



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

# **NORMA NACIONAL DE CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE EMERGENCIAS EN SALUD**



**Serie: Documentos Técnico Normativos**

**La Paz - Bolivia**

**2017**



## FICHA BIBLIOGRÁFICA

BO WA546 M665n N° 433 2017	Bolivia. Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de Salud. Norma Nacional de Caracterización del Sistema Nacional de Emergencias en Salud/Ministerio de Salud; Omar Flores Velasco; Eduardo Triveño Saravia; Lucía Cardozo Chávez; Alfredo Aldo Camacho Álvarez. Coaut. La Paz: Sagitario, 2017. 83 p.: ilus. (Serie: Documentos Técnico - Normativos N° 433)
	Depósito legal: 4-1-806-16 P.O.
	I. NORMAS BÁSICAS DE ATENCIÓN A LA SALUD.
	II. SISTEMAS DE SALUD.
	III. EMERGENCIAS
	IV. SERVICIOS DE SALUD DE EMERGENCIAS
	V. REGULACIÓN Y CONTROL DE INSTALACIONES
	VI. EQUIPAMIENTO SANITARIO
	VII. ESTÁNDARES DE REFERENCIA
	VIII. BOLIVIA.
	1. t
	2. Serie.
	3. Flores Velasco, Omar; Triveño Saravia, Eduardo; Cardozo Chávez, Lucía; Camacho Álvarez, Alfredo Aldo. Coaut.

### **NORMA NACIONAL DE CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE EMERGENCIAS EN SALUD.**

Dirección General de Servicios de Salud, Edificio Victor, Calle Fernando Guachalla, No.342, Piso 3. Teléfono No. 2442098, La Paz – Bolivia. [www.minsalud.gob.bo](http://www.minsalud.gob.bo)

**RM:** 0017 / 2017.

**Depósito Legal:** 4-1-806-16 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, SUMA El Alto, SEMA La Paz, SISME SCZ, FAB-GAC 72, FAB-GAC 31, SAR-FAB Illimani (Anexo Editorial).

**Documento elaborado con la asistencia técnica OPS/OMS y el 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, se pasa de un enfoque de mercado en las políticas públicas, a uno de derechos y a una mayor inclusión social, para tener acceso digno a la salud.

En este contexto la presente **NORMA NACIONAL DE CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE EMERGENCIAS EN SALUD**, llena un vacío, ya que no se cuenta con un referente que permita generar condiciones esenciales e imprescindibles para la correcta gestión del Sistema Nacional de Emergencias en Salud, y por ello de las emergencias, urgencias, catástrofes y desastres en salud en nuestro país.

La presente Norma Nacional, es de aplicación obligatoria en todo el ámbito del territorio nacional para los prestadores de salud públicos y privados así como todas aquellas instituciones e instancias que estén involucrados con la atención de urgencias, emergencias, catástrofes y desastres en salud, asimismo las autoridades nacionales y sub-nacionales tienen la obligación de cumplir y hacer cumplir lo estipulado en la presente Norma Nacional, la misma que define el diseño esencial de infraestructura, equipamiento, recursos humanos, procesos, procedimientos y actividades con los que deben contar las diferentes instancias de coordinación de emergencias, urgencias, desastres y catástrofes en salud a nivel nacional, departamental y municipal, asimismo establece las condiciones y estrategias necesarias destinadas a brindar atención prehospitalaria e interhospitalaria, articulando la referencia de pacientes entre los establecimientos de salud de los cuatro niveles de atención y coordina el funcionamiento de los servicios de ambulancias en todos los subsectores involucrados (medicina tradicional, de privados con y sin fines de lucro, de la salud pública y el de la seguridad social a corto plazo).

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, en casos de emergencias, urgencias, desastres y catástrofes en salud, independientemente del sub sector al que pertenezcan.

Esta Norma Nacional contribuirá a la salud y el vivir bien de todos los bolivianos.

**DRA. ARIANA CAMPERO NAVA**  
**MINISTRA DE SALUD**







Estado Plurinacional de Bolivia  
Ministerio de Salud

# Resolución Ministerial Nº 0017

12 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 1 del Decreto Ley Nº 15629 de 18 de julio de 1978, Código de Salud señala que la finalidad del Código de Salud en la regulación jurídica de las acciones para la conservación, mejoramiento y restauración de la salud de la población mediante el control del comportamiento humano y de ciertas actividades, a los efectos de obtener resultados favorables en el cuidado integral de la salud de los habitantes de la República de Bolivia.

El Artículo 3 de la norma citada dispone: “Corresponde al Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, al que este Código denominará Autoridad de Salud, la definición de la política nacional de salud, la normación, planificación, control y coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas sin excepción alguna”.

El Artículo 4 del Código de Salud menciona: “Se establece el derecho a la salud de todo ser humano, que habite el territorio nacional sin distinción de raza, credo político, religión y





Estado Plurinacional de Bolivia  
Ministerio de Salud

condición económica y social, derecho que es garantizado por el Estado”.

Que el Artículo 5 de la Ley N° 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: 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 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/6/2017 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 Caracterización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Emergencias de Salud se encuentra enmarcado en norma vigente, el mismo responde a la necesidad de establecer lineamientos de caracterización y funcionamiento de la estructura responsable del sistema nacional de emergencias de salud. El documento de propuesta de Norma Nacional de Caracterización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Emergencias de Salud está aprobado por el consejo técnico según consta en acta de reunión de fecha 28 de octubre de 2016, así como por el comité de identidad institucional y publicaciones según acta de 7 de diciembre de 2016. Recomendando se prosiga con la aprobación de la Norma Nacional de Caracterización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Emergencias de Salud mediante Resolución Ministerial.

Que según Nota Interna MS/VMSyP/DGSS/NI/28/2017 de 10 de enero de 2017, la Dirección General de Servicios de Salud; señala que la presente Norma Nacional de Caracterización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Emergencias de Salud, llena un vacío, ya que no se cuenta con un referente que permita generar condiciones esenciales e imprescindibles para la correcta gestión del Sistema Nacional de Emergencias en Salud, y por ello de las emergencias, urgencias, catástrofes y desastres en salud en nuestro país. La presente Norma Nacional, será de aplicación obligatoria en todo el ámbito del territorio nacional para los prestadores de salud







Estado Plurinacional de Bolivia  
Ministerio de Salud

públicos y privados, así como todas aquellas instituciones e instancias que estén involucrados con la atención de urgencias, emergencias, catástrofes y desastres en salud, asimismo las autoridades nacionales y sub nacionales tendrán la obligación de cumplir y hacer cumplir lo estipulado en la presente Norma Nacional, la misma que define el diseño esencial de infraestructura, equipamiento, recursos humanos, procesos, procedimientos y actividades con los que deben contar las diferentes instancias de coordinación de emergencias, urgencias, desastres y catástrofes en salud a nivel nacional, departamental y municipal, asimismo, establece las condiciones y estrategias necesarias destinadas a brindar atención prehospitalaria e interhospitalaria, articulando la referencia de pacientes entre los establecimientos de salud de los cuatro niveles de atención y coordinar el funcionamiento de los servicios de ambulancia en todos los subsectores involucrados.

Que sigue señalando que el documento normativo define el diseño esencial de infraestructura, equipamiento y recursos humanos con los que deben contar los Centros Coordinadores de Emergencias en Salud, establece las condiciones y estrategias necesarias destinadas a brindar atención médica prehospitalaria e interhospitalaria en casos de emergencias, urgencias, catástrofes y desastres en salud, articula la referencia en pacientes entre los establecimientos de salud de los cuatro niveles de atención y condona el funcionamiento de los servicios de ambulancias (terrestres, aéreas y acuáticas), con todos los subsectores involucrados. El objetivo del mismo es normar el Sistema Nacional de Emergencias en Salud a través de la caracterización y funcionamiento de los Centros Coordinador de Emergencias de Salud a nivel nacional.

Que la propuesta normativa establece que los Centros Coordinador de Emergencias de Salud a Nivel Nacional, Departamental y Municipal, tendrán una sostenibilidad para su funcionamiento a través de la asignación anual de presupuesto, de tal forma que garantice su ejecución, el mismo que deberá ser realizado por la Dirección General de Servicios de Salud dependiente del Ministerio de Salud; los Gobiernos Autónomos Departamentales, en lo referido a recursos humanos, servicios básicos, equipamiento, infraestructura, mantenimiento y otros que sean necesarios para garantizar su funcionamiento permanente; y los Gobiernos Autónomos Municipales, en lo que refiere a infraestructura, equipamiento, recursos humanos, servicios básicos, funcionamiento y otros.

Que concluye y recomienda señalando que la Norma Nacional de Caracterización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Emergencias en Salud cumple con todos los requisitos técnicos, normativos y legales, por lo que se recomienda la emisión de la respectiva Resolución Ministerial.

Que en fecha 28 de octubre de 2016, se llevó a cabo la reunión del Comité de Coordinación Técnica – COCOTEC, cuyo objetivo era la validación de la Norma Nacional de Caracterización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Emergencias en Salud Nacional, Centro de Coordinación de Emergencia en Salud Departamental, Transportes Sanitarias en Salud Municipal Comité de Evaluación y Uso Racional de Tecnologías en Salud, señalando que el mismo tendrá la facultad del funcionamiento exclusivo y de regular el Sistema Nacional de Emergencias en Salud, desde los diferentes niveles de complejidad en el territorio nacional de Bolivia, no existiendo observación al mismo y sugiriendo el curso correspondiente para la emisión de la Resolución Ministerial.

Que a través de Acta del Comité de Identidad Institucional y Publicación de fecha 07 de diciembre de 2016, los suscriptores deciden la Aprobación del Documento Norma Nacional de Caracterización del Sistema Nacional de Emergencias.

Que la solicitud realizada por la Dirección General de Servicios de Salud, para la emisión de la Resolución Ministerial que apruebe el documento: “Norma Nacional de Caracterización del Sistema Nacional de Emergencias en Salud”, es viable, toda vez que no contraviene normativa legal vigente.

Que mediante Informe Legal MS/DGAJ/UAJ/IL/045/2017 de 12 de enero de 2017, recomienda señalando que la aprobación del documento: “Norma Nacional de Caracterización del Sistema

SENERO DE SALUD Y PRO...  
Dra. CARLA A. RADA B.  
DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

Asesor Jurídico  
M. S.



Estado Plurinacional de Bolivia  
Ministerio de Salud

Nacional de Emergencias en Salud”, 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 Caracterización del Sistema Nacional de Emergencias en Salud”, que en Anexos forman parte integrante de la presente Resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO.-** Refrendar el Informe Legal MS/DGAJ/UAJ/IL/045/2017 de 12 de enero de 2017, Informe Técnico MS/DGP/UPL/IT/6/2017 de 12 de enero de 2017, la Nota Interna MS/VMSyP/DGSS/NI/28/2017 de 10 de enero de 2017, el Acta Comité de Coordinación Técnica – COCOTEC de 28 de octubre de 2016, 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.



Dra. CARLA A.  
PADA B.

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

Dra. Patricia Campero Carilla  
VICEMINISTRA DE SALUD  
Y PROMOCIÓN  
MINISTERIO DE SALUD

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

## INTRODUCCIÓN

---

La atención de urgencias, emergencias, desastres y catástrofes en salud ha experimentado una importante evolución en el transcurso de las últimas décadas, motivadas por el constante progreso tecnológico y por un mejor conocimiento de los procesos patogénicos intrínsecos y extrínsecos que pueden desencadenar una urgencia, emergencia, desastre o catástrofe en salud, con todo ello se ha conseguido mejorar la atención a los pacientes en situación crítica, mejorando su pronóstico de supervivencia.

Nadie discute sobre la necesidad de que la sociedad disponga de un sistema coordinado de atención de emergencias en salud integrado en el sistema sanitario y con ello se provea una atención adecuada a toda la población en situación de emergencia, urgencia, desastre o catástrofe en salud.

El Sistema Nacional de Emergencias en Salud es un conjunto de instituciones integradas públicas y 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, interhospitalario y hospitalarios con accesibilidad, oportunidad y calidad, coordinando el transporte sanitario (aéreo, terrestre y acuático).

La Norma Nacional de Caracterización del Sistema Nacional de Emergencias en Salud, define el diseño esencial de infraestructura, equipamiento y recursos humanos con los que deben contar los Centros Coordinadores de Emergencias en Salud, establece las condiciones y estrategias necesarias destinadas a brindar atención médica pre-hospitalaria e inter-hospitalaria en casos de emergencias, urgencias, catástrofes y desastres en salud, articula la referencia de pacientes entre los establecimientos de salud de los cuatro niveles de atención y coordina el funcionamiento de los servicios de ambulancias (terrestres, aéreas y acuáticas), con todos los subsectores involucrados (medicina tradicional, de privados con y sin fines de lucro, de la Salud Pública y la seguridad social a corto plazo), siendo los CCES-N, CCES-D, las instancias de carácter operativo/asistencial, responsable de coordinar, operativizar, regular y monitorear en el ámbito de su jurisdicción el acceso a los servicios de urgencias y emergencias médicas y la atención en salud de la población afectada en situaciones de catástrofes o desastre en salud.

La Norma Nacional con el propósito de brindar un mejor funcionamiento y articulación propone el establecimiento de tres niveles de gestión:

- Nivel Nacional: rector/normativo y coordinador/operativo interdepartamental e internacional.
- Nivel Departamental: coordinador/operativo a nivel departamental.
- Nivel Municipal: operativo a nivel municipal.

## ABREVIATURAS

---

<b>SUMA 161</b>	Sistema de Urgencias Médicas El Alto 161
<b>SEMA 165</b>	Servicio Municipal de Ambulancias 165
<b>SISME 160</b>	Sistema Integrado de Emergencias Médicas
<b>CCES-N</b>	Centro Coordinador de Emergencias de Salud - Nacional
<b>CCES-D</b>	Centro Coordinador de Emergencias de Salud - Departamental
<b>TSES-M</b>	Transporte Sanitario de Emergencias de Salud - Municipal
<b>CRUED</b>	Centro Regulador de Urgencias y Emergencias Departamental
<b>CRUEM</b>	Centro Regulador de Urgencias y Emergencias Médicas
<b>SEMAT</b>	Sistema de Emergencias Médicas Autónoma de Tarija
<b>SNES</b>	Sistema Nacional de Emergencias en Salud
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>D.L.</b>	Decreto Ley
<b>SEDES</b>	Servicio Departamental de Salud
<b>SAFCI</b>	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
<b>PRONACS</b>	Programa Nacional de Calidad en Salud
<b>LINAME</b>	Lista Nacional de Medicamentos
<b>OTBs</b>	Organización Territorial de Base
<b>COE</b>	Comité Operativo de Emergencia
<b>RRHH</b>	Recursos Humanos
<b>POA</b>	Programa Operativo Anual
<b>DGAC</b>	Dirección General de Aeronáutica Civil

# CONTENIDO

---

## CAPÍTULO I

### ASPECTOS GENERALES .....15

1. ANTECEDENTES .....	15
2. JUSTIFICACIÓN.....	16
3. PRINCIPIOS BIOÉTICOS DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DE URGENCIA .....	17
4. MARCO CONCEPTUAL.....	19
5. OBJETIVOS .....	22
5.1. Objetivo general .....	22
5.2. Objetivos específicos .....	22
6. ALCANCE.....	22
7. MARCO LEGAL .....	23
7.1. Disposiciones legales generales .....	23
7.2. Disposiciones legales en salud .....	23

## CAPÍTULO II

### CARACTERIZACIÓN DEL CENTRO COORDINADOR DE EMERGENCIAS DE SALUD - NACIONAL (CCES-N), CENTRO COORDINADOR DE EMERGENCIAS DE SALUD - DEPARTAMENTAL (CCES-D) Y EL TRANSPORTE SANITARIO DE EMERGENCIAS DE SALUD - MUNICIPAL (TSES-M) .....25

1. DEFINICIÓN DE CENTRO COORDINADOR Y TRANSPORTE SANITARIO DE EMERGENCIAS DE SALUD.....	25
2. CENTRO COORDINADOR DE EMERGENCIAS DE SALUD - NACIONAL (CCES-N).....	26
2.1. Funciones .....	26
2.2. Dependencia y sostenibilidad.....	28
2.3. Características de infraestructura.....	28
2.4. Características del equipamiento .....	28
2.5. Equipo de gestión del CCES-N .....	29
2.6. Funciones del equipo de gestión del CCES-N .....	30
3. CENTRO COORDINADOR DE EMERGENCIAS DE SALUD - DEPARTAMENTAL (CCES-D) ....	36
3.1. Funciones .....	36
3.2. Dependencia y sostenibilidad.....	38
3.3. Requerimientos técnicos .....	38
3.4. Características de infraestructura.....	39
3.5. Características de equipamiento .....	39
3.6. Equipo de gestión del CCES-D.....	42
3.7. Funciones del equipo de gestión del CCES-D .....	42
4. TRANSPORTE SANITARIO DE EMERGENCIAS DE SALUD - MUNICIPAL (TSES-M).....	49
4.1. Funciones .....	49
4.2. Dependencia y sostenibilidad.....	50
4.3. Características de infraestructura.....	50
4.4. Características de equipamiento .....	51
4.5. Equipo de gestión del TSES-M .....	52
4.6. Funciones del equipo de gestión del TSES-M .....	52

**CAPÍTULO III**  
**ESTRUCTURA ORGÁNICA Y FUNCIONAL DEL CENTRO COORDINADOR DE EMERGENCIAS DE SALUD – NACIONAL (CCES-N), CENTRO COORDINADOR DE EMERGENCIAS DE SALUD – DEPARTAMENTAL (CCES-D) Y EL TRANSPORTE SANITARIO DE EMERGENCIAS DE SALUD - MUNICIPAL (TSES-M) .....55**

1. ESTRUCTURA ORGÁNICA.....	55
2. ESTRUCTURA FUNCIONAL.....	56
3. ATENCIÓN PREHOSPITALARIA.....	56
4. ATENCIÓN INTERHOSPITALARIA.....	56
5. PROCESO DE RESPUESTA.....	57

**CAPÍTULO IV**  
**MANUAL DE PROCESOS, PROCEDIMIENTOS Y ACTIVIDADES DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN SALUD.....61**

1. INTRODUCCIÓN.....	61
2. OBJETIVO.....	61
3. METODOLOGÍA DE LA ELABORACIÓN DEL MANUAL.....	61
4. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS, PROCEDIMIENTOS Y ACTIVIDADES.....	62
4.1. Coordinación del traslado de pacientes de urgencias y emergencias en salud.....	62
4.2. Información a la comunidad.....	66
4.3. Referencia de órganos, tejidos, elementos biológicos o químicos.....	69
4.4. Resumen diario de eventos.....	72

**BIBLIOGRAFÍA .....74**

**ANEXOS**

Anexo 1. Características de la infraestructura del Centro Coordinador de Emergencias de Salud Departamental (Prototipo).....	75
Anexo 2. Detalle de las características de infraestructura.....	76
Anexo 3. Formato de notificación de eventos adversos.....	79
Anexo Editorial.....	81

## 1. ANTECEDENTES

Es indudable de que existan tantos sistemas de coordinación como sistemas sanitarios ya que en cada país se han desarrollado con adecuaciones a su propia estructura sanitaria, de acuerdo a su necesidad, posibilidad y realidad social.

Es así que por ejemplo la acumulación de heridos procedentes de catástrofes, desastres y conflictos bélicos, dio origen a los primeros hospitales de sangre con criterios y fines militares, tendiendo a la recuperación de los heridos en el menor tiempo posible. Así la concentración de pacientes graves, con patologías afines, da lugar a la aparición de unidades de recuperación, con especial proyección a las grandes epidemias y heridos de guerra.

En 1792, durante la Guerra Franco - Austriaca, bajo el gobierno de Napoleón, Larrey construye la primera ambulancia, llamada “ambulancia volante”. Además en la Francia de esa época, ya se atendía a domicilio a pacientes graves, determinándose su ingreso en un Hotel de Dieu.

En 1859 se libra la batalla de Solferino, dado la gran cantidad de heridos abandonados en el campo de batalla, un oficial suizo llamado Henri Dunant, planteo la creación de una institución humanitaria que atienda estas situaciones, así nació la Cruz Roja.

En el siglo XVIII, La armada Francesa incorpora oficiales médicos, a las primeras ambulancias, y en 1811, tras el incendio de la embajada Austriaca, se constituye un grupo médico de apoyo a los asfixiados y a la unidad de Bomberos, se crea entonces el SAMU de Paris.

La primera guerra mundial, así como los sucesivos conflictos bélicos, consolidan los hospitales de campaña y la necesidad de cualificar el transporte sanitario, realizando Robert Pixque, en 1927 el primer transporte aéreo medicalizado.

La epidemia Europea de poliomielitis, en 1950, define el concepto de unidad de cuidados intensivos, como espacios concretos en los que se concentran recursos de alto nivel, pronto se demuestra que muchas de estas técnicas tienen una aplicación en el ámbito extra hospitalario, donde el control de la vía aérea, junto con la reposición agresiva de la volemia, demuestra una caída brusca del índice de mortalidad accidental.

En 1960, se difunden las técnicas de RCP descritas 10 años antes, lo que significa un impulso definitivo que se materializa en USA con la escuela de Peter Safard.

El concepto “Cadena de supervivencia” es referenciado por investigadores alemanes, a final de 1960 identificando la secuencia de procedimientos necesarios en el proceso de resucitación. En 1961 Van Waguner concluye que una de cada seis muertes en militares lesionados fuera del campo de batalla podría haberse evitado con un tratamiento in situ.

En 1967, aparecen las primeras unidades coronarias móviles en Belfast y se consolida el sistema EMT y paramédicos en USA con recursos medicalizados prehospitalarios de intervención inmediata.

A partir de 1970 el estudio sistematizado y riguroso de las muertes por accidentes de tráfico demuestra que aproximadamente un 30% de ellas están causadas por patologías abordables en el lugar del accidente, shock, obstrucción de vía aérea, si puede activarse un sistema de asistencia médica urgente con capacidad de respuesta.

En 1979, se dictan en Ginebra las recomendaciones para la definición de los sistemas de asistencia médica urgente, con especial énfasis en la identificación de un número único, la coordinación regional, los programas de entrenamiento del personal y la participación de los hospitales en la urgencia médica, a partir de ahí,

se desencadenan una serie de modelos mas o menos paralelos; Artztenotfalldients, Artztenotdients, SAMU, Servicio médico de urgencias, Urgen medical help system y otros. A raíz de la implementación de estos nuevos sistemas de atención de emergencias, se plantea la necesidad de facilitar el acceso de la población a los mismos a través de la creación de un número telefónico único, corto, y fácilmente memorizable desde el que se atiendan este tipo de demandas.

En síntesis los fines que deben cumplir los diferentes niveles de coordinación de urgencias y emergencias médicas son:

- Facilitar el acceso rápido del usuario al sistema sanitario.
- Dar una respuesta humanitaria, ágil, responsable, eficaz, eficiente y experta al usuario ante su demanda de ayuda.
- Adecuar la coordinación y gestión de los recursos utilizados, disponiendo de información sobre los mismos, localización y disponibilidad.
- Coordinar los diferentes niveles asistenciales y unidades operativas.
- Coordinar e integrar instituciones públicas y privadas.

## 2. JUSTIFICACIÓN

En Bolivia, en la actualidad, no se cuenta con un Sistema Nacional de Emergencias en Salud estructurado, que brinde servicios de atención prehospitalaria e interhospitalaria a la población.

En la última década, los servicios de atención prehospitalaria y los servicios de emergencias de los establecimientos de salud en nuestro país, han presentado en algunas regiones diferentes cambios en su estructura y organización para la atención a la población, generando experiencias en la atención de urgencias y emergencias médicas en los municipios de El Alto - SUMA 161, La Paz - SEMA 165 y Santa Cruz - SISME 160, los cuales lograron desarrollar sus capacidades de atención médica prehospitalaria aplicando estándares internacionales e incursionando también en actividades de atención de desastres y rescate mediante la capacitación continua de su personal.

Asimismo algunos departamentos presentan avances en la formación de instancias de coordinación de urgencias y emergencias médicas, tal es el caso del departamento de Santa Cruz que cuenta con el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias Departamental (CRUED), el cual realiza la coordinación con los municipios del departamento para la referencia prehospitalaria e interhospitalaria de pacientes, el departamento de Potosí cuenta con la infraestructura y equipamiento del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias Médicas (CRUEM), y el departamento de Tarija cuenta con el Sistema de Emergencias Médicas Autónoma de Tarija (SEMAT), el cual realiza la coordinación con los municipios del departamento para la referencia prehospitalaria e interhospitalaria de pacientes.

Los mayores retos enfrentados en estas experiencias, son: la oportunidad, calidad de respuesta, sostenibilidad del servicio, atención continua, contar con personal calificado y suficiente, infraestructura, equipamiento y un sistemas de información y comunicación efectivos.

La planificación del Sistema Nacional de Emergencia en Salud debe ser regional, estableciendo una jerarquía de servicios y organizando desde el nivel, nacional, departamental y municipal para el funcionamiento global. La base constitucional de esta política regional se basa en el argumento del costo del sistema que utiliza recursos complejos y costosos que no pueden ser justificados sin un real beneficio suficiente para todos.

La respuesta prehospitalaria, interhospitalaria y hospitalaria ante situaciones de urgencia, emergencia catástrofes o desastres en salud, en la actualidad está poco organizada, no se cuenta con instancias de coordinación a nivel nacional, departamental y municipal que permitan la gestión de la urgencia, emergencia, catástrofe o desastre en salud en todos sus niveles, los centros existentes (municipales) no cumplen con los estándares requeridos



para su adecuada coordinación; utiliza vehículos que no cumplen estándares y normas vigentes, no cuentan con sistemas de comunicación ni coordinación efectiva entre establecimientos de salud y de éstos con las unidades móviles de atención; factores que retrasan la respuesta a la emergencia, urgencia, catástrofe o desastre en salud incrementando los costos y riesgos, no se cumple la normativa de Referencia y Contra-referencia, no se cuenta con una plataforma de gestión y coordinación de la urgencia, emergencia, catástrofe o desastre en salud (software) lo que no permite contar con un número único, protocolo de triaje prehospitalario, gestión de transporte sanitario, información en tiempo real sobre la existencia de camas, capacidad resolutive, personal de salud y otros para organizar el mismo.

La atención prehospitalaria y los servicios de emergencias de los establecimientos de salud, son poco especializados y con debilidades en la capacitación del personal de salud y de apoyo; además, en ocasiones el usuario es trasladado a diferentes establecimientos de salud para su atención, donde muchas veces es rechazado por distintas situaciones que manifiestan la débil organización en la respuesta a la urgencia, emergencia, catástrofe o desastre en salud.

Actualmente, para la atención de urgencias y emergencias, algunos pacientes o usuarios reciben atención de servicios municipales de ambulancias y otros son transportados a los centros médicos por distintas instituciones como ser la policía, ejército, bomberos, etc. utilizando vehículos privados o públicos, (motocicletas, carretas u otros medios) a los que la población puede acceder y utilizar, caracterizándola como un modelo de atención urgente no organizado, brindando una atención sin calidad, ni cordialidad, ni oportunidad al usuario, por estos motivos se propone la presente Normativa Nacional.

### 3. PRINCIPIOS BIOÉTICOS DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DE URGENCIA

La bioética es el estudio sistemático e interdisciplinar de las acciones del hombre sobre la vida humana, considerando sus implicaciones antropológicas y éticas, con la finalidad de ver racionalmente aquello que es bueno para el hombre, las futuras generaciones y el ecosistema, para encontrar una posible solución clínica o elaborar una normativa jurídica adecuada.

- **Primer Principio:** Autonomía

Consiste en que cada persona es auto-determinante para optar por las propias escogencias en función de las razones del mismo, es decir, que al hacer uso de la autonomía, cada quien conduce su vida en concordancia con sus intereses, deseos y creencias (Jonson citado por Castillo, 1999).

Según John Stuart Mill al hombre le pertenece plenamente aquella parte de sus actos que no afecten a los otros, y sobre la cual la sociedad no debe interferir, ya que la autonomía constituye la esfera de la libertad humana. Se puede definir como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen vitalmente. Supone el derecho incluso a equivocarse a la hora de hacer uno mismo su propia elección.

El principio de autonomía da origen a la norma moral, de no coartar la libertad de la persona y nos remite a la obligación de aplicar el consentimiento informado ante la toma de decisiones en el campo de la salud. Lo cierto, es que en el modelo social emergente, se tiende a que cada cual tenga derecho a opinar sobre su salud en ejercicio de su libertad, y para lo que se requiere de un conocimiento, es decir, estar bien informado, la comprobación de la competencia del enfermo para decidir y la ausencia de coerción.

Este principio es la base para una nueva relación paciente-profesional de la salud, ya que al paciente se le trata como adulto responsable con la capacidad y el derecho de decidir entre las opciones presentes, en una determinada situación clínica.

- **Segundo Principio:** Beneficencia

Se refiere a la obligación de prevenir o aliviar el daño hacer el bien u otorgar beneficios, deber de

ayudar al prójimo por encima de los intereses particulares, en otras palabras, obrar en función del mayor beneficio posible para el paciente y se debe procurar el bienestar de la persona enferma. Los elementos que se incluyen en este principio son todos los que implican una acción de beneficio que haga o fomente el bien, prevenga o contrarreste el mal o daño; adicionalmente, todos los que implican la omisión o la ausencia de actos que pudiesen ocasionar un daño o perjuicio.

El que hacer del profesional de la salud está fundamentado en el principio de beneficencia y consiste en el deber de asistir a las personas que lo necesiten. Este principio se vincula con la norma moral siempre debe promoverse el bien y tiene como obligaciones derivadas el brindar un servicio de calidad, con atención respetuosa, evitar el exceso de terapéutica y respetar condiciones, credos o ideologías. Este principio es utilizado para prevenir, aliviar el daño, hacer el bien como otorgar beneficios, debe estar dirigido a garantizar la salud de la sociedad en el sentido más amplio de este concepto, para lo que se precisa de un personal preparado, competente, actualizado, con una formación humanística basada en los principios éticos y conocedor de las peculiaridades de la población que asiste. No debe centrarse únicamente en curar o en restablecer la salud, sino también en prevenir y en educar, lo que conduce a la modificación de estilos y modos de vida, de patrones culturales que no contribuyen al mantenimiento de la salud colectiva.

- **Tercer Principio:** No maleficencia

Este principio es uno de los más antiguos en la medicina hipocrática: *Primum non nocere*, es decir, no hacer daño al paciente, es la formulación negativa del principio de beneficencia que nos obliga a promover el bien. Los preceptos morales provenientes de este principio son no matar, no inducir sufrimiento, no causar dolor, no privar de placer, ni discapacidad evitable. Las obligaciones derivadas consisten en realizar un análisis riesgo/beneficio ante la toma de decisiones específicamente en el área de la salud y evitar la prolongación innecesaria del proceso de muerte (distanasia). Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana.

Este principio está contemplado en el juramento hipocrático cuando expresa “Dirigiré la dieta con los ojos puestos en la recuperación de los pacientes, en la medida de mis fuerzas y de mi juicio y les evitare toda maldad y daño”

Se diferencia del principio de beneficencia en que pudiese en ocasiones hacer el bien al paciente y sin embargo, acontecer complicaciones no contempladas que eventualmente pudieran perjudicarlo directa o indirectamente.

El equipo de salud en servicio al paciente debe preocuparse por hacer el bien, y cuidarse de no hacer daño a una persona o a un colectivo.

- **Cuarto Principio:** Justicia

Para analizar este principio comenzaremos definiendo la justicia que para muchos griegos y filósofos constituye el elemento fundamental de la sociedad, consideran que algo es justo cuando su existencia no interfiere con el orden al cual pertenece, el que cada cosa ocupe su lugar. Cuando no sucede así, y una cosa usurpa el lugar de otra, o cuando existe alguna demasía, se origina una injusticia y se cumple con la justicia al restaurar el orden de origen, cuando se corrige y sanciona la desmesura. En los aspectos sociales de la justicia se destaca el equilibrio en el intercambio entre dos o más miembros de la sociedad.

El principio de justicia y equidad surge a partir de pensadores del ámbito de la salud, sensibles a la problemática de aquellos más necesitados e insatisfechos con el modelo utilitarista de Mill que establece el mayor bien para el mayor número de personas, lo cual puede desproteger a las minorías y los marginados y se han visto en la necesidad de añadir la teoría de John Rawls, sobre justicia social, centrada en la igualdad de los seres humanos desde una óptica formal, que a ayudar a los menos favorecidos ante las desigualdades sociales y económicas existentes entre los seres humanos, con el objeto de que las leyes,

instituciones y servicios públicos se encuentren organizados en forma tal que redunden en el beneficio de las personas.

Este principio está relacionado con la norma moral de dar a cada quien lo que necesita, de la cual se derivan diversas obligaciones, como realizar una adecuada distribución de los recursos, proveer a cada paciente de un adecuado nivel de atención, y disponer de los recursos indispensables para garantizar una apropiada atención de salud.

El principio de justicia, en un sentido general, está relacionado con la concepción de la salud como un derecho humano fundamental que debe ser garantizado por la sociedad o por el Estado. Por otra parte, la justicia distributiva según Platón consiste en la distribución de honores, fortuna y de todas las demás cosas que cabe repartir entre los que participan de la sociedad y la concreción práctica del principio de justicia está directamente relacionado con la economía, o sea la disposición de recursos necesarios para garantizar la salud; en muchos casos justicia y economía se contraponen.

Esto hace que la justicia deba entenderse como equidad, que a su vez significa la utilización racional de los recursos (beneficios, bienes, y servicios); sino también distribuir los recursos de acuerdo con las necesidades y también en los términos de eficiencia y eficacia. Se cumple con este principio si al paciente se le da el trato merecido o justo sin negarle un servicio, una información o imponerle una responsabilidad u obligación indebida o exigirle más de lo requerido por la ley, cuando la indicación de exámenes, la prescripción de medicamentos con receta, y la correcta remisión de personas a las interconsultas con diferentes especialistas, se realizan sólo cuando sean estrictamente necesarios.

#### 4. MARCO CONCEPTUAL

- **Sistema Nacional de Emergencias en Salud (SNES):** 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 central a través del Centro Coordinador de Emergencias de Salud Nacional, a nivel departamental a través de los Centros Coordinadores de Emergencias de Salud Departamentales y a nivel municipal a través de los Transportes Sanitarios de Emergencias de Salud Municipales, 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.
- **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, 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.
- **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 el 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, de la Gobernación Autónoma Departamental que corresponda y coordina la atención de urgencias, emergencias, catástrofes o desastres 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, 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, gestiona 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.
- **Cartera de servicios:** Es el conjunto de prestaciones que oferta el establecimiento de salud, de acuerdo al nivel de atención.
- **Norma Nacional de Referencia y Contra-referencia:** Es la Norma Nacional que establece mecanismos, que garantizan el acceso al establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive en caso que el usuario requiera tratamiento o para la realización de exámenes complementarios de diagnóstico o atención en estado crítico (urgencia o emergencia), a los cuales se articulan y complementan los establecimientos de salud de los diferentes subsectores; Medicina tradicional, privados con y sin fines de lucro, Salud Pública y el la seguridad social a corto plazo, con el propósito de brindar atención médica oportuna, continua, integral y de calidad, dentro la Red Funcional de Servicios de Salud.
- **Llamada telefónica:** Es la que se realiza un usuario al centro coordinador de emergencias de salud, donde se reporta o solicita la asistencia prehospitalaria o interhospitalaria cuando se presenta un evento adverso que ponga en riesgo la vida del mismo u otras personas.
- **Triage Telefónico:** Proceso de clasificación de la urgencia o emergencia realizado por el centro coordinador de emergencias de salud, en base a un protocolo según la gravedad del paciente y su prioridad, para establecer el tiempo de espera razonable para ser atendido o tratado por el equipo sanitario, además de activar el mejor recurso de atención para su caso o el mejor medio de transporte sanitario al establecimiento de salud, para la resolución de la urgencia o emergencias en salud.
- **Triage in situ:** Proceso de clasificación de la urgencia o emergencia, realizado por el equipo de la ambulancia o personal calificado que se encuentre en el área, en base a un protocolo según la gravedad del paciente, para la resolución del caso en forma inmediata o su traslado al hospital.
- **Telecomunicación con hospitales:** Establecer relación institucional para tener información sobre establecimientos de salud que cuentan con el servicio y la especialidad para resolver la emergencia, si el personal está presente y si cuentan con camas.
- **Transporte sanitario:** Es aquel que se realiza para el desplazamiento de personas enfermas, accidentadas o por otra razón sanitaria, en vehículos (terrestres, aéreos o fluviales) especialmente acondicionados para tal efecto. Se clasifica de acuerdo a la complejidad de la atención de las mismas.
- **Procedimientos:** Organización secuencial de actuaciones que facilita el manejo de problemas de salud que requieran de la intervención de diferentes profesionales o diferentes establecimientos de salud.
- **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.
- **Política de salud familiar comunitaria intercultural, SAFCI:** Frente a la problemática de salud en Bolivia, el Ministerio de Salud y Deportes en el Plan de Desarrollo Sectorial 2006 – 2011, presenta las bases de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), que se operacionaliza mediante el Modelo de Atención y el Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud; bajo el paradigma de “Movilizados por el derecho a la salud y la vida para VIVIR BIEN”, que fundamentalmente está orientado a lograr el ejercicio pleno de la ciudadanía, reivindicando una alternativa capaz de garantizar los derechos sociales y constitucionales, en la que el Estado asume la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud, desmercantilizando el sistema nacional de salud para lograr el cambio al sistema único de salud familiar comunitario intercultural.

La política Salud Familiar Comunitaria Intercultural busca contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud (buscando la autogestión); y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población. El proceso vivido por Bolivia representado por transformaciones sociales y políticas, pasa de un enfoque de mercado en las políticas públicas a uno de derechos y a una mayor inclusión social y mediante el Decreto Supremo N° 29601, plantea un nuevo modelo de atención y gestión en salud basado en la actual política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), con los principios de participación comunitaria, intersectorialidad, interculturalidad e integralidad.

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural se constituye en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud en el sistema único de salud, que complementa y articula recíprocamente a los médicos académicos y tradicionales con la persona, familia, comunidad, madre tierra y cosmos, en base a sus organizaciones en los ámbitos de gestión y atención de la salud.

## 5. OBJETIVOS

---

### 5.1 Objetivo general

Normar el Sistema Nacional de Emergencias en Salud a través de la caracterización de los Centros Coordinador de Emergencias de Salud a nivel Nacional.

### 5.2 Objetivos específicos

- Establecer la gestión prehospitalaria e interhospitalaria y la estructura orgánica funcional del CCES-N, CCES-D y TSES-M.
- Establecer el prototipo de la infraestructura, equipamiento mínimo para el CCES-N, CCES-D y TSES-M.
- Definir los recursos humanos destinados al CCES-N, CCES-D y TSES-M y sus funciones.
- Coordinar el servicio de ambulancias con todos los subsectores involucrados (medicina tradicional, de privados con y sin fines de lucro, de la salud pública y el de la seguridad social a corto plazo), instancias militares y policiales, Cruz Roja Boliviana y otros, del territorio del Estado Plurinacional de Bolivia.
- Coordinar los recursos asistenciales necesarios para resolver la situación de urgencia, emergencia, catástrofe o desastre en salud, independientemente de su origen.

## 6. 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 las instituciones que brindan servicios de atención de urgencias y emergencias médicas. 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 atención de urgencias y emergencias médicas.
- Las instituciones privadas que oferten el servicio de atención de urgencias y emergencias médicas.

## 7. MARCO LEGAL

---

### 7.1 Disposiciones legales generales

- Constitución Política del Estado, del 7 de febrero 2009.
- Decreto Supremo N° 29272, del 12 de septiembre 2007, Plan Nacional de Desarrollo.
- Decreto Supremo N° 29894, del 7 de febrero 2009, Organización del Órgano Ejecutivo.
- Decreto Supremo N° 1893, del 12 de febrero de 2014, Reglamenta la ley N° 223.
- Ley N° 223, del 2 de marzo 2012, Ley general para personas con discapacidad.
- Ley N° 031, del 19 de julio 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° 264, del 31 de julio 2012, Sistema Nacional de Seguridad Ciudadana “Para una vida segura”.
- Ley N° 449, del 4 de diciembre de 2013, Ley de Bomberos.

### 7.2 Disposiciones legales en salud

- 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° 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° 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°1984, del 30 de abril del 2014, Reglamento de la ley N°475.
- Resolución Ministerial N° 0737, del 21 de abril de 2009, Reglamento de la SAFCI.
- 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.
- Ley N° 3131, del 8 de agosto 2005, del Ejercicio Profesional Médico.
- Ley N° 1737, del 17 de diciembre de 1996, Ley del Medicamento.
- Ley N° 475, del 30 de diciembre de 2013, Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado plurinacional de Bolivia.
- Ley N° 602, del 14 de noviembre del 2014, de gestión de riesgos.
- Norma Nacional Caracterización de Establecimientos de Primer Nivel de Atención RM N° 039 del 30 de enero de 2013.



## 1. DEFINICIÓN DE CENTRO COORDINADOR Y TRANSPORTE SANITARIO DE EMERGENCIAS DE SALUD

Las diferentes instancias del Sistema Nacional de Emergencias en Salud, relacionados con la coordinación de emergencias en salud son unidades de carácter operativo asistencial y no asistencial, responsables de coordinar la gestión del acceso a la población en general que requiera los servicios de urgencias y emergencias médicas y la atención en salud de la población afectada en situaciones de catástrofes o desastre en salud, son a nivel nacional el Ministerio de Salud (MS), a través del Centro Coordinador de Emergencias de Salud Nacional (CCES-N), dependiente de la Dirección General de Servicios de Salud, a nivel departamental el Gobierno Autónomo Departamental (GAD), a través del Centro Coordinador de Emergencias de Salud Departamental (CCES-D), dependiente del Servicio Departamental de Salud (SEDES) y a nivel municipal el Gobierno Autónomo Municipal (GAM), a través del Transporte Sanitario de Emergencias de Salud Municipal (TSES-M), dependiente de la Dirección Municipal de Salud.

Son los lugares donde se optimiza el uso de los recursos para la atención de emergencias, urgencias, catástrofes o desastres en salud y cuyo propósito es el de coordinar, administrar y apoyar la red pública de servicios de salud del departamento o municipio por medio de comunicaciones eficientes, oportunas y movilizar ordenadamente los recursos para las diferentes actividades de rescate, traslado y atención, entre los establecimientos de salud por niveles de complejidad tanto públicas, privadas, ONGs y otros.

Complementariamente se entiende por coordinación al conjunto de actividades y procedimientos sistematizados, basados en la priorización de la atención en salud, la necesidad de recursos y el tiempo, con la finalidad de que toda solicitud de atención médica realizada, tenga acceso a los servicios de atención médica prehospitalaria, hospitalaria e interhospitalaria de acuerdo a la gravedad clínica y situación de riesgo, con calidad, equidad y oportunidad que resulte en un beneficio sensible para el paciente.

Establece una relación interinstitucional y brinda información sobre los establecimientos de salud con los que cuenta, de manera integral para resolver la urgencia, emergencia, catástrofe o desastre en salud, si los especialistas se encuentran disponibles y si cuentan con camas entre otros servicios.

Con el propósito de brindar un mejor funcionamiento y articulación se establecen tres niveles de gestión, con características claramente definidas de acuerdo a su dependencia y ubicación:

- Nivel Nacional: rector/normativo y coordinador/operativo interdepartamental e internacional.
- Nivel Departamental coordinador/operativo con una estructura propia
- Nivel Municipal operativo como unidades de transporte sanitario.

Dependiendo de estas características las estructuras, funciones y competencias son diferentes.

## 2. 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 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 resolutive, 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.

Dentro sus competencias se encuentra la actualización de normas y protocolos de atención de emergencias y urgencias, normas de uso de ambulancias, capacitación al recurso humanos y otros.

### 2.1. Funciones

- Emitir normativa específica para el buen funcionamiento del Transporte Sanitario de Emergencias de Salud Municipal (TSES-M) y el Centro Coordinador de Emergencias de Salud Departamental (CCES-D).
- Gestionar el funcionamiento y velar por el cumplimiento de las normas en el nivel nacional.
- Administrar a nivel nacional dentro sus competencias el funcionamiento de la plataforma de gestión y coordinación de la urgencia, emergencia, catástrofes o desastres en salud (software) tanto a nivel nacional, departamental y municipal donde corresponda.
- Realizar seguimiento, monitoreo y evaluación de los CCES-D y TSES-M, a nivel nacional en base a indicadores de seguimiento y monitoreo de urgencias, emergencias, catástrofes y desastres en salud.
- Reorientar, articular las estrategias, planes y programas de los CCES-D y TSES-M, a nivel nacional.
- Coordinar con los CCES-D y TSES-M, en caso de catástrofe o desastre en salud.
- Actualiza normas y protocolos de atención en emergencia y urgencia médica.
- Desarrollar y gestionar programas de capacitación del RRHH, sobre la atención prehospitalaria y otros aspectos inherentes al manejo de la urgencia, emergencia, catástrofes y desastres en salud.
- Certificar a través de la asignación de un Código Único a las ambulancias y personal que presta la atención en las mismas, para su registro, control, seguimiento y monitoreo.
- Coordinar la elaboración de curriculas específicas para la formación de profesionales en atención prehospitalaria.
- 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.
- Coordinar con los CCES-D y TSES-M el traslado de pacientes de manera interdepartamental o internacional cuando las instancias departamentales o municipales son rebasadas en su capacidad resolutive.

- Gestionar un seguro de vida, para el personal de salud incluyendo al conductor o piloto de la/s ambulancia/s de los centros de cuarto nivel de atención, así como un seguro de daños materiales y terceros.
- Gestionar los ítems necesarios de recursos humanos que garantice el funcionamiento del CCES-N a través de la Dirección General de Servicios de Salud del Ministerio de Salud.
- Coadyuvar con Defensa Civil u otras instituciones en situaciones de catástrofe o desastre en salud a nivel nacional e internacional y con otras instancias que tienen relación estratégica (Policía Boliviana, Bomberos de la Policía, SAR-FAB, SEDES, municipios, COEs, y otros) coordinando con los CCES-D y TSES-M, 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.
- Gestionar procesos administrativos que garanticen la sostenibilidad, el funcionamiento de la plataforma de gestión y coordinación de la urgencia, emergencia, catástrofe o desastre en salud (software) del CCES-N.
- Gestionar el recurso humano y ambulancias, en el marco de lo establecido en las normas vigentes.
- Apoya al programa nacional de trasplantes.

El CCES-N como instancia nacional tiene la tuición sin restricción, de acceso directo a la base de datos e información tanto de los CCES-D y TSES-M en el marco de sus atribuciones como ente normativo y rector a nivel nacional.

## ESQUEMA DE COORDINACIÓN DE LOS TRASLADOS INTERDEPARTAMENTALES E INTERNACIONALES



28

### 2.2. Dependencia y sostenibilidad

El CCES-N tendrá dependencia directa de la Dirección General de Servicios de Salud dependiente del Ministerio de Salud, esta última deberá asignar anualmente presupuesto necesario que garantice su funcionamiento.

### 2.3. Características de infraestructura

Por el carácter rector/normativo y de coordinación/operacional nacional contara con un ambiente específico, ubicación estratégica, que cumpla los requerimientos mínimos para su funcionamiento, conexiones a internet ininterrumpido y comunicación telefónica continua con los diferentes CCES-D y TSES-M donde corresponda.

### 2.4. Características del equipamiento

**CENTRO COORDINADOR DE EMERGENCIAS DE SALUD-NACIONAL (EQUIPAMIENTO)**

Categoría	N°	Item	N°	Descripción	Ambientes y Oficinas									
					Coordinación	Monitoreo y Evaluación	Administración	Ambiente para asistente contabilidad	Ambiente para Secretarial/Recepción	Sala Monitoreo y Evaluación	Sala de servidor/UPS	Baño mujeres y varones	Ambiente común	Total
I. Equipos de gestión emergencias	1	Dispositivos de red	1.1	Interruptor (switch) de acceso	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
			1.2	Interruptor (switch) de distribución	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
			1.3	Routers (enrutadores)	1	0	0	1	0	0	1	0	0	3
			1.4	Equipo de puntos de acceso Wi-Fi	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
			1.5	Conexiones ADSL	1	1	1	1	1	1	1	0	0	7
	2	Servidores/UPS alta capacidad	2.1	Servidor de aplicaciones	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
			2.2	Servidor central (internet)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	3	Equipos informáticos	3.1	Computadora de coordinación con 3 monitores 19" c/u	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
			3.2	Computador c/ monitor	1	1	1	1	1	0	1	0	0	6
			3.3	Computadoras portátiles	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
			3.4	Impresoras blanco y negro	1	1	1	1	1	1	1	0	0	7
			3.5	Impresoras a colores	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
			3.6	Copiadora-impresora Multifunción	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
			3.7	Escáner	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
	4	Equipos de Telefonía	4.1	Servidor de telefonía IP y comunicaciones unificadas	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
			4.2	Teléfono IP Oficinas	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3
			4.3	Tel/Fax	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
			4.4	Celulares institucionales	1	1	1	0	0	2	0	0	0	5
	5	Televisores pantalla plana	5.1	Televisores pantalla plana 60" (video wall)	0	0	0	0	0	4	0	0	0	4
	6	Muebles	6.1	Estacion de monitoreo	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
			6.2	Silla estación de monitoreo	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
			6.3	Escritorios semi- ejecutivos	1	2	1	1	1	0	0	0	0	6
			6.4	Sillas para escritorios	1	2	1	1	1	0	0	0	0	6
			6.5	Sillas para oficinas	0	0	0	0	0	8	0	0	0	8
			6.6	Mesa de trabajo sala múltiple	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
			6.7	Estante para utensilios de cocina	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1

**2.5. Equipo de gestión del CCES-N**

El equipo nacional estará conformado por:

- Un (a) Responsable del CCES-N: Médico con experiencia y formación en gestión en el área de salud y de urgencias y emergencias médicas.

- Un Médico Coordinador de Urgencias y Emergencias: Médico con experiencia en atención de urgencias y emergencias médicas, atención pre hospitalario, formación en soporte vital básico o avanzado y atención de catástrofes y desastres.
- Dos tele operadores de llamadas: Profesionales en salud con experiencia en manejo de telecomunicaciones y sistemas informáticos, capacitados en triaje prehospitalario.
- Un (a) responsable de monitoreo y evaluación nacional: Médico con formación y experiencia en seguimiento y monitoreo.
- Un (a) administrador (a).
- Un (a) secretario (a).
- Un (a) profesional en sistemas o informática: Técnico con formación y experiencia en mantenimiento de sistemas de computación y otros relacionados con el área.
- Un (a) auxiliar de limpieza.
- Otro personal administrativo.

## 2.6. Funciones del equipo de gestión del CCES-N

- **Responsable del CCES-Nacional**

La/el Responsable del CCES-Nacional asume la gestión técnica del funcionamiento del CCES-N que se detallan a continuación:

- **Gestión del CCES-N:** Para tal objetivo debe realiza lo siguiente:
  - Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del CCES-N.
  - Gestionar normativas específicas para el buen funcionamiento del Transporte Sanitario de Emergencias de Salud Municipal (TSES-M) y el Centro Coordinador de Emergencias de Salud Departamental (CCES-D).
  - Velar por el cumplimiento de las normas a nivel nacional.
  - Administrar el funcionamiento de la plataforma de gestión y coordinación de la urgencia, emergencia, catástrofe o desastre en salud (software) tanto a nivel nacional y departamental donde corresponda de acuerdo a sus competencias.
  - Reorientar, articular las estrategias, planes y programas de los CCES-D y TSES-M a nivel nacional.
  - Coordinar con los CCES-D y TSES-M en caso de catástrofe o desastre en salud.
  - Gestionar la actualización de normas y protocolos de atención de emergencias y urgencias médicas.
  - Desarrollar y gestionar programas de capacitación del RR.HH., sobre la atención prehospitalaria y otros aspectos inherentes al manejo de la urgencia, emergencia, catástrofes y desastres en salud.
  - Gestionar la certificación, a través de la asignación de un Código Único a las ambulancias y personal que presta la atención en las mismas para su registro, control, seguimiento y monitoreo.
  - 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.
  - Gestionar un seguro de vida, para el personal de salud incluyendo al conductor o piloto de la/s ambulancia/s de los centros de cuarto nivel de atención, así como un seguro de daños materiales y terceros.
  - Gestionar procesos administrativos que garanticen la sostenibilidad el funcionamiento de la plataforma de gestión y coordinación de la urgencia, emergencia, catástrofe y desastre en salud (software) del CCES-N.
  - Gestionar los ítems necesarios de recursos humanos ante el ministerio de Salud, que garantice el funcionamiento del CCES-N.
- **Coordinación Interdepartamental e Internacional:** Para tal objetivo debe realiza lo siguiente:
- Coordinar con el médico coordinador de urgencias y emergencias y los CCES-D y TSES-M, y apoyar en caso necesario la viabilización de las transferencias interdepartamentales e internacionales.
  - Coordinar con Defensa Civil u otras instituciones en situaciones de catástrofe o desastre en salud a nivel interdepartamental e internacional y con otras instancias que tienen relación estratégica (Policía Boliviana, Bomberos de la Policía, SAR-FAB, SEDES, municipios, COEs, 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.
- **Médico Coordinador de Urgencias y Emergencias**
- Debe realizar:
- Coordinación médica con el/la tele-operador, ante las solicitudes de atención médica urgente (se plantea como una de las soluciones para organizar la salud pública en este sector de la actividad).
  - La optimización de uso de recursos y calidad de atención.
  - Evaluación del transporte mas adecuado, para la referencia interdepartamental o internacional de acuerdo a la gravedad del paciente, el pronóstico y la prioridad de la situación en función de los recursos y las distancias donde se encuentran, luego de orientar la conducta a adoptar, toma decisiones para la referencia y traslado inmediato.
  - Supervisar cada secuencia de la intervención (ambulancia, médico en establecimiento de salud) que ha puesto en marcha hasta la recepción por el establecimiento de salud que corresponda.
  - Debe estar informado sobre todos los recursos nacionales públicos o privados de la red hospitalaria de emergencias, urgencia, cuidados intensivos y otros, para ayudar a encontrar el centro más adecuado de destino de un paciente en otro departamento e incluso de otros países, en coordinación con los CCES-D y TSES-M para la referencias de pacientes de manera interdepartamental e internacional.

Asume la responsabilidad de los procedimientos y la coordinación prehospitalaria de los cuidados de urgencia y emergencia que se detallan a continuación:

– **Elección de la solución más apropiada**

- Si se solicita una referencia interdepartamental o internacional urgente, se debe realizar un cuidadoso interrogatorio telefónico protocolizado para obtener la suficiente información que ayude a la valoración de la necesidad y que se pueda en consecuencia decidir el recurso más adecuado.
- Para la solicitud emanada de un CCES-D, el médico coordinador, debe ponerse de acuerdo con los médicos de los establecimientos de salud de origen y de recepción en coordinación con los CCES-D y TSES-M y también con el médico de la unidad móvil (UTI) de ser necesario, para poner en marcha un transporte interhospitalario.

– **Evitar procedimientos ineficientes de los móviles del sistema.**

- Las actuaciones médicas de las unidades móviles (Ambulancia terrestres tipo 1A de transporte, Tipo 1B de rescate, Tipo 2 de Soporte Vital Básico y tipo 3 de Soporte Vital Avanzado) (Ambulancia aéreas tipo A de traslado simple y B de rescate) requieren una gran atención por parte del médico coordinación.
- El tiempo empleado en llegar y las condiciones propias del coordinador y de su entorno, deben ser previamente evaluadas para la actuación médica más beneficiosa.
- El análisis del caso concreto, de sus circunstancias, de la disponibilidad de recursos, de la organización propia del sistema, depende de la decisión del responsable de la coordinación médica.
- Viabilizar las transferencias interdepartamentales e internacionales mediante las unidades móviles (terrestres, aéreas y acuáticas) en coordinación con los CCES-D y TSES-M, lo cual requiere de un análisis del tiempo empleado en llegar al establecimiento de salud con resolución mas adecuada, además de las condiciones de su entorno, las cuales deben ser previamente evaluadas para garantizar la resolución del caso.
- Analizar el caso concreto, sus circunstancias, la disponibilidad de recursos, la organización propia del sistema, para la toma de decisiones.

– **Preparación de los hospitales para la recepción adecuada de los pacientes**

- Articular la información con los hospitales departamentales de referencia para la atención de pacientes de gravedad y brindar información sobre la disponibilidad de ambulancias, especialidades y otros servicios, en coordinación con los CCES-D.
- Los CCES-D podrán solicitar al CCES-N la referencia interdepartamental de los pacientes urgentes, siempre y cuando su disponibilidad operativa y su capacidad resolutive hubieran sido rebasadas, sea insuficiente o no se cuente con la capacidad resolutive necesaria para la atención del caso.

– **Tareas Complementarias**

- Jefatura operativa del equipo de coordinación.
- Diagnóstico médico presuntivo.
- Decisión médica de los recursos a utilizar.
- Permanencia de la respuesta y supervisión médica del sistema.



- Puesta en regla de los conflictos operativos del sistema.
- Informe al Responsable del CCES-N.

- **Tele operador de llamadas**

Cumple funciones complementarias (asistencia, auxiliar) del médico coordinador de urgencias y emergencias durante el tratamiento de una llamada.

Debe tener la capacidad de ejecutar tareas que son mucho más complejas que aquellas de un telefonista, radio-operador o recepcionista por lo que deberá tener un perfil de nivel universitario o técnico superior con capacidad y habilidades en comunicación en una tarea interactiva con los solicitantes por vía telefónica.

- **Función operativa técnica**

- Trabaja en equipo con el médico coordinador en la oficina de coordinación.
- Tiene a su cargo las llamadas y la atención a usuarios en la identificación y localización del solicitante y el paciente.
- Participa en la evaluación de un diagnóstico inicial.
- Realiza el seguimiento y ubicación de los recursos móviles (ambulancias) activados, hasta que vuelvan a estar “disponibles”.
- Registra las llamadas entrantes.

Toda llamada debe ser gravada y almacenada de manera adecuada, y bajo medidas de estricta seguridad para preservar el derecho a la confidencialidad del paciente, la llave de seguridad de las grabaciones solo deben ser manejadas por la/el Responsable del CCES-N. Las diferentes grabaciones solo pueden ser de acceso a autoridades legales que requieran las mismas en casos investigativos, legales, y otros que así lo ameriten, previo cumplimiento de los trámites que según norma se establezcan, lo mencionado también se aplica a los videos producto de las grabaciones dentro de los diferentes tipos de ambulancias.

- **Función operativa de administración**

- Contar con un registro permanente de disponibilidad de CCES-Ds, TSES-Ms, la red de servicios, transporte, comunicaciones, especialidades, centros de salud, banco de sangre y entidades relacionadas con la atención prehospitalaria (Policía, Bomberos, Cruz Roja, Bases de ambulancias, otros).
- Mantiene actualizada la disponibilidad de CCES-Ds, TSES-Ms, la red de servicios, transporte, comunicaciones especialidades, centros de salud, banco de sangre y entidades relacionadas con la atención prehospitalaria (Policía, Bomberos, Cruz Roja, Bases de ambulancias, otros), para la coordinación en la prestación de servicios de urgencias, emergencias, catástrofes y desastres interdepartamentales e internacionales en salud.
- Dirige, recolecta y registra información necesaria para el trabajo de coordinación, utiliza para esto diferentes medios de comunicación (teléfono, radio, Handy, fax, etc.).
- Busca a los efectores del sistema y sigue los informes de los diferentes asuntos.

– **Tareas Complementarias**

- Administración de la información operativa del médico coordinador.
- Registro de datos.
- Conexión y distribución de comunicaciones por los medios a su disposición.
- Localización del solicitante.
- Detección de emergencias de vida.
- Priorización de las intervenciones del médico coordinador.
- Verificaciones.
- Información a los CCES-D, TSES-M y público.
- Reorientación de las solicitudes que no correspondan al CCES-N.

• **Responsable de Monitoreo y Evaluación Nacional**

El Responsable de Monitoreo y Evaluación Nacional asume la responsabilidad del seguimiento, monitoreo y evaluación de los CCES-D y TSES-M en base a:

- Participar en la planificación junto con el Responsable del CCES-N y el equipo nacional.
- Realizar seguimiento, monitoreo y evaluación de los CCES-D y TSES-M desde el nivel nacional en base a indicadores de seguimiento y monitoreo de urgencias, emergencias, catástrofes y desastres en salud.
- Analizar la información y retroalimenta a los CCES-D y TSES-M periódicamente.
- Realizar monitoreo y control de calidad del registro del Software periódicamente.
- Recepción de reportes diarios de los CCES-D y TSES-M.
- Consolidación y actualización de registros y archivo de los reportes.
- Devolución de información a los CCES-D y TSES-M, sobre el seguimiento de casos referidos entre departamentos o internacionales.
- Alimentar el Software en forma continua.

• **Administrador:**

Debe realiza la:

- Gestión de procesos administrativos que garanticen la sostenibilidad el funcionamiento de la plataforma de gestión y coordinación de la urgencia, emergencia, catástrofe o desastre en salud (software) del CCES-N.
- Gestión de procesos administrativo contables en el marco normativo legal (ley N° 1178, etc.)

• **Secretaria (o)**

Debe realizar:

- Redacta correspondencia, oficios, actas, memorando, anuncios y otros documentos varios.
- Transcribe correspondencia como: oficios, memorándums, informes, listados, actas, notas y otros documentos diversos.
- Recibe y envía correspondencia.
- Opera la máquina fotocopidora y fax.
- Lleva registro de entrada y salida de la correspondencia.
- Realiza y recibe llamadas telefónicas.
- Actualiza la agenda de su superior.
- Toma mensajes y los transmite.
- Atiende y suministra información al personal de la Institución y público en general.
- Brinda apoyo logístico en la organización y ejecución de reuniones y eventos.
- Convoca a reuniones.
- Archiva la correspondencia enviada o recibida.
- Actualiza el archivo.
- Distribuye la correspondencia.
- Vela por el suministro de materiales de oficina.

- **Profesional en sistemas o informática**

Debe realiza el:

- Mantenimiento y reparación de los diferentes equipos de computación y otros relacionados con el área

- **Auxiliar de Limpieza**

Debe realizar la:

- Limpieza y aseo en general, en forma eficiente y oportuna a todas las aéreas, mobiliario y equipo que requieran de ello.
- Barrer, trapear, sacudir, lavar, encerar, pulir y desinfectar las instalaciones, equipos y mobiliario que forman parte de la infraestructura del CCES-N.
- Reportar diariamente a su jefe inmediato, sobre los desperfectos y deterioros detectados en las áreas, equipos o mobiliario asignado para su limpieza.
- Solicitar en los días establecidos, los materiales necesarios para llevar a cabo en forma optima sus labores.
- Realizar servicio de té.

- **Otro personal administrativo**

- Personal contratado bajo justificación técnica, para el apoyo al equipo de gestión del CCES-N, de acuerdo a normas administrativas del Ministerio de Salud y la Dirección General de Servicios de Salud.

Todo el personal podrá tener tareas adicionales, según solicitud de su inmediato superior, dentro el marco de sus competencias y atribuciones.

### **3. CENTRO COORDINADOR DE EMERGENCIAS DE SALUD – DEPARTAMENTAL (CCES-D):**

---

Es una instancia de coordinación/operativa en la atención de urgencias, emergencias, catástrofes o desastres en salud en el departamento, garantiza la atención prehospitalaria y la referencia a los pacientes o usuarios que solicitan los servicios y su admisión oportuna en el establecimiento de salud de destino en coordinación con los establecimientos de los cuatro niveles y con otras instancias concurrentes al evento como ser Bomberos de la Policía, Policía Boliviana, SAR-FAB y otros, para que la resolución de su problema de salud sea rápida, oportuna y efectiva con personal debidamente entrenado y calificado.

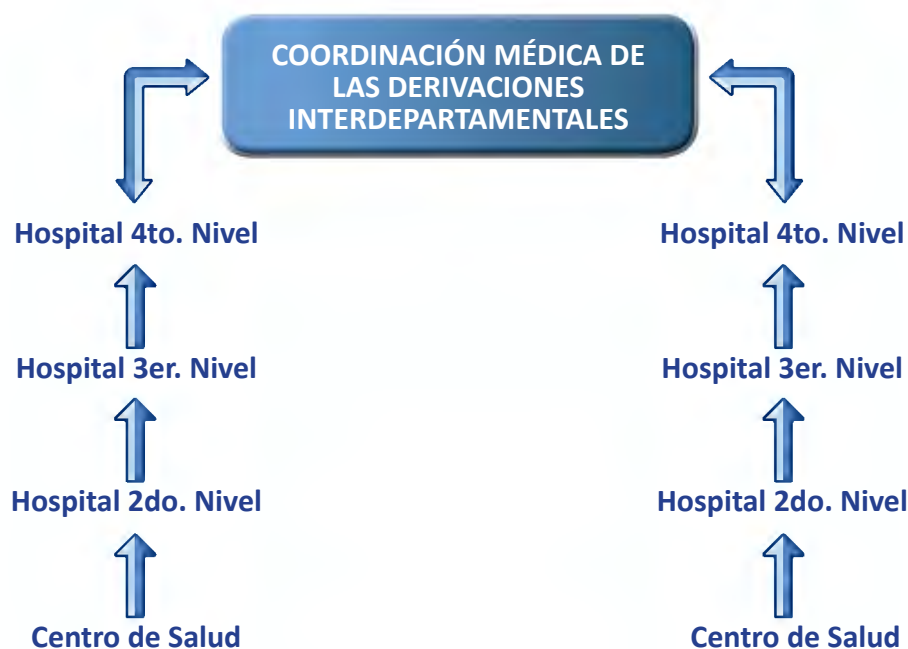
Coordina los servicios de ambulancias de todos los subsectores involucrados (medicina tradicional, de privados con y sin fines de lucro, de la salud pública y de la seguridad social a corto plazo) haciéndose responsable de sus movilizaciones, en todo el territorio departamental, tiene control de la capacidad instalada (disponibilidad de camas, personal de salud, recursos y otros) y cartera de servicios que brindan los diferentes establecimientos de salud según nivel de resolución de las redes de salud.

#### **3.1. Funciones**

- Cumplir la normativa y los lineamientos del CCES-N.
- Administra a nivel Departamental dentro sus competencias el funcionamiento de la plataforma de gestión y coordinación de la urgencia, emergencia, catástrofes o desastres en salud (software).
- Gestiona procesos administrativos que garanticen la adquisición, la sostenibilidad el funcionamiento de la plataforma de gestión y coordinación de la urgencia, emergencia, catástrofe o desastre en salud (software) del CCES-D.
- El Servicio Departamental de Salud debe gestionar los ítems necesarios de recursos humanos ante las instancias que correspondan para garantizar el funcionamiento del CCES-D.
- Coordina la atención prehospitalaria con criterios de territorialidad.
- Coordina y operativiza el funcionamiento de todas las unidades ejecutoras en los cuatro niveles de atención.
- Coordina con el TSES-M (ambulancias terrestres, aéreas y fluviales) el traslado, la atención y la disposición de las ambulancias de los servicios municipales.
- Coordina con otras instituciones el apoyo para la atención de las emergencias, urgencias, catástrofes y desastres en salud.
- Gestiona la atención prehospitalaria de las emergencias, urgencias, catástrofes y desastres en salud hasta la resolución in situ o ingreso del paciente en nivel de resolución que corresponda.

- Realiza seguimiento, monitoreo y evaluación de los indicadores a nivel departamental, para reportar a nivel nacional de manera mensual y así mantener un registro actualizado.
- Mantiene un registro diario y periódico de casos reportados y atendidos por el CCES-D.
- Atiende la totalidad de llamadas de emergencias recibidas, tipificando, clasificando, registrando y haciendo el seguimiento correspondiente hasta su resolución.
- Coordina y optimiza los recursos operativos prehospitalarios (recurso humano) que actúen en las diferentes situaciones donde se intervenga.
- Monitorea y asigna el tipo de ambulancia necesaria y más cercana para brindar la atención inmediata y apropiada, de acuerdo a la gravedad del caso y coordinar la recepción de los pacientes en el establecimiento de salud de destino de acuerdo a normas establecidas (Referencia y Contra-referencia).
- Coordina con los establecimientos de salud la información en tiempo real sobre la disponibilidad de camas, capacidad resolutive, personal de salud y otros para organizar el mismo.
- La atención será las 24 horas del día, 7 días a la semana, durante todo el año.
- Planifica y coordina la realización de simulacros de emergencias, urgencias, catástrofes y desastres en salud mínimamente cuatro veces al año, con la participación de todo el personal del CCES-D y TSES-M a elección y necesidad.
- Habilita a las ambulancias y personal de las mismas, tomando en cuenta los requisitos descritos en la Norma Nacional de Ambulancias Terrestres, Norma Nacional de Ambulancias Aéreas y otras que entren en vigencia según correspondan, para posteriormente emitir una resolución administrativa, la cual debe ser enviada al CCES-N para su respectiva certificación por parte de la misma.
- Gestiona capacitaciones y actualizaciones permanentemente, del recurso humano.
- Gestiona un seguro de vida, para el personal de salud incluyendo al conductor o piloto de la/s ambulancia/s a su cargo, así como un seguro de daños materiales y terceros.
- Apoya el sistema de vigilancia epidemiológica en los eventos de urgencias, emergencias, catástrofes y desastres en salud de interés en salud pública.
- Coadyuva con Defensa Civil u otras instituciones en situaciones de catástrofe o desastre en salud a nivel departamental y municipal y con otras instancias que tienen relación estratégica (Policía Boliviana, Bomberos de la Policía, SAR-FAB, SEDES, municipios, COEs, y otros) coordinando con el CCES-N 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.
- Apoya al programa nacional de trasplantes.
- Gestiona el Recurso humano y ambulancias, en el marco de lo establecido en las normas vigentes.

**ESQUEMA DE COORDINACIÓN DE LOS TRASLADOS  
INTERHOSPITALARIOS  
CCES-DEPARTAMENTAL**



### 3.2. Dependencia y sostenibilidad

El CCES-D tiene dependencia del Gobierno Autónomo Departamental que corresponda a través de su Servicio Departamental de Salud.

Los Servicios Departamentales de Salud deben incorporar en sus POAs el presupuesto requerido para el funcionamiento referido, a recurso humano, servicios básicos, equipamiento, infraestructura, mantenimiento y otros que sean necesarios para garantizar el funcionamiento permanente del CCES-D.

### 3.3. Requerimientos técnicos

- Ubicación en zona con acceso continuo y radiocomunicación.
- Acceso de medios de transporte.
- Acceso a sistemas externos de comunicación (antenas, parabólicas, etc.) de amplia cobertura permanente y sin interrupciones.
- Zona segura, iluminada y de fácil acceso por todos sus ingresos.
- Edificación protegida con sistema de seguridad en el perímetro.
- Reserva permanente de agua.
- Electricidad autónoma de reserva (generador con dotación de combustible permanente o sistema de paneles solares).
- Calefacción y aire acondicionado.

- Muebles.
  - Estaciones de trabajo.
  - Escritorios.
  - Sillas.
  - Estantes de medicamentos e insumos.
  - Mesa de trabajo sala múltiple.
  - Mesa esquineras.
- Equipamiento mínimo para comunicaciones:
  - Protocolos radioteléfonos base y portátiles.
  - Repetidoras.
  - Central de comunicaciones.
  - Líneas telefónicas y fax.
  - Internet.
  - Red de computadoras de comunicaciones.
- Ambulancias de uso exclusivo del CCES-D: Ambulancias terrestres; Una tipo 1A de transporte simple, una tipo 1B de rescate (opcional), una tipo 2 de Soporte Vital Básico y una tipo 3 de Soporte vital Avanzado. Ambulancias Aéreas; Una tipo A de transporte asistido (opcional), una tipo B de rescate (opcional).

### **3.4. Características de infraestructura**

El CCES-D debe tener un área de alrededor de 500 m<sup>2</sup> (Anexo 1 estructura tipo a ser adaptada de acuerdo a la necesidad departamental) (Anexo 2 detalle de las características de infraestructura), que deberán estar distribuidos en las siguientes áreas:

- Área de Gestión y Administración.
- Área de Operaciones.
- Área de personal.

### **3.5. Características del equipamiento**

centro coordinador de emergencias de salud departamental (equipamiento)

Categoría	N°	Ítem	N°	Descripción	Secretaría	Administración	Sala de equipos	Sala de grabación	Sala múltiple (Capacitaciones)	Baño varones	Baño Mujeres	Área de personal			Dirección	Coordinación	Sala de coordinación	Oficina de Sistemas	Sala situacional (crisis)	Sala de archivos/Almacén	Estacionamiento	Total				
												Cocina	Sala de descanso	Dormitorio temporal												
I. Equipos de gestión emergencias	1	Dispositivos de red	1.1	Interruptor (switch) acceso	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
			1.2	Interruptor (switch) de distribución	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
			1.3	Routers (enrutadores)	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	5
			1.4	Routers de voz (enrutadores de voz)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
			1.5	Equipo de puntos de acceso Wi-Fi	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
			1.6	Conexiones ADSL	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	4	1	1	1	1	0	0	14
	2	Servidores/ UPS alta capacidad	2.1	Servidor de aplicaciones	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
			2.2	Servidor central (internet)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
			2.3	UPS de 10 kva	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
	3	Equipos informáticos	3.1	Computadora de coordinación con 3 monitores 19" c/u	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	0	1	0	0	0	0	7	
			3.2	Computador c/ monitor	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	7	
			3.3	Computadoras portátiles	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	
			3.4	Impresoras blanco y negro	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	10
			3.5	Impresoras a colores	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	
			3.6	Copiadora-impresora Multifunción	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
			3.7	Escáner	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	6
	4	Equipos de Telefonía	4.1	Servidor de telefonía IP y comunicación unificadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
			4.2	Teléfono IP Operadores Sala de coordinación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	4	
			4.3	Teléfono IP Oficinas	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	7	
			4.4	Teléfono IP Salas: Múltiple, Coordinación y Sala Situacional (crisis)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3	
			4.5	Tel/Fax	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
			4.6	Celulares institucionales	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	4	1	0	1	0	0	12	
	5	GPS	5.1	Servidor sistema de rastreo GPS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1		
			5.2	Equipos portátiles de GPS	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	1	1	1	1	0	0	12	
	6	Radiocomunicación y equipos de microondas	6.1	Radio central CRD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1		
			6.2	Radios portátiles (handies)	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	1	1	1	1	0	0	14	
			6.3	Enlaces de microondas (antena y transmisor)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1		
6.4			Computadora de alto rendimiento y accesorios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1			
7	Televisores pantalla plana	7.1	Televisores pantalla plana 60": Video Wall	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6			
		7.2	Televisores pantalla plana 46"	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3			
		7.3	Televisor pantalla plana 60"	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2			



II. Mobiliario	8	Muebles salas de trabajo	8.1	Estaciones de trabajo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	6		
			8.2	Escritorios ejecutivos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
			8.3	Escritorios semi ejecutivos	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
			8.4	Escritorios operativos	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
			8.5	Sillas ejecutivas	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	6	1	0	1	0	0	0	11
			8.6	Sillas operativas	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
			8.7	Sillas de salón/visita	2	2	1	0	36	0	0	0	0	0	2	2	0	2	12	2	0	0	0	61
			8.8	Estantes medicamentos/ insumos (armario medio)	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	4	4	0	6	0	0	0	21
			8.9	Mesa de trabajo sala múltiple	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
			8.10	Mesa de trabajo (otras salas)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
			8.11	Testera	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	9	Muebles sala de descanso	9.1	Armario tipo casilleros	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
			9.2	Mesas esquineras	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
			9.3	Lámparas pequeñas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
			9.4	Cocina a gas	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
			9.5	Horno microondas	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
			9.6	Refrigerador	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
			9.7	Utensilios de cocina	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
			9.8	Estante para utensilios de cocina (armario bajo)	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
			9.9	Sofá 2 lugares	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
9.10			Mesita de centro	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
9.11			Lámpara de pie	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
9.12			Mesa comedor con 6 sillas	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
9.13			Sofá cama	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
III. Equipos capacitación	10	Equipos capacitación	10.1	Proyectora de imágenes	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3		
			10.2	Ecran de pared	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	
			10.3	Pizarra electrónica	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	
			10.4	Pizarra para marcadores	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	
			10.5	Panel para papelógrafo	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	
IV. Equipos complementarios	11	Equipo complementarios	11.1	Equipo electrógeno (ubicación protegida)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1		
			11.2	Equipo aire acondicionado (espacios seleccionados)	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6
			11.3	Equipo calefacción central a gas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
			11.4	Equipo de detección de incendios y alarmas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
			11.5	Equipo de circuito cerrado de TV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
			11.6	Equipo control asistencia y sistema biométrico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1

V. Software	12	Gestión urgencias e inventarios	12.1	Software algoritmos (traje prehospitalario): sin costo	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	6	
			12.2	Software comunicación con ambulancias: licencia	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	6
			12.3	Software comunicación con hospitales: licencia	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	6
			12.4	Software de acceso telefónico: licencia	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	6
			12.5	Software de gestión de la información: desarrollar	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	6
			12.6	Software SIG Health Mapper (OPS/OMS): sin costo	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	6
			12.7	Software inventarios almacén: libre	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	6

### 3.6. Equipo de gestión del CCES-D

El CCES-D estará conformado al menos por:

- Un (a) Médico Director del CCES-D: Profesional del área de la salud, con formación y experiencia en gestión y conocimientos en urgencias y emergencias médicas.
- Tres Médicos Coordinadores de Urgencias y Emergencias: Médicos con experiencia en atención de urgencias y emergencias médicas, atención pre hospitalario, formación en soporte vital básico o avanzado y atención de catástrofes y desastres. En 3 turnos de 8 horas.
- Nueve tele operadores de llamadas: profesionales en salud con experiencia en manejo de telecomunicaciones y sistemas informáticos, capacitados en triaje prehospitalario en 3 turnos de 8 horas.
- Un (a) administrador.
- Un (a) secretaria.
- Un (a) profesional en sistemas o informática.
- Un (a) profesional en telecomunicaciones.
- Personal administrativo: Limpieza, conductores, pilotos, copilotos, etc.
- Otro personal administrativo.

### 3.7. Funciones del equipo de gestión del CCES-D

- **Médico Director del CCES-D**

El Médico Director tiene autoridad técnica sobre el equipo médico y debe.

- Gestionar la habilitación de las ambulancias y personal de las mismas, tomando en cuenta los requisitos descritos en la Norma Nacional de Ambulancias Terrestres, Norma Nacional de Ambulancias Aéreas y otros que entren en vigencia según correspondan, para posteriormente emitir una resolución administrativa, la cual debe ser enviada al CCES-N para su respectiva certificación por esta instancia.
- Gestionar un seguro de vida, para el personal de salud incluyendo al conductor o piloto de la/s ambulancia/s a su cargo, así como un seguro de daños materiales y terceros.
- Gestionar los Ítems necesarios para el funcionamiento del CCES-D, ante la instancia que

corresponda a nivel departamental.

- Gestionar capacitaciones y simulacros en coordinación con el CCES-N y TSES-M.
- Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del CCES-D.
- Velar por el cumplimiento de las normas a nivel departamental.
- Administrar el funcionamiento de la plataforma de gestión y coordinación de la urgencia, emergencia, catástrofe o desastre en salud (software), a nivel departamental de acuerdo a sus competencias.
- Coordinar con el CCES-N y TSES-M en caso de catástrofe o desastre en salud.
- Desarrollar y gestionar programas de capacitación del RR.HH., sobre la atención prehospitalaria y otros aspectos inherentes al manejo de la urgencia, emergencia, catástrofes y desastres en salud.
- Gestionar procesos administrativos que garanticen la sostenibilidad el funcionamiento de la plataforma de gestión y coordinación de la urgencia, emergencia, catástrofe y desastre en salud (software) del CCES-D.
- Coordinar con el Médico Coordinador, con Defensa Civil u otras instituciones en situaciones de catástrofe o desastre en salud a nivel departamental y con otras instancias que tienen relación estratégica (Policía Boliviana, Bomberos de la Policía, SAR-FAB, SEDES, municipios, COEs, y otros), coordinando con el CCES-N 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.

- **Médico Coordinador de Urgencias y Emergencias**

Debe realizar:

- La optimización de uso de recursos y calidad de atención.
- Evaluar la gravedad del paciente, el pronóstico y la prioridad de la situación en función de los recursos y las distancias donde se encuentran, luego de orientar la conducta a adoptar, toma decisiones para la referencia y traslado inmediato.
- Supervisar cada secuencia de la intervención (ambulancia, médico en establecimiento de salud) que ha puesto en marcha hasta la recepción por el establecimiento de salud que corresponda.
- Conocer las camas disponibles de los diferentes establecimientos de salud, especialidades médicas y servicios de cuidados intensivos tanto como la disponibilidad de otros equipos de la planta técnica necesarios para la recepción de pacientes (imágenes, cirugía, banco de sangre, etc.).
- Organizar y coordinar la recepción de los pacientes.
- Redistribuir los móviles disponibles a fines de liberar el equipo médico inicial para que pueda retornar a su base con el objetivo de no desguarnecer por largo tiempo un sector de intervención.
- Administrar el funcionamiento de la plataforma de gestión y coordinación de la urgencia, emergencia, catástrofe o desastre en salud (software), a nivel departamental. de acuerdo a sus competencias.

Asume la responsabilidad de los procedimientos y la coordinación prehospitalaria de los cuidados de urgencia y emergencia que se detallan a continuación:

- **Asignación de recursos por el médico, coordinando la respuesta según la necesidad y no sólo la solicitud expresada**
  - El primer beneficio, es la conducción del diálogo con el solicitante (o mejor aún con el propio paciente cuando es posible) y del procedimiento a seguir.
  - La confidencialidad del problema es garantizada, asumiéndolo como propio y dando a entender a la persona que llama, que se están poniendo en marcha los recursos existentes para brindar la respuesta más adecuada, que asegure el mejor tratamiento posible a su demanda después de evaluar objetivamente la necesidad real.
- **Elección de la solución más apropiada**
  - Para una solicitud a la población, brindar orientación médica sin que implique necesariamente movilizar recursos o una información sanitaria como por ejemplo la dirección de un establecimiento de salud.
  - Si solicita una visita médica o un transporte urgente hacia un establecimiento de salud o interhospitalario, realizar un cuidadoso interrogatorio telefónico protocolizado para obtener la suficiente información que ayude a la valoración de la necesidad y que se pueda en consecuencia decidir el recurso más adecuado.
  - Para la solicitud emanada de un establecimiento de salud, el médico coordinador debe ponerse de acuerdo con los médicos del establecimiento de salud de origen y de recepción. Además sino también con el médico de la unidad móvil (UTI) para poner en marcha un transporte interhospitalario.
- **El médico coordinador** debe estar informado sobre todos los recursos regionales públicos o privados de la red hospitalaria, de urgencia y cuidados intensivos para así ayudar a encontrar el establecimiento de salud más adecuado de destino de un paciente. Esto resulta particularmente útil en el caso de un flujo de pacientes de gravedad, accidentes colectivos con múltiples víctimas y en situaciones de catástrofe o desastre en salud.
  - Si los recursos propios se encuentran desbordados en la región, el CCES-D deberá estar en estrecho contacto con los CCES-D vecinos y el CCES-N. Este tipo de organización en red y “solidaria” disminuye la vulnerabilidad de los servicios de urgencias médicas en casos de crisis.
- **Evitar procedimientos ineficientes de los móviles del sistema**
  - Las actuaciones médicas de las unidades móviles (Ambulancia terrestres tipo 1A de transporte, Tipo 1B de rescate, Tipo 2 de Soporte Vital Básico y tipo 3 de Soporte Vital Avanzado) (Ambulancia aéreas tipo A de traslado simple y B de rescate) requieren una gran atención por parte del médico coordinación.
  - El tiempo empleado en llegar y las condiciones propias del coordinador y de su entorno, deben ser previamente evaluadas para la actuación médica más beneficiosa.
  - Existen situaciones con un riesgo inherente como por ejemplo los traumatismos, accidentes químicos, el infarto de miocardio; igual que la aplicación de una amplia gama de terapias, que en nombre de la prudencia, pueden requerir su no aplicación en ciertos casos.
  - El análisis del caso concreto, de sus circunstancias, de la disponibilidad de recursos, de la organización propia del sistema, depende de la decisión del responsable de la coordinación médica.

– **Evitar las filas de espera y las actuaciones ineficientes de los hospitales**

Uno de los objetivos también es que los servicios de atención de urgencias de los establecimientos de salud no estén saturados con pacientes que puedan ser atendidos en centros de atención primaria. Una buena organización de la red y la buena orientación o reorientación lo facilita.

– **Evitar duplicidad de Servicios y el uso innecesario de recursos**

- Con la centralización y la adecuación de la información y coordinación del sistema de atención de urgencias, emergencias, catástrofes y desastres en salud, se evita la posibilidad de duplicidad de servicios y su uso innecesario. En las urgencias, emergencias, catástrofes y desastres en salud, el sistema de la coordinación médica tiene que ser único.
- La competencia de varios médicos coordinadores de diversas instituciones genera gastos innecesarios y dificultades en la asignación de los recursos de atención y transporte de urgencia.

– **Mejorar la atención de pacientes de alto riesgo**

- Una vez recibida y clasificada la demanda, el médico coordinador, sopesando la gravedad del problema, designa la activación de la ambulancia o medio de transporte de emergencias más adecuado.
- Una vez que llega la ambulancia al lugar, se efectúa en forma conjunta (médico de la ambulancia y médico coordinador) la segunda valoración (comunicación por radio o vía telefónica). La decisión a adoptar puede ser el tratamiento in situ o el transporte medicalizado o no medicalizado, para esto último el médico coordinador se comunicará con el establecimiento de salud de destino de manera inmediata y le informará debidamente de la gravedad del caso, preparándose de ésta manera la recepción en puertas de urgencias.

– **Asegurar y simplificar el acceso al sistema de los pacientes y los centros asistenciales**

- Las llamadas al médico coordinador estarán centralizadas en un número de teléfono único al cual los pacientes o familiares podrán comunicarse de manera gratuita.
- El médico coordinador definirá el mecanismo de respuesta adecuado y, si el caso fuera de gravedad quedará asegurado el desplazamiento de una unidad medicalizada que efectúe el tratamiento inicial y adopte las medidas de soporte para su traslado y recepción en el establecimiento de salud más adecuado.

– **Seguimiento de la actividad de urgencia o emergencia en salud**

- En algunas ocasiones el paciente puede sufrir un deterioro o problema que precise de una orientación o reorientación específica, siendo el médico coordinador el responsable de ofrecer la mejor solución al equipo de la unidad asistencial.
- El personal asistencial de los móviles que participan en la actividad del sistema de atención de emergencias y urgencias a todos los niveles, estará respaldado por la valoración del CCES-D en todo momento.

– **Preparación de los hospitales para la recepción adecuada de los pacientes urgentes**

- Articular la información con los establecimientos de salud de referencia para la atención de pacientes de gravedad y brindar información sobre la disponibilidad de ambulancias.

- Los servicios de emergencias y urgencias saturados en un momento determinado, podrán solicitar al CCES-D la redistribución de los pacientes urgentes, siempre dependiendo de su disponibilidad operativa y capacidad resolutive, integrándose de una forma equitativa al sistema de atención de emergencias y urgencias. Así quedará protegida la prestación de una mejor atención hospitalaria y se favorecerá la mayor supervivencia.
- Coordinación con los sectores público y privado, tanto en la atención prehospitalaria como intrahospitalaria para mejorar las prestaciones de toda el área.
- La coordinación médica es un elemento valioso e imprescindible que promueve la mejora en la atención médica del paciente y que favorece la economía, la efectividad y el progreso del sistema de atención de emergencias y urgencias.

– **Tareas Complementarias**

- Jefatura operativa del equipo de coordinación.
- Diagnóstico médico presuntivo.
- Decisión médica de los recursos a utilizar.
- Permanencia de la respuesta y supervisión médica del sistema.
- Puesta en regla de los conflictos operativos del sistema.
- Informe al director del CCES-D.

• **Tele operador de llamadas**

Cumple funciones complementarias (asistencia, auxiliar) del médico coordinador durante el tratamiento de una llamada.

Debe tener la capacidad de ejecutar tareas que son mucho más complejas que aquellas de un telefonista, radio-operador o recepcionista por lo que deberá tener un perfil de nivel universitario o técnico superior con capacidad y habilidades en comunicación en una tarea interactiva con los solicitantes por vía telefónica.

– **Función operativa técnica:**

- Trabaja en equipo con el médico coordinador en la oficina de coordinación.
- Tiene a su cargo las llamadas y la atención a usuarios en la identificación y localización del solicitante y el paciente.
- Participa en la evaluación de un diagnóstico inicial.
- Realiza el seguimiento y ubicación de los recursos móviles (ambulancias) activados, hasta que vuelvan a estar “disponibles”.
- Registra las llamadas entrantes.

Toda llamada debe ser gravada y almacenada de manera adecuada, y bajo medidas de estricta seguridad para preservar el derecho a la confidencialidad del paciente, la llave de seguridad de las grabaciones solo deben ser manejadas por el/la Responsable del CCES-N y el Médico Director del CCES-D. Las diferentes grabaciones solo pueden ser de acceso a autoridades legales que requieran las mismas en casos investigativos, legales, y otros que así lo ameriten, previo cumplimiento de los trámites que según

norma se establezcan, lo mencionado también se aplica a los videos producto de las grabaciones dentro de los diferentes tipos de ambulancias.

– **Función operativa de administración**

- Contar con un registro permanente de disponibilidad de la red de servicios, transporte, médicos especialistas, camas de internación, entidades que prestan atención prehospitalaria, comunicaciones, banco de sangre y otros.
- Mantiene actualizada la disponibilidad de la red de servicios, transporte, médicos especialistas, camas de internación, entidades que prestan atención prehospitalaria, comunicaciones, banco de sangre y otros, para la coordinación en la prestación de servicios de urgencias, emergencias, catástrofes y desastres en salud.
- Solicita el reporte a la red de servicios.
- Dirige, recolecta y registra información necesaria para el trabajo de coordinación, utiliza para esto diferentes medios de comunicación (teléfono, radio, Handy, fax, etc.).
- Busca a los efectores del sistema y sigue los informes de los diferentes asuntos.

– **Tareas Complementarias**

- Administración de la información operativa del médico coordinador.
- Registro de datos.
- Conexión y distribución de comunicaciones por los medios a su disposición.
- Localización del solicitante.
- Detección de emergencias de vida.
- Priorización de las intervenciones del médico coordinador.
- Verificaciones.
- Información al público.
- Reorientación de las solicitudes que no correspondan al CCES-D.

• **Administrador**

Debe realiza la:

- Gestión de procesos administrativos que garanticen la sostenibilidad el funcionamiento de la plataforma de gestión y coordinación de la urgencia, emergencia, catástrofe o desastre en salud (software) del CCES-D.
- Gestión de procesos administrativo contables en el marco normativo legal (ley N° 1178, etc.)

• **Secretaria (o)**

Debe realizar:

- Redacta correspondencia, oficios, actas, memorando, anuncios y otros documentos varios.

- Transcribe correspondencia como: oficios, memorándums, informes, listados, actas, notas y otros documentos diversos.
- Recibe y envía correspondencia.
- Opera la máquina fotocopidora y fax.
- Lleva registro de entrada y salida de la correspondencia.
- Realiza y recibe llamadas telefónicas.
- Actualiza la agenda de su superior.
- Toma mensajes y los transmite.
- Atiende y suministra información al personal de la Institución y público en general.
- Brinda apoyo logístico en la organización y ejecución de reuniones y eventos.
- Convoca a reuniones.
- Archiva la correspondencia enviada y/o recibida.
- Actualiza el archivo.
- Distribuye la correspondencia.
- Vela por el suministro de materiales de oficina.

- **Profesional en sistemas e informática**

Debe realizar:

- Mantenimiento y reparación de los diferentes equipos de computación y otros relacionados con el área.

- **Profesional en telecomunicaciones**

El profesional en telecomunicaciones debe ser capaz de instalar, configurar y administrar distintos plataformas tecnológicas relacionadas con el área de las telecomunicaciones.

Cumplir funciones relacionadas con la instalación y configuración de redes de datos, sistemas inalámbricos de comunicación, servicios de Internet, televisión por cable, telefonía, redes de fibra óptica y redes convergentes de servicios IP.

Debe realizar:

- Instalar sistemas de cableados estructurado, fibra óptica o dispositivos inalámbricos de comunicación.
- Disponer de servicios de monitoreo y administración de redes corporativas.
- Instalar, configurar y administrar plataformas de servicios IP (Telefonía, Vigilancia, Video)
- Adquirir equipamiento para telecomunicaciones.



- Cumplir los estándares y normas actuales en las áreas de telecomunicaciones.
- **Personal administrativo:** Limpieza, médicos, enfermería, conductores, pilotos, copilotos.
  - **Limpieza**

Debe realizar la:

    - Limpieza y aseo en general, en forma eficiente y oportuna a todas las aéreas, mobiliario y equipo que requieran de ello.
    - Barrer, trapear, sacudir, lavar, encerar, pulir y desinfectar las instalaciones, equipos y mobiliario que forman parte de la infraestructura del CCES-D.
    - Reportar diariamente a su jefe inmediato, sobre los desperfectos y deterioros detectados en las áreas, equipos o mobiliario asignado para su limpieza.
    - Solicitar en los días establecidos, los materiales necesarios para llevar a cabo en forma optima sus labores.
    - Realizar servicio de té.
  - **Personal médico, enfermería, técnico, conductores, pilotos y copilotos**
    - Cumplir con lo establecido en relación a la gestión del Recurso humano, en el marco de lo establecido en las normas vigentes (Norma Nacional de Ambulancias Terrestres, Norma Nacional de Ambulancias Aéreas u otros).
- **Otro personal administrativo**
  - Personal contratado bajo justificación técnica para el apoyo al equipo de gestión del CCES-D de acuerdo a normas administrativas del Gobierno Autónomo Departamental y el Servicio Departamental de Salud que corresponda.

Todo el personal podrá tener tareas adicionales, según solicitud de su inmediato superior, dentro el marco de sus competencias y atribuciones.

## 4. TRANSPORTE SANITARIO DE EMERGENCIAS DE SALUD - MUNICIPAL (TSES-M):

---

Es una instancia operativa que presta servicios de transporte sanitario en casos de urgencias, emergencias, catástrofes y desastres en salud en el municipio, garantiza la atención prehospitalaria, interhospitalaria y la referencia a los pacientes o usuarios que solicitan los servicios y coordina la admisión oportuna en el establecimiento de salud de destino con el CCES-D y el CCES-N en el área de su jurisdicción para la resolución de su problema de salud.

### 4.1. Funciones

- Cumplir y hacer cumplir los lineamientos del CCES-N y CCES-D.

- Coordinar y operativizar el funcionamiento de las unidades de transporte de los niveles de atención de su red municipal.
- Coordinar con el CCES-N y CCES-D para referencia a establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención.
- Gestionar la solicitud de asistencia, que sólo finaliza cuando un personal de salud se responsabiliza de la resolución del caso.
- Coordinar la recepción de los pacientes de destino.
- Coordinar y optimizar los recursos operativos (recurso humano) que actúen en las diferentes situaciones donde se intervenga.
- Elaborar las estadísticas de tráfico semanal para ser enviadas al CCES-D.
- Brindar atención las 24 horas del día, 7 días a la semana durante todo el año.
- Garantizar la atención adecuada de las llamadas que se produzcan en demanda de auxilio que requiera la asistencia en ambulancia, para una actuación rápida, coordinada y eficaz del sistema de emergencias en salud.
- Gestionar la habilitación de las ambulancias y personal de las mismas ante la instancia departamental (CCES-D) y posteriormente su certificación ante la instancia nacional (CCES-N), tomando en cuenta los requisitos descritos en la Norma Nacional de Ambulancias Terrestres, Norma Nacional de Ambulancias Aéreas u otros.
- Gestionar un seguro de vida, para el personal de salud incluyendo al conductor y pilotos de la/s ambulancia/s a su cargo, así como un seguro de daños materiales y terceros.
- Gestiona los Ítems necesarios para el funcionamiento del TSES-M ante la instancia que corresponda a nivel municipal.
- Coadyuvar con Defensa Civil u otras instituciones en situaciones de catástrofe o desastre en salud a nivel departamental y municipal y con otras instancias que tienen relación estratégica (Policía Boliviana, Bomberos de la Policía, SAR-FAB, SEDES, municipios, COEs, y otros) coordinando con los CCES-D y CCES-N, 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.

#### **4.2. Dependencia y sostenibilidad**

Los TSES-M, dependen administrativamente de la Dirección Municipal de Salud, de los Gobiernos Autónomos Municipales, mismos que deben incluir en sus POAs los recursos suficientes para el funcionamiento o implementación de estos servicios en todos sus componentes (Infraestructura, equipamiento, RRHH, servicios básicos, funcionamiento y otros).

Y dependen operativamente del CCES-N y CCES-D según corresponda.

#### **4.3. Características de infraestructura**

Los TSES-M para la ubicación geográfica de su infraestructura, deben situar la misma de manera estratégica de manera que garantice el desplazamiento rápido del transporte sanitario hacia los distintos puntos de atención, contemplando situaciones de congestión vehicular o interrupciones de vías y caminos por distintas circunstancias, para reducir los tiempos de respuesta del servicio de urgencias, emergencias, catástrofes y desastres en salud, convirtiéndose así en el sistema de urgencias, emergencias, catástrofes y

desastres en salud con mayor capacidad de respuesta y estructura operativa en todo el municipio. Se debe además tomar en cuenta lo establecido en la Norma Nacional de Ambulancias Terrestres, Norma Nacional de Ambulancias Aéreas u otros.

La infraestructura deberá contar con al menos 200 m<sup>2</sup> de superficie.

#### 4.4. Características del equipamiento

TRANSPORTESANITARIO DE EMERGENCIAS DE SALUD- MUNICIPAL - EQUIPAMIENTO																
Categoría	N°	Item	N°	Descripción	Ambientes y Oficinas											
					Responsible/Operaciones	Personal técnico	Estacion de comunicaciones	Ambiente para Administración	Estacionamientos	Seguridad	Bañomujeres y varones	Ambiente común	Total			
I. Equipos de gestión emergencias	1	Dispositivos de red	1.1	Interruptor (switch) de acceso	0	0	0	0	0	0	0	1	1			
			1.2	Interruptor (switch) de distribución	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1		
			1.3	Routers (enrutadores)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
			1.4	Equipo de puntos de acceso Wi-Fi	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
			1.5	Conexiones ADSL	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	5	5
	2	Servidores/UPS	2.1	Servidor central (internet)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	3	Equipos informáticos	3.1	Computador c/ monitor	1	1	1	1	0	1	0	0	0	5	5	
			3.2	Impresoras blanco y negro	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3	3
			3.3	Copiadora-Impresora Multifunción	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
			3.4	Escaner	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	4	Equipos de Telefonía	4.1	Servidor de telefonía IP	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	
			4.2	Teléfono IP Oficinas	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	6	6
			4.3	Tel/Fax	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1
			4.4	Celulares institucionales	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	5	5
	5	Muebles salas de trabajo	5.1	Estaciones de trabajo	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	
5.2			Escritorios ejecutivos	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	4	4	
5.3			Sillas ejecutivas	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	4	4	
5.4			Sillas de salón/visita	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	10	10	
5.5			Mesa de trabajo sala múltiple	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2	
6	Equipamiento de uso doméstico	6.1	Horno microondas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1		
		6.2	Refrigerador pequeño	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	
		6.3	Utensilios de cocina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	
		6.4	Sofa-Cama	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	3	3	
		6.5	Estante para utensilios de cocina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	
III. Equipos- capacitación	7	Equipos capacitación	7.1	Proyectora de imágenes	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1		
			7.2	Pizarra para marcadores	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	
			7.3	Panel para papelógrafo	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	
IV. Software	8	Gestión urgencias e inventarios	8.1	Software de acceso telefónico	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1		
			8.2	Software de gestión información	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	
			8.3	SIG Health Mapper (OPS/OMS)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	
			8.4	Software inventarios almacen: libre	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	

#### 4.5. Equipo de gestión del TSES-M

El TSES-M estará conformado al menos por:

- **Un (a) Médico Director de operaciones.**
- **Tres responsables de operaciones: 3 Profesionales del área de la salud, con experiencia en gestión, en 3 turnos de 8 horas.**
- **Personal administrativo de salud: Un (a) Médico, un (a) licenciada/o en enfermería, Técnico en enfermería, personal capacitado y certificado para la atención prehospitalaria.**
- **Personal administrativo: limpieza, conductores/piloto, etc.**
- **Otro personal administrativo.**

#### 4.6. Funciones del equipo de gestión del TSES-M

Debe:

- **Médico Director del TSES-M**

El Médico Director tiene autoridad técnica sobre el equipo médico y debe.

- Gestionar la habilitación ante el CCES-D, de las ambulancias y personal de las mismas, tomando en cuenta los requisitos descritos en la Norma Nacional de Ambulancias Terrestres, Norma Nacional de Ambulancias Aéreas y otros que entren en vigencia según correspondan, para su posterior certificación por parte del CCES-N.
- Gestionar un seguro de vida, para el personal de salud incluyendo al conductor o piloto de la/s ambulancia/s a su cargo, así como un seguro de daños materiales y terceros.
- Gestiona los Ítems necesarios para el funcionamiento del TSES-M ante la instancia que corresponda a nivel municipal.
- Gestiona capacitaciones y simulacros en coordinación con el CCES-N y CCES-D.
- Planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del TSES.M.
- Velar por el cumplimiento de las normas emanadas por el CCES-N y CCES-D, a nivel Municipal.
- Coordina con el CCES-N y CCES-D en caso de catástrofe o desastre en salud.
- Desarrollar y gestionar programas de capacitación del RR.HH., sobre la atención prehospitalaria y otros aspectos inherentes al manejo de la urgencia, emergencia, catástrofes y desastres en salud.
- Coordinar con los responsables operativos, con Defensa Civil u otras instituciones en situaciones de catástrofe o desastre en salud a nivel municipal y con otras instancias que tienen relación estratégica (Policía Boliviana, Bomberos de la Policía, SAR-FAB, SEDES, municipios, COEs, y otros) coordinando con el CCES-N y CCES-D, 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.

- **Responsable de operaciones**

Debe realizar:

- La optimización de uso de recursos y calidad de atención.
- Garantizar la inmediata respuesta de las diferentes unidades de ambulancias ante solicitud de atención de urgencia, emergencia, desastre o catástrofe en salud, de las diferentes instancias que realizan atención prehospitalaria así como con el CCES-N y CCES-D.
- Supervisar cada secuencia de la intervención (ambulancia, médico en hospital) que ha puesto en marcha hasta la recepción por el establecimiento de salud que corresponda.
- Organizar y coordinar con el CCES-D la recepción de los pacientes.
- Redistribuir los móviles disponibles a fines de liberar el equipo médico inicial para que pueda retornar a su base con el objetivo de no desgarnecer por largo tiempo un sector de intervención.
- Gestionar y realizar seguimiento para el correcto funcionamiento de ambulancias (mantenimiento, insumos, RRHH, otros)
- Si los recursos propios se encuentran desbordados en la región, el TSES-M deberá estar en estrecho contacto con los TSES-M vecinos, CCES-D y CCES-N. Este tipo de organización en red y “solidaria” disminuye la vulnerabilidad de los servicios de urgencias médicas en casos de crisis.
- Las actuaciones médicas de las unidades móviles (Ambulancia terrestres tipo 1A de transporte, Tipo 1B de rescate, Tipo 2 de Soporte Vital Básico y tipo 3 de Soporte Vital Avanzado) (Ambulancia aéreas tipo A de traslado simple y B de rescate) requieren una gran atención por parte del responsable de operaciones.
- Una vez recibida y clasificada la demanda el responsable operativo, designa la activación de la ambulancia o medio de transporte de emergencias más adecuado.

- **Personal administrativo en salud**

Remitirse a lo establecido en la Norma Nacional de Ambulancias Terrestres. Norma Nacional de ambulancias Aéreas u otros, los cuales detallan las características específicas y requisitos mínimos de cada profesional médico, de acuerdo al tipo de ambulancia.

- **Personal administrativo:** Limpieza, conductores, pilotos, copilotos.

- **Limpieza**

Debe realizar la:

- Limpieza y aseo en general, en forma eficiente y oportuna a todas las aéreas, mobiliario y equipo que requieran de ello.
- Barrer, trapear, sacudir, lavar, encerar, pulir y desinfectar las instalaciones, equipos y mobiliario que forman parte de la infraestructura del TSES-M.
- Reportar diariamente a su jefe inmediato, sobre los desperfectos y deterioros detectados en las áreas, equipos o mobiliario asignado para su limpieza.

- Solicitar en los días establecidos, los materiales necesarios para llevar a cabo en forma optima sus labores.
  - Realizar servicio de té.
- **Personal, conductores, pilotos y copilotos**
- Cumplir con lo establecido en relación a la gestión del Recurso humano, en el marco de lo establecido en las normas vigentes (Norma Nacional de Ambulancias Terrestres, Norma Nacional de Ambulancias Aéreas u otros).
- **Otro personal administrativo**
    - Personal contratado bajo justificación técnica para el apoyo al equipo de gestión del TSES-M de acuerdo a normas administrativas del Gobierno Autónomo Municipal y la Dirección Municipal de Salud que corresponda.

Todo el personal podrá tener tareas adicionales, según solicitud de su inmediato superior, dentro el marco de sus competencias y atribuciones.

**Nota.** Se recomienda a los diferentes niveles (Nacional, Departamental y Municipal) de atención de Urgencias, Emergencias, Catástrofes y Desastres en Salud (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), a nivel nacional tomar en cuenta lo estipulado en la Ley N° 223, del 2 de marzo 2012, Ley general para personas con discapacidad, y D.S. N°1893 del 12 de febrero de 2014 que la reglamenta, así como otras normas, leyes, decretos u otros, para garantizar: Igualdad en Dignidad (Por el que las personas con discapacidad tienen la misma dignidad y derechos que el resto de los seres humanos); No Discriminación (No se anula o afecta el reconocimiento, goce o ejercicio pleno de los derechos en base a cualquier forma de distinción, exclusión, restricción o preferencia, fundada en razón de su situación de persona con discapacidad; Inclusión (Todas las personas con discapacidad participan plena y efectivamente en la sociedad en igualdad de oportunidades, en los ámbitos: económico, político, cultural, social, educativo, deportivo y recreacional); Accesibilidad (Por los servicios que goza la sociedad puedan también acomodarse para ser accedidos por las personas con discapacidad, sin restricción alguna, sean arquitectónicas, físicas, sociales, económicas, culturales, comunicacionales); Equidad de Género (Por el que se equiparan las diferencias en razón de género existentes entre hombres y mujeres con discapacidad, reconociendo la orientación sexual e identidad de género, en el marco del ejercicio de los derechos reconocidos en la Constitución Política del Estado); Igualdad de Oportunidades (Las personas con discapacidad tienen las mismas posibilidades de acceso al ejercicio de los derechos económicos, sociales, políticos, religiosos, culturales, deportivos, recreacionales y al medio ambiente, sin discriminación alguna); No Violencia (Garantía y protección a las personas con discapacidad, con énfasis a mujeres, niños y niñas y adolescentes contra toda forma de violencia física, psicológica o sexual); Asistencia Económica Estatal (Por el que el Estado promueve una renta solidaria para las personas con discapacidad grave y muy grave; y asistencia económica mediante planes, programas y proyectos a las personas con discapacidad).

## 1. ESTRUCTURA ORGÁNICA

El CCES-N depende orgánicamente del Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Servicios de Salud, es el órgano rector/normativo a nivel nacional referente a urgencias, emergencias, catástrofes o desastres en salud y es coordinador/operativo en el caso de traslado de usuarios en transporte sanitario interdepartamental e internacional, además, desarrolla, reorienta, articula las estrategias, planes y programas de los CCES-D y TSES-M a nivel nacional, realiza vigilancia y seguimiento del funcionamiento de las mismas y evaluaciones periódicas, proponiendo mejoras.

El CCES-D depende orgánicamente de la Gobernación a través del Servicio Departamental de Salud. Es una instancia de coordinación/operativa en la atención de urgencias, emergencias, catástrofes y desastres en salud en el departamento, garantiza la atención prehospitalaria e interhospitalaria tanto a los pacientes o usuarios que solicitan los servicios como a los pacientes que son referidos de los establecimientos del sistema de salud y su admisión oportuna en los hospitales de referencia.

Coordina con los establecimientos de salud de los cuatro niveles y otras instancias concurrentes para la referencia como ser Bomberos de Policía, Policía Boliviana, SAR-FAB y otros, para la resolución del problema de salud en forma oportuna y efectiva con personal competente y calificado.

El TSES-M es una instancia operativa, referida a su área geográfica municipal que coordina con el CCES-D y el CCES-N y garantiza la disponibilidad del transporte sanitario para la referencia de usuarios en forma oportuna y efectiva.

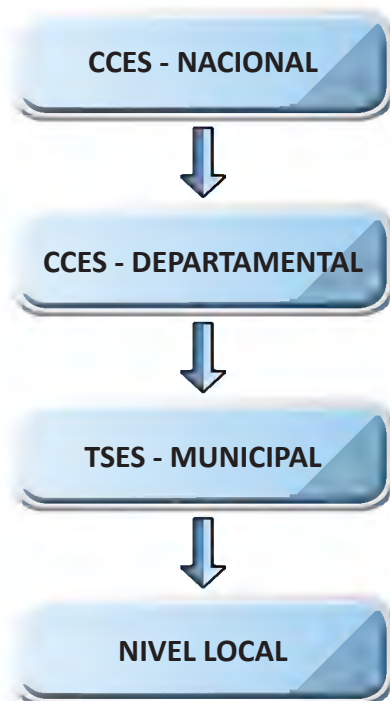
A continuación se presenta la estructura organizacional.



## 2. ESTRUCTURA FUNCIONAL

---

### ESTRUCTURA FUNCIONAL



El nivel local se constituye en un aliado estratégico fundamental para ejercer el control social, el mismo que coadyuvara a la implementación y aplicación de la Norma Nacional.

## 3. ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

---

Conceptualizada como el conjunto de actividades, procedimientos, recursos, intervenciones y tratamiento prehospitalario, a cargo de un personal capacitado; dirigidas a prestar atención en salud a pacientes/usuarios(as) que han sufrido un incidente o alteración aguda física o mental, causada por trauma o enfermedad de cualquier etiología, cuyo objetivo es preservar la vida y disminuir las complicaciones y riesgos de invalidez y muerte, en el sitio de ocurrencia del evento y durante su traslado hasta la admisión en el establecimiento de salud de referencia.

Es el proceso mediante el cual, el personal de salud a través de transporte sanitario de un servicio traslada a un usuario desde el lugar del incidente hasta un establecimiento de salud cuya capacidad resolutive sea acorde a la complejidad del daño; transfiriendo así la responsabilidad de la atención de las necesidades de salud de un/a usuario/a hacia el establecimiento de salud de destino del traslado.

## 4. ATENCIÓN INTERHOSPITALARIA:

---

Se define como la atención de los pacientes durante el traslado de referencia, contra-referencia o transferencia, entre establecimientos o servicios de salud o traslado secundario, es el que se realiza desde un establecimiento de salud hasta otro, para estudio o tratamiento generalmente en un nivel superior o especializado.



## 5. PROCESO DE RESPUESTA

- **Llamada del/a usuario/a o familiar.**

Cuando el usuario/a o un familiar detecta signos de alarma, factores de riesgo o cualquier necesidad de salud que requiera atención de emergencia en un establecimiento de salud; llama al CCES-D o TSES-M para la atención y estabilización en el lugar del evento.

Describe los signos al operador del CCES-D, se activa la atención como respuesta ante la existencia de una emergencia que pone en riesgo la vida del usuario, manteniéndose la comunicación ininterrumpida.

### **Despacho de la ambulancia:**

El despacho de la ambulancia se realiza en base ha:

- **Tele operador de llamadas.**

Recibe la llamada, localiza al paciente, realiza el **triaje telefónico**, decide identifica la disponibilidad y el tipo de ambulancia para la respuesta dependiendo de la gravedad, coordina el envío de la ambulancia, monitorea la atención en tiempo real y coordina con el establecimiento la recepción del paciente, en coordinación con el médico coordinador de urgencias y emergencias.

### **Criterios para la selección del establecimiento de destino del traslado**

- **Capacidad Resolutiva:** Es el primer criterio de selección del establecimiento de destino para responder de manera integral y oportuna la demanda de atención, es decir, contar con los recursos físicos y humanos calificados, para el diagnóstico y tratamiento de un determinado grado de complejidad del daño en la persona.
- **Accesibilidad:** Criterio de selección del establecimiento destino del traslado, deberá ser el más cercano o accesible geográficamente. Esto significa que no necesariamente va a la red de salud, sino que puede acceder a otra red o departamento.
- **Oportunidad:** Criterio en el cual de acuerdo a protocolos se eviten riesgos de complicación o muerte del paciente garantizando los derechos que le asisten de recibir una atención de calidad.

- **Servicio de ambulancia.**

De acuerdo al **triaje telefónico**, se realiza el **triaje en situ** y podrá tomarse dos tipos de decisiones:

- Primera: El grado de **PRIORIDAD** de la demanda.
- Segunda: **LA RESPUESTA más adecuada.**

El grado de prioridad, modula la rapidez de la respuesta.

- **Tipos de PRIORIDADES:**

- **P1: (MÁXIMA): Código Rojo**

El recurso movilizado saldrá de forma inmediata, dejando incluso de hacer otro servicio de prioridad menor.

- **P2: Código amarillo**

El recurso movilizado saldrá rápidamente, y si está en otra asistencia la finalizará.

- **P3: Código verde**

El recurso asignado puede ordenar la asistencia en función de proximidad geográfica u otros criterios.

- **P4: Código negro**

No se movilizan recursos.

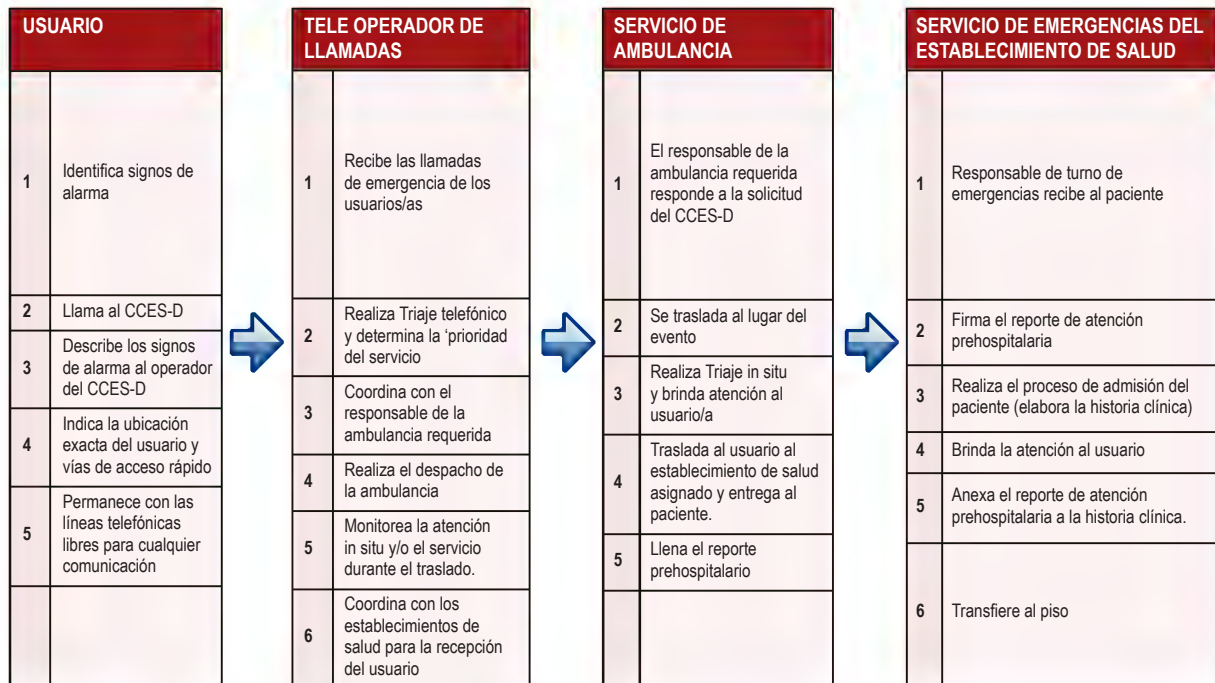
• **Coordinación**

Se establecerán coordinaciones con el TSES-M y diferentes servicios de ambulancia para garantizar la disponibilidad y efectivización de la referencia del CCES-D.

El traslado se efectuará previa coordinación vía radio, teléfono, Handy u otros entre el CCES-D y el establecimiento de salud de destino; indicando el motivo del traslado, estado clínico y necesidades probables de atención del paciente o herido.

A continuación se detalla el proceso de atención prehospitalario:

**ATENCIÓN PREHOSPITALARIA**



**PROCESO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA**

## • Atención en caso de contingencia

En casos de contingencia se realizara conjuntamente con otras instituciones como la Policía Boliviana, defensa civil, Bomberos de la Policía, Cruz Roja Boliviana y otras instituciones encargadas de brindar auxilio a la población afectada por la ocurrencia de un desastre, siniestro o catástrofe de cualquier tipo.

La coordinación deberá realizarse a través del COE en cada departamento.

En esta fase el CCES-N y el CCES-D coadyuvaran, coordinando la atención prehospitalaria con las instancias pertinentes que forman parte del Sistema Nacional de Emergencias en Salud (prestadores de servicio de ambulancias públicas, privadas, seguridad social y otros) con la finalidad de optimizar la atención inmediata y oportuna del/os pacientes.

Estas actividades incluyen colaborar con la evacuación de la comunidad afectada si fuera necesario, la asistencia, la búsqueda y rescate por parte de los organismos encargados.

Coordinará la red de atención prehospitalaria, la red de transporte y la red hospitalaria para garantizar la atención oportuna.

Coordinara la referencia y contra-referencia.

Coordinara las comunicaciones del sector salud y mantendrá comunicación permanente con el Ministerio Salud, a través del CCES-N.

Evaluará la infraestructura de salud.

**Nota.** En el marco de la ley N° 264 (Sistema Nacional de Seguridad Ciudadana), Ley N° 602 (De gestión de Riesgos) y otros relacionados y vigentes, se aclara que la presente Norma Nacional, sin perjuicio de la competencia de otras instancias, coadyuvará en casos de, desastres y catástrofes en salud de manera específica, y ante la convocatoria de instancia pertinente, ya que existen las instancias ya establecidas con competencias y atribuciones bien delimitadas, es así que el CCES-N, CCES-D y el TSES-M coordinara con quien corresponda para optimizar y facilitar la atención a la población en general dentro de sus atribuciones y competencias.

## • Tipo de comunicación

Se implantará a nivel nacional el modo de transmisión en código “Q” para acortar el modo de transmisión y solicitud de atención y las siglas:

- **Código Rojo:** Indica que el paciente es inestable con riesgo de pérdida de vida.
- **Código Amarillo:** Contempla un riesgo sin embargo el paciente se encuentra estable.
- **Código Verde:** Determina un paciente estable sin riesgo de pérdida vida.
- **Código Negro:** Paciente fallecido.

Ante la identificación de un hecho público como ser fallecimiento de persona, accidentes, violencia, violación, y otros se debe informar a la instancia pertinente (Policía Boliviana y ministerio público) para que los mismos realicen las acciones pertinentes dentro sus atribuciones y competencias, asimismo las diferentes instancias que prestan asistencia prehospitalaria deben informar al CCES-D, con el fin de fortalecer el servicio y sistematizar la información.

- **Capacidad instalada y oferta de servicios hospitalarios**

Para un mejor funcionamiento del sistema, se debe establecer la capacidad instalada con la que cuentan los establecimientos de salud de referencia, de manera periódica o eventual ante la posibilidad de cambios en la estructura; incorporando los mecanismos necesarios para el efecto.

De la misma manera debe recopilarse la información de la disponibilidad de camas por servicio, de manera permanente o cada 8 horas para la toma de decisiones.

Asimismo, se debe contar con la oferta de servicios que brindan los establecimientos de salud, en los diferentes niveles, los recursos humanos con los que cuentan especialmente referidos a especialidades médicas y horarios de funcionamiento de estos servicios, para establecer la capacidad resolutive y favorecer el flujo de usuarios al interior del sistema nacional de salud.

## 1. INTRODUCCIÓN

---

El siguiente capítulo reúne los procesos, procedimientos y actividades del Centro Coordinador de Emergencias de Salud Nacional (CCES-N), Centro Coordinador de Emergencias de Salud Departamental (CCES-D) y Transporte Sanitario de Emergencias de Salud Municipal (TSES-M). Es parte fundamental de la **Norma Nacional de Caracterización del Sistema Nacional de Emergencias en Salud**, en el marco del Sistema Nacional de Emergencias en Salud.

## 2. OBJETIVO

---

Establecer los procesos, procedimientos, actividades o tareas que se desarrollaran en la atención de la urgencia, emergencia, desastre o catástrofe en salud a partir de la coordinación de la instancia nacional a través del CCES-N, de las instancias departamentales a través de los CCES-D y las instancias municipales a través de los TSES-M.

## 3. METODOLOGÍA DE LA ELABORACIÓN DEL MANUAL

---

Para la elaboración del presente manual que forma parte de la Norma Nacional de Caracterización del Sistema Nacional de Emergencias en Salud, se realizaron los siguientes pasos:

- Planeación:
  - Responsable: Es la Dirección General de Servicios de Salud, dependiente del Ministerio de Salud.
  - Equipo de trabajo: Se integró un equipo técnico, dependiente de la Dirección General de Servicios de Salud y profesionales intra-ministeriales.
  - Recursos: Se conto con recursos humanos, económicos, material e insumos.
  - Plan de trabajo: Se elaboro un plan estratégico que establece como, cuando y donde se realizara el trabajo para la obtención del producto final que es el manual de procedimientos, procesos y actividades de la Norma Nacional de Caracterización del Sistema Nacional de Emergencias en Salud.
- Investigación preliminar:
  - Obtención de datos: Se revisaron documentos intra-ministeriales, nacionales e internacionales.
  - Reuniones: Se realizaron reuniones con autoridades nacionales, departamentales y municipales, además de operadores, personal de salud, cooperación internacional y otros involucrados en la atención y coordinación de urgencias, emergencias, desastres y catástrofes en salud, para obtener información complementaria.

- Análisis de la información: Realizada por el equipo de trabajo.
- Sistematización de la información: Realizada por el equipo de trabajo.
- Propuesta de manual: El equipo de trabajo realizó la propuesta del manual de la presente norma nacional, bajo los siguientes parámetros:
  - Socialización del documento: Se envió el documento para el análisis y consideración de la instancia nacional, departamental y municipal, tanto técnica como operativa.
- Elaboración del manual a diseño final:
  - Documento final: Se recepciona las observaciones, sugerencias y contribuciones al documento, para el análisis de su pertinencia en el mismo.
- Validación del manual:
  - Taller Nacional: Se realiza un taller nacional de validación con la presencia de todas las instancias involucradas en la atención y coordinación de emergencias en salud.
  - Comité de Coordinación Técnica: Instancia del Ministerio de Salud que autoriza la pertinencia de la presente Norma Nacional.
  - Comité de Identidad Institucional y Publicaciones: Instancia del Ministerio de Salud que emite a través de un acta la aprobación del documento a diseño final, para la emisión de la correspondiente resolución ministerial y posterior publicación.

## 4. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS, PROCEDIMIENTOS Y ACTIVIDADES

---

Se describen a continuación, para cada proceso; los procedimientos, acciones, actividades y tareas, responsables, documentación, registro y graficas correspondiente, cuyo alcance va desde la solicitud de traslado hasta la recepción del paciente en el establecimiento de salud donde será atendido.

### 4.1. Coordinación del traslado de pacientes de urgencias y emergencias en salud

#### a) Propósito:

Contribuir a la organización en el traslado oportuno de pacientes para su atención por la instancia que corresponda según competencias y atribuciones en casos de urgencias, emergencias, catástrofes y desastres en salud a los establecimientos de salud, o donde corresponda.

#### b) Estructura:

- Documentación Externa.
- Documentación Interna.
- Infraestructura.
- Mobiliario.

- Equipamiento.
- Personal Sanitario.
- Recursos Financieros.

c) **Responsable:**

Médico Coordinador y Tele Operador de llamadas del CCES-D

d) **Actividades de coordinación del traslado de pacientes de urgencias y emergencias en salud:**

- La central del CCES-D recibe llamada telefónica en la cual se solicita ubicación de acomodación para uno o más pacientes de urgencia o emergencia en salud y su traslado urgente. Los casos a considerar son los siguientes:
  - Se trata de un usuario de un servicio de urgencias o emergencia quien ya recibió evaluación médica y requiere ser acomodado para su atención en un nivel superior.
  - El usuario es víctima de un evento adverso (accidente, violencia criminal, catástrofe en salud, desastre en salud o antrópico u otro en el ámbito de la salud) y es recogido en el lugar de los hechos.
  - El usuario solicitó atención domiciliaria y el médico tratante requiere de su traslado y acomodación y tratamiento urgente.
- Si el caso amerita asesoría o seguimiento médico, transfiere de inmediato el caso al Médico Coordinador de Urgencias y Emergencias, quien realiza el triaje telefónico, quien asume la coordinación del caso hasta la llegada y recepción del usuario en el hospital de destino, en coordinación con el Tele operador de llamadas.
- El Tele operador de llamadas registra los datos del paciente, en el formulario que para tal fin establece la norma (Anexo 3 reporte inicial de eventos adversos). Si hicieren falta datos, el Tele operador de llamadas, deberá solicitarlos en el momento pertinente y a través de los medios apropiados (llamada telefónica, radio comunicación, fax, otros).

Si surgiese nueva información vital para el seguimiento médico del caso, remitirá de inmediato la información al Médico Coordinador de Urgencias y Emergencias.

- El Tele operador de llamadas realiza validación de los datos del paciente mediante sistema disponible (software) mediante el procedimiento que se implemente para tal fin.
- El Tele operador de llamadas o el Médico Coordinador de urgencias y emergencias, ubica el establecimiento de salud de referencia del nivel de atención solicitado, que es parte de la red de prestadores verificando la disponibilidad de camas.
- El Tele operador de llamadas contacta al establecimiento de referencia seleccionado por el medio de comunicación expedito y realiza la transferencia de la información del paciente para su traslado y preparación para su recepción.
- El Tele operador de llamadas recibe la autorización del establecimiento de referencia para el traslado del paciente.
- El Tele operador de llamadas comunica en coordinación con el TSES-M a la persona solicitante del

establecimiento de salud de referencia para el traslado del paciente.

- El Tele operador de llamadas comunica en coordinación con la ambulancia (terrestre o aérea), a la persona solicitante del establecimiento de salud de referencia para el traslado del paciente
- El Tele operador de llamadas registra la actividad completa atendida en el sistema de registro del CCES-D.

En caso de que el Médico Coordinador defina que el usuario no amerita traslado, este realizará la asesoría respectiva del caso al médico tratante, de conformidad con los protocolos de manejo de urgencias y emergencias. Si fuese necesario asesoría psicológica o de alguna otra especialidad, el Médico Coordinador realizará los contactos respectivos con los especialistas de la red disponibles o contratados para tal fin.

- **Tabla descriptiva**

Coordinación del Traslado de Pacientes de Urgencias y Emergencia en Salud			
Nº	Actividad	Responsable	Registro y/o documento
1	Los establecimiento de salud de Referencia de las Redes deben ir informando al Tele operador de llamadas su disponibilidad de camas en forma permanente y tiempo real	Tele Operador de llamadas punto focal de cada establecimiento de salud de Referencia de las Redes	Registro de disponibilidad de camas en los establecimiento de salud de Referencia de las Redes
2	Recepción de llamada (traje telefónico) en la cual se solicita acomodación de uno o más pacientes que requiere traslado urgente	Tele Operador de llamadas	Registro de llamadas Triage
3	Si el caso amerita, se transfiere el caso al Médico Coordinador de urgencias y emergencias	Tele Operador de llamadas y Médico Coordinador urgencias y emergencias	Historia clínica virtual
4	Recepción de datos del paciente	Tele Operador de llamadas y Médico Coordinador de urgencias y emergencias	Historia clínica virtual
5	Validación de datos del paciente	Tele Operador de llamadas y Médico Coordinador de urgencias y emergencias	Historia clínica virtual.
6	Verificación de la Red de establecimientos de salud y selección del establecimiento de salud apropiado para recepción del paciente	Tele Operador de llamadas y Médico Coordinador de urgencias y emergencias	Historia clínica virtual
7	Comunicación con el establecimiento de salud de referencia seleccionado y transmisión de la información del paciente.	Tele Operador de llamadas y Médico Coordinador de urgencias y emergencias	Software de hospitales
8	Comunicación en coordinación con el TSES-M o ambulancia (terrestre o aérea), al solicitante de atención para la acomodación del paciente.	Tele Operador de llamadas y Médico Coordinador de urgencias y emergencias	Software de hospitales
9	Registro final de la actividad de coordinación desarrollada	Tele Operador de llamadas	Sistema de Registro del CCES-D





**4.2. Información a la comunidad**

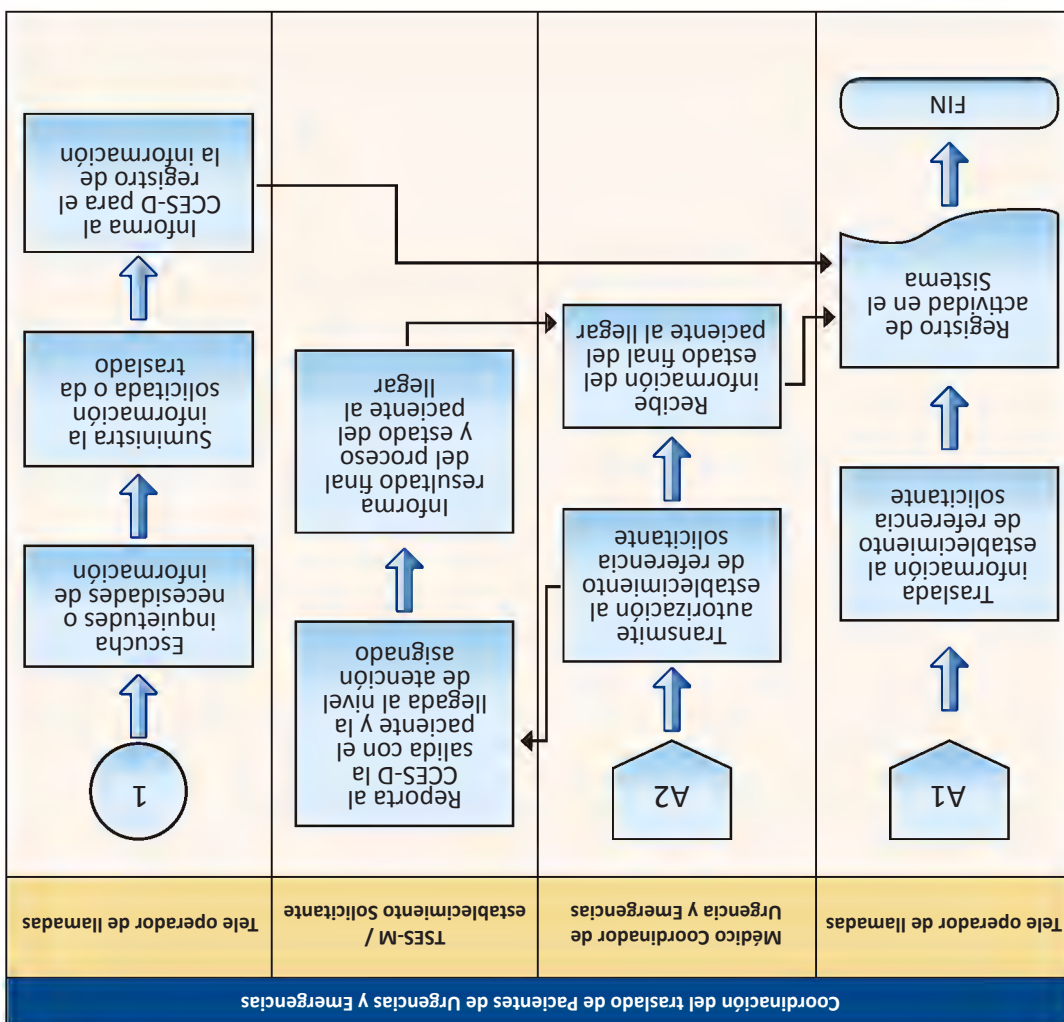
Los Centros Coordinadores de Emergencias de Salud (CCES) con el fin de proporcionar una alternativa de una instancia de consulta a la comunidad para solucionar su problema de información de salud debe ser: Empático, para dar al mismo un trato cordial, digno, amable, responsable oportuno, eficiente y eficaz. La información proporcionada a la comunidad deberá ser de calidad en contenido, basándose en evidencia científica si el caso así lo amerita.

La información a la comunidad debe ser amplia y abierta a cualquier tipo de consulta ya sea de salud o información sobre servicios de salud como ser hospitales, especialidades, servicio de ambulancias, farmacias, laboratorios y otros.

En este contexto la consulta sistematizada de la información solicitada por la comunidad, se convierte en una base de datos importante de salud.

**a) Propósito:**

Brindar información cordial, digna, amable, responsable oportuna, eficiente y eficaz, la misma que será sistematizada para obtener datos de interés en salud pública.



b) **Responsable:**

El Médico Coordinador de Urgencias y Emergencias y Tele operador de llamadas del CCES-D.

c) **Actividades:**

- La central del CCES-D recibe llamada de la población en la cual solicitan información sobre un tema en específico relacionado con salud pública.
- El Tele operador de llamadas define si la solicitud requiere de apoyo del Médico Coordinador de urgencias y emergencias.
- El Tele operador de llamadas o el Médico Coordinador de Urgencias y Emergencias atiende la solicitud y brinda la información requerida.
- El Tele operador de llamadas toma la información de la persona consultante para su registro en el sistema.
- El Tele operador d llamadas registra la información en el sistema.

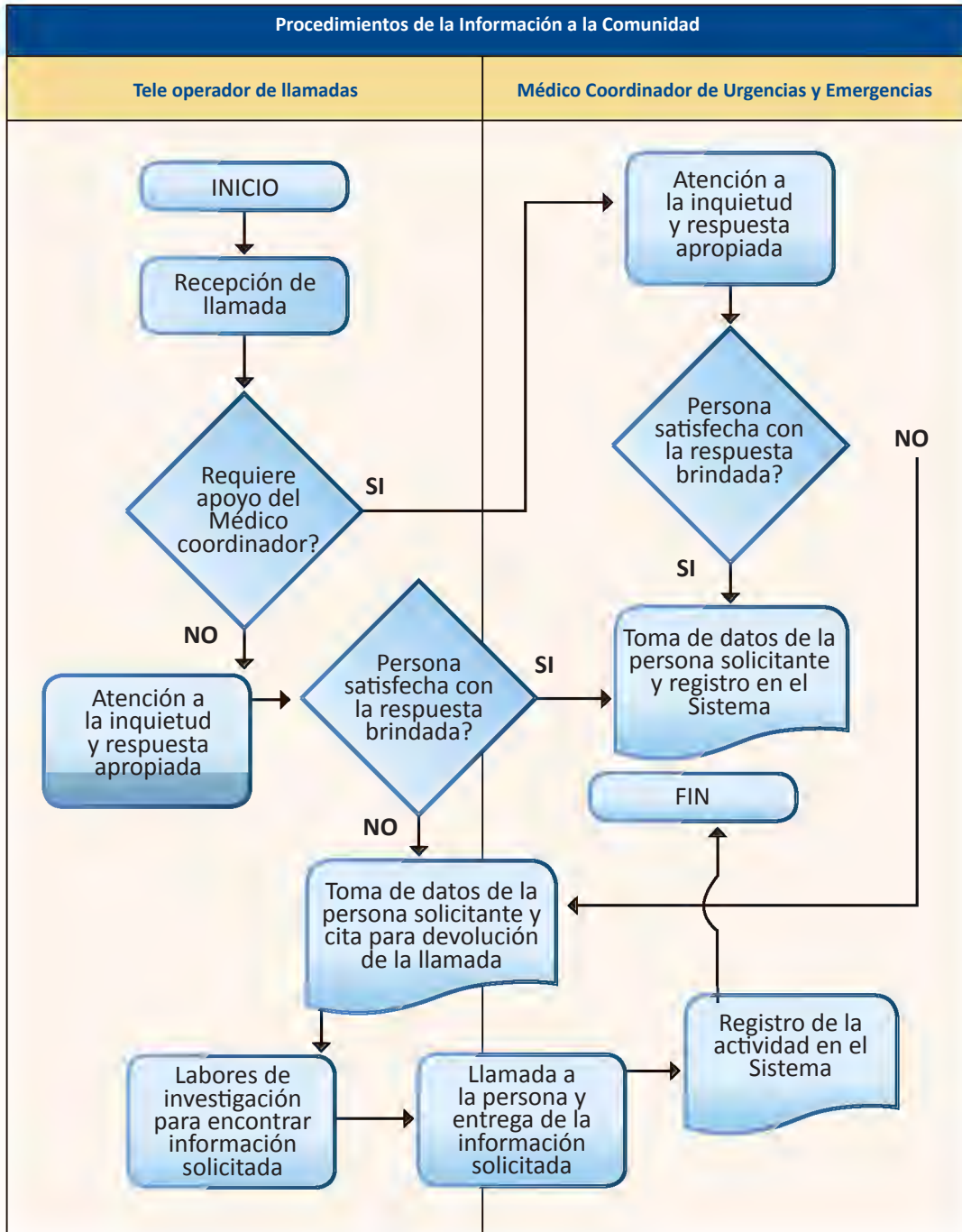
En caso de que la información solicitada no esté disponible en el CCES-D, el Tele operador de llamadas o el Médico Coordinador d urgencias y emergencias toman la información de la persona solicitante, en especial su número telefónico, para posteriormente brindar la respuesta a la solicitud, la cual debe estar disponible en las próximas 2 horas, máximo en 6 horas.

Se debe corroborar que la información entregada corresponde con la solicitada y que hubo satisfacción con la respuesta brindada.

• **Tabla descriptiva**

Información a la Comunidad			
Nº	Actividad	Responsable	Registro y/o documento
1	Recepción de llamada de la comunidad en la cual se solicita información sobre algún tema de interés en salud pública.	Tele Operador de Llamadas	Registro de Llamadas
2	Traslado al Médico Coordinador de urgencias y emergencias si la solicitud no puede ser resuelta por el tele operador de llamadas.	Tele Operador de Llamadas y Médico Coordinador de urgencias y emergencias	Registro de Llamadas.
3	Atención de la solicitud y respuesta oportuna	Tele Operador de Llamadas y Médico Coordinador de urgencias y emergencias	Registro de Llamadas
4	Toma de datos de la persona solicitante	Tele Operador de Llamadas	Registro de Llamadas
5	Registro del proceso en el sistema de información	Tele Operador de Llamadas	Registro de Llamadas

• Flujograma de procedimientos



### 4.3. Referencia de órganos, tejidos, elementos biológicos o químicos

a) **Propósito:**

Apoyar los procesos de referencia de órganos, tejidos u otros elementos biológicos o químicos en el marco del Sistema Nacional de Emergencias en Salud.

b) **Responsable:**

Médico Director del CCES-D, Médico Coordinador de Urgencias y Emergencias, Tele operador de llamadas del CCES-D.

c) **Actividades para la referencia de órganos, tejidos, elementos biológicos o químicos:**

- El Tele operador de llamadas, el Médico Coordinador de Urgencias y Emergencias reciben solicitud de apoyo. En los siguientes casos:
  - Referencia de órganos o tejidos para trasplantes.
  - Referencia de sangre o hemo-derivados.
  - Referencia de muestras biológicas para exámenes de laboratorio.
  - Referencia de reactivos de laboratorio.
- El Tele operador de llamadas o el Médico Coordinador de Urgencias y Emergencias toma la información relativa al tipo de elemento a transportar, procedencia, destino y requerimientos de transporte.
- El Tele operador de llamadas o el Médico Coordinador de Urgencias y Emergencias realiza los trámites de contacto con el TSES-M que puede brindar el apoyo en el transporte de los elementos solicitados, debidamente habilitada y certificada, según los requerimiento técnicos del proceso.
- El Tele operador de llamadas o el Médico Coordinador de Urgencias y Emergencias retransmite la información a la entidad solicitante, dejando expresadas todas las variables relativas al proceso del transporte, tiempos, medios a utilizar, embalaje, entre otros.
- El Tele operador de llamadas o el Médico Coordinador de Urgencias y Emergencias contacta a la entidad de destino del elemento e informa todas las variables relativas al proceso del transporte, tiempos, medios a utilizar, embalaje, entre otros.
- El Tele operador de llamadas o el Médico Coordinador de Urgencias y Emergencias realiza seguimiento durante el proceso de transporte y registra en el sistema los tiempos: la hora de salida, de llegada y de recepción de los elementos transportados.

Este proceso se realiza mediante solicitud formal y en los horarios adecuados y pertinentes para la seguridad integral de los elementos a transportar.

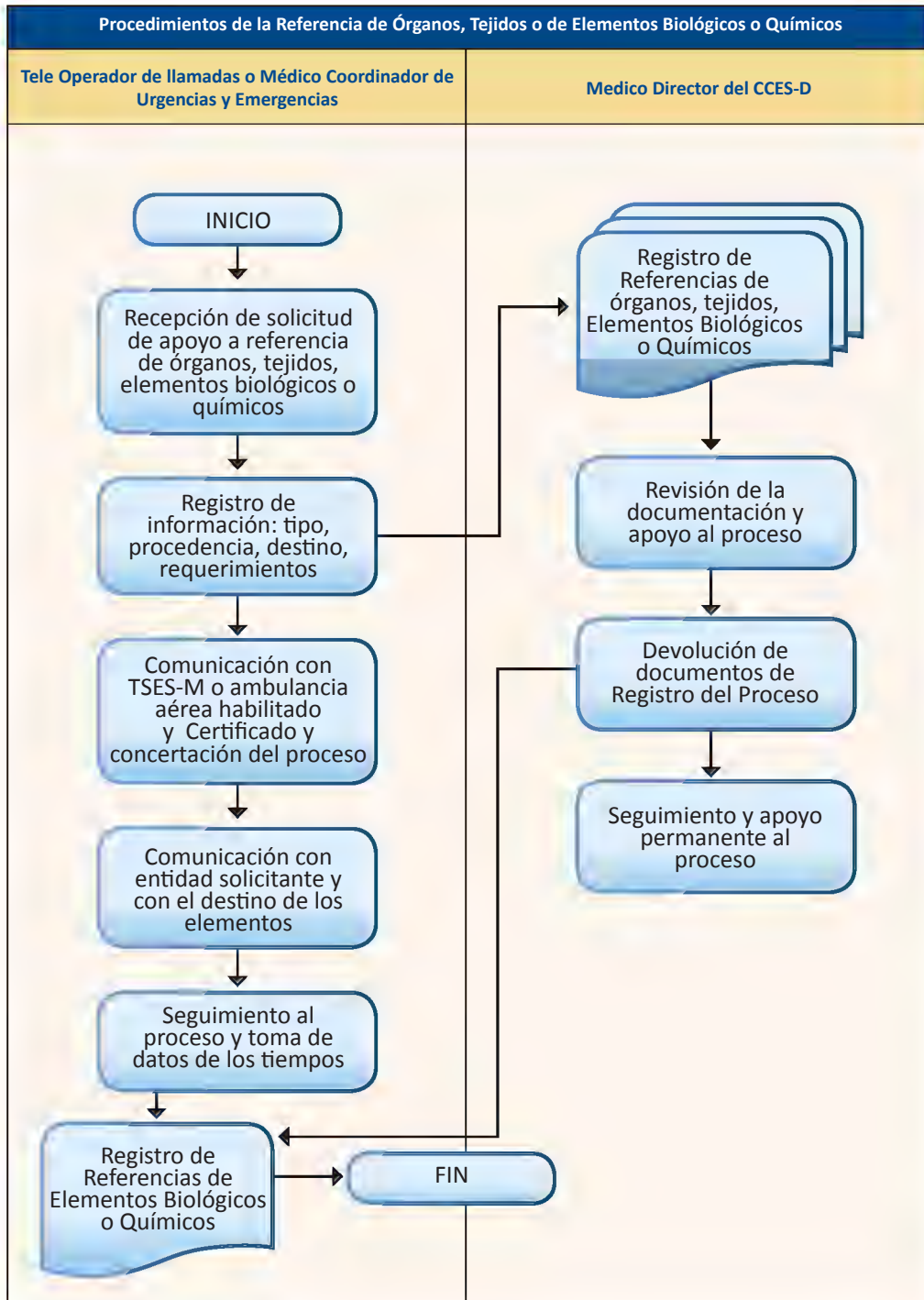
En todos los casos se deberá informar de inmediato al Director del CCES-D para su conocimiento, apoyo permanente y garantía de la cobertura de todas las variables pertinentes a la seguridad del elemento a transportar.

**Nota:** La utilización de las ambulancias se restringe al traslado de pacientes y donante cadavérico, debiendo existir otro tipo de transporte adecuado en los diferentes niveles de atención para el traslado de sangre o hemoderivados, muestras biológicas para exámenes de laboratorio y reactivos de laboratorio.

- **Tabla descriptiva**

Referencia de Órganos, Tejidos o Elementos Biológicos o Químicos			
Nº	Actividad	Responsable	Registro y/o documento
1	Recepción de solicitud de apoyo para el transporte de órganos, tejidos, elementos biológicos o químicos	Tele Operador de llamadas y Médico Coordinador de Urgencias y Emergencias	Registro virtual
2	Toma de datos relativa al tipo de elemento, procedencia, destino y requerimientos de transporte	Tele Operador de llamadas y Médico Coordinador de Urgencias y Emergencias	Registro virtual
3	Contacto con el TSES-M o ambulancia aérea correspondiente para prestar el servicio de transporte de acuerdo con los requerimientos técnicos.	Tele Operador de llamadas	Registro virtual
4	Transferencia de información a la institución correspondiente sobre al proceso concertado, en especial los tiempos, medios a utilizar, embalaje, entre otros.	Tele Operador de llamadas	Registro virtual
5	Comunicación con entidad de destino del elemento a transportar y transferencia de toda la información relativa al proceso.	Tele Operador de llamadas	Registro virtual
6	Seguimiento al proceso durante el transporte y toma de datos de los tiempos de salida, llegada y entrega.	Tele Operador de llamadas	Registro virtual
7	Registro final del proceso en el Sistema	Tele Operador de llamadas Médico Coordinador Urgencias y Emergencias	Registro virtual
8	Información a la Dirección del CCES-D de la finalización del proceso.	Tele Operador de llamadas Médico Coordinador de Urgencias y Emergencias	Registro virtual

• Flujograma de procedimientos



#### 4.4. Resumen diario de eventos

a) **Propósito:**

Brindar información diaria al CCES-N acerca de los eventos atendidos durante el turno que termina.

b) **Responsable:**

Tele Operador de llamadas del CCES-D.

c) **Actividades:**

- El Tele Operador de llamadas elabora el resumen de eventos atendidos en el turno que termina, a través del sistema de registro.
- El Tele Operador de llamadas imprime el resumen de eventos del turno que termina.
- El Tele Operador de llamadas organiza la impresión del resumen de eventos y anexa los documentos que se consideren pertinentes y necesarios.
- El Tele Operador de llamadas hace llegar el resumen de eventos al Médico Coordinador de Urgencias y Emergencias y este envía al Médico Director del CCES-D.
- El Médico Director del CCES-D revisa y analiza el resumen diario de eventos atendidos y traslada la información relevante al CCES-N para su conocimiento.

Este proceso se realiza diariamente, a primera hora de la mañana y se archiva el expediente.

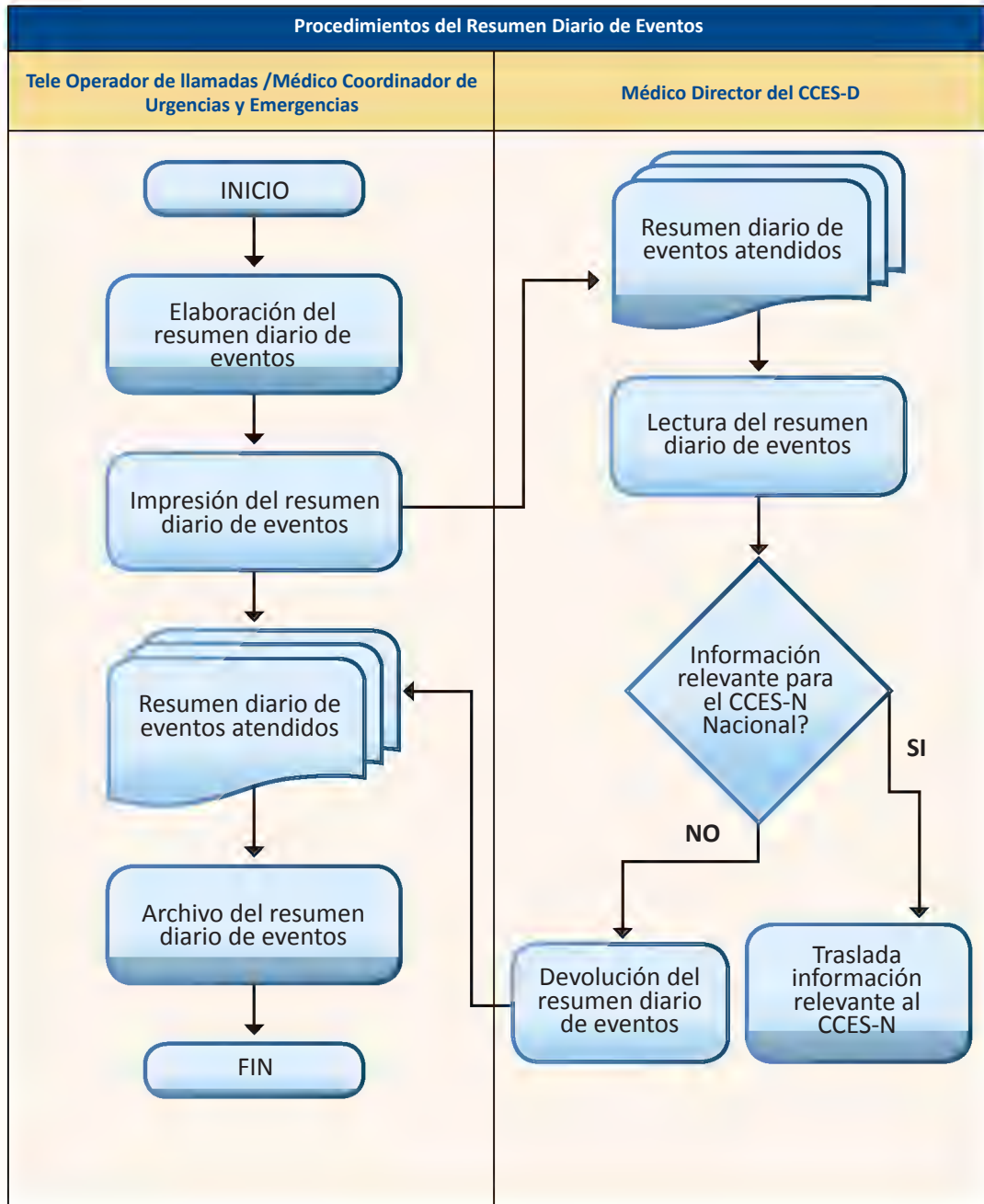
Independientemente del momento del día o de la noche, en caso de que se trate de un evento de tipo urgencia, emergencia, catástrofe, desastre o evento de interés en salud pública, se debe informar de inmediato a la Dirección del CCES-D y al CCES-N activándose la alerta de inmediato.

• **Tabla descriptiva**

Resumen Diario de Eventos			
Nº	Actividad	Responsable	Registro y/o documento
1	Elaboración del resumen diario de eventos en el sistema de registro	Tele Operador de llamadas	Sistema de registro
2	Impresión del resumen diario de eventos	Tele Operador de llamadas	Sistema de Registro
3	Organización del documento impreso en su libro de archivo y anexo de documentos relevantes	Tele Operador de llamadas	Sistema de Registro
4	Entrega de la bitácora de resúmenes diarios de eventos al Médico Coordinador de Urgencias y Emergencias y al Médico Director del CCES-D	Tele Operador de llamadas y Médico Coordinador de Urgencias y Emergencias	Archivo del CCES-D
5	Lectura del registro diario de eventos y traslado de información relevante al CCES-N	Médico Director del CCES-D	Archivo del CCES-D
6	Devolución de la bitácora de resúmenes diarios de eventos al área de comunicaciones	Médico Director del CCES-D	Archivo del CCES-D



• Flujograma de procedimientos

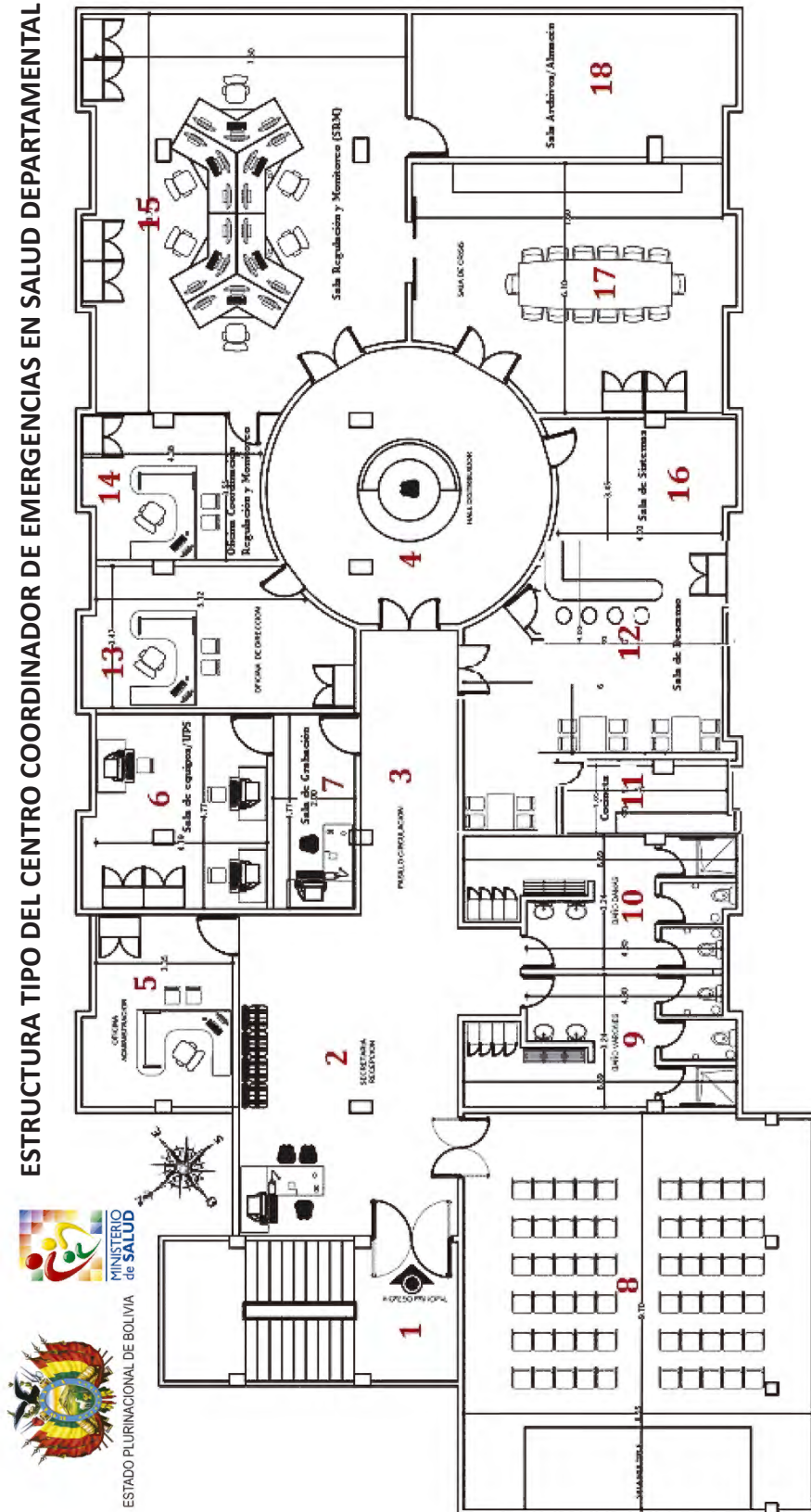


## BIBLIOGRAFÍA

- Constitución Política del Estado, del 7 de febrero 2009.
- Decreto Supremo N° 29272, del 12 de septiembre 2007, Plan Nacional de Desarrollo.
- Decreto Supremo N° 29894, del 7 de febrero 2009, Organización del Órgano Ejecutivo.
- Decreto Supremo N° 1893, del 12 de febrero de 2014, Reglamenta la ley N° 223.
- Ley N° 223, del 2 de marzo 2012, Ley general para personas con discapacidad.
- Ley N° 031, del 19 de julio 2010, Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Bólvarez”.
- 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° 264, del 31 de julio 2012, Sistema Nacional de Seguridad Ciudadana “Para una vida segura”.
- Ley N° 449, del 4 de diciembre de 2013, Ley de Bomberos.
- 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° 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° 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°1984, del 30 de abril del 2014, Reglamento de la ley N°475.
- Resolución Ministerial N° 0737, del 21 de abril de 2009, Reglamento de la SAFCI.
- 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 Contrareferencia, Caracterización de establecimientos de Primer nivel y Caracterización de Hospitales de Segundo Nivel.
- Ley N° 3131, del 8 de agosto 2005, del Ejercicio Profesional Médico.
- Ley N° 1737, del 17 de diciembre de 1996, Ley del Medicamento.
- Ley N° 475, del 30 de diciembre de 2013, Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado plurinacional de Bolivia.
- Ley N° 602, del 14 de noviembre del 2014, De gestión de riesgos.
- Norma Nacional Caracterización de Establecimientos de Primer Nivel de Atención RM N° 039 del 30 de enero de 2013.
- Rodríguez T, Cruz A. Manual de procedimientos. Departamento Administrativo Distrital de Salud-DADIS. Cartagena de indias, d. T. Y c. Marzo de 2013.
- Almoyna M. La communication et ses contraintes lors de l'appel téléphonique à l'Aide Médicale Urgente. Revue des SAMU; 7-5: p 175-180,1984.
- Almoyna M. Transmitting accurate information within emergency medical transportation systems. in HACKEL A. (Ed.) Critical care transport 5th.
- Conference Book. Palo Alto. ; p 232-238, 1984.
- Almoyna M. García O. Análisis del funcionamiento de las comunicaciones de la ayuda médica de urgencia. urgencias (Madrid). ; 131: p 318-328, 1986.
- Recommandations de la SFAR concernant les transferts interhospitaliers médicalisés, décembre 1992.
- Hermoso F, Aguilar J, Procedimientos en Medicina de Emergencias. España 2010.

# Anexo 1

## CARACTERÍSTICAS DE LA INFRAESTRUCTURA DEL CCES-D: PROTOTIPO



## Anexo 2

### DETALLE DE LAS CARACTERÍSTICAS DE INFRAESTRUCTURA

El CCES-D debe tener un área de al menos 500 m<sup>2</sup>, que podrán estar distribuidos en ambientes detallados a continuación:

#### AREA ADMINISTRATIVA:

- **Oficina de Dirección**

Esta oficina está destinada al Médico Director del CCES-D, estará comunicada virtualmente con la sala de coordinación y que contará al igual que esta sala con los equipos y logística pertinentes.

- **Oficina Administración**

Ambiente establecido para el (la) responsable de administración, cuyas tareas específicas, serán la gestión de todos los procesos administrativo-financieros del CCES-D.

- **Oficina de Sistemas y Comunicaciones**

Es aquel ambiente donde se ubicara la unidad de procesamiento de datos y gestión de las comunicaciones con la vigilancia de todos los mecanismos de seguridad correspondientes, donde además se verificará el normal funcionamiento y mantenimiento preventivo de todos los equipos asignados al CCES-D.

- **Sala de equipos/UPS**

Esta sala estará directamente vinculada a la sala de sistemas y comunicaciones. En la misma estarán instaladas la mayoría de los equipos relacionados al:

- Sistema informático: ordenadores portátiles, impresoras, etc.
- Sistema de radio: emisoras y repetidores Tetra, UHF, banda aérea, etc.
- Sistema de comunicación telefónica: centralita, fax, GSM, satélite de voz y datos, etc.
- Sistema audiovisual: pantallas LCD, DVD, TDT, etc.

- **Sala grabación**

Es un ambiente destinado a la grabación de las llamadas que se reciban en el CCES-D, contará con un servidor específico para este fin y con seguridad de acceso solo a personal autorizado.

- **Sala Archivos/Almacén**

Sala destinada a los archivos en físico que sean generados por el equipo de trabajo de todas las dependencias del CCES-D, eventualmente se almacenará equipamiento básico necesario para el funcionamiento técnico-administrativo de este centro.

- **Secretaría/Recepción**

Ambiente ubicado al inicio del ingreso al CCES-D, en él se ubicarán el área de recepción de visitas al centro, En el mismo espacio, se instalará un buró con una asistente que tendrá una función dual (repcionista y secretaria de administración).

- **Sala de distribución**

Este es un ambiente cuya finalidad es separar el ambiente técnico del administrativo, además de establecer una línea de distribución de ingresos a varios ambientes de la parte técnica del CCES-D.

**AREA DE OPERACIONES:**

- **Oficina del Médico Coordinador de Urgencias y Emergencias y Monitoreo**

Esta oficina está destinada al Coordinador Médico de Urgencias y Emergencias, coordinador de turno, es un ambiente climatizado separado de la sala de coordinación y monitoreo, solo por una pared de vidrio que permita el aislamiento acústico indispensable para ambos ambientes. Debe estar dispuesto de manera que el funcionario pueda controlar el trabajo de la sala contigua mencionada, consultar mapas, monitores y con acceso inmediato a la documentación necesaria para la respuesta del CCES-D.

- **Sala de Coordinación y Monitoreo, SCM**

Contigua al ambiente anterior separado por un panel de vidrio, es un ambiente climatizado dividido en varias estaciones de trabajo con tabiques de vidrio, permitiendo la conexión visual entre los puestos de trabajo, pero asegurando el aislamiento acústico indispensable. Cada estación estará comunicada con un servidor central, con acceso a una centralita telefónica, con pantallas y programas informáticos que permitan acceso a la comunicación y grabación con teléfonos y radios, guías de coordinación, identificación de pacientes y base de datos y con la posibilidad de ser ampliable.

- **Sala de Crisis**

Una sala de crisis o de situación es un espacio físico para el análisis y difusión de la información a fin de facilitar la coordinación y la toma de decisiones. Los datos recolectados en la sala de situación son la fuente para los reportes, por lo que es importante la representación de todos los sectores de trabajo dentro de la sala.

- **Sala Múltiple/Video conferencia**

Es una sala multifuncional, cuya función básica es ser un centro de capacitación del personal del CCES-D, ambiente de eventos, sala para conferencias de prensa, reuniones ejecutivas de teleconferencias interdepartamental y a nivel nacional.

**ÁREA DE PERSONAL:**

- Sala de descanso (Número 12, estructura tipo)
- Dedicada al personal del CCES-D en las guardias programadas.
- Baño mujeres y varones (Números 9 y 10, estructura tipo)

- Ambientes esenciales en toda repartición pública, en este caso de uso exclusivo del personal del CCES-D, podría estar separado o como parte contigua de la sala de descanso del personal del servicio.
- Cocineta (Número 11, estructura tipo)
- Adjunto a la sala de descanso, contará con equipos de cocina esenciales.

Complementariamente se debe tener un área para estacionamiento exclusivo de al menos 20 m<sup>2</sup> para 2 ambulancias que presten servicios de atención de urgencias, emergencias, catástrofes o desastres en salud.

## Anexo 3

### FORMATO DE LA FICHA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

REPORTE INICIAL DE EVENTOS ADVERSOS – CENTRO COORDINADOR DE EMERGENCIAS DE SALUD							
FECHA DE OCURRENCIA:		HORA DE OCURRENCIA:			<input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.		TIPO DE EVENTO*:
LUGAR DE OCURRENCIA	DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		SITIO		
DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL EVENTO							
HERIDOS		FALLECIDOS		AFECTADOS		INFORMACIÓN DE PERSONAS AFECTADAS O VÍCTIMAS	
ADULTOS	MENORES	ADULTOS	MENORES	ADULTOS	MENORES		
DAÑOS MATERIALES (Infraestructura, líneas vitales, recursos):							
ACCIONES DE RESPUESTA INMEDIATA DESARROLLADAS							
FUENTE DEL REPORTE:	NOMBRE COMPLETO		CARGO Y PROFESION		ENTIDAD	TELÉFONOS DE CONTACTO	
MEDIO DE REPORTE:			INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA FUENTE DEL REPORTE:				
<p>* <b>Tipos de Eventos Adversos:</b> 1→Accidente de Tránsito; 2→Intoxicaciones; 3→Patología aguda o crónica; 4→Enfrentamientos; 5→Emergencias Obstétricas y neonatales; 6→Enfrentamientos Armados- convulsión social; 7→Enfermedad de Reporte Obligatorio e Inmediato, otros.</p>							

## INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA FICHA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

**FECHA DE OCURRENCIA:** Anotar la fecha de la ocurrencia del evento adverso.

**HORA DE OCURRENCIA:** Anotar de manera numeral la hora de ocurrencia del evento adverso y marcar con una X en la casilla que corresponda, si fue antes o después del medio día.

**LUGAR DE OCURRENCIA:** Anotar en la casilla que corresponda el departamento, municipio y sitio, en este último punto, especificando la mas posible la dirección donde se presentó el evento adverso (Zona, Calle, Comunidad, etc.)

**TIPO DE EVENTO:** Este punto muestra un asterisco (\*), en el ultimo cuadrante inferior se muestra una lista de eventos adversos a tomarse en cuenta para el llenado de la presente casilla.

**DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL EVENTO:** Llenar de manera concreta, concisa y resumida en base a los datos proporcionados por la fuente de reporte, la ocurrencia del evento adverso, describiendo las probables antecedentes, causas, efectos, dignificados, acciones realizadas y solicitudes inmediatas.

**HERIDOS:** Anotar de manera numeral la cantidad de heridos en el evento adverso tomando en cuenta la edad de los mismos, para llenar la casilla de adultos (de 18 años o mas), para llenar la casilla de menores ( menos de 18 años).

**FALLECIDOS:** Anotar de manera numeral la cantidad de fallecidos en el evento adverso tomando en cuenta la edad de los mismos, para llenar la casilla de adultos (de 18 años o mas), para llenar la casilla de menores (menos de 18 años).

**AFECTADOS:** Anotar de manera numeral la cantidad de afectados en el evento adverso tomando en cuenta la edad de los mismos, para llenar la casilla de adultos (de 18 años o mas), para llenar la casilla de menores ( menos de 18 años).

**INFORMACIÓN DE PERSONAS AFECTADAS O VÍCTIMAS:** Anotar la cantidad de mujeres y hombres. Anotar casos particulares como ser pacientes embarazadas, pacientes de la tercera edad, diagnostico presuntivo y otros si el caso lo amerita.

**DAÑOS MATERIALES:** Anotar daños relevantes en relación a la infraestructura si el evento adverso fuera dentro del mismo, anotar vías de acceso (camino, calles, avenidas, aeropuertos, fluviales, u otros), anotar si han sido dañados servicios básicos (luz, agua, alcantarillado u otros de relevancia), anotar si existen medios de comunicación (teléfono, celular, radio, Handy u otros)

**ACCIONES DE RESPUESTA INMEDIATA DESARROLLADAS:** Llenar de manera concreta, concisa y resumida en base a los datos proporcionados por la fuente de reporte, las acciones realizadas en respuesta inmediata al evento.

**FUENTE DEL REPORTE:** Anotar en la casilla que corresponda, nombre completo, cargo y/o profesión, entidad donde trabaja o representa y numero de contacto de la fuente de reporte.

**MEDIO DE REPORTE:** Anotar si se hizo el reporte por vía telefónica fija, vía telefónica móvil, por radio, Handy, por vía escrita u otro medio.

**INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA FUENTE DEL REPORTE:** Anotar el correo electrónico de la fuente de reporte, números telefónicos fijos y celular del mismo, así como algunas capacidades que el mismo tenga de manera adicional (Rescatista, medico, enfermero, bombero, u otro) que pueda ayudar en el caso de que en algún momento se deba coordinar acciones con la fuente de reporte.



## Anexo Editorial

### ANEXO

#### REVISIÓN TÉCNICA

Sr. Orlando Veneros	Programa Técnico Operativo en Infraestructura y Equipamiento Médico
Sra. Cathetine Hube	Programa Técnico Operativo en Infraestructura y Equipamiento Médico
Sr. Miguel Aldana F.	Programa Técnico Operativo en Infraestructura y Equipamiento Médico
Dr. Franz Colque T.	Programa Nacional de Control y Atención de Desastres
Dr. Ramiro Asturizaga	Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad
Dra. Cecilia Delgadillo	Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad
Dra. Jannett Quenta	Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad
Dr. Efraín Monje H.	Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad
Sgto. 2do Daniel Callisaya Mamani	Bomberos de la Policía Boliviana
Dr. Ricardo Flores	SAR – FAB Illimani
Dr. Edgar Apaza Poma	SAR – FAB Illimani
Dra. Ericka Lijerón A.	SISME – Santa Cruz
Sr. Gustavo Saire Tito	SEMA – La Paz
Dr. Marco Arteaga	SEMA – La Paz
Sr. Julio Larrea M.	Policía Boliviana
Sgto. 1ro. Lidia Mamani	FELCC
Sr. Roy López S.	Dir. Dptal. La Paz De Transito
Sr. Saúl Bustillo S.	Policía Boliviana Radio Patrullas 110
Sr. Hassel Ariñez	Policía Boliviana Radio Patrullas 110
Dr. Imber Flores Gonzáles	SEDES Tarija
Dra. Claudia Montenegro	SEDES Tarija
Dra. Virginia Cazón Tapia	SEDES Tarija
Dr. Carlos Reyes A.	SEDES Beni
Dr. Boris Claure I.	SEDES Beni
Dra. Sandra Shimokawa Natali	SEDES Pando
Dr. Ronald Ali Gutiérrez	SEDES Pando
Dr. Gary Barrios García	SEDES Potosí
Dr. Eloy Tirado	SEDES Potosí
Dr. Ronald Sarabia Rojas	SEDES Cochabamba
Dr. Juan Ayzama López	SEDES Cochabamba
Dr. Rómulo Huanuco Cacharani	SEDES Chuquisaca
Dr. Ronald Pérez Aquino	SEDES Chuquisaca
Dr. Roberto Amusquivar	SEDES Oruro
Dr. Luis Gutiérrez Valda	SEDES Oruro
Dr. Nelson Quispe Ilaquita	SEDES La Paz

## COOPERACIÓN TÉCNICA

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

## VALIDACIÓN NACIONAL

Dra. Dolores Mayta Mayta	SEDES La Paz
Dr. Nelson Quispe Ilaquita	SEDES La Paz
Dr. Jesus Ignacio Choqueticlla	SEDES Oruro
Dr. Luis Gonzalo Gutiérrez Valda	SEDES Oruro
Dr. Gary Aldo Barrios García	SEDES Potosí
Dr. Eloy Eleuterio Tirado	SEDES Potosí
Dr. Imber Giovanni Flores Gonzales	SEDES Tarija
Dra. María Virginia Cazón Tapia	SEDES Tarija
Dr. Rómulo Huanuco Cacharani	SEDES Chuquisaca
Dra. Liz Ivonne García Mendoza	SEDES Cochabamba
Dra. Abigail Valeria Camacho Aliaga	SEDES Cochabamba
Lic. Sandra Shimokawa Natali	SRDES Pando
Dr. Ronald Ali Gutierrez	SEDES Pando
Dr. Marco Gutierrez	SEDES Beni
Dr. Erick Cirilo Vallejos Sandoval	SEDES Beni
Dr. Víctor Hugo Añez Castro	SEDES Santa Cruz
Dr. Rubén Gonzales Zenteno	Cruz Roja Boliviana
Cap. Rubén Omar Sosa Figueredo	Bomberos de la Policía Boliviana
Sgto. 2do Daniel Callisaya Mamani	Bomberos de la Policía Boliviana
Cnl. Fernando Torrico Calderon	Dirección Departamental de Transito – La Paz
Cap. Cristian Duk Escobar	Dirección Departamental de Transito – La Paz
Sof. 2do. Víctor Tinta Chuyma	FELCC
Sgto. 2do. Alejo Nolberto Acarapi Colque	FELCC
Tcnl. Jhonny Reynaldo Vega Gareca	FELCV
Sof. 2do. Enrique Diego Calli Amaru	FELCV
Cnl. Desp. Alfredo Jesús Araoz López	Radio Patrullas 110
My. Boris Isaac Pimentel Velasco	Radio Patrullas 110
Dr. Ronald Miranda Apaza	SUMA – El Alto
Dr. Jorge Luis Alcon Pérez	SUMA – El Alto
Dr. Samuel Lorenz Quenallata Ávila	SEMA – La Paz
Dr. Boris Mauricio Chavez Bello	SEMA – La Paz
Dr. Walter Solíz Villarroel	SISME – Santa Cruz
Dr. Hugo Vargas Cruz	SISME – Santa Cruz
Sof. José Antonio Sanabria Cervantes	FAB – GAC 72
Ttte. Av. Sergio Ronald Casas Menacho	FAB – GAC 72
Tcnl. Dema Marcelo Cervantes Torrez	FAB – GAC 31

Ttte. Av. Sergio Ronald Casas Menacho	FAB – GAC 72
Tcni. Dema Marcelo Cervantes Torrez	FAB – GAC 31
Ttte. Av. Jorge Flores Claire	FAB – GAC 31
Dra. María Julia Carrasco Gil	INASES
Dra. Carla Parada Barra	Viceministerio de Salud y Promoción
Dr. Efraín Monje Arteaga	Unidad de Redes de Servicios en Salud y Calidad
Dra. Yolanda Jannett Quenta Roselio	Unidad de Redes de Servicios en Salud y Calidad
Dr. Oscar Velásquez Encinas	Unidad de Redes de Servicios en Salud y Calidad
Dra. María Cecilia Delgadillo Arcienega	Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad
Dra. Jhovana Huanca Quispe	Centro Nacional Enlace
Dr. Jimmy Wilson Zurita Ponce	Programa Nacional SAFCI
Dr. Jorge Rodrigo Codero Guzmán	Programa Nacional de Catástrofes y Desastres
Dra. Diana Noya Pérez	Dirección de Seguros Públicos
Ing. Juan Gerardo Choquecallata Mamani	PTOIEM
Ing. Julieta Nancy Torrez Flores	PTOIEM
Sr. Sergio Javier Rodrigo Paccieri Guachalla	PTOIEM

