



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

NORMA NACIONAL DE AMBULANCIAS AÉREAS



Serie: Documentos Técnico Normativos

La Paz - Bolivia

2017



FICHA BIBLIOGRÁFICA

BO WA525 M665n N° 429 2017	Bolivia. Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de Salud. Norma Nacional de Ambulancias Aéreas/Ministerio de Salud; Omar Flores Velasco; Eduardo Triveño Saravia; Lucia Cardozo Chávez; Alfredo Aldo Camacho Álvarez. Coaut. La Paz: Sagitario, 2017. 74 p.: ilus. (Serie: Documentos Técnico - Normativos N° 429) Depósito legal: 4-1-804-16 P.O. I. AMBULANCIAS II. TRANSPORTE DE PACIENTES III. EMERGENCIAS IV. SERVICIOS DE SALUD V. EQUIPAMIENTO SANITARIO VI. BOLIVIA. 1. t 2. Serie. 3. Flores Velasco, Omar; Triveño Saravia, Eduardo; Cardozo Chávez, Lucia; Camacho Álvarez, Alfredo Aldo. Coaut.
--	---

NORMA NACIONAL DE AMBULANCIAS AÉREAS

Dirección General de Servicios de Salud, Edificio Victor, Calle Fernando Guachalla, No.342, Piso No.3. Teléfono No.2 442098, La Paz – Bolivia. www.minsalud.gob.bo

RM: 0016 / 2017

Depósito Legal: 4-1-804-16 PO.

Elaboración:

- Dr. Omar Flores Velasco, Profesional Técnico DGSS/MS
- Dr. Eduardo Triveño Saravia, Responsable Seguimiento y Monitoreo de las Parabas Mi Salud DGSS/MS.
- Lic. Lucía Cardozo Chávez, Auxiliar Administrativa DGSS/MS.
- Dr. Alfredo Aldo Camacho Álvarez, Profesional Técnico OPS/OMS.

Cooperación Técnica: (Anexo Editorial).

Revisión técnica:

Profesionales Técnicos de Unidades y Programas del Ministerio de Salud (Anexo Editorial)

Validación nacional:

Profesionales del Ministerio de Salud, de los SEDES, INASES, Cruz Roja Boliviana, Policía Boliviana, Bomberos de la Policía Boliviana, SAR-FAB Illimani, SUMA El Alto, SEMA La Paz, SISME SCZ, MIA SCZ, FAB-GAC 72, FAB-GAC 31. (Anexo Editorial).

Documento elaborado con la asistencia técnica de la OPS/OMS y apoyo financiero de la Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo Internacional (AECID).

Comité Técnico de Revisión de Publicaciones – Dirección General de Promoción de la Salud/MS

Comité de Identidad Institucional y Publicaciones/VMSyP-MS

Dr. Alvaro Terrazas Peláez

Lic. Patricia Daza Blanco

Dr. Edisson Rodríguez Flores

Dr. Elías Huanca Quisbert

Dr. Eduardo Humeres Flores

Sr. Miguel Cárcamo Porcel

Dra. Miriam Nogales Rodríguez

Dra. Diana Noya Pérez

La Paz: Dirección General de Servicios de Salud - Comité de Identidad Institucional y Publicaciones - Viceministerio de Salud y Promoción - Ministerio de Salud - 2017.

© Ministerio de Salud – 2016.

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia, se autoriza su reproducción total o parcial, siempre que no sea con fines de lucro, a condición de citar la fuente y la propiedad.

Impreso en Bolivia

MINISTERIO DE SALUD

AUTORIDADES NACIONALES

Dra. Ariana Campero Nava
MINISTRA DE SALUD

Dr. Alvaro Terrazas Peláez
VICEMINISTRO DE SALUD Y PROMOCIÓN

Sr. Germán Mamani Huallpa
**VICEMINISTRO DE MEDICINA TRADICIONAL
E INTERCULTURALIDAD**

Dr. Rodolfo Edmundo Rocabado Benavides
DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

PRESENTACIÓN

Es un mandato Constitucional para el Gobierno Boliviano el preservar la vida. Actualmente Bolivia se encuentra en una etapa de transformaciones en todos sus ámbitos, en el sector salud se pasa de un enfoque de mercado en las políticas públicas, a uno de derechos y de mayor inclusión social, para tener acceso digno a la salud.

En este contexto la presente **NORMA NACIONAL DE AMBULANCIAS AÉREAS**, llena un vacío, ya que no se cuenta con un referente que permita generar condiciones esenciales e imprescindibles para el correcto uso y funcionamiento de las ambulancias aéreas, garantizando el transporte y manejo seguro de pacientes que lo necesiten, así como regular las características de gestión administrativa, económica, logística, y otros requisitos técnicos a ser asumidos por las diferentes instancias que correspondan, según sus atribuciones y competencias.

La presente Norma Nacional, es de aplicación obligatoria para los prestadores de salud y todas las instancias involucradas en la asistencia y traslado de pacientes en ambulancia. Define los requisitos que deben cumplir las ambulancias aéreas en cuanto a su equipamiento, dotación de insumos, medicamentos, recursos humanos, las funciones y obligaciones del mismo, flujos funcionales, sistema de control en su utilización, y gestión de sostenibilidad a nivel nacional y sub-nacional; siendo el referente normativo nacional para todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia.

El Ministerio de Salud considera que la implementación para su posterior aplicación sistemática y disciplinada de esta Norma Nacional permitirá facilitar y mejorar la atención de las/os pacientes de manera integral, optimizando el uso de las ambulancias aéreas para el traslado de los mismos de manera justificada y documentada, independientemente del sub sector al que pertenezcan.

Esta Norma Nacional contribuirá de manera importante al vivir bien de toda nuestra población.



DRA. ARIANA CAMPERO NAVA
MINISTRA DE SALUD





Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud

Resolución Ministerial Nº 0016

02 ENE 2017

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que el Artículo 18 de la Constitución Política del Estado dispone: “Todas las personas tienen derecho a la salud; el Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna y el sistema único de salud, será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno”.

Que el Parágrafo I del Artículo 35 de la Norma Constitucional establece: “El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud”.

Que el Artículo 37 de la Ley Fundamental determina: “El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades”.

Que el Numeral 2 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Ley Fundamental, establece que la gestión del sistema de salud y educación, se ejerce de forma concurrente por el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas.

Que el Numeral 3 del Artículo 1 de la Ley Nº 650 de 15 de enero de 2015, Agenda Patriótica del Bicentenario 2025, establece que se eleva a rango de Ley, la “Agenda Patriótica del Bicentenario 2025, que contiene los trece (13) pilares de la Bolivia Digna y Soberana: 3. Salud, educación y deporte para la formación de un ser humano integral.

Que de acuerdo al Artículo 3º de la Ley Nº 786 de 10 de marzo de 2016, “Plan De Desarrollo Económico Y Social 2016-2020”, establece que el contenido del PDES 2016 – 2020, se formuló a partir de los trece (13) pilares de la Agenda Patriótica 2025, que se constituye en el Plan General de Desarrollo establecido en el numeral 9 del Artículo 316 de la Constitución Política del Estado e incidiendo su aplicación obligatoria a través del Artículo 4º.

Que el Parágrafo II del Artículo 91 de la Ley Nº 031 de 19 de julio de 2010, “Ley Marco de Autonomías y Descentralización - Andrés Babiñez”, dispone que: De acuerdo a la competencia exclusiva del Numeral 21, Parágrafo II del Artículo 298 de la Constitución Política del Estado, el nivel central del Estado tiene la competencia exclusiva de establecer políticas, normas y estrategias nacionales para garantizar la sanidad agropecuaria e inocuidad alimentaria que involucren la participación de los gobiernos departamentales, municipales, pueblos indígenas originario campesinos y el sector productivo.

Que el Artículo 5 de la Ley Nº 475 de 30 de diciembre de 2013, Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, dispone: “Son beneficiarias y beneficiarios de la atención integral y protección financiera de salud, todos los habitantes y estantes del territorio nacional que no cuenten con algún seguro de salud y que estén comprendidos en los siguientes grupos poblacionales: 1. Mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis (6) meses posteriores al parto. 2. Niñas y niños menores de cinco (5) años de edad. 3. Mujeres y hombres a partir de los sesenta (60) años. 4. Mujeres en edad fértil respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva. 5. Personas con discapacidad que se encuentren calificadas según el Sistema Informático del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad – SIPRUNPCD. 6. Otros que se determinen por Resolución del Consejo de Coordinación Sectorial de Salud, refrendado y aprobado por Decreto Supremo, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 12 de la presente Ley”.

Que el Artículo 1 del Decreto Supremo Nº 28478 de 2 de diciembre de 2005 establece: “El presente Decreto Supremo tiene por objeto, en el marco del inciso f) del Artículo 9 de la Ley No 2902 - Ley de la Aeronáutica Civil de Bolivia, concordante con la Ley No 2446 - Ley de



7



Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud

Organización de Poder Ejecutivo y sus disposiciones reglamentarias, establecer que la Dirección General de Aeronáutica Civil es la Autoridad Aeronáutica Civil Nacional constituida como entidad autárquica. Asimismo, reglamentar el Marco Institucional de la Dirección General de Aeronáutica Civil, para establecer: a) Su naturaleza institucional y ámbito de jurisdicción y competencia. b) Su estructura organizativa y funcional. c) Su régimen económico y financiero”.

Que el Artículo 7 de la norma señalada en el párrafo precedente dispone: “I. La Jurisdicción de la Dirección General de Aeronáutica Civil se extiende a todo el territorio nacional y la extraterritorialidad prevista por Ley, el Derecho Internacional, los Tratados y/o Convenios Internacionales sobre la materia. II. La competencia de la Dirección General de Aeronáutica Civil (Autoridad Aeronáutica Civil), se encuentra prevista en el inciso f) del Artículo 9 de la Ley N° 2902 - Ley de la Aeronáutica Civil de Bolivia, como máxima autoridad técnica operativa del sector aeronáutico civil nacional, con facultades de reglamentar, fiscalizar, inspeccionar, controlar las actividades aéreas e investigar los incidentes y accidentes aeronáuticos; concordantes con los Artículos 8, 14 y 121 de dicha Disposición Legal”.

Que el Numeral 22) del Parágrafo I del Artículo 14 del Decreto Supremo N° 29894 de 07 de febrero de 2009 Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, en su tenor señalan: “...I. Las Ministras y los Ministros del Órgano Ejecutivo, en el marco de las competencias asignadas al nivel central en la Constitución Política del Estado tienen las siguientes atribuciones: 22) Emitir Resoluciones Ministeriales en el marco de sus atribuciones”.

Que los Incisos b) y c) del Artículo 90 del Decreto Supremo N° 29894 disponen: como atribución de la Ministra(o) de Salud y Deporte actual Ministra(o) de Salud en el marco de las competencias asignadas al nivel central por la Constitución Política del Estado, de regular, planificar, controlar y conducir el Sistema Nacional de Salud, conformado por los sectores de seguridad social a corto plazo, público y privado con o sin fines de lucro y medicina tradicional, y vigilar el cumplimiento y primacía de las normas relativas a la salud pública.

Que el Decreto Supremo N° 1868 de 22 de enero de 2014, tiene por objeto modificar el D.S. N° 29894 Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, y en su artículo 10 párrafos III, IV sustituye la denominación de Ministerio de Salud y Deportes por “Ministerio de Salud”, también el de Ministra (o) de Salud y Deportes por “Ministra(o) de Salud”.

Que el Decreto Presidencial N° 2249 de 23 de enero de 2015, designa a la Sra. Ariana Campero Nava, como Ministra de Salud.

CONSIDERANDO:

Que mediante Informe Técnico MS/DGP/UPL/IT/5/2017 de 12 de enero de 2017, emitido por la Dirección General de Planificación señala en su parte conclusiva que el documento de propuesta de Norma Nacional de Ambulancias Aéreas se encuentra enmarcado en norma vigente, el mismo responde a la necesidad de establecer lineamientos para el buen funcionamiento de las ambulancias aéreas (parabas) implementadas y para las que existan en el territorio nacional. el documento de propuesta de Norma Nacional de Ambulancias Aéreas además plantea la creación del Centro Coordinador de Emergencias de Salud a nivel Nacional el mismo que dependería de la Dirección General de Servicios de Salud dentro de la estructura orgánica del Ministerio instancia que se haría cargo de implementar la norma a nivel nacional.

Que asimismo, el documento de propuesta de Norma Nacional de Ambulancias Aéreas esta validado a nivel Nacional según consta en acta de validación, asimismo está aprobado por el comité de identidad institucional y publicaciones. Recomendando se prosiga con la aprobación de la Norma Nacional de Ambulancias Aéreas mediante Resolución Ministerial.

Que según Nota Interna MS/VMSyP/DGSS/NI/29/2017 de 10 de enero de 2017, la Dirección General de Servicios de Salud; señala que la presente Norma Nacional de Ambulancias Aéreas,





Estado Plurinacional de Bolivia

Ministerio de Salud

llena un vacío, ya que no se cuenta con un referente que permita generar condiciones esenciales e imprescindibles para el correcto uso y funcionamiento de las ambulancias aéreas, garantizando el transporte y manejo seguro de pacientes que lo necesiten, así como regular las características de gestión administrativa, económica, logística y otros requisitos técnicos a ser asumidos por las diferentes instancias que correspondan, según las atribuciones y competencias. La presente Norma Nacional, será de aplicación obligatoria para los prestadores de salud de todas las instancias involucradas en la asistencia de traslado de pacientes en ambulancias. Definirá los requisitos que deben cumplir las ambulancias aéreas en cuanto a su equipamiento, dotación de insumos, medicamentos, recursos humanos, las funciones y obligaciones del mismo, flujos funcionales, sistema de control en su utilización y gestión de sostenibilidad a nivel nacional y sub nacional, siendo el referente normativo nacional para todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia.

Que sigue señalando que las emergencias médicas son los principales motivos de referencias de pacientes en aquellos casos que la capacidad resolutive de los establecimientos de salud es limitada, en tal circunstancia, es necesario el traslado de los pacientes a otro establecimiento de salud de mayor complejidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la atención de manera inmediata y efectiva en resguardo de la vida de los pacientes. El transporte de pacientes es un recurso importante de soporte del Sistema de Referencia y Contra referencia. En este contexto, el Ministerio de Salud en su rol rector, considera necesario establecer los criterios y coordinar el transporte aéreo de pacientes a través de la Norma Nacional de Ambulancias Aéreas, garantizando la calidad de la atención durante el traslado de personas. El objetivo de dicha norma es establecer las bases técnicas operacionales y estándares mínimos, para coordinar y regular el transporte de pacientes por vía aérea, garantizando la atención prehospitalaria e interhospitalaria, facilitando el servicio de ambulancias aéreas a todas aquellas instancias que prestan este servicio.

Que concluye y recomienda señalando que la Norma Nacional de Ambulancias Aéreas cumple con todos los requisitos técnicos, normativos y legales, por lo que se recomienda la emisión de la respectiva Resolución Ministerial.

Que la propuesta normativa establece que la operación de la aeronave, tripulación (pilotos y copilotos), carburantes, mantenimiento preventivo, reparación y hangares, desde donde se realizarán las operaciones de las aeronaves, estará a cargo de la Fuerza Aérea Boliviana, con recursos económicos que deberán ser gestionados por la respectiva instancia Nacional (Ministerio de Salud) o Sub-nacional (Gobernaciones y Alcaldías) que corresponda, dependiendo de la dependencia administrativa de la aeronave, bajo la Ley Marco de Autonomías y descentralización, En caso de contar con pilotos civiles todo lo anteriormente señalado es responsabilidad de la institución de origen la misma que puede pertenecer a cualquier subsector (medicina tradicional, de la salud pública, privadas con y sin fines de lucro y seguridad social a corto plazo). Los Recursos Humanos para la atención médica serán dotados por cada instancia nacional o departamental que corresponda a través del CCES-N o CCES-D que cuente con este servicio. Para la dotación, mantenimiento preventivo y correctivo, del equipamiento biomédico, instrumentales y otros, la instancia nacional o departamental a través del CCES-N o CCES-D, asumirá su competencia de acuerdo a la Ley Marco de Autonomías. La reposición de medicamentos, insumos y otros por cada servicio de transporte aéreo, serán reembolsados por los gobiernos autónomos departamentales y gobiernos autónomos municipales de los seguros que hayan sido habilitados a nivel departamental y municipal. La gestión de suministros deberá enmarcarse al Sistema Nacional Único de Suministro - SNUS para garantizar su disponibilidad en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud. Para el pago del servicio de transporte aéreo de pacientes, el Ministerio de Salud a través del CCES-N, los Gobiernos Autónomos Departamentales a través de los CCES-D y los Gobiernos Autónomos Municipales, deben realizar las gestiones administrativas pertinentes para el pago del servicio de traslado y atención (medicamentos, insumos y otros) dentro la ambulancia aérea, debiendo preverlos e inscribirlos en su POA.

Que en fecha 16 de septiembre de 2016, se llevó a cabo la reunión del Comité de Coordinación Técnica – COCOTEC, cuyo objetivo era la validación de la Norma Nacional para Ambulancias Aéreas, señalando como observaciones que las responsabilidades para el manejo, uso, dotación de





Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud

medicamentos e insumos y mantenimiento de las ambulancias aéreas serán de los GAD y GAM, de acuerdo a sus procedimientos administrativos vigentes, en coordinación con los sectores involucrados conocedores. Sugiriendo además que el documento normadito contenga como anexo los procedimientos para la utilidad en caso de referencia y contra referencia.

Que a través de Acta del Comité de Identidad Institucional y Publicación de fecha 07 de diciembre de 2016, los suscribientes deciden la Aprobación del Documento Norma Nacional de Ambulancias Aéreas.

Que mediante Informe Legal MS/DGAJ/UAJ/IL/043/2017 de 12 de enero de 2017, recomienda señalando que la aprobación del documento: "Norma Nacional de Ambulancias Aéreas", no contraviene normativa legal vigente.

POR TANTO:

La Señora **MINISTRA DE SALUD**, en ejercicio de las facultades y en uso de las atribuciones que le confiere el Decreto Supremo N° 29894 de 07 de febrero de 2009, Estructura Organizativa del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar el documento: "Norma Nacional de Ambulancias Aéreas", que en Anexos forman parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Refrendar el Informe Legal MS/DGAJ/UAJ/IL/043/2017 de 12 de enero de 2017, Informe Técnico MS/DGP/UPL/IT/5/2017 de 12 de enero de 2017, la Nota Interna MS/VMSyP/DGSS/NI/29/2017 de 10 de enero de 2017, el Acta del Comité de Coordinación Técnica – COCOTEC de 16 de septiembre de 2016 y el Acta del Comité de Identidad Institucional y Publicaciones de 07 de diciembre de 2016.

ARTICULO TERCERO.- La Dirección General de Servicios de Salud queda encargada de la implementación y cumplimiento de la presente Resolución Ministerial.

Regístrese, comuníquese y archívese.




Abog. Ramiro Vidaurte Landa
DIRECTOR GENERAL
ASUNTOS JURÍDICOS
MINISTERIO DE SALUD


Dra. Carla Parada Carba
VICEMINISTRA DE SALUD
Y PROMOCIÓN
MINISTERIO DE SALUD


Dra. Ariana Campero Nava
MINISTRA DE SALUD
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Emergencias en Salud, es el conjunto de instituciones integradas público privadas adscritas al Ministerio de Salud que tienen como rol principal la gestión de las urgencias, emergencias, catástrofes y desastres en salud a nivel nacional, a través de los Centros Coordinadores de Emergencias de Salud, realizando la prestación de servicios prehospitalarios, interhospitalarios y hospitalarios de urgencias y emergencias, la coordinación del transporte sanitario (aéreo, terrestre y acuático), procesos de formación, capacitación y vigilancia, con la finalidad de prestar atención accesible, oportuna y de calidad a la población en situaciones de urgencia, emergencia, catástrofe o desastre en salud en el territorio nacional.

En el Marco del Plan Nacional de Salud, la presente Norma Nacional de Ambulancias Aéreas, se constituye en un instrumento normativo de referencia operativa, que permitirá responder a las urgencias, emergencias, desastres y catástrofes en salud, de la población que carece de acceso a los servicios de salud por la lejanía y la falta de establecimientos de alta resolución.

La Norma Nacional de Ambulancias Aéreas establece el marco normativo del transporte de pacientes con asistencia médica por vía aérea, con el fin de disminuir la mortalidad de pacientes críticos que requieran un traslado con asistencia médica urgente, disminuyendo de esta manera las complicaciones de salud del paciente con una intervención rápida, oportuna, eficiente y eficaz, a través de personal de salud idóneo, con preparación dirigida a la asistencia prehospitalaria e interhospitalaria aérea previendo complicaciones para una atención digna en beneficio del paciente, de acuerdo al riesgo calculado del traslado.

La atención prehospitalaria e interhospitalaria debe ser comprendida en toda su extensión como un sistema encadenado donde las personas, y las instituciones trabajan coordinadamente, con el fin de brindar a los pacientes, una atención de calidad oportuna.

La Norma Nacional de Ambulancias Aéreas permitirá facilitar el ingreso de los pacientes al Sistema Nacional de Emergencias en Salud, el mismo que contempla el modelo de gestión con su estructura y el modelo de atención establecida en la política SAFCI y la Red de Servicios de Salud, las mismas que no solo coadyuvarán a la coordinación del traslado de pacientes en ambulancia sino también ejercerán el control social para que el mismo sea eficiente y eficaz.

Asimismo la Norma de Referencia y Contra-referencia se constituye en un instrumento esencial para el trabajo en las diferentes instancias de coordinación de urgencias, emergencias, desastres y catástrofes en salud como son el Centro Coordinador de Emergencias de Salud Nacional (CCES-N) Centros Coordinadores de Emergencias de Salud Departamentales (CCES-D) y el Transporte Sanitario de Emergencias de Salud Municipales (TSES-M).

La presente Norma Nacional de Ambulancias Aéreas define las particularidades de gestión, coordinación, clasificación de las ambulancias aéreas, el perfil profesional y ocupacional, funciones de los recursos humanos, el equipamiento, provisión de insumos y medicamentos, siendo el referente normativo para todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia, independientemente de su pertenencia al subsector (seguridad social a corto plazo, medicina tradicional, privados con y sin fines de lucro y de la salud pública), ONGs, Policía Boliviana, Bomberos de la Policía Boliviana, Fuerzas Armadas y otros prestadores de este servicio, debiendo las autoridades nacionales y sub nacionales velar por su estricto cumplimiento.

ABREVIATURAS

SUMA 161	Sistema de Urgencias Médicas El Alto 161
SEMA 165	Servicio Municipal de Ambulancias 165
SISME 160	Sistema Integrado de Emergencias Médicas
CCES-N	Centro Coordinador de Emergencias de Salud - Nacional
CCES-D	Centro Coordinador de Emergencias de Salud – Departamental
TSES-M	Transporte Sanitario de Emergencias de Salud - Municipal
SNES	Sistema Nacional de Emergencias en Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
D.L.	Decreto Ley
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
PRONACS	Programa Nacional de Calidad en Salud
LINAME	Lista Nacional de Medicamentos
COE	Comité Operativo de Emergencia
RRHH	Recursos Humanos
POA	Programa Operativo Anual
DGA V	Dirección General de Aeronáutica Civil

CONTENIDO

CAPÍTULO I

GENERALIDADES	15
1. ANTECEDENTES	15
1.1. Antecedentes internacionales	15
1.2. Antecedentes nacionales	17
2. JUSTIFICACIÓN.....	17
3. MARCO CONCEPTUAL.....	18
4. OBJETIVO	21
4.1. Objetivo general.....	21
4.2. Objetivos específicos.....	21
5. ALCANCE.....	22
6. MARCO LEGAL	22
6.1. Disposiciones legales generales	22
6.2. Disposiciones legales en salud	23

CAPÍTULO II

CLASIFICACIÓN DE LAS AMBULANCIAS AÉREAS	24
1. CLASIFICACIÓN DE LAS AMBULANCIAS AÉREAS	24
1.1. Clasificación por su funcionalidad aerodinámica de acuerdo a sus alas	24
1.2. Clasificación por su complejidad de atención	24
1.3. Clasificación por el tipo de presión atmosférica	25
1.4. Clasificación por tipo de ambulancia	25

CAPÍTULO III

REQUISITOS DE LAS AMBULANCIAS AÉREAS	27
1. REQUISITOS EXTERNOS	27
1.1. Avisos visuales pasivos.....	27
1.2. Avisos visuales activos	28
2. REQUISITOS INTERNOS.....	28
2.1. Habitáculo anterior	28
2.2. Habitáculo posterior	29

CAPÍTULO IV

EQUIPAMIENTO, MEDICAMENTOS, INSUMOS Y OTROS	30
1. AMBULANCIA AÉREA TIPO “A” PARA EL TRANSPORTE ASISTIDO DE PACIENTES	30
2. AMBULANCIA AÉREA TIPO “B” DE RESCATE	34

CAPÍTULO V

RECURSOS HUMANOS, SUS REQUISITOS, UNIFORME Y MEDIOS DE BARRERA DE PROTECCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD DE LAS AMBULANCIAS AÉREAS	36
1. RECURSOS HUMANOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE AMBULANCIAS AÉREAS	36
1.1. Personal de salud	36
1.2. Piloto y copiloto	36
1.3. Otros profesionales.....	36
2. REQUISITOS PROFESIONALES DEL PERSONAL SANITARIO SEGÚN EL TIPO DE AMBULANCIA.....	36
2.1. Ambulancia Tipo “A” de Transporte Asistido.....	37
2.2. Ambulancia Tipo “B” de Rescate.....	42
3. UNIFORME DEL PERSONAL DE LA AMBULANCIA AÉREA	44
3.1. Para el personal de salud	44
3.2. Para el piloto y copiloto	45
4. MEDIOS DE BARRERA DE PROTECCIÓN	45
4.1. Medios de barrera para el personal de salud	45
4.2. Medios de barrera para piloto y copiloto	45

CAPÍTULO VI

ASPECTOS GENERALES, ATENCIÓN, SISTEMA DE COMUNICACIÓN, SISTEMA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN PARA EL TRASLADO ASISTIDO DEL PACIENTE EN AMBULANCIA AÉREA	46
1. ASPECTOS GENERALES.....	46
2. ATENCIÓN EN LA AMBULANCIA AÉREA	46
3. TRASLADO DE PACIENTES.....	47
3.1. Triage del paciente para transporte en ambulancia	47
3.2. Traslado prehospitalario	49
3.3. Traslado interhospitalario	50
4. SISTEMA DE COMUNICACIÓN	52
4.1. Importancia del sistema de comunicación	52
4.2. Flujo de la comunicación	53
5. SISTEMA DE INFORMACIÓN	53
6. DOCUMENTACIÓN PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE.....	54

CAPÍTULO VII

ESTRUCTURA DE GESTIÓN, FINANCIAMIENTO Y SOSTENIBILIDAD DE LAS AMBULANCIAS AÉREAS	55
1. ESTRUCTURA DE GESTIÓN DE LAS AMBULANCIAS AÉREAS.....	55
1.1. A nivel ejecutivo nacional	55
1.2. A nivel ejecutivo sub-nacional	56
2. FINANCIAMIENTO Y SOSTENIBILIDAD	58

CAPÍTULO VIII

DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA, DEPENDENCIA OPERATIVA, HABILITACIÓN Y CERTIFICACIÓN DEL RECURSO HUMANO Y AMBULANCIAS.....	60
1. DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL Y OTROS	60
2. DEPENDENCIA OPERATIVA NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y OTROS	60
3. HABILITACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS DE LA AMBULANCIA.....	60
4. HABILITACIÓN DE LA AMBULANCIA.....	60
5. CERTIFICACIÓN DEL RECURSO HUMANO DE LA AMBULANCIA.....	61
6. CERTIFICACIÓN DE LA AMBULANCIA.....	61

CAPÍTULO IX

CIRCULACIÓN, MANTENIMIENTO, CONSERVACIÓN Y NORMATIVA PARA EL ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE DE AMBULANCIAS AÉREAS	62
1. CIRCULACIÓN DE AMBULANCIAS	62
2. MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN DE LAS AMBULANCIAS.	62
3. NORMATIVA PARA EL ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE.....	64

CAPÍTULO X

PROHIBICIONES DE USO DE LAS AMBULANCIAS AÉREAS Y CONDUCTA DE SUS RESPONSABLES	65
1. PROHIBICIONES EN EL USO	65
2. PROHIBICIONES EN LA CONDUCTA DE LOS RESPONSABLES	65

BIBLIOGRAFÍA	66
---------------------------	-----------

ANEXOS

Anexo 1. Ficha clínica rápida de traslado en ambulancia	69
Anexo 2. Consentimiento informado, autorización para uso de cámara, deslindamiento de responsabilidad y autorización médica de traslado.	71
Anexo 3 editorial.	73

1. ANTECEDENTES

1.1. Antecedentes internacionales

Transcurría la primera guerra mundial, en noviembre de 1915, cuando el servicio aéreo francés, durante la retirada de la armada serbia de Albania, realizó el primer traslado a un hospital de un herido por vía aérea.

En Gran Bretaña el primer vuelo ambulancia documentado ocurrió en septiembre de 1917, en Turquía, cuando un soldado herido por arma de fuego fue trasladado en un avión Havilland D.H.4 en 45 minutos a un hospital, el viaje que por tierra duraba 3 días.

En 1918 se modificó un avión Curtiss JN4D "Jenny" para trasladar a un paciente en la parte posterior de la aeronave, considerándose este avión como la primera ambulancia aérea americana.

La primera operación aeromédica organizada se realizó en 1920 por la Real Fuerza Aérea Británica, con la formación de la expedición Zed o-Z, durante la guerra por el territorio musulmán en la frontera con Somalia, en el noreste de África, se utilizó un biplano D.H 9 acondicionado para acomodar una camilla en la parte trasera del fuselaje, para trasladar pacientes enfermos o heridos, desde el frente de batalla hasta la base.

En 1922 en la guerra de Rifian en Moroco, África, la Armada Francesa formó un escuadrón de 6 aviones y transportó alrededor de 2.200 soldados heridos utilizando sus aviones fue allí mismo en Moroco donde Marie Marvingt, estableció el primer servicio de ambulancia aérea civil en 1934, incluso con aviones adaptados para aterrizar en el desierto.

Solo hasta 1929 el cuerpo aéreo de Estados Unidos diseñó tres aviones para utilizarlos como ambulancias, con capacidad para transportar dos pacientes, un piloto y un asistente. En el Reino Unido el primer caso civil de traslado en ambulancia aérea fue el de un pescador que presentó úlcera perforada con alto riesgo de peritonitis el 14 de Mayo de 1933.

En la Segunda Guerra Mundial, momento de mayor desarrollo de la aviación, también contribuyó incrementando el número de transportes aeromédicos. Al final de esta guerra, se considera que 2.5 millones de pacientes fueron transportados por los aviones alemanes y un millón de pacientes fueron transportados directamente a los Estados Unidos desde el sitio de conflicto con una mortalidad global de 4 por cada 100.000 pacientes. Se calcula que en enero de 1942, la Fuerza Aérea Americana había transportado más de 10.000 pacientes en aviones C-47 acondicionados pero debido a la gran demanda de evacuaciones en ese mismo año se estableció el primer escuadrón de ambulancias aéreas medicalizadas.

Los helicópteros también realizaron misiones de evacuación médica durante la segunda guerra mundial, el primer vuelo transportando varios heridos se realizó el 23 de Abril de 1944 en Burma, Birmania, durante una misión para rescate y transporte de pacientes en zona de combate, en 1946 se realizó la recuperación de los sobrevivientes de un accidente en un vuelo trasatlántico, en Newfoundland en Canadá.

En la Guerra del Golfo es considerada, posterior a la Guerra de Vietnam, la más grande movilización de evacuación aeromédica; con 1950 personas del área de soporte médico apoyando las operaciones escudo y tormenta del desierto con la capacidad de movilizar 3.600 víctimas cada día hacia Arabia Saudita o hacia las fronteras y otros 2.500 lesionados hacia Europa directamente, 15 desde Arabia Saudita, pero nunca fue necesario el uso de toda esta capacidad, se calcula que aproximadamente un total 12.500 pacientes fueron

transportados en aviones de carga. Durante la operación Tormenta del Desierto se manejó el concepto de control de daño, que se inicia tan pronto como se recibe a la víctima mejorando su sobrevivencia. En el año 2003 con la guerra de Irak la Real Fuerza Aérea (RAF -Royal Air Force) realizó más de 2.000 evacuaciones aeromédicas.

Esta filosofía de atención de emergencias en el lugar, durante el traslado y brindar una atención definitiva temprana, perdura en nuestros días, demostrado en el siglo XX, durante la guerra de Vietnam donde los soldados norteamericanos heridos en el campo de batalla eran trasladados inmediatamente y con asistencia sanitaria, se les sometía a tratamiento definitivo precozmente, disminuyendo inmensamente la mortalidad de estos soldados comparada con la de los conflictos bélicos precedentes.

A partir de este momento se consideraría la supervivencia en el trauma, con un componente esencial tiempo dependiente y se comenzaron a manejar conceptos como “La hora dorada” (tiempo transcurrido entre la lesión y el tratamiento definitivo del paciente), “los 10 minutos de oro” (tiempo que transcurre desde que el rescatador hace contacto con el paciente hasta que este está inmovilizado en la ambulancia y es trasladado hacia un centro de atención).

La atención para pacientes civiles tiene un gran referente que en Marzo de 1970, la aviación de la policía del estado de Maryland, se convirtió en la primera agencia civil de transporte de helicóptero de pacientes críticos de causa traumática. En Denver, Colorado en 1972 en el hospital de San Antonio, se estableció el primer servicio médico de transporte de helicóptero llamado “vuelo de la vida” Flight for life. En 1977, se inicio en Ontario, Canadá un programa de entrenamiento de paramédicos de vuelo para equipo de ala rotatoria, que hoy en día es el programa de ambulancia aérea mas amplio y sofisticado de Norte América, aproximadamente realiza anualmente 17.000 servicios.

Desde el punto de vista comercial también es evidente el desarrollo, en 1979 existían mas de 500 empresas de aerotaxis que prestaban servicios de ambulancia aérea en Estados Unidos, y al año 200 ofrecían este servicio únicamente en Alaska. Desde 1980 el uso de helicóptero en evacuación se extendió al servicio de eventos civiles ampliando su uso a accidentes de tránsito y también de transporte interhospitalario de pacientes críticos, siendo 1990 cuando se estableció el servicio de helicóptero para emergencias médicas, con base en Londres. Para la misma época se contaba con mas de 170 programas aeromédicos operando en Estados Unidos. El número de aeronaves dedicadas a este servicio ha aumentado dramáticamente en las últimas décadas. Existen mas de 400 helicópteros en todo el mundo dedicadas a realizar transporte aeromédico, y en 24 países donde 150.000 pacientes son transportados en helicóptero cada año.

En Latinoamérica Brasil y Chile tienen servicios organizados, pero el problema fundamental en la zona es que aproximadamente un 95% de las aeronaves destinadas a este servicio son alquiladas y no pertenecen a un servicio formal de transporte aeromédico, además, el personal paramédico y de enfermería es contratado pero no entrenado. En Colombia el traslado de pacientes en aerolíneas comerciales es muy frecuente. Según estadísticas del aeropuerto Olaya Herrera de Medellín se transportan en promedio al año 450 pacientes y del aeropuerto el Dorado de Bogotá 1.800 pacientes al año. La selección del tipo de aeronave, del personal de salud acompañante y de los equipos no depende de las necesidades del paciente sino de los recursos disponibles y de la capacidad económica de los familiares.

Existen dos siglas internacionalmente manejadas por todos los equipos prehospitalarios de aerotransporte. El termino MEDEVAC (del inglés Medical Evacuation) se refiere a la evacuación de pacientes civiles, en área de conflicto el término utilizado es CASEVAC (del inglés Casualty Evacuation).

En este contexto se puede apreciar la constante evolución de la aeromedicina a nivel internacional, y su importancia para disminuir la mortalidad de los pacientes críticos, a través de una atención oportuna

con calidad y calidez, además de reducir los tiempos de referencia para que el mismo sea atendido en un establecimiento de salud adecuado.

1.2. Antecedentes nacionales

Los aviones multimotor Junkers (Ju52) fueron utilizados inicialmente como ambulancia aérea en la guerra del Chaco, entre Paraguay y Bolivia, demostrando su capacidad para trasladar cuatro pacientes en caso de trauma múltiple. El servicio aéreo **Vargas España**, conocido por las siglas SAVE, comenzó sus operaciones el año 1974. Fue fundada por el My. Av. Hugo Vargas España al retirarse de la FAB. Sus actividades iniciales se limitaron al servicio de taxi aéreo y vuelos chárter. Posteriormente introdujo la modalidad de ambulancia aérea. En sus inicios la empresa estuvo dedicada exclusivamente al trabajo con empresas petroleras y mineras, manteniendo contratos de exclusividad por varios periodos. Sus primeras aeronaves fueron un Piper Seneca I y Seneca, posteriormente operó con un Cessna 310 y un Beech Baron turbo cargado hasta el año 1985, la empresa trabajó con aeronaves Partanavia, Mitshubishi y Aerocommander. Arrendó aeronaves de STAP (y LAI). En 1985 la empresa adquirió un Beechcraft C-90 Commuter con el que voló algún tiempo, luego vendió esta aeronave para comprar otro C-99 con algunas mejoras. Finalmente, adquirió un Beechcraft 1900C, con el que operó hasta el cierre de sus funciones. El año 1996 obtuvo su certificación BAR 135. La empresa contó con alianzas estratégicas con Interam Aviation Products Corp. de EE.UU., CONAL del Brasil y Aviaservice de Venezuela para el mantenimiento de sus naves. Para su servicio de evacuación médica internacional trabajó con Líder Taxi Service de Brasil y con clínicas locales en Santa Cruz. Entre sus clientes se cuenta con casi todas las empresas petroleras y de prospección que operan en Bolivia. Mantuvo contratos de mas de un año con United Geophysical, Occidental, Western Geophysical, TOTAL, y Tesoro Bolivia. También participó en la prospección de pistas de aterrizaje, cercanas a los pozos y áreas de trabajo de sus clientes. El año 2002 la empresa obtuvo su autorización para el transporte regular de pasajeros como línea aérea comercial, de ahí la denominación de SAVE-Regional. Operó este servicio hasta el año 2005, cuando solicitó la suspensión de este servicio¹.

El 20 de Marzo de 2015, El presidentes Evo Morales Ayma entregó cinco avionetas, en cuyos fuselajes están identificados con la imagen de una paraba y la **leyenda ‘Mi salud’**, en la plataforma del aeropuerto Jorge Henrich Araúz de la ciudad de Trinidad del departamento del Beni. El Presidente Evo Morales señaló que las cuatro avionetas Cessna 210 y el avión Beechcraft serán de utilidad social y empleados como ambulancias aéreas para auxiliar a pacientes delicados en zonas rurales del departamento de Beni y Pando principalmente, siendo la primera evacuación el 23 de Abril de la misma gestión de la ciudad de Riberalta a la ciudad de Trinidad.

2. JUSTIFICACIÓN

- Las emergencias médicas son los principales motivos de referencias de pacientes en aquellos casos que la capacidad resolutive de los establecimientos de salud es limitada, en tal circunstancia, es necesario el traslado de los pacientes a otro establecimiento de salud de mayor complejidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la atención de manera inmediata y efectiva en resguardo de la vida de los pacientes. El transporte, de pacientes es un recurso importante de soporte del Sistema de Referencia y Contra-referencia. En este contexto, el Ministerio de Salud, en su rol rector, considera necesario establecer los criterios y coordinar el transporte aéreo de pacientes a través de la Norma Nacional de Ambulancias Aéreas, garantizando la calidad de la atención durante el traslado de las personas.

¹ Córdova de la Quintana J, Córdova LS. Importancia histórica de la ambulancia en la epidemiología. Archivos Bolivianos de historia de la medicina; 10 (1-2): Ene-Dic 2004

- En el Sistema Nacional de Emergencias en Salud se observa el fraccionamiento y segmentación en la prestación de los servicios de atención prehospitalaria e interhospitalaria, teniendo ambulancias aéreas con diferentes características y operadores en el territorio nacional, con ambulancias aéreas que solamente son medio de transporte ya que carecen de equipamiento y recurso humano capacitado y calificado, por ende con deficiencia en su capacidad resolutive, se tiene ambulancias de diversos tamaños, tipos, usos, distintivos y señalización de las aeronaves.
- En nuestro país gracias a la implementación de las ambulancias aéreas por el Ministerio de salud, las cuales brindan transporte aéreo a pacientes con urgencias o emergencia médica, en el primer semestre de la gestión 2016, del 100% de referencias realizadas el 95.34% de los mismos salvaron la vida, existiendo una mortalidad del 4.65%, cabe aclarar que ningún paciente falleció dentro de una ambulancia aérea. Estas ambulancias aéreas cuentan con la asistencia de médicos con posgrado en atención de urgencias y emergencias médicas, garantizando una atención digna con calidad y calidez, siendo los departamentos de La Paz, Santa Cruz y Cochabamba los lugares de mayor referencia para la atención resolutive de estos pacientes.²
- Tomando en cuenta todo este contexto se puede concluir que la necesidad de contar con un servicio de ambulancias aéreas es imprescindible, pero el mismo debe ser estrictamente regulado, tanto a nivel administrativo como técnico-operacional, para garantizar un servicio con calidad y calidez, sobre todo en aquellas regiones de difícil acceso por otras vías.
- Tomando en cuenta las características geográficas de nuestro país, la atención prehospitalaria e interhospitalaria en casos de urgencias y emergencias médicas exige la intervención de ambulancias aéreas, ya que existen regiones con características geográficas de difícil accesibilidad, a los que se añade las contingencias climáticas, es así que tomando en cuenta todos estos factores y ante la extrema necesidad de un medio de transporte de ambulancia, la aérea es la alternativa ideal para el traslado de pacientes con urgencia o emergencia médica.
- Todos estos motivos fundamentan la necesidad de contar con una **Norma Nacional de Ambulancias Aéreas** para que el Sistema Nacional de Emergencias en Salud pueda uniformar, controlar, coordinar y regular el servicio de estas aeronaves, así como los recursos humanos, el equipamiento, la dotación de insumos, los medicamentos y otros.

3. MARCO CONCEPTUAL

- **AMBULANCIA:** Es todo vehículo de transporte que presta atención prehospitalaria e interhospitalaria de personas enfermas, heridas, accidentadas o víctimas de desastres o catástrofes.
- **AMBULANCIA AÉREA:** Es toda aeronave configurada para el transporte de personas que padecen lesiones orgánicas o enfermedades y que por su estado requieren de equipos, personal y atenciones especiales durante el vuelo. Una ambulancia aérea tiene equipos, material médico, fármacos necesarios para dar soporte a los diferentes niveles de cuidado, personal capacitado y entrenado o calificado en evacuación y medicina aeronáutica.
- **AERONAVE:** Una aeronave es un vehículo que tiene la capacidad de desplazarse por el aire (es decir, sin estar en contacto con la superficie ni con el agua). Dentro de este grupo, existen dos clases de máquinas que permiten los desplazamientos aéreos: los aerodinos (cuyo peso es mayor al del aire y, por lo tanto, tienen que lograr sustentarse a través de algún mecanismo) y los aerostatos (con un peso inferior al del aire, flotan con mayor facilidad). Las aeronaves más usuales actualmente son los vehículos aerodinos. En este conjunto podemos encontrar a los aviones y a los helicópteros. Como son más pesadas que el aire, en estas aeronaves se debe procurar la sustentación. De acuerdo al sistema que emplean, se

² Datos de la Dirección General de Servicios de Salud / Ministerio de Salud 2016

puede distinguir entre las aeronaves de tipo aerodino con ala fija y los aerodinos con ala giratoria. Los aerostatos, que hoy perdieron popularidad, fueron las primeras aeronaves. Su funcionamiento se basa en la utilización de uno o más depósitos con un gas de menor densidad que el aire, que le permite a la aeronave elevarse y flotar. Los dirigibles y los globos aerostáticos son ejemplos de este tipo de aeronaves.

- **RECURSOS HUMANOS DE LA AMBULANCIA AÉREA:** Es el equipo de salud que forma parte de la tripulación habitual de las ambulancias aéreas entre médicos, enfermeras, técnicos de enfermería, y otros profesionales entrenados y certificados en atención prehospitalaria e interhospitalaria y el (personal de apoyo por ejemplo) Piloto y Copiloto.
- **ATENCIÓN PREHOSPITALARIA:** Se define como la atención de personas enfermas, heridas, accidentadas o víctimas de desastres o catástrofes, en el lugar donde se encuentren y durante su traslado prehospitalario, antes de llegar al servicio de salud, cuya condición clínica puede ser leve, moderada o severa, con el fin de lograr la limitación del daño y su estabilización orgánico-funcional, aplicando desde los primeros auxilios, hasta la atención médica de mayor complejidad con el fin de llegar y realizar la referencia del paciente al establecimiento de salud adecuado para la atención y resolución de su cuadro.
- **ATENCIÓN INTERHOSPITALARIA:** Se define como la atención del paciente durante el traslado de referencia y contra-referencia, entre establecimientos o servicios de salud. Es el que se realiza desde un establecimiento de salud hasta otro, para estudio o tratamiento generalmente de un nivel superior o especializado.
- **REDES FUNCIONALES DE SERVICIOS DE SALUD:** Es aquella conformada por establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel, de los subsectores público, de la seguridad social a corto plazo y el privado con o sin fines de lucro, articulados mediante el componente de referencia y contra-referencia, complementados con la medicina tradicional ancestral boliviana y la estructura social en salud.
- **RED DE AMBULANCIAS:** Está compuesta por un conjunto de ambulancias entre terrestres, aéreas y acuáticas, cuya utilización se basa en la selección de la ambulancia mas adecuada en relación a las características de le urgencia, emergencia, desastre o catástrofe en salud, asimismo se puede utilizar esta red de ambulancias de manera coordinada de acuerdo a la complejidad del traslado del paciente o pacientes bajo una instancia estructurada de coordinación de emergencias en salud. Su rol principal contempla la atención, estabilización y traslado en forma rápida, adecuada y oportuna del/los pacientes al establecimiento de salud que corresponda.
- **CENTRO COORDINADOR DE EMERGENCIAS DE SALUD NACIONAL (CCES-N):** Es el órgano rector/normativo a nivel nacional dependiente de la Dirección General de Servicios de Salud, del Ministerio de Salud, referente a urgencias, emergencias, catástrofes o desastres de salud y es coordinador/operativo en el traslado de usuarios en ambulancias en casos de pacientes a nivel internacional e interdepartamental en coordinación con los CCES-D y TSES-M, cuando la respectiva instancia de coordinación es rebasada en su capacidad resolutoria, además desarrolla, reorienta, articula las estrategias, planes y programas de los Centros Coordinadores de Emergencias de Salud a nivel departamental, el cual depende del Servicio Departamental de Salud, del Gobierno Autónomo Departamental que corresponda y los Transportes Sanitarios de Emergencias de Salud a nivel municipal, dependiente de la Dirección Municipal de Salud, del Gobierno Autónomo Municipal que corresponda. Realiza seguimiento y monitoreo de la implementación de las diferentes instancias de coordinación de urgencias, emergencias, catástrofes y desastres en salud y su correspondiente evaluación, proponiendo mejoras, teniendo tuición y control a nivel departamental y municipal.

- **CENTRO COORDINADOR DE EMERGENCIAS DE SALUD DEPARTAMENTAL (CCES-D):** Es una instancia departamental de coordinación-operativa dependiente del Servicio Departamental de Salud, del Gobierno Autónomo Departamental que corresponda y coordina la atención de urgencias, emergencias, catástrofes o desastres en salud y traslado de usuarios en ambulancia en el departamento, garantiza la atención prehospitalaria e interhospitalaria, la referencia y la atención a los pacientes o usuarios que solicitan los servicios del Sistema de Referencia y Contra-referencia, y su admisión oportuna en el establecimiento de salud de destino en coordinación con los establecimientos de salud y otras instancias concurrentes al evento como ser Bomberos de la Policía, Policía Boliviana Nacional, SAR-FAB y otros, para que su problema de salud sea resuelto en forma rápida, oportuna, efectiva con personal debidamente entrenado y calificado. Tiene tuición y control del Transporte Sanitario de Emergencias de Salud a nivel municipal.
- **TRANSPORTE SANITARIO DE EMERGENCIAS DE SALUD MUNICIPAL (TSES-M):** Es una instancia local municipal operativa que depende de la Dirección Municipal de Salud, de cada Gobierno Autónomo Municipal que corresponda, coordina los servicios locales de atención de urgencias, emergencias, catástrofes o desastres en salud y traslado de usuarios en ambulancia en el municipio, garantiza la atención prehospitalaria e interhospitalaria, la referencia y la atención a los pacientes o usuarios que solicitan los servicios del Sistema de Referencia y Contra referencia, en coordinación con el CCES-D y los establecimientos de salud en sus diferentes niveles de atención en el municipio, asimismo con otras instituciones concurrentes (Policía Boliviana Nacional, Bomberos de la Policía, SAR-FAB, etc.), **para que la resolución de su problema de salud sea en forma rápida, oportuna, efectiva con personal debidamente entrenado y calificado.**
- **EMERGENCIA:** Es la situación de salud que se presenta repentinamente, requiere inmediato tratamiento o atención ya que lleva implícito una alta probabilidad de riesgo de vida del paciente.
- **URGENCIA:** Es una situación de salud que también se presenta repentinamente, pero sin riesgo de vida del paciente y puede requerir asistencia médica dentro de un período de tiempo razonable ya sea para calmar la signo-sintomatología o para prevenir complicaciones mayores.
- **CATÁSTROFE:** Suceso inesperado que se instaura de forma rápida que afecta a un sector de la población, que es de gran importancia, que produce destrozos importantes materiales y humanos, que supone una desproporción entre las necesidades y medios de auxilio y que obliga a la intervención de medios extraordinarios, siendo estas dos últimas las características fundamentales de una situación de catástrofe.
- **DESASTRE:** Escenario de grave afectación o daño directo a las personas, sus bienes, medios de vida, servicios y su entorno, causadas por un evento adverso de origen natural o generado por la actividad humana (antrópico), en el contexto de un proceso social, que exceden la capacidad de respuesta de la comunidad o región afectada.
- **EVENTO ADVERSO:** Ocurrencia de una situación imprevista y desfavorable que puede afectar a las personas, los bienes, los servicios y el ambiente, causadas por un suceso natural o generado por la actividad humana.
- **ANTRÓPICO:** Modificaciones que sufre lo natural a causa de la acción de los seres humanos.
- **TRIAJE:** Es la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.
- **POLÍTICA SAFCI:** Definida como la actual política sanitaria nacional plantea, un nuevo modelo de

atención, y de gestión en salud, denominado Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI), basado en los principios de Participación Comunitaria, Intersectorialidad, Interculturalidad e Integralidad (D.S. No. 29601).

- **COMPONENTE DE ATENCIÓN INTEGRAL INTERCULTURAL DE LA SALUD:** La atención integral intercultural de la salud funciona en base a la articulación de redes funcionales de servicios de salud y unidades territoriales, organizada según niveles de complejidad de acuerdo a normas técnico-operacionales, con un referente geográfico y cultural común para fortalecer la capacidad técnica instalada, los flujos de información efectivos y oportunos, la referencia y contra-referencia, la articulación complementariedad entre la medicina tradicional y la académica, con el fin de contribuir a transformar determinantes de la salud, reorientar los servicios de salud y generar hábitos de protección de la salud, mediante la gestión participativa, control social, atención integral intercultural que permitan la mejora del estado y situación de salud de la población.
- **COMPONENTE DE GESTIÓN PARTICIPATIVA:** Este componente se constituye en la forma de generar espacios de participación, interacción y representación comunitaria, donde las comunidades urbanas y rurales (ayllus, marcas, tentas, capitanías, jathas, OTBs, juntas vecinales y otros) a través de sus representantes legítimos en salud, participan en la toman de decisiones de manera efectiva y corresponsable con el sector salud en cuanto a la gestión de la salud (planificación, ejecución-administración y seguimiento-control) en el nivel local, municipal, departamental y nacional.

Existe dentro este componente la organización de planes comunitarios de emergencias que debe ser tomado en cuenta como primer eslabón de movilización comunitaria para poder demandar la atención de emergencias y urgencias.

- **AERÓDROMO:** Área definida de tierra o de agua (que incluye todas sus edificaciones, instalaciones y equipos) destinada total o parcialmente a la llegada, salida y movimiento en superficie de aeronaves.

4. OBJETIVO

4.1. Objetivo general

Establecer las bases técnicas-operacionales y requisitos mínimos, para coordinar y facilitar el transporte de pacientes por vía aérea, garantizando la atención prehospitalaria e interhospitalaria y regular el servicio de ambulancias aéreas a todas aquellas instancias que prestan este servicio.

4.2. Objetivos específicos

- Establecer los requisitos técnico-sanitarios de las ambulancias aéreas, para coordinar y regular su utilización.
- Normar los recursos materiales que deben tener las ambulancias aéreas, a fin de establecer el equipamiento, instrumental, medicamentos e insumos necesarios para la atención de pacientes en casos de emergencias, urgencias, desastres y catástrofes en salud.
- Normar el perfil de los recursos humanos para garantizar la atención adecuada, justificada y oportuna de pacientes en casos de traslado de emergencias, urgencias, desastres y catástrofes en salud.
- Establecer la estructura de gestión de las ambulancias aéreas a nivel nacional y sub-nacional así como en los niveles de coordinación, a fin de definir competencias en las decisiones y suministro de recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros.

5. ALCANCE

La presente Norma Nacional es de aplicación obligatoria en todo el Sistema Nacional de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia que comprende a todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, como ser: Seguridad social a corto plazo, medicina tradicional, privadas con y sin fines de lucro, de la salud pública y todas aquellas instituciones que brindan servicios de ambulancia aérea para el traslado asistido de pacientes en el territorio nacional. Según competencias de:

- Gobiernos Autónomos Departamentales.
- Gobiernos Autónomos Municipales.
- Establecimientos de salud primer, segundo, tercer y cuarto nivel de la seguridad social a corto plazo, medicina tradicional, privadas con y sin fines de lucro, de la salud pública y las instituciones que brindan servicios de ambulancia aérea.
- Servicios de ambulancias de la Policía Boliviana (Bomberos de la Policía y otros), FFAA (Defensa Civil, Grupo SAR-FAB, y otros) y Cruz Roja Boliviana.
- Las instituciones privadas que oferten el servicio de transporte aéreo sanitario.

22 6. MARCO LEGAL

6.1. Disposiciones legales generales

- Constitución Política del Estado, del 7 de febrero del 2009.
- Decreto Supremo N° 29272, del 12 de septiembre 2007, Plan Nacional de Desarrollo.
- Decreto Supremo N° 29894, del 7 de febrero del 2009, Organización del Órgano Ejecutivo.
- Decreto Supremo N° 28478, del 2 de diciembre del 2005, Marco Institucional de la DGAC.
- Ley N° 031, del 19 de julio de 2010, Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”.
- Ley N° 1178, del 16 de septiembre 1997, Administración y Control Gubernamental.
- Ley N° 004, del 31 de marzo 2010, Lucha Contra la Corrupción Marcelo Quiroga Santa Cruz.
- Ley N° 3058, del 17 de mayo 2005, Impuestos Directos a los Hidrocarburos IDH.
- Ley N° 449, del 4 de diciembre de 2013, Ley de Bomberos.
- Ley de Aeronáutica Civil de la República de Bolivia, del 29 de Octubre 2004.
- Ley N° 1970, del 25 de mayo de 1999, Código de procesamiento penal.
- Ley N° 165, del 16 de Agosto de 2011, Ley general de transporte.
- Ley N° 264, del 31 de julio 2012, Ley del Sistema Nacional de Seguridad Ciudadana.
- Manual de Actuaciones Investigativas de Fiscales, Policía y Peritos, Resolución conjunta de la Fiscalía General de la Nación y Comando General de la Policía Nacional N° 001/2007, del 22 de febrero 2007.
- Código de procesamiento penal ley 1970 del 25 de mayo de 1999.
- Reglamentación aeronáutica de Bolivia 107. Del 01 de agosto 2004, Reglamento sobre seguridad de la aviación civil – aeropuerto.

- Reglamentación aeronáutica de Bolivia 138. Del 26 de agosto 2013, Reglamento sobre operación de aeródromos.

6.2. Disposiciones legales en salud

- Ley N° 475, del 30 de diciembre de 2013, Prestaciones de Servicios de Salud Integral, artículo 3, y artículo 7, párrafo IV.
- Ley N° 1737, del 17 de diciembre de 1996, Ley del Medicamento.
- Ley N° 2390, del 23 de mayo de 2002, Uso y protección de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.
- Ley N° 1716, del 21 de diciembre 1996, Ley de donación y trasplante de órganos, células y tejidos.
- Ley N° 3131, del 8 de agosto 2005, del Ejercicio Profesional Médico.
- Ley N° 602, del 14 de noviembre del 2014, de Gestión de Riesgos.
- Decreto Supremo N° 25233, del 27 de noviembre 1998, Funcionamiento de los SEDES.
- Decreto Supremo N° 29601, del 11 de junio 2011, Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud (SAFCI).
- Decreto Supremo N° 1115, del 21 de diciembre 2011, Reglamento a la Ley N° 1716 de donación de órganos, células y tejidos.
- Decreto Supremo N° 28562, del 8 de agosto del 2005, Reglamentario del Ejercicio Profesional Médico.
- Decreto Supremo N° 26873, del 21 de diciembre de 2002. Sistema Nacional Único de Suministros - S.N.U.S.
- Decreto Supremo N° 24176, del 8 de diciembre 1995, Reglamento de Gestión de Residuos Sólidos.
- Decreto Supremo N° 15629, del 18 de julio 1978, Código de Salud.
- Decreto Supremo N° 5315, del 30 de septiembre 1959, Código de Seguridad Social.
- Decreto Supremo N° 1506, del 27 de febrero 2013, Agenda Patriótica 2025. 2013.
- Resolución Ministerial N°. 0090, del 5 de diciembre 2006, Instrumentos Normativos de Calidad del Programa Nacional de Calidad en Salud (PRONACS).
- Resolución Ministerial N° 1036, del 21 de noviembre 2008, Norma Nacional Red Municipal SAFCI y Red de Servicios.
- Resolución Ministerial N° 0039, del 30 de Enero 2013, Norma Nacional Referencia y Contra-referencia, Caracterización de establecimientos de Primer nivel y Caracterización de Hospitales de Segundo nivel.
- Resolución Ministerial N° 0579, del 7 de mayo de 2013, Normas Nacionales de Atención Clínica.
- Resolución Ministerial N° 639, del 4 junio de 2014, Lista Nacional de Medicamentos Esenciales – LINAME 2014 – 2016.
- Resolución Ministerial N° 0737, del 21 de abril de 2009, Reglamento de la SAFCI.
- Plan Quinquenal 2015 – 2020 del Ministerio de Salud. 4 de julio de 2014.

La ambulancia aérea es toda aeronave condicionada para la atención prehospitalaria e interhospitalaria a pacientes por vía aérea.

Las ambulancias aéreas acondicionadas para permitir asistencia técnico-sanitaria en vuelo de acuerdo a su grado de complejidad y al servicio que brindan, se clasifican:

1. CLASIFICACIÓN DE LAS AMBULANCIAS AÉREAS

Las ambulancias aéreas deberán contemplar las normas de la Dirección General de Aeronáutica Civil (DGAC).

Estas aeronaves pueden obedecer a cuatro diferentes clasificaciones por su funcionalidad aerodinámica de acuerdo a sus alas, complejidad de atención, por el tipo de presión atmosférica y tipo de ambulancia, las mismas pueden transversalizarse entre sí.

1.1. Clasificación por su funcionalidad aerodinámica de acuerdo a sus alas

- **Avión o aeronave de ala fija**

Aerodino propulsado por motor, que debe su sustentación en vuelo principalmente a reacciones aerodinámicas ejercidas sobre superficies que permanecen fijas en determinadas condiciones de vuelo.

- **Helicóptero o aeronave de ala rotatoria**

Aerodino que se mantiene en vuelo principalmente en virtud de la reacción del aire sobre uno o más rotores propulsados por motor que giran alrededor de ejes verticales o casi verticales.

1.2. Clasificación por complejidad de atención

- **Transporte aéreo primario o prehospitalario:**

Es el que se realiza desde el lugar de la emergencia hacia un establecimiento de salud. El transporte aéreo hace suyos los principios estratégicos de la medicina prehospitalaria:

- Reducción del intervalo libre de tratamiento.
- Asegurar suficiente y cualificado tratamiento “in situ”.
- Preparación adecuada del paciente para el transporte.
- Minimizar el tiempo de transporte a un establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive.

Se debe entender que tomando en cuenta las características de una aeronave sobre todo las de ala fija, la misma no podrá realizar el traslado del paciente desde el lugar de la referencia hasta el servicio de salud de resolución solicitada de manera implícita, debiéndose utilizar ambulancias terrestres para el traslado del paciente del servicio de salud de referencia a la aeronave y una vez que el mismo aterrice, de la aeronave al servicio de salud de resolución, las aeronaves de ala rotatoria de acuerdo a su capacidad podrá realizar la extracción del paciente de manera directa hasta el nivel de atención mas cercano y los establecimientos que cuenten con aeródromos, de acuerdo a las características de las mismas podrán utilizar aeronaves de ala fija o de ala rotatoria, y verán la necesidad de contar con un servicio auxiliar de ambulancia terrestres para finalizar el transporte del paciente hasta el sitio de resolución si fuera necesario.

- **Transporte aéreo secundario o interhospitalario:**

Es el transporte que se efectúa desde un establecimiento de salud a otro. El establecimiento de salud receptor es generalmente de nivel superior, y en él que se puede efectuar el diagnóstico y tratamiento definitivo.

El equipo de transporte requiere un grado de preparación relacionado con las dificultades del medio aéreo, proporcional a la situación de inestabilidad del enfermo, sus posibles complicaciones en vuelo y al tiempo previsto del traslado hasta el establecimiento de salud de destino.

El médico tratante del establecimiento de salud que solita la referencia es el responsable de estabilizar al paciente para minimizar los riesgos durante el traslado del mismo.

Se debe entender que tomando en cuenta las características de una aeronave sobre todo las de ala fija, la misma no podrá realizar el traslado del paciente desde el lugar de la referencia hasta el servicio de salud de resolución solicitada de manera implícita, debiéndose utilizar ambulancias terrestres para el traslado del paciente del servicio de salud de referencia a la aeronave y una vez que el mismo aterrice, de la aeronave al servicio de salud de resolución, los establecimientos que cuenten con aeródromos, de acuerdo a las características de las mismas podrán utilizar aeronaves de ala fija o de ala rotatoria y verán la necesidad de contar con un servicio auxiliar de ambulancia terrestres para finalizar el transporte del paciente hasta el sitio de resolución si fuera necesario.

1.3. Clasificación por el tipo de presión atmosférica

- **Presurizados - Aviones:**

Los aviones presurizados son aquellos que mantienen la presión atmosférica en el interior con cambios poco significativos con respecto a la existente a nivel del mar.

El uso de aviones sanitarios se reserva para traslados interhospitalarios de larga distancia entre 300 a 1.000 km. y de grandes altitudes, donde los aviones proporcionan una velocidad alta, menos ruidos, presurización de la cabina y control de la temperatura interior.

Para vuelos de 300-500 km. se suelen utilizar el avión a turbo propulsión con capacidad para aterrizar en pistas cortas y con cabina presurizada.

Para distancias mayores suele utilizarse el avión tipo jet.

- **No presurizados – Helicópteros o avionetas:**

Las aeronaves no presurizadas son aquellas cuya presión atmosférica en el interior desciende con la altitud, el espacio de la cabina varía en relación a las aeronaves presurizadas por ser de menor tamaño por lo cual tienen menor capacidad de transporte de personas.

Los helicópteros han revolucionado el concepto de evacuación asistida, debido a la gran variedad de prestaciones que ofrecen. Entre sus ventajas destacan la posibilidad de acceso a zonas restringidas, la rapidez, versatilidad y capacidad de maniobra.

1.4. Clasificación por tipo de ambulancia

- **Ambulancia aérea de Tipo A: (de transporte asistido),** destinada al transporte de paciente en camilla, cuyo traslado es indicado solo en casos de urgencia o emergencia médica ante la ausencia de otro tipo de transporte (terrestre o acuático).

- **Ambulancia Aérea Tipo B:** (de **rescate**), destinada al transporte de paciente rescatado o extraído de una zona donde se suscito un accidente o eventualidad de diferentes características, la prestación de auxilio se basa en una atención prehospitalaria básica dentro el marco de competencias y atribuciones de los rescatistas, refiriendo al paciente hasta el nivel de atención mas cercano y adecuado.

Este tipo de servicio es realizado por todas aquellas instancias entrenadas y capacitadas para tal tarea (**rescate**), las cuales deben estar legalmente reconocidas por instancia competente.

REQUISITOS FÍSICOS DE LAS AMBULANCIAS AÉREAS

Debe contar con las certificaciones exigidas por la Dirección General de Aeronáutica Civil (DGAC) y las certificaciones otorgadas por las respectivas entidades en concordancia con la presente Norma Nacional, para su operación como ambulancia aérea.

Estos requisitos se dividen en externos e internos:

1. REQUISITOS EXTERNOS

1.1. Avisos visuales pasivos

Las aeronaves deberá tener el fuselaje blanco en su totalidad, las ambulancias del sector privado tendrán un 70% de color blanco y un 30% de su color institucional siempre y cuando presenten su manual de marca.

El tamaño de los diferentes avisos visuales pasivos deberá estar acorde al tamaño de los diferentes tipos de ambulancia, tomando en cuenta que los mismos deberán tener un tamaño adecuado para su visibilización a distancia.

Asimismo deberá contar con lo siguiente:

- Identificación de la institución (letras o logotipo) de acuerdo a su imagen institucional o corporativa.
- En la parte lateral deberán contar con una leyenda que identifique la palabra «AMBULANCIA» con pintura reflectante y en un tamaño que permita una adecuada visibilidad, de color rojo.
- La cola deberá ser de color rojo y llevar el logo de la **estrella de la vida**³, es una estrella de seis puntas de color azul con borde blanco, que ocupa todo el espacio lateral de la cola. De acuerdo con la ilustración:



Ilustración Estrella de la Vida

- Código único que identifica a la aeronave, asignado por la CCES-N.
- Número único de teléfono para emergencia.
- Colores de la bandera del Estado Plurinacional de Bolivia (Tricolor y Whipala).

³ Leo R. Schwartz 1973, diseñó una estrella azul con una configuración especial, donde cada barra representa cada uno de los seis componentes del sistema de emergencias médicas.

- Roseta vigente en parabrisas con el Código Único Nacional de ambulancias que identifica a la aeronave, asignado por la CCES-N.

Nota: El logotipo de la Cruz Roja, en el marco de los convenios internacionales y la Ley N° 2390 del 23 de mayo de 2002, solo puede ser utilizado por las ambulancias que pertenezcan al Comité Internacional de la Cruz Roja y/o la Sociedad Nacional de la Cruz Roja.⁴ Nuestro país solicitó la utilización de la cruz roja en las ambulancias, el cual fue restringido por esta institución, es por esta razón que se utiliza la estrella de la vida, emblema reconocido a nivel internacional.

1.2. Avisos visuales activos

- **Elementos de señalización:**

En caso de aeronaves de ala fija estas luces se dispondrán:

En los extremos del ala suelen encontrarse normalmente luces para la señalización que se detalla a continuación:

- Señalizaciones de punta de ala Izquierda – Luz Roja.
- Señalizaciones de punta de ala Derecha – Luz Verde.
- Señalizaciones de cola - Luz Blanca.
- Un destellador estroboscópico en puntas de ala o cola.
- Dicon rojo de encendido de motor en la parte superior.

En caso de aeronaves de ala rotatoria estas luces se dispondrán:

- Señalizaciones en lado izquierdo del fuselaje – Luz Roja.
- Señalizaciones en lado derecho del fuselaje – Luz Verde.
- Señalizaciones de cola - Luz Blanca.
- Dicon rojo de encendido de motor en la parte inferior de la aeronave.

2. REQUISITOS INTERNOS

La aeronave de cualquier tipo (ala fija o rotatoria) debe contar con dos compartimientos, el primero para el piloto y un copiloto denominando habitáculo anterior o cabina, el segundo destinado al paciente para que pueda ser posicionado en decúbito dorsal en una camilla, con un asiento o asientos para el acompañante y equipo de salud, este se denomina habitáculo posterior o gabinete de atención del paciente. La aeronave tendrá un panel de separación garantizando la independencia entre los dos habitáculos, asimismo este panel deberá contar con una ventanilla u otro tipo de acceso, que permita y garantice la comunicación entre las personas del habitáculo anterior y posterior.

2.1. Habitáculo anterior o cabina tiene los siguientes requisitos:

- Una capacidad mínima para dos personas, uno será para el piloto y otra para el copiloto.
- Asientos con cinturones de seguridad.

⁴ Ley n° 2390 de 23 de mayo de 2002

- Medidas de isoterma e insonorización aplicadas a la carrocería (deseable).
- Ventilador para renovación de aire, sin causar turbulencias en el interior del habitáculo anterior y posterior.
- Sistemas de iluminación, ventilación y calefacción que permitan funcionamiento independiente de los habitáculos anterior y posterior.
- Revestimiento interior de piso y paredes debe ser lavable, resistente a los procedimientos de limpieza y desinfección y debe ser antideslizantes.

2.2. **Habitáculo posterior** o gabinete para atención del paciente tiene los siguientes

requisitos:

- Puerta lateral que permita el cómodo y fácil ingreso del paciente en camilla.
- Rieles para el soporte, fijación y deslizamiento de una camilla con ruedas. Anclaje para evitar movimientos o desplazamientos de la camilla.
- Doble cinturón de seguridad para la sujeción del enfermo a la camilla. Asiento con cinturón de seguridad para el personal sanitario.
- Dos conexiones eléctricas de 12 V.
- Iluminación eléctrica interior regulable, orientable y de intensidad suficiente para el tipo de asistencia a realizar.
- Agarradores laterales.
- Revestimiento interior de piso y paredes debe ser lavable, resistente a los procedimientos de limpieza y desinfección y debe ser antideslizantes
- Cámara de seguridad interna (para protección tanto del paciente como del personal de la ambulancia). La misma será encendida, previa autorización a través del consentimiento informado del paciente (Anexo 2), para no vulnerar su derecho a la confidencialidad y privacidad.
- Espacio suficiente para el acompañante y el médico o equipo de salud, para una adecuada movilización en su interior, con una capacidad mínima de dos personas y el paciente.

El equipamiento, medicamentos, insumos y otros de las ambulancias aéreas, varía de acuerdo al tipo de ambulancia y capacidad de resolución.

Las cantidades de los medicamentos, insumos y otros deben responder a la demanda y necesidad particular de cada instancia, para lo cual se debe conformar un equipo técnico, formado por las instancias operativas que realizan el servicio de atención en ambulancias aéreas, debiendo realizar un análisis técnico de máximos y mínimos para la correcta y adecuada utilización de los mismos a nivel nacional, departamental y municipal.

Los medicamentos que presentan asterisco (*) no se encuentran en la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (LINAME), tomando en cuenta las características de manejo de los pacientes con urgencia o emergencia médica, se requieren medicamentos vitales, en este sentido los mismos deben estar en el Formulario Terapéutico Nacional, debiendo las instancias que correspondan a nivel nacional, departamental y municipal realizar las gestiones necesarias para la adquisición de estos, en caso de medicamentos que no se encuentren en la LINAME o el Formulario Terapéutico Nacional, su utilización deberá contar con un respaldo científico.

Asimismo la incorporación de otro tipo de equipamiento para las ambulancias tipo B (rescate) queda abierta en relación a su necesidad para mejorar y garantizar su trabajo en el marco de sus atribuciones y competencias.

El equipamiento, medicamentos, insumos y otros, de las ambulancias aéreas, tomando en cuenta sus características particulares, y con el propósito de optimizar el peso del mismo, se recomienda que sea equipado de acuerdo a las necesidades del caso de urgencia o emergencia médica que se baya a atender.

1. AMBULANCIA AÉREA TIPO “A” PARA EL TRANSPORTE ASISTIDO DE PACIENTES

EQUIPAMIENTO E INSTRUMENTAL (REQUISITOS MÍNIMOS)
EQUIPAMIENTO
Camilla telescópica con ruedas, plegable en sus 2 ejes, con 2 cinturones de seguridad mínimo.
Silla de ruedas plegables, con cinturón y anclajes, apta para descenso por escalera.
Chaleco de extricación.
Tabla rígida espinal larga con laterales de fijación .
Generador eléctrico de oxígeno de 10 litros por minuto (Deseable).
Balón de oxígeno portátil pequeños (2).
Equipo de oxigenoterapia portátil. (mascarillas, bigoterías neonatal pediátrico y adulto).
Camilla tipo cuchara.
Juego Collarín cervical adulto y pediátrico.
Juego de férulas.
Tensiómetro adulto y pediátrico.
Fonendoscopio doble campana.
Linterna frontal manos libres con baterías .
Linterna de exploración física simple.
Oxímetro de pulso portátil , con sensor adulto y pediátrico.
Martillo de percusión o exploración neurológica.
Dopler fetal.
Bolsa, mascarilla para RCP (juego adulto, pediátrico y neonatal).

Glucómetro capilar con 10 tiras reactivas y 10 lancetas.
Aspirador de secreciones portable con alimentación de 12 v.
Colchón de vacío.
Desfibrilador externo automático ,o no automático o mixto.
Monitor cardiaco (Opcional).
Juego mascarilla laríngeas.
Tubos orotraqueales guía y fijador (juego).
Respirador que permita una función respiratoria de 10 – 40 ciclos por minuto y un aporte de O2 hasta el 100% (Opcional).
Traje antishock (Deseable).
Termómetro clínico.
Bolsa mascarilla de reanimación completa “mascarilla, válvula, bolsa reservorio y mangueras conectoras de oxígeno” (AMBU de adulto y pediátrico).
Visualizador de venas (Deseable).
EQUIPO DE SUTURA Y CURACIÓN
Cajas para instrumental (2).
Tijera recta punta fina y roma (2).
Tijera curva punta fina y roma (2).
Tijera de trauma (2).
Pinzas Kocher (4).
Pinzas anatómicas (2).
Pinzas diente de ratón (2).
Pinzas Kelly (4).
Mango de bisturí y 10 hojas (1).
Porta agujas (2).
Pinzas de Magyill (2).
Tambor pequeño (2).
Separadores Farabeuf (2).
Pinzas Mosquito Halstead (2).
Riñoneras.
SET DE PARTO Y RECIÉN NACIDO
Aspirador manual (1).
Bolsa mascarilla de reanimación completa “mascarilla, válvula, bolsa reservorio y mangueras conectoras de oxígeno” (AMBU Neonatal) (2).
Férula maleable (2).
Set de mandriles (2).
Gasas estériles (10).
Claps umbilicales para recién nacido (2).
Toalla estéril blanca (2).
Guantes estériles (2).
Sábanas azules desechables (4).
Pinzas de aro (2).
Hilos de sutura CatGut con aguja (2).
Hilos de sutura nailon (2).
Tijera de Mayo (2).

(MEDICAMENTOS, INSUMOS Y OTROS (REQUISITOS MÍNIMOS))
MEDICAMENTOS
MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES POR VÍA PARENTERAL
Solución de Ringer lactato infusor de 1000 ml.
Solución de Ringer normal infusor de 1000 ml.
Solución Fisiológica infusor al 0.9% 1000 ml.
Solución glucosada al 5% 1000 ml.
Diazepam inyectable 10 mg.
*Hipertrosa ampolla 33,3% y al 50%.
Butil bromuro de hioscina inyectable 20 mg.
Lidocaína inyectable 2%.
Metamizol inyectable 1g..
Nitroglicerina inyectable 5 mg.
Hidrocortisona succinato sódico inyectable 100 mg.
Metoclopramida inyectable 5 mg.
Aminofilina inyectable 25 mg.
Lidocaína + epinefrina inyectable al 2 %.
Clorfeniramina inyectable 10 mg.
Atropina sulfato inyectable 1 mg.
Furosemida inyectable 10 mg.
*Glucosa i.v. (3 ampollas).
Flumazenil inyectable 0,5 mg.
Naloxona inyectable 0,4 mg (3 ampollas).
*Ketorolaco amp. 60 mg.
Nitroglicerina inyectable 5mg.
Oxitocina inyectable 5 UI.
MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL
Ácido acetil salicílico comp. 500 mg.
Paracetamol (Acetaminofén) comp. 500 mg.
Paracetamol (Acetaminofén) jarabe Fco. 120 mg.
Butil bromuro de hioscina comp. 10 mg.
*Nitroglicerina cap .sublingual 5 mg.
Nifedipino cap. o comp. 10mg.
Alfametildopa comp. 500 mg.
Enalapril comp. 10 mg.
*Ketorolaco tab. 10 mg.
CREMAS TÓPICAS
Lidocaína Gel o jalea 2% Tubo.
Bacitracina mas neomicina sulfato crema o pomada 500UI//5 mg.
INSUMOS
Equipos de venoclisis.
Agujas hipodérmicas descartables.
Aguja intra ósea set completo.
Jeringa 5 cc.
Jeringa 10 cc.
Jeringas de insulina con aguja incorporada. 2 u.
Juego de bránulas con sistema de seguridad (14G, 16G, 18G, 20G, 22G y 24G).
Guantes quirúrgicos estériles de diversos tamaños.

Hilo de sutura de diferentes medidas.
Etiquetas clasificación heridos (Caja).
Guantes dediles (Caja).
Apósitos.
Catéter venoso de doble vía - Cavafix.
Vaselina liquida litro.
Yodopovidona solución 10 %.
Clorhexidina gluconato solución.
Cloruro piridonio – DG 6 Fco litro <i>indispensable</i> *.
Equipos de sondaje naso gástrico.
Equipos de sondaje vesical y sonda vesical de diferentes tamaños.
Material de curación: gasas y compresas estériles, vendas, antisépticos, esparadrapo o tela adhesiva.
Set de sábanas descartables .
Bolsas para el manejo de residuos y desechos sólidos.
Tarjetas de triaje.
OTROS
Extintor de incendios. (1).
Equipo de radio de comunicación (1).
Equipo radio receptor “Handy” (1).
Bandas reflectantes (2).
Conos reflectantes (2).
Linterna con baterías (1).
Frazada (2).
Almohada (1).
Juego de sabanillas (2).
Toallas (4).
Llave inglesa (1).
Fuente de energía adicional batería, motor u otro (1).

MALETÍN DE SOPORTE BÁSICO	
DESCRIPCIÓN	
Resucitador manual para adultos:	
Bolsa de silicona esterilizable en autoclave y con capacidad mayor de 1200 cc.	
Dos mascarillas para pacientes adultos de diferentes tamaños con bordes acojinados, anatómicos, transparentes, esterilizables en autoclave.	
Válvula de paciente y válvula PEEP regulable y esterilizable en autoclave.	
Bolsa de reservorio de oxígeno no menor de 2000 cc.	
Resucitador manual pediátrico:	
Bolsa de silicona esterilizable en autoclave y con capacidad mayor a 250 cc.	
Dos mascarillas para pacientes de diferentes tamaños con bordes acojinados, anatómicos, transparentes con reservorio esterilizables en autoclave.	
Válvula de paciente y válvula de seguridad de sobre presión (relief) esterilizable en autoclave.	
Laringoscopio con sistema de iluminación de fibra óptica, lámpara de xenón o mejor, con tres hojas de acero inoxidable de diferentes tamaños, reusables y autoclavables, para pacientes adultos tipo Macintosh; una hoja para pacientes pediátricos tipo Macintosh reusable y autoclavables; tres hojas de diferentes tamaños para pacientes pediátricos tipo Miller reusable; un mango para pilas.	
Set de tubos orofaríngeos tipo mayo de diferentes tamaños del N° 00 al N° 5.	
Set de tubos nasofaríngeos preformados del N° 2.5 al N° 6.	
Set de tubos orotraqueales del N° 2.5 al N° 9	
Tres (03) máscaras laringeas descartables, tamaños 2, 2 ½, 4, preformadas en ángulo anatómico de 70 grados para fácil inserción, con punta reforzada.	

1 pinza tipo Magill de 17 cm para pediátricos.
1 pinza tipo Magill de 24 cm. para adultos.
1 botella de aluminio para oxígeno portátil con regulador y flujómetro tipo M-9, para ser transportado dentro del maletín.
Baja lenguas o abre bocas.
Medicamentos e Insumos
Midazolam inyectable 5 mg.
Diazepam inyectable 10 mg.
Diazepam comp/ranurado 10 mg.
*Anti espasmódico más analgésico (ampollas).
Nitroglicerina inyectable 5 mg.
*Nitroglicerina (perlas, comprimidos sublinguales o cápsulas) 5 mg.
Metamizol inyectable 1gr.
Hidrocortisona inyectable 250 mg.
Metoclopramida inyectable 5 mg .
Naloxona inyectable 0,4 mg. (3 ampollas).
Clorfeniramina inyectable 10 mg.
Nifedepino comp o cap 10 mg.
Equipos de venoclisis.
Agujas hipodérmicas.
Jeringa 5 cc.
Jeringa 10 cc.
Jeringas de insulina con aguja incorporada.
Juego de bránulas con sistema de seguridad (14G, 16G, 18G, 20G, 22G y 24G).
Hilos de sutura tipo mononylon con aguja curva a traumática n° 2-0.

2. AMBULANCIA AÉREA TIPO “B” DE RESCATE

REQUISITOS MÍNIMOS EQUIPAMIENTO E INSTRUMENTAL (REQUISITOS MÍNIMOS)	
EQUIPAMIENTO	
Camilla telescópica con ruedas, plegable en sus 2 ejes, con 2 cinturones de seguridad mínimo.	
Silla de ruedas plegables, con cinturón y anclajes, apta para descenso por escalera.	
Chaleco de extricación.	
Tabla rígida espinal larga con laterales de fijación.	
Balones de oxígeno pequeños (2).	
Generador eléctrico de oxígeno de 10 litros por minuto (Deseable).	
Equipo de oxigenoterapia portátil. (mascarillas, bigoterías neonatal pediátrico y adulto).	
Camilla tipo cuchara.	
Juego collarín cervical adulto y pediátrico.	
Juego de férulas.	
Tensiómetro adulto y pediátrico.	
Fonendoscopio doble campana.	
Linterna frontal manos libres con baterías.	
Linterna de exploración física simple.	
Martillo de percusión o exploración neurológica.	
Oxímetro de pulso portátil, con sensor adulto y pediátrico.	
Dopler fetal.	
Bolsa mascarilla de reanimación completa “mascarilla, válvula, bolsa reservorio y mangueras conectoras de oxígeno (AMBU de adulto y pediátrico).	
Aspirador de secreciones portable con alimentación de 12 v.	
Colchón de vacío.	
Traje antishock (Deseable).	

Termómetro clínico.
DEA (desfibrilador externo automático) opcional.
Bolsas para el manejo de residuos y desechos sólidos.
Tarjetas de triaje.
Glucómetro capilar con 10 tiras reactivas y 10 lancetas.
EQUIPO DE SUTURA Y CURACIÓN
Cajas para instrumental (2).
Tijeras recta punta fina y roma (2).
Tijeras curva punta fina y roma (2).
Tijera trauma.
Pinzas Kocher (4).
Pinzas anatómicas (2).
Pinzas diente de ratón (2).
Pinzas Kelly (4).
Mango de bisturí y 10 hojas. (1).
Porta agujas. (2).
Riñoneras (2).
Tambor pequeño (2).
SET DE PARTO Y RECIÉN NACIDO
Aspirador manual (1).
Bolsa mascarilla de reanimación completa “mascarilla, válvula, bolsa reservorio y mangueras conectoras de oxígeno (AMBU Neonatal) (2).
Férula maleable (2).
Set de mandriles (2).
Gasas estériles (10).
Claps umbilicales para recién nacido (2).
Toalla estéril blanca (2).
Guantes estériles (2).
Sábanas azules desechables (4).
Pinzas de aro (2).
Hilos de sutura Cat Gut con aguja (2).
Hilos de sutura nailon (2).
Tijera de Mayo (2).
OTROS
Extintor de incendios. (1).
Equipo de radio de comunicación (1).
Equipo radio receptor “Handy” (1).
Bandas reflectantes (2).
Conos reflectantes (2).
Linterna con baterías (1).
Frazada (2).
Almohada (1).
Juego de sábanillas (2).
Toallas (4).
Llave inglesa (1).
Fuente de energía adicional Batería, motor u otro (1).

1. RECURSOS HUMANOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE AMBULANCIAS AÉREAS

De acuerdo a los servicios asistenciales que prestan las ambulancias aéreas, contarán con médico, licenciada en enfermería, técnico en enfermería, piloto, copiloto u otros profesionales entrenados y certificados en atención prehospitalaria e interhospitalaria.

1.1. Personal de salud

Equipo de profesionales, técnicos u otros profesionales certificados para la atención prehospitalaria e interhospitalaria que realizan traslado de pacientes en caso de emergencias, urgencias, desastres o catástrofes en salud, y son responsables del paciente durante su transporte desde el establecimiento de salud o sitio de la emergencia hasta el establecimiento de salud de referencia.

El personal de salud está conformado por un médico, licenciada/o enfermera/o, técnico en enfermería u otro profesional capacitado y entrenado en atención prehospitalaria e interhospitalaria.

1.2. Piloto y copiloto

Son los responsables de las operaciones esenciales de la aeronave durante el tiempo de vuelo, y tienen la capacidad de coadyuvar al personal de salud de la ambulancia de acuerdo a sus capacidades, atribuciones y competencias.

En relación a la parte técnica del vuelo, el piloto de la aeronave es la autoridad máxima a bordo y en todo momento deberá respetarse sus indicaciones.

1.3. Otros profesionales

En caso de las ambulancias tipo B (rescate), las mismas son atribuciones de profesionales como Bomberos de la Policía, SAR-FAB y otros que están entrenados y certificados en atención prehospitalaria de estas características.

Los recursos humanos deberán contar con un espacio físico cercano a la ambulancia, adecuado para el descanso transitorio (estar de personas, baño con ducha, otros) dimensionado de acuerdo a las características físicas del lugar.

2. REQUISITOS PROFESIONALES DEL PERSONAL SANITARIO SEGÚN EL TIPO DE AMBULANCIA

Los requisitos que el personal sanitario de las ambulancias aéreas debe cumplir, varían según el tipo de ambulancia, y estos son:

2.1. Ambulancia tipo “A” de transporte asistido

PROFESIONAL MÉDICO	
Perfil requerido	Profesional en ciencias de la salud u otro profesional certificado en atención prehospitalaria.
Formación	<p>El postulante deberá cumplir con los siguientes requisitos mínimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Título Profesional médico general u otro profesional certificado en atención prehospitalaria con título en provisión nacional. • Matrícula Matrícula profesional del Ministerio de Salud. • Cursos <ul style="list-style-type: none"> - Con posgrado en medicina de urgencias y emergencias médicas. - Tener conocimiento de la política nacional de salud y programas nacionales. - Tener conocimiento en el manejo de pacientes en urgencias y emergencias médicas. - Certificado en ATLS o ACLS. - Certificado en PHTLS o similares (Deseable). - Conocimiento de la lengua nativa del área de trabajo.
Experiencia general y experiencia específica	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencia general Dos (2) años de experiencia profesional general en el ejercicio de su profesión, a partir del título en provisión nacional. • Experiencia específica <ul style="list-style-type: none"> - Experiencia de trabajo en el área de urgencias y emergencias médicas. - Experiencia en manejo de pacientes críticos y no críticos.
Capacidades personales requeridas	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de gestión. • Capacidad para desempeñarse en equipos multidisciplinarios de trabajo. • Buenas relaciones interpersonales. • Capacidad para trabajar bajo presión. • Disponibilidad de tiempo. • Disponibilidad inmediata.

Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir con la aplicación de los protocolos y normas nacionales de atención clínica. • Coordinar sus acciones de salud intra y extra hospitalarias. • Cumplir con las normas de referencia y contra-referencia. • Consolidar la información mensual requerida, sobre la atención médica realizada. • Estar a disposición para situaciones de emergencias o desastres. • Desarrollar una actitud positiva de equipo de trabajo con los demás miembros del equipo de emergencias. • Actuar en el marco de la ética profesional y humana.
Dependencia	De acuerdo a unidad de origen.
Unidad de trabajo	Transporte Sanitario de Emergencias de Salud-Municipal (TSES-M) o entidad de dependencia.

PROFESIONAL LICENCIADA/O EN ENFERMERÍA	
Perfil requerido	Profesional en ciencias de la salud u otro profesional certificado en atención prehospitalaria
Formación	<p>El postulante deberá cumplir con los siguientes requisitos mínimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Título Profesional licenciada/o en enfermería u otro profesional certificado en asistencia prehospitalaria con título en provisión nacional. • Matrícula Matrícula profesional del Ministerio de Salud. • Cursos <ul style="list-style-type: none"> - Tener conocimiento de la política nacional de salud y programas nacionales. - Tener conocimiento en el manejo de pacientes en urgencias y emergencias médicas. - Certificado en PHTLS o similares. - Conocimiento de Soporte Vital Básico. - Conocimiento de la lengua nativa del área de trabajo.

Experiencia general y experiencia específica	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencia general <ul style="list-style-type: none"> - Dos (2) años de experiencia profesional general en el ejercicio de su profesión, a partir del título en provisión nacional. - Experiencia de trabajo con la comunidad. - Experiencia en el manejo de metodologías información, comunicación y educación. • Experiencia específica Tener experiencia en el manejo de pacientes en urgencias y emergencias médicas.
Capacidades personales requeridas	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de gestión. • Capacidad para desempeñarse en equipos multidisciplinarios de trabajo. • Buenas relaciones interpersonales. • Capacidad para trabajar bajo presión. • Disponibilidad de tiempo. • Disponibilidad inmediata. • Habilidad para capacitar, transferir conocimientos y prácticas de trabajo.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Dar atención de enfermería, dentro de la ambulancia relacionando sus actividades a la promoción, prevención, aplicación de tratamiento y rehabilitación de pacientes. • Realizar procedimientos terapéuticos, con limitación a sus competencias. • Verificar en cada guardia la medicación que este completa y el funcionamiento de cada equipo. • Cumplir con la política nacional de salud y programas especiales. • Cumplir con la aplicación de los protocolos y normas de atención de enfermería clínica y hospitalaria. • Coordinar sus acciones de salud intra y extra hospitalaria, consolidar la información mensual a través de instrumentos estandarizados de atención al paciente en el interior de la ambulancia. • Cumplir con las normas de referencia y contra-referencia. • Estar a disposición para situaciones de emergencias, desastres o demanda del establecimiento de salud. • Desarrollar una actitud positiva de trabajo en equipo. • Habilidad de trabajo bajo presión. • Actuar en el marco de la ética profesional y humana.
Dependencia	De acuerdo a unidad de origen.
Unidad de trabajo	Transporte Sanitario de Emergencias de Salud-Municipal (TSES-M) o entidad de dependencia.

PROFESIONAL TÉCNICO EN ENFERMERÍA

Perfil requerido	Profesional en ciencias de la salud u otro profesional certificado en asistencia prehospitalaria.
Formación	<p>El postulante deberá cumplir con los siguientes requisitos mínimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Título Profesional técnico en enfermería u otro profesional certificado en asistencia prehospitalaria con título en provisión nacional. • Matrícula Matrícula profesional del Ministerio de Salud. • Cursos <ul style="list-style-type: none"> - Tener conocimiento de la política nacional de salud y programas nacionales. - Tener conocimiento en el manejo de pacientes en urgencias y emergencias médicas. - Certificado en BLS o similares (Deseable). - Conocimiento de la lengua nativa del área de trabajo.
Experiencia general y experiencia específica	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencia general <ul style="list-style-type: none"> - Dos (2) años de experiencia profesional general en el ejercicio de su profesión, a partir del título en provisión nacional. - Experiencia de trabajo con la comunidad. - Experiencia en el manejo de metodologías información, comunicación y educación. • Experiencia específica Tener experiencia en el manejo de pacientes en urgencias y emergencias médicas
Capacidades personales requeridas	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de gestión. • Capacidad para desempeñarse en equipos multidisciplinarios de trabajo. • Buenas relaciones interpersonales. • Capacidad para trabajar bajo presión. • Disponibilidad de tiempo. • Disponibilidad inmediata. • Habilidad para capacitar, transferir conocimientos y prácticas de trabajo.

Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Dar atención de enfermería, dentro de la ambulancia relacionando sus actividades a la promoción, prevención, aplicación de tratamiento y rehabilitación de pacientes. • Verificar en cada guardia la medicación que este completa y el funcionamiento de cada equipo. • Cumplir con la política nacional de salud y programas especiales. • Cumplir con la aplicación de los protocolos y normas de atención de enfermería clínica y hospitalaria. • Coordinar sus acciones de salud intra y extra hospitalaria, consolidar la información mensual a través de instrumento estandarizados de atención al paciente en el interior de la ambulancia. • Cumplir con las normas de referencia y contra-referencia. • Estar a disposición para situaciones de emergencias, desastres o demanda del establecimiento de salud. • Desarrollar una actitud positiva de trabajo en equipo. • Habilidad de trabajo bajo presión. • Actuar en el marco de la ética profesional y humana.
Dependencia	De acuerdo a unidad de origen.
Unidad de trabajo	Transporte Sanitario de Emergencias de Salud-Municipal (TSES-M) o entidad de dependencia.

PILOTO	
Perfil requerido	Piloto certificado por la Fuerza Aérea de Bolivia o la DGAC para pilotos civiles
Formación	<p>El postulante deberá cumplir con los siguientes requisitos mínimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Credencial de piloto Extendida por autoridad competente. • Cursos <ul style="list-style-type: none"> - Poseer certificación de haber cursado primeros auxilios. - Conocimientos básicos de bioseguridad.
Certificado Médico	Tener certificación médica reciente que demuestre que es apto para el desarrollo de esta actividad.
Experiencia general	De 1.000 horas de vuelo a partir de la extensión de su credencial.

Capacidades personales requeridas	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para desempeñarse en equipos multidisciplinares de trabajo. • Buenas relaciones interpersonales. • Capacidad para trabajar bajo presión. • Disponibilidad de tiempo. • Disponibilidad inmediata.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar el buen estado de la aeronave antes y después del traslado del paciente, reportar en caso de desperfectos u otra observación que el piloto crea pertinente. • Responsables de las operaciones esenciales de la aeronave durante el tiempo de vuelo. • Apoyo al equipo de salud en atención y movilización de pacientes de acuerdo a competencias adquiridas. • Actuar en el marco de la ética profesional y humana.
Dependencia	Comandancia de Brigada Aérea correspondiente.
Unidad de trabajo	Brigada Aérea correspondiente.

2.2. Ambulancia tipo “B” de rescate

PROFESIONAL O PERSONAL CALIFICADO	
Perfil del profesional u/o personal calificado	Profesional o personal capacitado, perteneciente a institución reconocida por el Ministerio de Salud, Viceministerio de Defensa Civil y Viceministerio de Seguridad Ciudadana para la prestación de asistencia prehospitalaria.
Formación	<p>El postulante deberá cumplir con los siguientes requisitos mínimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cursos <ul style="list-style-type: none"> - Curso de atención prehospitalaria, certificada por instancia institucional legalmente reconocida por el Ministerio de Salud o Viceministerio de Defensa Civil o Viceministerio de Seguridad Ciudadana (Ejemplo; Bomberos de la Policía, Cruz Roja Boliviana, SAR-FAB, otros) - Tener conocimiento en el manejo de pacientes en urgencias y emergencias médicas. - Certificado en BLS, PHTLS o similares. - Conocimiento de la lengua nativa del área de trabajo.
Capacidades personales requeridas	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de gestión. • Capacidad para desempeñarse en equipos multidisciplinares de trabajo. • Buenas relaciones interpersonales. • Capacidad para trabajar bajo presión. • Disponibilidad de tiempo. • Disponibilidad inmediata.

Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir con la aplicación de los protocolos y normas nacionales de atención prehospitalaria (en el marco de sus competencias y atribuciones). • Coordinar sus acciones de salud intra y extra hospitalarias. • Consolidar la información mensual requerida, sobre la atención prehospitalaria realizada. • Estar a disposición para situaciones de emergencias o desastres. • Desarrollar una actitud positiva de equipo de trabajo con los demás miembros del equipo de emergencias. • Actuar en el marco de la ética profesional y humana.
Dependencia	De acuerdo a unidad de origen.
Unidad de trabajo	De acuerdo a la institución de origen.

PILOTO	
Perfil requerido	Piloto certificado por la Fuerza Aérea de Bolivia o la DGAC para pilotos civiles.
Formación	<p>El postulante deberá cumplir con los siguientes requisitos mínimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Credencial de piloto Extendida por autoridad competente. • Cursos <ul style="list-style-type: none"> - Poseer certificación de haber cursado primeros auxilios. - Conocimientos básicos de bioseguridad.
Certificado Médico	Tener certificación médica reciente que demuestre que es apto para el desarrollo de esta actividad.
Experiencia general	De 1.000 horas de vuelo a partir de la extensión de su credencial.
Capacidades personales requeridas	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para desempeñarse en equipos multidisciplinarios de trabajo. • Buenas relaciones interpersonales. • Capacidad para trabajar bajo presión. • Disponibilidad de tiempo. • Disponibilidad inmediata.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar el buen estado de la aeronave antes y después del traslado del paciente, reportar en caso de desperfectos u otra observación que el piloto crea pertinente. • Responsables de las operaciones esenciales de la aeronave durante el tiempo de vuelo. • Apoyo al equipo de salud en atención movilización de pacientes de acuerdo a competencias adquiridas. • Actuar en el marco de la ética profesional y humana.
Dependencia	Comandancia de Brigada Aérea correspondiente.
Unidad de trabajo	Brigada Aérea correspondiente.

Nota: La asistencia dentro de los diferentes tipos de ambulancia tiene que ser realizada por personal capacitado y certificado por instancia pertinente, en el marco de sus competencias y atribuciones.

3. UNIFORME DEL PERSONAL DE LA AMBULANCIA AÉREA

Las ambulancias aéreas del sistema de salud no podrán circular con personal sin uniforme (emblemas institucionales e identificación), que serán proporcionadas por el CCES-N, CCES-D y TSES-M según corresponda, para garantizar su identificación y bioseguridad, los pilotos deberán respetar su uniforme según reglamento institucional y los emitidos por la DGAC. Los materiales de los uniformes tienen que ser ignífugos, de fácil limpieza, lavado y secado, con bandas refractarias de acuerdo a recomendaciones internacionales, cómodas para su uso y adecuadas a las condiciones climáticas de las regiones, con aditamentos de bolsillos de carga y refuerzos en las partes anatómicas sujetas a desgaste, el cual mínimamente deberá tener los siguientes componentes:

3.1. Para el personal de salud

El color de la vestimenta deberá ser azul de manera general, con diseños menores de otro color que identifique a la institución, colores de la bandera del Estado Plurinacional de Bolivia (Tricolor y Whipala) y la estrella de la vida que deben ser colocadas mínimamente en las siguientes prendas; Polera, camisa, chaleco y chamarra en fondo blanco para que sea visible, asimismo estas prendas deberán tener la identificación del personal de salud y su cargo.

Excepcionalmente el color de la vestimenta y la utilización de distintivos de identificación podrán variar en algunas instituciones (por ejemplo SAR-FAB, Bomberos de la Policía Boliviana, otros) bajo justificación técnica operativa muy bien respaldada. Asimismo las instituciones privadas que presenten su manual de marca podrán conservar sus colores institucionales solo en relación a la vestimenta de su personal.

- **Vestimenta**

- Polera de manga corta y manga larga.
- Camisa manga corta.
- Chaleco con cinta reflejante para servicios nocturnos.
- Chamarra con cintas refractantes.
- Fajilla para protección lumbar.
- Pantalón con cintas refractantes.
- Gorra y/o sombrero para sol.
- Bota con “caña” por encima del tobillo (tipo militar con agujetas y “casquillo metálico con cubierta plástica”), suela anti-derrapante y contra ácido y aceite.
- Pijama médico para el personal de salud.

3.2. Para el piloto y copiloto

- **Vestimenta**

Las características del uniforme de los pilotos serán acordes a las normativas establecidas de cada institución y la DGAC.

4. MEDIOS DE BARRERA DE PROTECCIÓN

4.1. Medios de barrera para el personal de salud

- Guantes de látex de Nitrilo para atención de pacientes (Desechables).
- Lentes de seguridad de alto impacto (Goggles).
- Barbijo (Desechable).
- Barrera para Reanimación Cardio-Pulmonar (Pocket Masks).
- Delantal desechable.

4.2. Medios de barrera para el piloto y copiloto

- Guantes de látex de Nitrilo para atención de pacientes (Desechables).
- Lentes de seguridad de alto impacto (Goggles).
- Barbijo (Desechables).
- Y otros que sus respectivas instituciones señalen.

Nota: Para caso de epidemias contar con 3 trajes tipos (Equipo de protección individual nivel 2), 3 mascarillas tipo N95, una caja de guantes desechables, y una caja de barbijos desechables. Asimismo, aditamentos adicionales a lo señalado queda abierto con el fin de garantizar la seguridad del personal de salud y el paciente.

1. ASPECTOS GENERALES

Las ambulancias aéreas, deben utilizarse única y estrictamente para el traslado prehospitalario e interhospitalario de emergencias y urgencias médicas justificado y documentado de pacientes, de establecimientos de salud público, de la seguridad social a corto plazo, privados y otros, en cumplimiento de los protocolos clínicos y norma de referencia y contra-referencia, así como otros procedimientos administrativos pertinentes y vigentes.

El control, las referencias y toda actividad inherente al traslado de pacientes se realizarán mediante hojas de ruta de acuerdo a normas de la DGAC, que serán notificadas al CCES-D y al CCES-N, para fines de seguimiento, monitoreo y evaluación.

La utilización de las ambulancias aéreas deberá tomar en cuenta los costos, gestión y logística de este tipo de transporte y siempre priorizar otras ambulancias terrestres o acuáticas cuando así la situación lo permita, precautelando siempre el bienestar del paciente.

2. ATENCIÓN EN LA AMBULANCIA AÉREA

- De acuerdo al tipo de ambulancia aérea y nivel de atención del establecimiento de salud, la jerarquía del personal de salud será el siguiente: médico, licenciada en enfermería, técnico en enfermería, otros profesionales entrenados y certificados en atención prehospitalaria e interhospitalaria, y pilotos.
- Brindar un trato con respeto al paciente y su familiar, recordar que las personas escuchan y ven por lo tanto, se debe cuidar el lenguaje verbal y corporal.
- El personal de una ambulancia, debe velar por el cumplimiento de los cuatro principios bio-éticos fundamentales de la medicina: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.
- El personal de salud realizará la atención del paciente y podrá transportar solo un familiar acompañante o responsable. Este debe obedecer las indicaciones del personal de salud durante el traslado del paciente.
- El personal de salud debe acompañar al paciente en el habitáculo posterior, desde el lugar de origen hasta cumplir la referencia al nivel de atención correspondiente, con el formulario de referencia debidamente llenado, describiendo los eventos y tratamiento aplicados durante el traslado, cuidando que todo quede escrito en la ficha clínica rápida de traslado en ambulancia (Anexi 1).
- En caso de emergencias masivas, de manera excepcional, se podrá trasladar dos o más pacientes previa autorización y criterio de la CCES-D y CCES-N, siempre y cuando no ponga en riesgo a los pacientes y al personal de salud de la ambulancia.
- La administración de medicamentos y drogas, solo puede ser autorizada por indicación del médico del equipo de salud, esto en el marco de competencias y atribuciones del ejercicio de la profesión para no incurrir en el delito de usurpación de funciones.
- Se preservará durante la transmisión de información médica el derecho a la confidencialidad, dignidad y privacidad del paciente.

3. TRASLADO DE PACIENTES

3.1. Triage del paciente para transporte en ambulancia

- La palabra triaje proviene del término francés trier que significa “seleccionar o escoger”, “elegir o clasificar”

Se refiere al proceso de clasificación del paciente en niveles de gravedad por parte del personal de salud o quien corresponda que realice el triaje, que determinará la prioridad de la atención, así como adaptar las necesidades del paciente al medio de transporte sanitario mas adecuado (cuando sea posible), para su traslado al nivel de resolución correspondiente.

- Es importante:
 - Reducir la morbimortalidad de pacientes a través de un traslado oportuno y adecuado.
 - Evitar la demora en el traslado de aquellos pacientes que presentan patologías graves y necesitan una atención mas rápida.
 - Garantizar una valoración médica de los pacientes que requieran de una ambulancia.
 - Proporcionar información oportuna del estado del paciente a los familiares.
- **Etapas del triaje:** Se tiene las siguientes etapas. Las mismas no necesariamente son sucesivas ya que en algunos casos pueden realizarse de manera simultánea:

- **Primer contacto con el paciente:** El responsable de realizar el triaje debe ser el primero que establece contacto con el paciente, debe identificarse ante él, explicarle el proceso al que va a ser sometido y lo que se derivará del mismo.

En esta etapa el personal calificado que realiza el triaje también puede decidir qué pacientes no necesitan esperar un triaje debido a lo evidente de su cuadro de salud.

- **Valoración:** El personal de salud que realice el triaje debe identificar el problema del paciente, a través de una valoración de los signos y síntomas que presenta, misma que debe ser registrada en la Ficha Clínica Rápida de Traslado en ambulancia (Anexo 1).

En algunos casos será necesario la toma de signos vitales de manera periódica.

- **Clasificación:** Se considera la parte clave del proceso, ya que en la misma quedará establecida la prioridad de atención al paciente, así como la asignación del tipo de ambulancia (cuando sea posible) y el traslado del paciente hasta la instancia de resolución mas adecuada.

El Triage realizado por el personal de salud o quien corresponda se hará siempre en base a signos y síntomas manifestados por el paciente.

El triaje se clasifica:

- **Negro (Nivel 0):** Paciente fallecido. Se debe informar al ministerio público y la Policía para fines legales de investigación.
- **Rojo (Nivel I):** Emergencia o riesgo vital inminente. Pacientes que supera la valoración A del ABC (vía aérea, ventilación y circulación) y esta inconsciente. Procesos agudos, críticos o inestables que presentan impresión general de extrema gravedad.

Los signos a apreciarse en este nivel serán:

Piel y mucosas; Presenta cianosis central y periférica, palidez grisácea, frialdad acra. Respiración; ausente, lenta o superficial. Circulatorio; Sin pulsos periféricos o muy débiles, bradicardia y Presión Arterial imperceptible. Neurológico; Inconsciente y poco o nada reactivo. Su atención debe ser inmediata.

- **Amarillo (Nivel II):** Paciente agudo crítico. Pacientes que superan la valoración ABC (vía aérea, ventilación y circulación) con un estado de conciencia alterado, cuya situación es de potencial deterioro.

Pueden pasar a reanimación. Dentro de este grupo nos encontraríamos con cuadros que pueden conducir a deterioro rápido respiratorio, neurológico o hemo-dinámico. Deben ser atendidos en menos de 10 minutos.

Los signos apreciables en este nivel serán:

Impresión general de gravedad. Piel y mucosas; Palidez, cianosis, petequias, hipo-perfusión periférica. Respiración; Disnea, taquipnea, ruidos respiratorios, tiraje costal, aumento del trabajo respiratorio, estridor. Circulación; Taquicardia, bradicardia, pulso filiforme. Neurológico; Confusión, estupor, obnubilación, agitación, ansiedad.

- **Verde (Nivel III):** Paciente agudo no crítico. Se consideran aquellos procesos que no ponen en riesgo la vida del paciente. No debería esperar mas de 30 minutos.

Estos pacientes podrían presentar:

Estado post-crítico, cefalea, paresia y alteraciones del lenguaje verbal, vértigo con afectación vegetativa, síncope sin alteración de signos vitales, síndromes piramidales, dolor torácico de características neuro-muscular no cardiogénica, urgencia psiquiátrica (psicosis agresivas), dolor abdominal y heridas leves.

Se debe considerar la clasificación como un proceso continuo, donde podamos ir reevaluando los niveles asignados, ya que puede haber variaciones durante el transporte del paciente que necesiten una nueva asignación, esto incluye el nivel de resolución mas adecuado. Ante una situación difícil y comprometida en el momento de clasificar, el personal de salud siempre debe elegir el nivel de gravedad mayor.

Al establecer los niveles de prioridad el personal de salud deberá diferenciar entre la prioridad clínica y la prioridad relativa debido a situaciones especiales: ancianos desorientados, pacientes agresivos, agresiones sexuales, etc. También se tendrán en cuenta factores externos como la hora del día, la presión asistencial, etc.⁵

- **Distribución:** Tras la clasificación del paciente por el personal de salud o quien corresponda que lo realice, se decide que tipo de ambulancia corresponde para el traslado del paciente a la instancia de resolución mas adecuada. Por lo tanto el profesional que realiza el triaje debe saber en todo momento la situación asistencial de referencia en coordinación con el CCES-D: qué servicios de salud están más cerca, disponibilidad de especialidad, disponibilidad de camas, la congestión vehicular, rutas alternas y otros. En base a estas circunstancias se tomarán decisiones de traslado del paciente a la instancia de resolución mas adecuada.

⁵ Nicolás González N, Martínez F, Ureta C, Alonso S. Protocolo de triaje o Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) en Urgencias del Hospital Do Salnés.

La distribución de ambulancias según niveles de gravedad es:

- **Paciente Negro o paciente fallecido:** No es prioridad, se debe informar al ministerio público y policía.
- **Paciente Rojo o paciente crítico:** Será acompañado rápidamente a un segundo, tercer o cuarto nivel de atención según su capacidad de resolución, el paciente debe ser trasladado en una ambulancia aérea tipo A, la cual está equipada para un Soporte Vital Básico, alertando al resto del personal de la llegada, asimismo se irán tomando las medidas necesarias para mantener al paciente lo más estable posible. Se propone que el personal mínimo para atender a un paciente de este tipo es: 1 médico más 1 enfermera, o 1 auxiliar de enfermería u otros personal calificado (según capacidad de resolución).
- **Paciente Amarillo o agudo inestable:** Se derivará según su gravedad o disponibilidad del servicio a un segundo o tercer nivel de atención según su grado de resolución. El paciente debe ser trasladado en una ambulancia aérea tipo A, para un soporte Vital Básico. Se propone que el personal mínimo para atender a estos pacientes es: 1 médico, 1 enfermera, o 1 auxiliar de enfermería u otro personal calificado (según capacidad de resolución).
- **Paciente Verde o agudo estable:** Se derivará a un segundo nivel de atención, el paciente deberá ser trasladado en una ambulancia terrestre tipo 1 o 2 equipada para una asistencia simple o Soporte Vital Básico. Se propone que el personal mínimo para atender a estos pacientes es: 1 médico, 1 enfermera, o 1 auxiliar de enfermería u otro personal capacitado (según capacidad de resolución), en el caso de las ambulancias tipo 1B, el personal requerido estará constituido mínimamente por 2 personas capacitadas en atención prehospitalaria básica.

Se debe considerar siempre el bienestar del paciente y lo más adecuado para su pronta atención en relación a la gravedad del cuadro clínico, en este sentido si no se tiene acceso al tipo de ambulancia y nivel de atención recomendado, se debe trasladar al paciente en las mejores condiciones posibles y referir al mismo al servicio de salud que cuente con la capacidad de resolución más adecuada.

- **Responsable del triaje:** En el caso de las ambulancias tipo A, la responsabilidad de realizar el triaje va en relación jerárquica (Médico, licenciada en enfermería, auxiliar en enfermería, profesional técnico u otro personal calificado y certificado), también lo puede realizar el médico del CCES-D, los mismos deben estar calificados para tal tarea, debiendo ser el primero que establece contacto con el paciente.

En caso de las ambulancias tipo B el encargado de realizar el triaje es el responsable del equipo de rescate encargado de la ambulancia.

También debe explicarle algunas normas básicas del servicio de ambulancia: paso de familiares al interior, consentimiento informado, etc.

3.2. Traslado prehospitalario

Se define como transporte prehospitalario, al realizado desde el lugar del suceso hasta el establecimiento de salud con la capacidad resolutoria requerida.

A continuación se describen los pasos fundamentales para la coordinación del traslado del paciente.

- Se activa el sistema de urgencias y emergencias médicas, administrado por el CCES-D, o en su defecto por el TSES-M.
- El CCES-D en coordinación con el TSES-M, identifican la disponibilidad de personal y de transporte en el nivel de atención y el área geográfica que corresponda.

- El médico u otro profesional capacitado y autorizado de la ambulancia del TSES-M o CCES-D, valora el caso y hace el triaje.
- El CCES-D en coordinación con el TSES-M ordena el traslado del paciente hasta el aeródromo del establecimiento de salud que corresponda, en caso de establecimientos de salud que no cuenten con aeródromo, el traslado del paciente se lo realizara a través de una ambulancia terrestre hasta el aeródromo mas cercano donde lo estará esperando la ambulancia aérea con el personal de salud respectivo, una vez que el paciente ha sido trasladado hasta el aeródromo mas cercano de referencia, el personal de salud de la ambulancia aérea deberá continuar con la referencia del paciente, hasta el lugar de referencia siempre y cuando el establecimiento de salud cuente con aeródromo propio, o en su caso se deriva al paciente al personal de salud de la ambulancia terrestres para que este realice el transporte hasta el establecimiento de salud correspondiente, es responsabilidad del CCES-D coordinar todas estas instancias.
- El personal de salud que brinda la primera atención informa al CCES-D, el cual se encuentra en coordinación con el TSES-M, sobre alguna condición especial que requiera, o tratamiento ya iniciado para el traslado del paciente. El personal de la ambulancia mantendrá el control de la situación hasta que se responsabilice el personal del establecimiento de salud donde el paciente es referido, realizará el cambio de camilla y acomodará al paciente, de acuerdo a protocolos clínicos.
- El CCES-D debe garantizar las ambulancias terrestres después del aterrizaje de la aeronave para el traslado del paciente en sus diferentes etapas, hasta la llegada del paciente al establecimiento de salud de resolución requerida.
- El CCES-D en coordinación con el TSES-M realizan la gestión para la admisión del paciente en el establecimiento de salud de referencia mas adecuado en relación al resultado del triaje, considerando el tiempo, lugar y cercanía para su atención.
- El TSES-M y CCES-D verifica la admisión del paciente en el establecimiento de salud de referencia.
- El establecimiento de salud de referencia informará al CCES-D la resolución del caso o procedimiento de diagnóstico o tratamiento para el seguimiento del paciente, datos que deben ser informados a la TSES-M y CCES-N.
- En caso que los establecimientos de salud cuenten con aeródromos, el traslado del paciente se realizara de manera directa en los mismos, tomando en cuenta las características de la aeronave y del aeródromo.
- En el caso de las aeronaves de ala rotatoria las mismas deberán actuar en relación a sus características de acceso tanto al lugar de la eventualidad como lugar final de destino, cumpliendo todas las demás faces.
- Las ambulancias aéreas tipo B, actuaran según características y atribuciones de rescate, que son competencia de todas aquellas instituciones reconocidas por el Ministerio de Salud, Viceministerio de Seguridad Ciudadana y Viceministerio de Defensa Civil.

3.3. Traslado interhospitalario

Se define como traslado íterhospitalario, al que se realiza de un establecimiento de salud a otro, para estudio o tratamiento complementario, generalmente a un establecimiento de salud de un nivel superior o especializado.

Es imprescindible conocer las distancias a recorrer, tiempo de transporte, cambios climatológicos y fundamentalmente que tipo y cuantos pacientes son los que van a ser trasladados.

A continuación se describen los pasos fundamentales para la coordinación del traslado interhospitalario.

- El personal de salud activa el sistema de urgencias y emergencias médicas, administrado por el CCES-D o en su defecto por el TSES-M.
- El CCES-D en coordinación con el TSES-M identifica la disponibilidad de personal y de transporte en el nivel de atención y el área geográfica que corresponda.
- El médico de la ambulancia del TSES-M o CCES-D valora el caso y hace el triaje o revaloración del paciente.
- El CCES-D en coordinación con el TSES-M ordena el traslado del paciente, previo llenado de la autorización médica de traslado por el personal médico que refiere al paciente (Anexo 2), hasta el aeródromo mas cercano donde lo estará esperando la ambulancia aérea con el personal de salud respectivo, el personal de salud de la ambulancia terrestres deberá realizar la referencia del paciente al personal de salud de la ambulancia aérea para que el mismo realice el traslado hasta el aeródromo de referencia, donde deberá estar esperando la ambulancia terrestre, el mismo que trasladara al paciente hasta el establecimiento de salud correspondiente, es responsabilidad del CCES-D coordinar todas estas instancias. En caso que los niveles de atención cuenten con aeródromos, el traslado del paciente se realizara de manera directa en los mismos, tomando en cuenta las características de la aeronave y del aeródromo.
- El CCES-D debe garantizar la/s ambulancia/s terrestre/s antes y después del aterrizaje de la aeronave para el traslado del paciente en sus diferentes etapas, hasta la llegada del paciente al establecimiento de salud de resolución requerida.
- El CCES-D en coordinación con el TSES-M realizan la gestión para la admisión del paciente en el establecimiento de salud de referencia mas adecuado en relación al resultado del triaje o revaloración, considerando el tiempo, lugar y cercanía para su atención a un establecimiento de salud de igual o mayor complejidad, para tratamiento o estudio diagnóstico complementario, identificando la disponibilidad de personal, transporte, unidades y medios disponibles del establecimiento de salud que corresponda.
- La estabilización del paciente queda a cargo del personal de salud de los diferentes establecimientos de salud que refiere al paciente, antes de su traslado, se debe tomar en cuenta las características, posibilidades y alcance de estabilización de los establecimientos de salud que refieren al paciente, siempre precautelando que la referencia sea en las mejores condiciones posibles para su traslado.
- El TSES-M y CCES-D verifica la admisión del paciente en el establecimiento de salud de destino.
- El establecimiento de salud de referencia informará al CCES-D la resolución del caso o procedimiento de diagnóstico o tratamiento, para el seguimiento del paciente, datos que deben ser informados a la TSES-M y CCES-N.

Si el paciente rechaza el traslado en ambulancia al establecimiento de salud, de resolución mas adecuada, sugerida y coordinada por el CCES-D a cargo, bajo responsabilidad del paciente, se deslinda de toda responsabilidad al personal de salud de la ambulancia, para tal efecto el personal de salud debe llenar y hacer firmar el deslindamiento de responsabilidad, tanto al paciente como a los familiares (Anexo 2).

El personal de salud de la ambulancia debe hacer todo a su alcance, bajo criterio profesional para salvaguardar y priorizar la vida del paciente, pero en caso de que el mismo fallezca dentro de la misma, hecho que debe ser confirmado por el responsable del equipo de la ambulancia, se debe realizar la denuncia de manera inmediata a la instancia pertinente (Policía Boliviana y Ministerio Público), asimismo al CCES-D, CCES-N para que estos también notifiquen el hecho a estas instancias, y así se realicen las investigaciones que sean pertinentes.

Desde el momento que el responsable del equipo de la ambulancia confirma el fallecimiento de un paciente, la

ambulancia queda sujeta a las indicaciones del CCES-D y CCES-N, bajo la autorización del ministerio público o policía, para el traslado del paciente fallecido al lugar que estas instancias vean pertinente, no se debe bajar al paciente de la ambulancia hasta que se haga presente la policía o personal del ministerio público o bajo indicación expresa del CCES-D y CCES-N con autorización de las instancias antes mencionadas. El vulnerar esta indicación puede ser causal de sanción penal.

Es responsabilidad del director médico del nivel de atención que solicita el servicio de ambulancia realizar la gestión, seguimiento y monitoreo para la referencia y contra-referencia del paciente.

Se recuerda que en el marco de la ley N° 3131 del 8 de agosto de 2005 sobre el ejercicio del profesional médico (en caso de urgencia ningún médico, centro de salud, hospital o clínica podrá negar atención básica).

Ante un accidente de cualquier característica el personal de salud y las ambulancias están en la obligación de prestar auxilio inmediato bajo la premisa de preservar la vida de las personas tal como lo establece el manual de actividades investigativas de policías, fiscales y peritos (Art. N° 295 y N° 295 inc 7) pudiendo causar sanción penal la omisión de la presente indicación.

Tanto en el traslado prehospitalario como en el interhospitalario se debe llenar la ficha clínica rápida de traslado en ambulancia, para documentar las acciones realizadas por el personal de salud dentro la ambulancia durante el traslado de un paciente (Anexo 1).

Las ambulancias a nivel nacional sin excepción de ser de la seguridad social a corto plazo, ONGs, Policía Boliviana, Bomberos, Fuerzas Armadas, privados con y sin fines de lucro y otros prestadores de este servicio, deben responder ante el llamado de los CCES-N, CCES-D y TSES-M, con cargo a sanción penal por denegación de auxilio e incumplimiento de deberes.

Asimismo los estudiantes de medicina que estén cumpliendo su internado rotatorio no deben formar parte del equipo de la ambulancia, ya que los mismos se encuentran en etapa de formación académica, si pueden acompañar al equipo de la ambulancia bajo supervisión de un médico titulado y capacitado, siempre y cuando las condiciones lo permitan.

4. SISTEMA DE COMUNICACIÓN

El sistema de comunicación en un servicio prehospitalario o interhospitalarios es de vital importancia, ya que por medio de este, los usuarios acceden a los servicios de ambulancia de manera adecuada y el personal de salud coordina la referencia.

Este sistema debe incluir a todos los servicios de ambulancia y a los diferentes establecimientos de salud, con el objeto de coordinar todos los servicios de manera adecuada y brindar la mejor atención posible a los pacientes.

Dentro del equipo de una ambulancia se debe contar con una radio de frecuencia médica, que permita a la ambulancia tener una comunicación de doble vía, tanto con el establecimiento de salud como con la central de comunicaciones pertinente a nivel municipal (TSES-M), departamental (CCES-D) y nacional (CCES-N), adicionalmente se debe contar con medios de comunicación alternativos como ser celulares, Handy u otros

4.1. Importancia del sistema de comunicación

- Respuesta rápida de la ambulancia.
- Asistencia inmediata al paciente.
- Obtención de información general del paciente de manera paralela para su referencia.

- Referencia adecuada al establecimiento de salud.
- Información del estado del paciente.
- Coordinación de acciones.

4.2. Flujo de la comunicación

- Activación del sistema de urgencias y emergencias médicas, administrado por el CCES-D o en su defecto por el TSES-M, a solicitud de un establecimiento de salud y otros.
- Comunicación de la emergencia o urgencia por parte de el CCES-D en coordinación con el TSES-M, a la unidad de ambulancia mas cercana al lugar que solicita el servicio.
- Se debe obtener de manera paralela los datos generales del paciente y estado físico actual si corresponde, en casos de referencia interhospitalaria, la información debe ser proporcionada por la persona o personal de salud que se encuentra con el paciente, a fin de coordinar la referencia al establecimiento de salud mas adecuado.
- El CCES-D en coordinación con el TSES-M, debe gestionar la recepción del paciente con el establecimiento de salud mas adecuado, tomando en cuenta el nivel de resolución, tiempo y distancia de la misma, de acuerdo a los datos proporcionados por el personal de salud que realizo el triaje o reevaluación del paciente.
- El CCES-N podrá intervenir en cualquier instancia a fin de coordinar, coadyuvar y garantizar la correcta transferencia del paciente para su atención.
- La ambulancia debe tener comunicación permanente con el CCES-D hasta llegar al destino final de referencia.
- En caso de perder la comunicación radial y por telefonía celular, las decisiones serán tomadas por el responsable del equipo de salud de la ambulancia de manera inmediata.
- Es de absoluta obligación, en los casos de pérdida de la comunicación, buscar durante el trayecto, una alternativa a la misma para establecer contacto con el CCES-D.
- Las instancias de TSES-M y el CCES-D están con la capacidad de tomar decisiones respetando la jerárquica de cada uno ante la ausencia del otro por cualquier circunstancia, con el fin de realizar la referencia del paciente con la eficiencia que corresponda.
- Durante el traslado del paciente dentro la aeronave, la misma deberá respetar las normas de comunicación de la DGAC.

5. SISTEMA DE INFORMACIÓN

Para disponer de información fidedigna, confiable, precisa y oportuna para el seguimiento, monitoreo y toma de decisiones, con el afán de optimizar el servicio adecuado de las ambulancias aéreas, se instruye que de manera obligatoria el CCES-D y TSES-M, debe contar con un banco sistematizado de datos que nos permita analizar los siguientes puntos:

- Atención cualitativa y cuantitativa de las ambulancias (Referencias, contra-referencias, datos generales de los pacientes, diagnostico, manejo, tipo de atención según triaje, otros).
- Características técnicas de la ambulancia.
- Características funcionales operativas de las ambulancias.

- Estado del equipamiento de la ambulancia.
- Estado técnico-mecánico de la ambulancia.
- Cumplimiento de requerimientos técnicos y legales de las ambulancias.
- Control del equipamiento, medicamentos, insumos y otros.
- Capacidad y capacitación del Recurso Humano.
- Capacidad y capacitación del piloto y copiloto.

El acceso a la información debe ser diario, siguiendo una secuencia jerárquica del TSES-M al CCES-D y de este al CCES-N.

6. DOCUMENTACIÓN PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE

Todas las ambulancias deben tener la siguiente documentación al momento del traslado de un paciente:

- Según se señala en las Normas de la Dirección General de Aeronáutica Civil (DGAC).
- Roseta con el Código Único de ambulancia proporcionado por el CCES-N.
- Hojas de Referencia.
- Epicrisis del paciente.
- Recetario recibo, reporte de prestaciones establecidas de salud (REPES) y otros instrumentos conforme a la Ley N° 475, sus reglamentos y Sistema Nacional Único de Suministros.

La documentación del paciente se aplica cuando se realiza una atención interhospitalaria por parte de la ambulancia.

1. ESTRUCTURA DE GESTIÓN DE LAS AMBULANCIAS AÉREAS

De determinan dos niveles de gestión:

1.1. A nivel ejecutivo nacional

El Centro Coordinador de Emergencias de Salud Nacional (CCES-N), dependiente de la Dirección General de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y la Comandancia de la Fuerza Aérea Boliviana, debe garantizar el funcionamiento del servicio de ambulancias aéreas a nivel nacional.

- **Funciones del Centro Coordinador de Emergencias de Salud Nacional (CCES-N):**
 - Emitir normativa específica para el funcionamiento del Centro Coordinador de Emergencias de Salud Departamental (CCES-D) y el Transporte Sanitario de Emergencias de Salud Municipal (TSES-M).
 - Realizar seguimiento, monitoreo y evaluación de los CCES-D y TSES-M.
 - Planificar estrategias operacionales para el funcionamiento de las ambulancias aéreas a nivel nacional, departamental y municipal.
 - Normar, reorientar, articular las estrategias, planes y programas de los CCES-D y TSES-M.
 - Coadyuvar en situaciones de catástrofe o desastre en salud a nivel nacional e internacional en coordinación con los órganos que tienen relación estratégica (Policía, Bomberos, SEDES, Municipios, COE's, defensa civil y otros), coordinando con los CCES-D y TSES-M, liderando las acciones en salud en todo evento que se suscite, dentro el marco de atribuciones, obligaciones y competencias de logística, recurso humano y recursos económicos establecidas para tal situación.
 - Elaborar normas y protocolos de atención de emergencias y urgencias médicas.
 - Desarrollar y gestionar programas de capacitación del RRHH, sobre la atención prehospitalaria e interhospitalaria y otros aspectos inherentes al manejo de la emergencia y urgencia en salud.
 - Gestionar el número corto único y gratuito a nivel nacional, para la atención de urgencias, emergencias, desastres y catástrofes en salud.
 - Gestionar y desarrollar la unificación de frecuencias de radio (UHF – VHF) a nivel nacional para la atención de urgencias, emergencias, desastres y catástrofes en salud.
 - Promover la formación de profesionales y técnicos en la atención prehospitalaria e interhospitalaria aérea.
 - Para su funcionamiento debe gestionar los ítems necesarios para el recurso humano del Centro Coordinador de Emergencias de Salud Nacional.
 - Aplicar el Sistema Nacional Único de Suministros para una adecuada gestión de medicamentos e insumos.
 - Coordinar a nivel sub-nacional la gestión tecnológica contemplando la planificación, adquisición,

distribución y uso racional de la tecnología utilizada, así como la gestión de mantenimiento para una disponibilidad continua de los equipos y dispositivos médicos.

- Determinar alianzas estratégicas con instancias nacionales y sub nacionales para fortalecer la sensibilización, empoderamiento y sostenibilidad del CCES-N.
 - El CCES-N certifica a través de la asignación de un Código Único a las ambulancias y personal que presta atención en las mismas para su registro, control, seguimiento y monitoreo.
 - El CCES-N debe garantizar los recursos necesarios para el funcionamiento de los diferentes tipos de ambulancias (A y B), tomando en cuenta recurso humano, infraestructura, mantenimiento, medicamentos, equipamiento, insumos y otros, de todas las ambulancias a cargo de los establecimientos de salud de cuarto nivel de atención.
 - El CCES-N debe gestionar un seguro de vida para el personal de salud de la ambulancia (tipo A y B), incluyendo al piloto y copiloto, de los establecimientos de salud de cuarto nivel de atención, así como un seguro de daños materiales a terceros.
 - El CCES-N debe realizar alianzas estratégicas o terciarizar servicios para limpieza, esterilización y manejo de residuos sólidos de las ambulancias aéreas.
 - Contar con un plan de contingencia que garanticen el buen funcionamiento de las ambulancias y personal de las mismas, contemplando recursos económicos (caja chica) para imprevistos menores de la ambulancia y personal del cuarto nivel de atención.
- **Funciones de la comandancia de la fuerza aérea:**

Asegurar las operaciones (pilotaje, mantenimiento, etc.), con recursos gestionados por el nivel departamental que corresponda.

1.2. A nivel ejecutivo sub-nacional

- Los Gobiernos Autónomos Departamentales, a través del Centro Coordinador de Emergencias de Salud Departamental (CCES-D), dependiente del Servicio Departamental de Salud, y los Gobiernos Autónomos Municipales, a través del Transporte Sanitario de Emergencias de Salud Municipal (TSES-M), dependiente de la Dirección Municipal de Salud, realizarán las siguientes gestiones para garantizar los servicios de ambulancias aéreas y personal que se encuentren bajo su dependencia administrativa.
 - Los Gobiernos Autónomos Departamentales, a través de sus SEDES y CCES-D, y los Gobiernos Autónomos Municipales, a través de la Dirección Municipal de Salud y el TSES-M, deberán incluir en sus POAs, el presupuesto necesario para la contratación del recurso humano, el equipamiento, insumos médicos, combustible, mantenimiento, capacitación del recurso humano, ropa de trabajo de acuerdo a las características del servicio del personal de salud, piloto y copiloto, compra de ambulancias nuevas para reposición o mejora, además de cumplir con todos los seguros de la aeronave y del recurso humano necesario para el funcionamiento ininterrumpido y otros que sean necesarios previo respaldo técnico justificado.
 - Es responsabilidad de los Gobiernos Autónomos Departamentales, a través de sus SEDES y CCES-D, y los Gobiernos Autónomos Municipales, a través de la Dirección Municipal de Salud y el TSES-M, garantizar los recursos necesarios para el funcionamiento de los diferentes tipos de ambulancias aéreas (tipo A y B), tomando en cuenta recurso humano, infraestructura, mantenimiento, medicamentos, equipamiento, insumos y otros, de todas las ambulancias bajo su dependencia administrativa.
 - Es responsabilidad de los Gobiernos Autónomos Departamentales, a través de sus SEDES y CCES-D,

y los Gobiernos Autónomos Municipales, a través de la Dirección Municipal de Salud y el TSES-M, gestionar un seguro de vida para el personal de salud de la ambulancia (tipo A y B), incluyendo al piloto y copiloto de todas las ambulancias aéreas a su cargo, así como un seguro de daños materiales a terceros.

- Es responsabilidad de otras instancias (Policía Boliviana, SAR-FAB, Cruz Roja Boliviana, instituciones privadas, seguridad social a corto plazo y otros) que prestan atención en ambulancias aéreas contar con un seguro de vida para todo el personal de la ambulancia a su cargo, así como un seguro de daños materiales a terceros.
- Los CCES-D y TSES-M deben realizar alianzas estratégicas o terciarizar servicios para limpieza, esterilización y manejo de residuos sólidos de las ambulancias aéreas.
- Es responsabilidad de los niveles sub-nacionales departamentales a través de sus SEDES y CCES-D y municipales a través de sus Direcciones Municipales de Salud y TSES-M, gestionar la terciarización del servicio de ambulancias aéreas con instancias privadas u otros que así lo ameriten, con aranceles accesibles bajo estudio de trabajo social, realizada por la instancia departamental o municipal, ante la eventualidad de no contar con una ambulancia de manera inmediata y urgente.
- El CCES-D, dependiente del SEDES departamental que corresponda, habilita a las ambulancias y personal de las mismas, tomando en cuenta los requisitos descritos en la presente Norma Nacional, para posteriormente emitir una resolución administrativa, la cual debe ser enviada al CCES-N para su respectiva certificación, la habilitación técnica de las aeronaves debe ser en coordinación con la Fuerza Aérea Boliviana.
- Cumplir la normativa y los lineamientos del Centro Coordinador de Emergencias de Salud Nacional.
- Los CCES-D y TSES-M deben coadyuvar en situaciones de catástrofe o desastre en salud a nivel municipal, departamental, nacional e internacional en coordinación con los órganos que tienen relación estratégica (Policía, Bomberos, SEDES, municipios, COE 's, defensa civil y otros), liderando las acciones en salud en todo evento que se suscite, dentro del marco de atribuciones, obligaciones y competencias de logística, recurso humano y recursos económicos establecidas para tal situación, en coordinación con el CCES-N.
- El CCES-D debe gestionar la referencia del paciente cuando este requiera ser trasladado al establecimiento de salud de resolución más adecuada, que sólo finaliza cuando un personal de salud se responsabiliza de la recepción para la resolución del caso del paciente.
- El CCES-D y TSES-M debe coordinar la recepción de pacientes, de acuerdo a norma establecida (Referencia y Contra-referencia).
- Los CCES-D y TSES-M deben optimizar los recursos operativos económicos, humanos, infraestructura, equipamiento, insumos y otros para la coordinación de la atención en salud en urgencias, emergencias, desastres y catástrofes en salud.
- El CCES-D debe coordinar con los establecimientos de salud su disponibilidad de camas, especialidades disponibles, para la referencia y atención de pacientes.
- El TSES-M y el CCES-D deberá funcionar las 24 horas del día, 7 días a la semana, durante todo el año.
- Los CCES-D y TSES-M deben proponer, desarrollar e implementar los planes y programas municipales y departamentales destinados al pleno funcionamiento del servicio de comunicaciones.

- Los CCES-D y TSES-M deben programar y realizar capacitaciones y simulacros de emergencias, urgencias y desastres, mínimo cuatro veces al año.
- Los CCES-D y TSES-M deben gestionar ante quien corresponda a nivel departamental y municipal los ítems necesarios para el recursos humanos, para el funcionamiento de las ambulancias aéreas, en el marco de la Ley Marco de Autonomías y Descentralización.
- Los CEES-D y TSES-M deben regular la correcta referencia y contra-referencia de pacientes a los diferentes niveles de acuerdo a la complejidad de la patología.
- Los CCES-D y TSES-M deben apoyar el sistema de vigilancia epidemiológica en los eventos de urgencias, emergencias, desastres o catástrofes de interés en salud pública.
- Es responsabilidad de las Gobernaciones Autónomas Departamentales, a través del CCES-D dependiente, del SEDES y los Gobiernos Autónomos Municipales, a través del TSES-M, dependiente de la Dirección Municipal de Salud, que corresponda (bajo un trabajo social oportuno y rápido) gestionar los recursos necesarios para el pago de medicamento, insumos, transporte y otros, para aquellos pacientes que requieran un transporte aéreo urgente, en el marco de la Ley de Marco Autonomías y Descentralización.
- En el caso de las ambulancias tipo B, en cumplimiento a la ley N° 264 y N° 449 es responsabilidad de las gobernaciones asegurar el equipamiento e insumo necesario para la atención prehospitalaria y la infraestructura deberá estar garantizada por el municipio.
- Las diferentes instancias sub-nacionales bajo la Ley Marco de Autonomías y Descentralización, deberán elaborar para su posterior implementación un reglamento de sanciones, para las diferentes prohibiciones que se estipulan en la presente Norma Nacional de Ambulancias Aéreas u otras que crean necesarias, sin vulnerar las leyes, decretos, resoluciones, y otros que se encuentren vigentes.
- El CCES-D y TSES-M debe contar con un plan de contingencia que garanticen el buen funcionamiento de las ambulancias y personal de las mismas, contemplando recursos económicos (caja chica) para imprevistos menores de la ambulancia y personal a su cargo.

2. FINANCIAMIENTO Y SOSTENIBILIDAD

- La operación de la aeronave, tripulación (pilotos y copilotos), carburantes, mantenimiento preventivo, reparación y hangares, desde donde se realizarán las operaciones de las aeronaves, estará a cargo de la Fuerza Aérea Boliviana, con recursos económicos que deberán ser gestionados por la respectiva instancia nacional (Ministerio de Salud) o sub-nacional (Gobierno Autónomo Departamental o Municipal) que corresponda, dependiendo de la dependencia administrativa de la aeronave, bajo la Ley Marco de Autonomías y Descentralización. En caso de contar con pilotos civiles todo lo anterior mente señalado es responsabilidad de la institución de origen, la misma que puede pertenecer a cualquier subsector (medicina tradicional, de la salud pública, privadas con y sin fines de lucro y seguridad social a corto plazo).
- Los RRHH para la atención médica serán gestionados por cada instancia nacional, departamental o municipal que corresponda a través del CCES-N, CCES-D y TSES-M, que cuente con este servicio.
- Para la dotación, mantenimiento preventivo y correctivo, del equipamiento biomédico, instrumentales y otros, será responsabilidad del nivel central, el CCES-N y sub-nacional (departamental y municipal) a través del CCES-D y TSES-M respectivamente, quienes asumirán su competencia de acuerdo a la Ley Marco de Autonomías y Descentralización.
- La reposición de medicamentos, insumos y otros por cada servicio de transporte aéreo, serán reembolsados

por los Gobiernos Autónomos Departamentales y Gobiernos Autónomos Municipales de los seguros que hayan sido habilitados a nivel departamental o municipal.

- La gestión de suministros deberá enmarcarse al Sistema Nacional Único de Suministro (SNUS) para garantizar su disponibilidad en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.
- Para el pago del servicio de transporte Aéreo de pacientes, el Ministerio de Salud a través del CCES-N, los Gobiernos Autónomos Departamentales, a través de los CCES-D y los Gobiernos Autónomos Municipales, a través de TSES-M, deben realizar las gestiones administrativas pertinentes, para el pago del servicio de traslado y atención (medicamentos, insumos y otros) dentro la ambulancia aérea, debiendo preverlos e inscribirlos en su POA.
- Los gastos generados por el traslado de un paciente, para su reposición correspondiente según la normativa vigente de reposición de toda índole, en el marco de la ley N° 475, corresponderá al punto de origen de referencia del paciente.

1. DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL Y OTROS

Las ambulancias aéreas tendrán dependencia administrativa a nivel nacional, departamental y municipal, de acuerdo al nivel administrativo en la Ley Marco de Autonomías y Descentralización, Ley N° 031, Asimismo las ambulancias que se encuentren en los establecimientos de salud de primer y segundo nivel, dependerán de los Gobiernos Autónomos Municipales, las ambulancias que se encuentren en los establecimientos de salud de tercer nivel, dependerán de los Gobiernos Autónomos departamentales y las ambulancias que se encuentren en los establecimientos de salud de cuarto nivel, dependerán del Ministerio de Salud.

Las ambulancias aéreas de la seguridad social a corto plazo, privados con y sin fines de lucro, otros seguros, Policía Boliviana (Bomberos de la Policía y otros), Fuerzas Armadas (defensa civil, grupo SAR, y otros), Cruz Roja Boliviana y otras instituciones dependen administrativamente de su institución rectora.

2. DEPENDENCIA OPERATIVA NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y OTROS

Las ambulancias aéreas que se encuentren cumpliendo el servicio de atención de emergencias, urgencias, desastres y catástrofes, dentro el Sistema Nacional de Emergencias en Salud, dependerán operativamente:

Del CCES-N, CCES-D y TSES-M en coordinación con la Fuerza Aérea Boliviana (FAB) y la Dirección General de Aeronáutica Civil (DGAC).

3. HABILITACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS DE LA AMBULANCIA

La habilitación de los recursos humanos de las ambulancias aéreas será realizada por el nivel departamental a través del CCES-D, el mismo que dependerá de su respectivo SEDES, esta habilitación se realizara bajo los requisitos establecidos en la presente Norma Nacional tanto para el personal de salud como para los pilotos.

Esta instancia departamental deberá remitir la resolución administrativa correspondiente al nivel central representada por el CCES-N, dependiente del Ministerio de Salud, para su certificación a través de la designación de una credencial, la cual contará con el código único con el que podrán ejercer sus funciones.

Las gestiones de todo el procedimiento deberá ser realizado según corresponda por el TSES-M u otros ante el CCES-D.

4. HABILITACIÓN DE LA AMBULANCIA

- Para garantizar el cumplimiento a los requisitos solicitados para la clasificación de ambulancias aérea (tipo A o B), las aeronaves deberán obtener la habilitación del CCES-D, el mismo que depende de su respectivo SEDES en coordinación con la Fuerza Aérea Boliviana, para que el mismo coadyuve en la parte técnica de la aeronave. Esta instancia departamental deberá remitir la resolución administrativa correspondiente al nivel central representada por el CCES-N, dependiente del Ministerio de Salud, para su certificación a través de la designación de una roseta, la cual contara con el código único para que la ambulancia pueda circular y prestar su servicio correspondiente según el tipo de ambulancia.

- Se instruye el equipamiento de la ambulancia con un sistema de posicionamiento global (SPG), la cual será adquirida por la instancia nacional o departamental de dependencia, la misma que será activada una vez que la misma haya sido certificada por el CCES-N., para fines de seguridad, control, seguimiento y monitoreo.

5. CERTIFICACIÓN DEL RECURSO HUMANO DE LA AMBULANCIA

- Para que una persona preste sus servicios en una ambulancia aérea a nivel nacional, los interesados, deberán obtener la certificación del CCES-N, en el Ministerio de Salud, previa habilitación por el CCES-D. Una vez certificada/o la persona se le otorgará un Código Único Nacional a través de la extensión de una credencial de certificación, con el fin de tener registro de la persona y poder realizar seguimiento y monitoreo del mismo.
- La credencial además de presentar el código y los datos generales del personal, detallará los cursos más importantes de soporte vital básico, soporte vital avanzado u otros con el objeto de optimizar y facilitar la atención de los pacientes ante una eventualidad con víctimas múltiples. Asimismo esta credencial será solicitada en cualquier momento por el CCES-D o el CCES-N.
- Toda la documentación será enviada al CCES-D del SEDES que corresponda, para la entrega del mismo a quien corresponda.

6. CERTIFICACIÓN DE LA AMBULANCIA

- La certificación de los diferentes tipos de ambulancias aéreas es tuición del CCES-N, dependiente del Ministerio de Salud, la misma que certificará una vez que la instancia departamental a través del CCES-D, dependiente del SEDES que corresponda, emita la resolución administrativa de habilitación de la ambulancia a la CCES-N.
- Una vez certificada la ambulancia aérea, el CCES-N designará un Código Único Nacional a través de la entrega de una roseta, la misma que deberá ser colocada en el parabrisas de la ambulancia, la roseta será exigida en cualquier momento por personal de la CCES-N, CCES-D u otra autoridad competente para su circulación.
- Toda la documentación será enviada al CCES-D del SEDES respectivo, para la entrega de la misma a quien corresponda.

Nota. El Ministerio de Salud como ente rector normativo, a través del CCES-N, podrá revisar y reevaluar la habilitación tanto del recurso humano como de la ambulancia, cuando esta instancia crea pertinente y necesaria, asimismo tendrá la tuición de anular o dar el visto bueno para su habilitación y certificación, reservándose las acciones que por ley correspondan ante la evidencia de cualquier anomalía o irregularidad en este proceso.

CIRCULACIÓN, MANTENIMIENTO, CONSERVACIÓN Y NORMATIVA PARA EL ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE DE AMBULANCIAS AÉREAS

Las ambulancias aéreas deberán ser utilizadas específicamente para el traslado de pacientes, en casos de urgencia o emergencia médica, donante cadavérico y excepcionalmente personas fallecidas en caso de catástrofes o desastres con múltiples víctimas. Para el inicio de la actividad y la utilización del vehículo se deberá tomar en cuenta lo siguiente:

1. CIRCULACIÓN DE AMBULANCIAS

- La solicitud de ambulancia aérea la realiza el CCES-N, CCES-D o TSES-M y la autorización de salida de las ambulancias aérea la otorga el CCES-D o CCES-N, por indicación expresa.
- Las ambulancias aéreas solo pueden ser conducidas por un piloto certificado asignado por la instancia competente, está prohibido delegar esta operación a otros funcionarios del equipo médico o terceros, en el marco del cumplimiento de la Ley de Administración de Bienes y Servicios N° 1178.
- Se empleará el término AMBULANCIA EN SERVICIO, a aquella que se encuentra preparada y lista para salir en cualquier momento que se requiera, para ello el personal debe estar preparado y listo para salir en cualquier momento, hasta la orden de partir que será impartida por vía radial u otra.
- Las ambulancias aéreas estarán exentas a pagar derecho de aeropuerto, etc.⁶ (No se aplica ambulancias del sector privado)

2. MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN DE LAS AMBULANCIAS

El mantenimiento de las ambulancias aéreas estará a cargo de la Fuerza Aérea y sus unidades inter-operativas o donde corresponda según su instancia dependiente, en tal sentido se deberá tomar en cuenta las características técnicas operativas de cada aeronave para su mantenimiento y operación ejemplo (BEECHCRAF en la ciudad de La Paz, CESSNAS en la zona oriental y otros como corresponda) asimismo estarán a cargo de su custodia y manejo del plan de vuelo en coordinación con el CCES-D o CCES-N.

- **Condiciones de mantenimiento sanitario**
 - El material sanitario deberá mantenerse en perfectas condiciones de uso.
 - Diariamente se realizará la limpieza, la revisión y reposición del material y medicamento utilizado e insumos; periódicamente la esterilización del equipamiento sanitario, así como la eliminación de residuos sanitarios de acuerdo a normas de bioseguridad. Todo ello se anotará en un registro que deberá encontrarse en la ambulancia aérea en todo momento.
 - La gestión de medicamentos e insumos se realizará en el marco del Sistema Nacional Único de Suministros aplicando el SALMI y SIAL según corresponda.
 - La gestión de medicamentos y su reposición deberá coordinarse con la farmacia institucional municipal, departamental o nacional según corresponda.

⁶ Sistema de Impuestos Nacionales (SIN) y la administradora de rodaje y pesaje Vías Bolivia

- El CCES-N, CCES-D y TSES-M, generarán convenios interinstitucionales con los establecimientos de salud locales u otros para servicios específicos (esterilización, manejo de residuos hospitalarios, limpieza de la ambulancia, etc.).
- Los sistemas de limpieza y desinfección deberán asegurar de forma permanente la seguridad del paciente y del equipo de salud.
- Ninguna ambulancia aérea, puede ser movilizada, sin indicaciones de uso sanitario a menos que cuente con previa autorización del responsable de la/las ambulancia/s aéreas (para cargar combustible o dirigirse al servicio de mantenimiento incluyendo la reparación).
- **Equipamiento tecnológico de uso médico.**
 - Ficha de revisión de los equipos médicos, insumos y medicamentos.
 - Cumplimiento de los mantenimientos técnicos.
 - Disposición del Plan de mantenimiento de los equipos médicos de la ambulancia.
- **Inspección de la ambulancia.**
 - La inspección de la ambulancia aérea se la deberá realizar de manera bimestral o cuando se crea necesario.
 - La inspección tendrá que evaluar los siguientes puntos:
 - Revisión técnica del funcionamiento de la ambulancia.
 - Revisión técnica del funcionamiento de los equipos de la ambulancia.
 - Revisión del estado de equipamiento, medicamentos, y otros.
 - Evaluación de la documentación profesional del personal sanitario de la ambulancia, incluido el piloto.
 - La inspección, la realizará la instancia de dependencia que corresponda, asimismo los CCES-D y CCES-N podrán realizar la inspección de la ambulancia en cualquier momento.
 - Los resultados de la inspección deben ser informados, documentados y enviados a los CCES-D y de estos al CCES-N.
- **Documentación del servicio de ambulancias**

Documentación que deberá existir en el área de cuidado de las ambulancias:

 - Hoja del control de salida y entrada de la aeronave.
 - Norma Nacional de Ambulancias Aéreas.
 - Norma Nacional de Caracterización del Sistema Nacional de Emergencias en Salud.
 - Norma Nacional de Referencia y Contra-Referencia.
 - Norma para el mantenimiento del equipo médico e instrumental.
 - Normas para el manejo de desechos.

- Normas del Sistema Nacional Único de Suministros S.N.U.S y Kardex valorado para cada ambulancia en el caso de contar con medicamentos.
- Plan para gestión de riesgos y enfrentamiento a desastres.
- Plan para la organización de atención y evacuación a víctimas en masa en el terreno.
- Plan para el desarrollo y capacitación de los recursos humanos.
- Reglamento Interno de la institución.
- Reglamento para la utilización de la ambulancia.

Los resultados de la inspección serán recibidos como correctos y ciertos a nivel de el CCES-N por parte del CCES-D. De verificarse o constatar que los mismos no son los correctos, se tomaran las acciones que por ley correspondan.

Nota. Toda ambulancia que sea dada de baja por cualquier motivo (ejemplo: Siniestro, robo, tiempo de funcionamiento útil, etc.) debe ser informado a la instancia departamental y nacional, para seguimiento y monitoreo de la cantidad exacta de ambulancias disponibles y certificadas para su utilización en cualquier momento y circunstancia, asimismo se anulara el código único de certificación dotada por el CCES-N.

3. NORMATIVA PARA EL ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE

Normativa para familiar o representante del paciente que acompaña en un traslado, establece que para garantizar la calidad y seguridad del traslado, el familiar o representante que acompañe al paciente en un traslado aéreo debe cumplir con lo siguiente:

- El equipaje debe cumplir con las características de un bolso de mano de 23 x 40 x 55 cm, cuyo peso no puede exceder los 10 Kg.
- Está prohibido transportar mercancías peligrosas y todo artículo o sustancia que, cuando se transporte por vía aérea, pueda constituir un riesgo importante para la salud, la seguridad o la propiedad.
- No está permitido sacar fotografías con flash y menos en dirección a los pilotos.
- La/el acompañante debe viajar con su cédula de identidad vigente, lo cual será verificado por el equipo de traslado antes de abordar la ambulancia o el avión.
- El acompañante no puede realizar ninguna acción sobre el paciente que no haya sido previamente autorizada por el equipo médico durante su traslado.

1. PROHIBICIONES EN EL USO

- Utilización de una ambulancia aérea para transporte de personal sin justificación sanitaria o por motivos personales.
- Transportar productos químicos controlados, explosivos, alimentos, y cualquier material en general que puedan dañar el medio ambiente, o la parte física de la aeronave.
- Traslado de fallecidos, se excluye de la presente prohibición el traslado de pacientes donantes cadavéricos (pacientes con muerte cerebral o muerte encefálica), los mismos que deberán ser transportados en la ambulancia según las características del caso y cumplimiento de requisitos establecidos por ley según la norma vigente, y de manera excepcional se utilizaran ambulancias aéreas para el traslado de personas fallecidas en casos de catástrofes o desastres con víctimas múltiples.
- Traslado de pacientes que no estén debidamente estabilizados y adecuados para su traslado por la unidad que solicita la referencia (atención interhospitalaria), hay que tomar en cuenta las características del centro de salud que refiere al paciente, en este sentido trasladar al paciente en las mejores condiciones posibles.
- El traslado de pacientes que no cuenten con la documentación médica requerida para su traslado a otro nivel de atención (atención interhospitalaria).
- Y otros que determinen, las diferentes instancias sub-nacionales bajo la Ley Marco de Autonomías y Descentralización, mediante un manual de sanciones, sin vulnerar las leyes, decretos, resoluciones, y otros que se encuentren vigentes

2. PROHIBICIONES EN LA CONDUCTA DE LOS RESPONSABLES

- Delegar la conducción de la ambulancia a otro personal que no este certificado para tal efecto.
- Ingesta de alimentos y bebidas dentro de las ambulancias.
- Fumar dentro de las ambulancias.
- Consumo de bebidas alcohólicas dentro de las ambulancias.
- Conducción de la aeronave bajo efectos o influencias de alcohol o cualquier estupefaciente.
- Cobro monetario por concepto de traslado, transferencia o atención médica dentro la ambulancia a los usuarios o acompañantes.
- Y otros que determinen, las diferentes instancias sub-nacionales bajo la Ley Marco de Autonomías y Descentralización, mediante un manual de sanciones, sin vulnerar las leyes, decretos, resoluciones, y otros que se encuentren vigentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Constitución Política del Estado, del 7 de febrero del 2009.
- Decreto Supremo N° 29272, del 12 de septiembre 2007, Plan Nacional de Desarrollo.
- Decreto Supremo N° 29894, del 7 de febrero del 2009, Organización del Órgano Ejecutivo.
- Decreto Supremo N° 28478, del 2 de diciembre del 2005, Marco Institucional de la DGAC.
- Ley N° 031, del 19 de julio de 2010, Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”.
- Ley N° 1178, del 16 de septiembre 1997, Administración y Control Gubernamental.
- Ley N° 004, del 31 de marzo 2010, Lucha Contra la Corrupción Marcelo Quiroga Santa Cruz.
- Ley N° 3058, del 17 de mayo 2005, Impuestos Directos a los Hidrocarburos IDH.
- Ley N° 449, del 4 de diciembre de 2013, Ley de Bomberos.
- Ley de Aeronáutica Civil de la República de Bolivia, del 29 de Octubre 2004.
- Manual de Actuaciones Investigativas de Fiscales, Policía y Peritos, Resolución conjunta de la Fiscalía General de la Nación y Comando General de la Policía Nacional N° 001/2007, del 22 de febrero 2007.
- Ley N° 1970, del 25 de mayo de 1999, Código de procesamiento penal.
- Código de procesamiento penal ley 1970 del 25 de mayo de 1999.
- Reglamentación aeronáutica de Bolivia 107. Del 01 de agosto 2004, Reglamento sobre seguridad de la aviación civil – aeropuerto.
- Reglamentación aeronáutica de Bolivia 138. Del 26 de agosto 2013, Reglamento sobre operación de aeródromos.
- Ley N° 475, del 30 de diciembre de 2013, Prestaciones de Servicios de Salud Integral, artículo 3, y artículo 7, parágrafo IV.
- Ley N° 1737, del 17 de diciembre de 1996, Ley del Medicamento.
- Ley N° 2390, del 23 de mayo de 2002, uso y protección de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.
- Ley N° 1716, del 21 de diciembre 1996, Ley de donación y trasplante de órganos, células y tejidos.
- Ley N° 3131, del 8 de agosto 2005, del Ejercicio Profesional Médico.
- Ley N° 602, del 14 de noviembre del 2014, de gestión de riesgos.
- Ley N° 165, del 16 de Agosto de 2011, Ley general de transporte.
- Ley N° 264, del 31 de julio 2012, Ley del Sistema Nacional de Seguridad Ciudadana.
- Decreto Supremo N° 25233, del 27 de noviembre 1998, Funcionamiento de los SEDES.
- Decreto Supremo N° 29601, del 11 de junio 2011, Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud (SAFCI).
- Decreto Supremo N° 1115, del 21 de diciembre 2011, Reglamento a la Ley N° 1716 de donación de órganos, células y tejidos.
- Decreto Supremo N° 28562, del 8 de agosto del 2005, Reglamentario del Ejercicio Profesional Médico.
- Decreto Supremo N° 26873, del 21 de diciembre de 2002. Sistema Nacional Único de Suministros - S.N.U.S.
- Decreto Supremo N° 24176, del 8 de diciembre 1995, Reglamento de Gestión de Residuos Sólidos.
- Decreto Supremo N° 15629, del 18 de julio 1978), Código de Salud.
- Decreto Supremo N° 5315, del 30 de septiembre 1959, Código de Seguridad Social.

- Decreto Supremo N° 1506, del 27 de febrero 2013, Agenda Patriótica 2025. 2013.
- Resolución Ministerial N°. 0090, del 5 de diciembre 2006, Instrumentos Normativos de Calidad del Programa Nacional de Calidad en Salud (PRONACS).
- Resolución Ministerial N° 1036, del 21 de noviembre 2008, Norma Nacional Red Municipal SAFCI y Red de Servicios.
- Resolución Ministerial N° 0039, del 30 de Enero 2013, Norma Nacional Referencia y Contra-referencia, Caracterización de establecimientos de Primer nivel y Caracterización de Hospitales de Segundo nivel.
- Resolución Ministerial N° 0579, del 7 de mayo de 2013, Normas Nacionales de Atención Clínica.
- Resolución Ministerial N° 639, del 4 junio de 2014, Lista Nacional de Medicamentos Esenciales – LINAME 2014 – 2016.
- Resolución Ministerial N° 0737, del 21 de abril de 2009, Reglamento de la SAFCI.
- Córdova de la Quintana J, Córdova LS. Importancia histórica de la ambulancia en la epidemiología. Archivos Bolivianos de historia de la medicina; 10 (1-2): Ene-Dic 2004.
- Nicolás González N, Martínez F, Ureta C, Alonso S. Protocolo de triage o Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) en Urgencias del Hospital Do Salnés.
- Pinet L. Atención pre-hospitalaria de urgencias en el Distrito Federal: las oportunidades del sistema de salud. Salud pública Méx, 47 (1). 2005.
- Sistema de Impuestos Nacionales (SIN) y la administradora de rodaje y pesaje Vías Bolivia.
- SEPEAP (Sociedad española de pediatría extrahospitalaria atención primaria) Vol. 17 (1) Oct 2013.
- Gómez a M. Traslado aéreo civil de pacientes. Universidad nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Aeroespacial. Bogotá 2011.
- Norma Técnica para ambulancias. Ministerio de Salud Ramo Salud. San Salvador 10 de Abril 2014.
- Norma Técnica de Salud para Transporte Asistido de Pacientes por Vía Aérea. Resolución Ministerial No. 336. Ministerio de Salud de la república del Perú. 20 de mayo 2008.
- Menchaca M A, Huerta A, Cerdeira J C, Martínez P, Mendoza C. Servicio de Urgencias, Emergencias y Catástrofes Extrahospitalarias, Sistemas integrales de urgencias y Emergencias , Servicios extrahospitalarios; Diferentes modelos, Estructura orgánica y funcional del servicio de Urgencias Medicas de la comunidad de Madrid. España.
- Martínez J, Medrano M J, Rodríguez N, Castillo R. Servicio de Urgencias, Emergencias y Catástrofes Extrahospitalarias, Sistema de Información/Comunicación en Urgencias y Emergencias. Centrales de comunicaciones. Gestión de la llamada. España.
- Tevar F, Aranda A, Huertas P, Ibáñez M T. Servicio de Urgencias, Emergencias y Catástrofes Extrahospitalarias, Procedimientos enfermeros en la gestión de recursos y de llamadas a un Centro Coordinador. España.
- Robles R, Semprun M, Huertas P, Cabañas A. Servicio de Urgencias, Emergencias y Catástrofes Extrahospitalarias, Transporte sanitario. Normas reguladoras. Transporte secundario. España.
- Semprun M, Robles R, Cabañas A, Martínez P. Servicio de Urgencias, Emergencias y Catástrofes Extrahospitalarias, Fisiopatología del transporte sanitario. España.

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA FICHA CLÍNICA RÁPIDA DE TRASLADO EN AMBULANCIA

FICHA CLÍNICA RÁPIDA DE TRASLADO EN AMBULANCIA

FECHA: Anotar la fecha en la que se transporta al paciente.

HORA: Anotar la hora en la que se transporta al paciente.

COD. AMBULANCIA: Anotar numéricamente el código único de la ambulancia otorgado por el CCES-N

NOMBRE: Anotar el nombre completo y apellido del paciente.

EDAD: Anota la edad actual del paciente.

SEXO: Anotar con una X si el paciente corresponde al sexo femenino o masculino.

TELÉFONO: Anotar el número fijo o celular del paciente.

CI: Anotar la cedula de identidad del paciente.

ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN O DOMICILIO: Anotar el nombre del establecimiento de salud, domicilio o dirección donde ha sido atendido en primera instancia el paciente.

ESTABLECIMIENTO RECEPTOR DE DESTINO: Anotar el nombre del establecimiento donde se deprecionará al paciente.

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Anotar el nombre completo y apellidos del acompañante

TELÉFONO: Anotar el número fijo o de celular del acompañante del paciente

C.I.: Anotar la cedula de identidad de acompañante.

PRIORIDAD SEGÚN EL TRIAJE: Marcar con una X según corresponda en alguna de las casillas Rojo, Amarillo, Verde, Negro

ANTECEDENTES: Marcar con una X, en SI o NO en la casilla que corresponda, si el paciente presenta algún antecedente de relevancia medica.

SIGNOS VITALES: Anotar los signos vitales tomados al paciente con las Hrs y tomando en cuenta los siguientes. PA, FC, FR, T, Sat. O2, y marcar con una X donde corresponda el llenado capilar (>2Seg; < 2Seg), coloración de la piel (Normal, Cianótica), pupilas del paciente (anisocoria, isocoria, miosis, midriasis).

EXAMEN FÍSICO: Marcar con una X en la casilla que corresponda, el tipo de lesión del paciente y el lugar de la misma en el monigote.

EVALUACIÓN INICIAL: Marcar con una X en la casilla que corresponda Si o No (izquierdo SI y derecho NO)

OTROS FACTORES EN LA ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA: Marcar con una X en la casilla que corresponda.

ESCALA DE GLASGOW: Marcar con una X en la casilla que corresponda y anotar la sumatoria total en la casilla que corresponda.

ESCALA DE GLASGOW PARA EL LACTANTE Y EL NIÑO: Marcar con una X en la casilla que corresponda y anotar la sumatoria total en la casilla que corresponda.

ATENCIÓN EMBARAZO – PARTO: Anotar en la casilla que corresponda los datos solicitados según corresponda.

ATENCIÓN PERINATAL – PEDIÁTRICO: Marcar con una X en la casilla que corresponda SI o NO y anotar de manera numérica los demás datos.

PATOLOGÍA DEL R.N. describir brevemente con letra clara si se encuentra alguna alteración en alguno de las casillas.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS: Marcar con una X en la casilla si se realizó alguno de los procedimientos.

MANEJO DE VÍA AÉREA: Describir brevemente lo mas relevante del manejo realizado.

MANEJO DE LA VENTILACIÓN: Describir brevemente lo mas relevante del manejo realizado.

MANEJO DE LA CIRCULACIÓN: Describir brevemente lo mas relevante del manejo realizado.

LÍQUIDOS ENDOVENOSOS: describir que solución administro al paciente Horario, goteo si corresponde.

FÁRMACOS: describir brevemente si utilizo algún fármaco, dosis, vía, presentación y horario si corresponde

INMOVILIZACIÓN: Describir brevemente si se inmovilizo al paciente y bajo que método

DIAGNÓSTICO FINAL: Anota con letra legible el o los diagnósticos del paciente.

OBSERVACIONES: Describe con letra legible alguna observación de relevancia que encontró en la atención del paciente.

FIRMAS: Colocar el sello y firma si corresponde según detalla cada cuadrante, y en el ultimo donde indica rechazo de traslado deberá firmar el paciente o acompañante.

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En lugar y fecha.....
El/la que suscribe (paciente, representante legal o familiar).....
.....con fecha de nacimiento.....
Cl..... edad.....con domicilio.....
otorgo mi consentimiento al traslado en ambulancia.....
propuesto por el/la.....aclaro haber sido informado/a y haber
entendido claramente los riesgos implícitos de un traslado y de sus seguros involucrados.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE CÁMARA: Asimismo autorizo la utilización de la cámara interna de la ambulancia para fines consiguientes Si No

DESLINDAMIENTO DE RESPONSABILIDAD: (Solo en caso que el paciente niegue ser trasladado al establecimiento de salud recomendado marcara con una X) Deslindo al personal de la ambulancia de toda responsabilidad en relación a cualquier eventualidad que surgiera durante mi traslado en la ambulancia, ya que mi persona se niega a ser trasladado al establecimiento de salud que se me recomienda, en este sentido asumo toda la responsabilidad.

AUTORIZACIÓN MÉDICA DE TRASLADO (no se aplica a la atención prehospitalaria)

El equipo médico representado por el Dr. (a)
Teléfono..... email@.....
Autoriza aa realizar el traslado de su paciente:
Nombre completo:
Con diagnóstico de
Desde :(Institución-Unidad).....
Teléfono.....
Hacia: (Institución-Unidad).....
Teléfono.....

Nombre y firma
Paciente

Nombre y firma
Acompañante

Nombre y Firma
Médico responsable

INSTRUCTIVO DE LLENADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

EN LUGAR Y FECHA: Anotar el nombre de la ciudad, municipio o comunidad donde se encuentra el paciente y la fecha actual.

EL/LA QUE SUSCRIBE (paciente, representante legal o familiar) Anotar el nombre completo y apellidos de quien autoriza el documento

FECHA DE NACIMIENTO: Anotar fecha de nacimiento del paciente, representante legal o familiar del paciente.

CI: Anotar la cedula de identidad del paciente, representante legal o familiar del paciente.

EDAD: Anotar la edad actual del paciente, representante legal o familiar del paciente.

DOMICILIO: Anota el domicilio Actual del paciente, representante legal o familiar del paciente.

OTORGO MI CONSENTIMIENTO AL TRASLADO EN AMBULANCIA: Anotar el tipo de ambulancia y nombre del la institución que esta realizando el servicio de traslado.

PROPUESTO POR EL/LA: Anota el nombre del médico o bajo quien está la decisión del traslado del paciente.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE CAMARA: Marcar con una X donde corresponda **SI** acepta o **NO** la utilización de la cámara dentro la ambulancia (se debe realizar la aclaración al paciente o acompañante que la grabación de la misma estará bajo estricta custodia para resguardar el derecho a la privacidad y confidencialidad del paciente y que la misma será utilizada en casos que lo solicite el ministerio publico bajo autorización de autoridad competente y otros que señala la Norma Nacional de Ambulancias)

DESLINDAMIENTO DE RESPONSABILIDAD: Marcar con una X, solo en caso que el paciente niegue ser trasladado al establecimiento de salud recomendado.

AUTORIZACION MÉDICA DE TRASLADO

EL EQUIPO MÉDICO REPRESENTADO POR EL DR. (A): Anotar el nombre completo del responsable del establecimiento medico que autoriza el traslado del paciente.

TELÉFONO: Anotar el teléfono fijo y celular del responsable del establecimiento medico que autoriza el traslado del paciente

EMAIL: Anotar el correo electrónico del responsable del establecimiento medico que autoriza el traslado del paciente

AUTORIZA A: Anotar el nombre de la institución que realiza el traslado del paciente en ambulancia

NOMBRE COMPLETO: Anotar el nombre completo del paciente

CON DIAGNÓSTICO DE: Anotar el o los diagnósticos del paciente

DESDE: (Institución-Unidad): Anotar el nombre de la institución-unidad que solicita el traslado del paciente

TELÉFONO: Anotar el teléfono fijo o celular de la institución – unidad que solita el servicio de traslado del paciente

HACIA: (Institución-Unidad) Anotar el nombre de la institución-unidad donde se trasladara al paciente

TELÉFONO: Anotar el teléfono fijo o celular de la institución – unidad donde se trasladara al paciente

Anexo Editorial

REVISIÓN TÉCNICA

Dr. Miguel Villarreal	Dirección General de Servicios de salud
Dra. Ana Herrera	Unidad de Epidemiología
Dra. Mariana Rodríguez	Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad
Dra. Karina Salazar	Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad
Dr. Ramiro Asturizaga	Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad
Dra. Jhovana Huanca	Unidad de Epidemiología
Dra. Yandira Alcón	Unidad de Epidemiología
Dr. Oscar Velásquez	Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad
Dr. Efraín Monje	Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad
Dra. Grace Evia	Unidad de Seguros Públicos
Dra. Claudia Chura	Unidad de Medicamentos y Tecnología
Dr. Daniel Flores	Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad
Dra. Jannett Quenta	Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad
Dra. Silvia Paz	Programa Nacional de Salud Renal
Dr. Nelson Morales	Programa Nacional de Salud Renal
Dra. Lisete Bautista	Programa Nacional de Sangre
Dra. Ana Cabrera	Programa Nacional de Chagas

COOPERACIÓN TÉCNICA

Dr. Bradimir C. Torrico V.	Coordinador Programa Urgencias y Emergencias Médicas HSS-OPS/OMS
Dra. Silvia Villarroel	Profesional Técnico OPS/OMS

VALIDACIÓN NACIONAL

Dr. Karol Quiroz Gutiérrez	Vice ministerio de Salud y Promoción
Dr. Fernando Prado Rodríguez	Unidad de Medicamentos y Tecnología en Salud
Dra. Cecilia Delgadillo Arcienega	Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad
Dra. Grace Evia Meave	Unidad de Seguros Públicos
Dr. Efraín Monje Arteaga	Unidad de Redes de Servicios en Salud y Calidad
Dr. Oscar Velásquez Encinas	Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad
Dr. Ameth Solís Bogado	Programa Nacional de Salud Renal
Dra. América Hidalgo Sánchez	Programa Nacional de Catástrofes y Desastres
Ing. Gerardo Choquecallata	PTOIEM
Dra. Dolores Mayta Mayta	SEDES La Paz
Dr. Juan Choque Rondo	SEDES La Paz
Dra. Cinthya Gorena Velasco	SEDES Oruro
Dr. Vicente Condori Morales	SEDES Potosí

Dra. Cinthya Gorena Velasco	SEDES Oruro
Dr. Vicente Condori Morales	SEDES Potosí
Dr. Freddy Quispe Vargas	SEDES Potosí
Dr. Carlos Arce Arana	SEDES Tarija
Dra. María Iñiguez Cortez	SEDES Tarija
Dra. Aurelia Rivera Ortega	SEDES Chuquisaca
Dra. Jovanna Ordoñez Claire	SEDES Chuquisaca
Dr. Juan Carlos Ayzama López	SEDES Cochabamba
Dr. Ronald Sanabria Rojas	SEDES Cochabamba
Dr. Jhonny Cueto Avendaño	SEDES Pando
Dr. Brayan Laura Argandoña	Cruz Roja Boliviana
Tte. Dorian Contreras de la Cruz	Policía Boliviana
Cap. Rubén Sosa Figueredo	Bomberos de la Policía Boliviana
Tte. Armando Aramayo Fernández	Bomberos de la Policía Boliviana
Dr. Edgar Apaza Poma	SAR – FAB Illimani
Dr. Ricardo Flores Saavedra	SAR – FAB Illimani
Tec. Raúl Tarifa Chávez	SUMA – El Alto
Dr. Ronald Miranda Apaza	SUMA – El Alto
Dr. Boris Chávez Bello	SEMA – La Paz
Dr. Lorenz Quenallata Ávila	SEMA – La Paz
Dr. Walter Solíz Villarroel	SISME – Santa Cruz
Dra. Lucy Pillón Mariscal	SISME – Santa Cruz
Dr. Hugo Vargas Cruz	SISME – Santa Cruz
Cap. José Argandoña	MIA – Santa Cruz
Dr. Matías Eperon Castro	MIA – Santa Cruz
Sof. Fernando Rocha Delgadillo	FAB – GAC 72
Sof. José Antonio Sarabia	FAB – GAC 72
Cap. David Cari Siles	FAB – GAC 31
Tcl. Marcelo Cervantes Torrez	FAB – GAC 31
Dra. Lizeth Gutiérrez Catari	INASES
Dra. Gloria Leaño Román	INASES