (económicas, físicas, humanas, naturales y sociales) de la población, principalmente de los indígenas, originarios y campesinos; fortalecer el modelo comunitario urbano y rural que se sustenta en los valores de la comunidad, el control social directo y la transparencia, las formas organizativas propias de las poblaciones locales y la identidad cultural y territorial.

Que la Ley N° 1702 de 17 de julio de 1996, modificatoria del Artículo 1 de la Ley N° 1551 de 20 de abril de 1994, de la Participación Popular, reconoce, promueve y consolida el proceso de Participación Popular, articulando a las Comunidades Indígenas, Pueblos Indígenas, Comunidades Campesinas y Juntas Vecinales, respectivamente

en la vida jurídica, política y económica del país, procurando mejorar la calidad de vida de la mujer y el hombre bolivianos, con una más justa distribución y mejor administración de los recursos públicos.

Que la Ley N° 1257 de 11 de julio de 1991, reconoce el convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo – OIT, sobre derechos de los pueblos indígenas, como forma de eliminar las diferencias socioeconómicas en la sociedad, y que en salud significa la oferta de servicios de salud adecuados a la realidad indígena bajo la responsabilidad y control de los mismos; además, de la valoración y utilización de las medicinas propias de dichos pueblos.

Que la Ley N° 3760 de 7 de noviembre de 2007, eleva a rango de Ley la Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas a través de los cuales se reconoce el derecho de éstos a su autodeterminación, a partir de sus especificidades culturales, identitarias, políticas y

organizativas, por lo cual se apoya la revalorización de la medicina indígena originaria campesina y su proceso de articulación y complementariedad con la medicina académica occidental.

Que el Decreto Supremo N° 25233 de 27 de noviembre de 1998, establece el modelo básico de organización, atribuciones y funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud dentro de las previsiones del Decreto Supremo N° 25060 de 2 de junio de 1998 que establece la estructura orgánica de las Prefecturas de Departamento y disposiciones vigentes en materia de salud.

Que la Ley N° 2426 de 21 de noviembre de 2002, del Seguro Universal Materno Infantil, establece como mecanismos de implementación la Red de Servicios y la creación del Directorio Local de Salud para el cumplimiento de la Política Nacional de Salud.

Que el Decreto Supremo N° 26875 de 21 de diciembre de 2002, Modelo de Gestión y Directorio Local de Salud, amplía los alcances del Decreto Supremo N° 25233, incorporando al conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, a nivel Nacional, Departamental, Municipal y Local, reguladas por el Ministerio de Salud y Previsión Social, involucrando al Sistema Público, Seguro Social de Corto Plazo, Iglesias Privadas con y sin fines de lucro y la Medicina Tradicional.

Que ante la necesidad de establecer e implementar un Modelo Sanitario de Salud, coherente con la realidad socio económico cultural de la población boliviana, aplique sus acciones en el marco de la justicia, en la búsqueda de equidad, fortaleciendo las capacidades de los actores sociales en cuanto a la toma de decisiones sobre las acciones de salud, e impulsando procesos de articulación y complementariedad entre las diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras).

EN CONSEJO DE MINISTROS,

D E C R E T A:

**TÍTULO I
MARCO GENERAL**

**CAPÍTULO I
OBJETIVO, PRINCIPIOS Y ESTRATEGIA**

ARTÍCULO 1.- (OBJETO). El presente Decreto Supremo tiene por objeto establecer el Modelo de Atención y el Modelo de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI.

ARTÍCULO 2.- (OBJETIVO DEL MODELO). El objetivo del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es 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 compartida de la salud; 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.

ARTÍCULO 3.- (PRINCIPIOS).

a) Participación comunitaria

Es la capacidad 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 y 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.

ARTÍCULO 4.- (PROMOCIÓN DE LA SALUD). Es la estrategia de implementación del Modelo SAFCI como un proceso político de movilización social, continúa 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.

**TÍTULO II
MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD**

**CAPÍTULO I
MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD**

ARTÍCULO 5.- (DEFINICIÓN). 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.

ARTÍCULO 6.- (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 municipales;
- d) Recupera la participación social en la organización de los servicios; y
- e) Desarrolla sus acciones en el ámbito del establecimiento de salud y en la comunidad.

ARTÍCULO 7.- (AFILIACIÓN). La afiliación constituye el proceso de registro a los Seguros Públicos de salud, siendo esta responsabilidad de los Gobiernos Municipales como componente de la planificación y del desarrollo humano sostenible para Vivir Bien.

La reglamentación, tanto del proceso de afiliación como de la aplicación de su sistema integrado de información, será establecida por el Ministerio de Salud y Deportes.

ARTÍCULO 8.- (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 administrada bajo la responsabilidad del personal de salud como parte del proceso de

afiliación a los Seguros Públicos de Salud.

La reglamentación referida a la Carpeta Familiar será establecida por el Ministerio de Salud y Deportes.

ARTÍCULO 9.- (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.

CAPÍTULO II ESTRUCTURA DE LA RED DE SALUD

ARTÍCULO 10.- (REDES DE SERVICIOS).

- 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. Está conformada por el sistema público de salud, seguro social de corto plazo, articulados y complementados a la medicina indígena originaria campesina y a la Estructura Social en Salud.
- 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 y Deportes.

ARTÍCULO 11.- (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 y Deportes.
- 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 Prefectura correspondiente, a través del Servicio Departamental de Salud – SEDES.

ARTÍCULO 12.- (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.

ARTÍCULO 13.- (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 financieras o de ciencias sociales con experiencia en salud.

**TÍTULO III
MODELO DE GESTIÓN EN SALUD**

**CAPÍTULO I
MODELO DE GESTIÓN EN SALUD**

ARTÍCULO 14.- (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 y control) de los actores sociales en constante interacción con el sector salud.

ARTÍCULO 15.- (ESTRUCTURA ESTATAL).

- a) **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, elaborará su reglamento interno en base a normativa nacional determinada por el Ministerio de Salud y Deportes.
- 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 Prefecto del Departamento y depende técnicamente del Ministerio de Salud y Deportes.
- d) **Nivel nacional:** Esta conformado por el Ministerio de Salud y Deportes 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.

ARTÍCULO 16.- (FUNCIONAMIENTO DEL DIRECTORIO LOCAL DE SALUD – DILOS). En el marco de la conformación del DILOS establecida en el Artículo 6 de la Ley N° 2426 de 21 de noviembre de 2002, del Seguro Universal Materno Infantil, esta instancia cuenta para el ejercicio de sus funciones, con:

- a) Nivel de decisión de política de salud. Conformado por el alcalde municipal o su representante quien lo preside, un representante 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.

ARTÍCULO 17.- (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.

- a) **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 y 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 y Deportes; además de ser encargado de realizar control social a las acciones que esta instancia emprenda.

ARTÍCULO 18.- (ESPACIOS DE DELIBERACIÓN INTERSECTORIAL EN LA GESTIÓN EN SALUD). Los espacios de deliberación de la Gestión, son instancias de diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos y toma de decisiones entre los Consejos (local, municipal, departamental y nacional), con la estructura estatal de gestión en salud y otros sectores e instituciones relacionadas con la problemática de la salud (agua y saneamiento básico, educación, alimentación, vivienda), 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 decisiones 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:
 1. **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.
 2. **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.

ARTÍCULO 19.- (DESARROLLO REGLAMENTARIO). El Ministerio de Salud y Deportes queda encargado de reglamentar el presente Decreto Supremo en un plazo de noventa (90) días a partir de la fecha. Asimismo, aprobará las normas de funcionamiento del Modelo de Atención y Modelo de Gestión en salud.

**CAPÍTULO II
DISPOSICIONES TRANSITORIAS**

DISPOSICIÓN TRANSITORIA ÚNICA.- La seguridad de corto plazo, debe presentar en el término de noventa (90) días al Ministerio de Salud y Deportes, un plan de adecuación al Modelo Sanitario SAFCI, para su compatibilización y aplicación a nivel nacional.

DISPOSICIONES ABROGATORIAS Y DEROGATORIAS

DISPOSICIONES DEROGATORIAS.-

- I.** Se derogan los Artículos 2, 3, 4, 5, 7 párrafo I, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 23, 25, 26, 27 y 28 del Decreto Supremo N° 26875 de 21 de diciembre de 2002.
- II.** Se deroga el Párrafo I del Artículo 2 del Decreto Supremo N° 26874 de 21 de septiembre del año 2002.

El señor Ministro de Estado, en el Despacho de Salud y Deportes, queda encargado de la ejecución y cumplimiento del presente Decreto Supremo.

Es dado en el Palacio de Gobierno de la Ciudad de La Paz, a los once días del mes de junio del año dos mil ocho.

FDO. EVO MORALES AYMA, David Choquehuanca Céspedes, Juan Ramón Quintana Taborga, Walker San Miguel Rodríguez, Alfredo Octavio Rada Vélez, Celima Torrico Rojas, Graciela Toro Ibañez, Luis Alberto Arce Catacora, René Gonzalo Orellana Halkyer, Angel Javier Hurtado Mercado, Oscar Coca Antezana, Susana Rivero Guzmán, Carlos Villegas Quiroga, Luis Alberto Echazú Alvarado, Walter J. Delgadillo Terceros, Maria Magdalena Cajías de la Vega, Walter Selum Rivero, Héctor E. Arce Zaconeta.