



ESTADO PLURINACIONAL DE  
**BOLIVIA**

MINISTERIO DE  
SALUD Y DEPORTES

# **NORMA NACIONAL DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD**

PUBLICACIÓN  
**546**

Serie: Documentos Técnico Normativos

La Paz - Bolivia  
2024





ESTADO PLURINACIONAL DE  
**BOLIVIA**

MINISTERIO DE  
SALUD Y DEPORTES

# **NORMA NACIONAL DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD**

PUBLICACIÓN  
**546**

**Serie: Documentos Técnico Normativos**

**La Paz - Bolivia  
2024**

R-BO Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Redes de Servicios de Salud.  
WA546 Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad. Área de Redes.  
M665n Norma Nacional de Redes Integradas de Servicios de Salud./Ministerio de Salud y Deportes.  
No. 546 Ermelinda Laime Rocha; Marlene Calle Choque. Coaut. La Paz: Industrias Gráficas Platinum,  
2024.

68p.: illus. (Serie: Documentos Técnico Normativos No. 546)

Depósito legal: 4-1-134-2024 P.O.

- I. INTEGRACIÓN DE SISTEMAS
- II. SISTEMAS NACIONALES DE SALUD
- III. SEGURIDAD SOCIAL<sup>^</sup>sorganización & administración
- IV. POLÍTICA DE SALUD PÚBLICA
- V. ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN<sup>^</sup>snormas
- VI. PARTICIPACIÓN EN LAS DECISIONES<sup>^</sup>snormas
- VII. RECTORÍA Y GOBERNANZA DEL SECTOR DE SALUD
- VIII. ASISTENCIA SANITARIA CULTURALMENTE COMPETENTE
- IX. FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD
- X. BOLIVIA
1. t.
2. Serie
3. Laime Rocha, Ermelinda; Calle Choque, Marlene. Coaut.

### **“NORMA NACIONAL DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD”**

Área Redes -Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad, Dirección General de Redes de Servicios de Salud,  
7mo Piso edificio Torre Azul, avenida 20 de Octubre N° 2665 esquina Calle Campos, [www.minsalud.gob.bo](http://www.minsalud.gob.bo)

RM: N° 0277 del 20 de junio de 2024

Depósito Legal: 4-1-134-2024 P.O.

**Elaboración:** Dra. Ermelinda Laime Rocha – Profesional Técnico/ARED/ URSSyC/DGRSS

Dra. Marlene Calle Choque – Profesional Técnico/ARED/ URSSyC/DGRSS

**Revisión:** Dr. Ronald Nelson Machaca Zárate – Jefe/URSSyC/DGRSS

**Revisión Final:** Dr. Yecid Ramiro Humacayo Morales - Director/DGRSS

### **Revisión Técnica (Anexo editorial)**

Validación externa (Anexo editorial)

Apoyo técnico (Anexo editorial)

El presente documento contó con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud y el apoyo financiero de la iniciativa para el acceso y la cobertura universal de salud, financiada por la Organización Mundial de la Salud y el Gobierno de Canadá.

### **Comité Técnico de Revisión de Publicaciones – CTRP/DGPPS Comité de Identidad Institucional y Publicaciones – CIIP/VGSS**

- |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| - Dra. Mariana Camila Ramírez Lopez | - Dr. Juan Marcos Rodriguez Morales |
| - Dra. Sdenka Mauri Fernández       | - Dr. Reynaldo Aguilar Álvarez      |
| - Dra. Claudia Reas Mayta           | - Dra. Tania Huanca Uluri           |
| - Tec. Rodrigo Omar Chipana Cortéz  | - Tec. Marcelo Martinez Quisbert    |

La Paz, Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad - Dirección General de Redes de Servicios de Salud - Comité de Identidad Institucional y Publicaciones, Viceministerio de Gestión del Sistema de Salud – Ministerio de Salud y Deportes– 2024

© Ministerio de Salud y Deportes – 2024

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud y Deportes 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  
Y DEPORTES**

**AUTORIDADES NACIONALES**

María Renée Castro Cusicanqui  
**MINISTRA DE SALUD y DEPORTES**

Dr. Max Francisco Enríquez Nava  
**VICEMINISTRO DE PROMOCIÓN, VIGILANCIA  
EPIDEMIOLÓGICA Y MEDICINA TRADICIONAL**

Dra. Mariana Camila Ramirez López  
**VICEMINISTRA DE GESTIÓN  
DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD a.i.**

Soraya Karen Palenque Gutierrez  
**VICEMINISTRA DE DEPORTES a.i.**

Dr. Yecid Ramiro Humacayo Morales  
**DIRECTOR GENERAL DE REDES  
DE SERVICIOS DE SALUD**



## PRESENTACIÓN

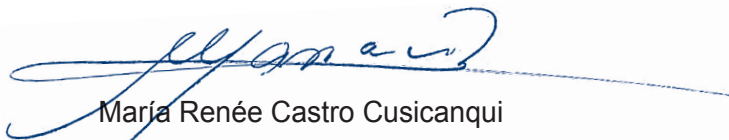
El Ministerio de Salud y Deportes en cumplimiento de la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia y en el marco de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), está desarrollando diversas estrategias para fortalecer el Sistema Único de Salud (SUS) y garantizar el acceso universal, equitativo, oportuno y gratuito a la atención integral en salud de la población boliviana.

La importancia de las redes integradas de servicios de salud radica en garantizar que las personas reciban atención plena y continua. Esto ayuda a unificar el Sistema Nacional de Salud, evitando la fragmentación y permitiendo que los diferentes niveles de gestión y atención, entre otros involucrados, trabajen y tomen decisiones conjuntas.

En este contexto, el Ministerio de Salud y Deportes como ente rector del sector salud, a través de la Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad, presenta la Norma Nacional de Redes Integradas de Servicios de Salud. Esta norma establece los procedimientos para una óptima distribución de las redes integradas de servicios de salud que aborda: Organización y Gestión Participativa, Gobernanza y Alianzas Estratégicas, Atención Integral Intercultural, y Recursos Financieros para la Red.

De esta manera, se busca brindar atención en salud integral, intercultural, oportuna, continua e ininterrumpida a toda la población en los tres subsectores, contribuyendo así a la reducción de los índices de morbilidad y mortalidad, en concordancia con las directrices de la Agenda Patriótica 2025 y en el Plan de Desarrollo Económico y Social 2021-2025.

Por tanto, es responsabilidad de todos los actores involucrados en las redes integradas de servicios de salud la pronta difusión y aplicación de esta norma para el beneficio de la salud de las bolivianas y de los bolivianos.



María Renée Castro Cusicanqui

**MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES**



20 JUN 2024

## VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que, el Parágrafo I del Artículo 35 de la Constitución Política del Estado, dispone que, 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 del Texto Constitucional, determina que, 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 1 del Parágrafo I del Artículo 81 de la Ley Nº 031, de 19 de julio de 2010, Marco de Autonomías de Descentralización "Andrés Babiñez", prevé dentro las competencias asignadas al nivel central del Estado elaborar la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionados con la salud.

Que, el Parágrafo I del Artículo 7 de la Ley Nº 475, de 30 de diciembre de 2013, modificado por la Ley Nº 1069 y modificado por el Parágrafo VII del Artículo 2 de la Ley Nº 1152, de 20 de febrero de 2019, Hacia el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito, establece que el acceso de la población a la atención en salud, se realizará a través de las siguientes vías: a) Los pacientes deberán acceder obligatoriamente a través de los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención del subsistema público y los equipos móviles, con preferencia mediante el establecimiento al que se encuentra adscrito; b) El acceso al Segundo Nivel de Atención será exclusivamente mediante referencia del Primer Nivel de Atención; c) El acceso al Tercer Nivel de Atención, será exclusivamente mediante referencia del Segundo o Primer Nivel de Atención; d) El acceso a los establecimientos de Cuarto Nivel de Atención, solo se realizará por referencia de los establecimientos de Tercer Nivel de Salud (...)"

Que, el Artículo 3 del Código de Salud aprobado por Decreto Ley Nº 15629, de 18 de julio de 1978, preceptúa que Corresponde al Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública (actualmente Ministerio de Salud y Deportes), 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 y privadas sin excepción alguna.

Que, el Artículo 5 del Decreto Supremo Nº 29601, de 11 de junio de 2008, señala que el modelo de atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio.

Que, el inciso c) del Artículo 2 del Decreto Supremo Nº 1984, de 30 de abril de 2014, que reglamenta la Ley Nº 475, de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, establece que la red funcional 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 contrareferencia complementados con la medicina tradicional ancestral boliviana y la estructura social en salud.

Que, el inciso w) del Parágrafo I del Artículo 14 del Decreto Supremo Nº 4857, de 06 de enero de 2023, señala como atribución de las Ministras y los Ministros del Órgano Ejecutivo, emitir Resoluciones Ministeriales, así como bi-ministeriales y multiministeriales en coordinación con las Ministras (os) que correspondan, en el marco de sus competencias.

Que, mediante Acta de Reunión del Comité de Coordinación Técnica (COCOTEC), de 30 de noviembre de 2023, se valida el documento técnico normativo: "Norma Nacional de Redes Integradas de Servicios de Salud".

Que, a través del Acta de Comité de Identidad Institucional y Publicaciones, de 26 de abril de 2024, se da la aprobación al documento técnico normativo: "Norma Nacional de Redes Integradas de Servicios de Salud", asignando el número de publicación Nº 546, dentro la serie Documentos Técnico Normativo.



Que, por Informe Técnico MSyD/VGSS/DGRSS/URSSyC/ARED/IT/66/2023, de 7 de mayo de 2024, la Dirección General de Redes de Servicios de Salud, concluye manifestando que el documento técnico normativo "Norma Nacional de Redes Integradas de Servicios de Salud" cuenta con la validación del Comité de Coordinación Técnica y aprobación del Comité de Identidad Institucional y Publicaciones asignándole el número de publicación N° 546; por lo que, otorgan viabilidad técnica al mismo, requiriendo la emisión de la Resolución Ministerial para su respectiva publicación.

Que, el Informe Legal MSyD/DGAJ/UAJ/IL/524/2024, de 14 de junio de 2024, concluye manifestando que el documento técnico normativo: "Norma Nacional de Redes Integradas de Servicios de Salud", no contraviene a las normas jurídicas vigentes y es procedente la emisión de la Resolución Ministerial, que apruebe el mismo, en estricto cumplimiento a lo dispuesto en los incisos b), e) y f) del Artículo 84 del Decreto Supremo N° 4857, de 6 de enero de 2023.

**POR TANTO:**

**LA MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES**, en uso de las atribuciones que le confiere el Decreto Supremo N° 4857 de 06 de enero de 2023, Organización del Órgano Ejecutivo.

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR** el documento técnico normativo: "**NORMA NACIONAL DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD**", asignado con el N° 546, que en Anexo forma parte integrante e indisoluble de la presente Resolución Ministerial.

**ARTÍCULO SEGUNDO.- AUTORIZAR** a la Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad dependiente de la Dirección General de Redes de Servicios de Salud, la impresión del mencionado documento, debiendo depositarse un ejemplar en Archivo Central del Ministerio de Salud y Deportes.

**ARTÍCULO TERCERO.-** La presente Resolución deberá ser publicada en la Página Web Institucional, <http://www.minsalud.gob.bo>.

**ARTÍCULO CUARTO.-** El Viceministerio de Gestión del Sistema Nacional de Salud, a través de la Dirección General de Redes de Servicios de Salud, queda encargado de la ejecución y difusión del mencionado documento.

Regístrese, comuníquese y archívese.

*Abg. Marck M. Salazar Balderrama*  
DIRECTOR GENERAL DE  
ASUNTOS JURÍDICOS/  
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

*Dra. Mariana Camila Román López*  
VICEMINISTRA DE GESTIÓN DEL  
SISTEMA NACIONAL DE SALUD a.i.  
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

*Maria Elena Castro Luján*  
MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES  
Estado Plurinacional de Bolivia



## INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia está constituido por el Subsector Público, el Subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo y el Subsector Privado. Uno de los principales problemas que tiene el Sistema Nacional de Salud es la fragmentación, caracterizada por la falta de articulación entre los subsectores y los distintos niveles de atención e instancias de gestión.

En el ámbito de las Redes de Servicios de Salud, la fragmentación se evidencia por la poca coordinación y toma de decisiones de forma conjunta entre los niveles de gestión y de atención. Asimismo, la atención sigue centrada en la curación de enfermedades, con disminución de las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, incrementando la demanda de atención en los establecimientos de salud, lo que conlleva a la saturación de los servicios, sobre todo en los segundos y terceros niveles de atención, generando inequidades en el acceso a los servicios de salud para la población más vulnerable.

Es imperativo corregir la fragmentación en las Redes de Servicios de Salud para garantizar la continuidad de la atención integral y oportuna a las personas, sus familias y la comunidad. En este sentido, el Ministerio de Salud y Deportes, como ente rector, establece el marco normativo y responsabilidades para la integración de los servicios de salud y articulación entre el Subsector Público, la Seguridad Social de Corto Plazo y las Instituciones de Salud Privadas.

A partir de ello, se debe fortalecer una instancia que efectivice la aplicación operativa de la Política SAFCI, articule las políticas y estrategias nacionales, los elementos técnico-políticos definidos en el nivel departamental, municipal y las necesidades de salud definidas por la población en el ámbito local; esa instancia articuladora e integradora es la Red Integrada de Servicios de Salud.

En este contexto, se plantea la presente Norma para efectivizar la funcionalidad de las Redes Integradas de Servicios de Salud y garantizar la provisión de servicios de salud integrales, continuos y oportunos a la persona, la familia y la comunidad en los tres subsectores del Sistema Nacional de Salud, con participación activa de las instancias de gestión y atención en salud y otros actores involucrados.

La Norma Nacional de Redes Integradas de Servicios de Salud se estructura bajo cuatro ámbitos de abordaje a) Organización y gestión participativa, b) Gobernanza y alianzas estratégicas, c) Atención integral intercultural en salud, y d) Recursos Financieros para la Red; este documento normativo tiene la finalidad de reducir la fragmentación de los servicios de salud y mejorar el acceso de la población a los servicios de salud, para dar una mejor respuesta a las necesidades y expectativas de la población.



## SIGLAS

APS	Atención Primaria de Salud
ASUSS	Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo
ETA	Entidad Territorial Autónoma
GAM	Gobierno Autónomo Municipal
GAD	Gobierno Autónomo Departamental
GAR	Gobierno Autónomo Regional
GAIOC	Gobierno Autónomo originario Campesino
IMGLS	Instancia Máxima de Gestión Local en Salud
MSyD	Ministerio de Salud y Deportes
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDES	Plan de Desarrollo Económico y Social
PEI	Plan Estratégico Institucional
PGDES	Plan General de Desarrollo Económico y Social
PNTLS	Programa Nacional de Telesalud
POA	Plan Operativo Anual
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SNIS-VE	Sistema Nacional de Información en Salud - Vigilancia Epidemiológica
SSCP	Seguridad Social de Corto Plazo
SUS	Sistema Único de Salud



## CONTENIDO

<b>CAPÍTULO 1. CONSIDERACIONES GENERALES</b> .....	17
1.1. Antecedentes .....	17
1.2. Objetivos.....	19
Objetivo General.....	19
Objetivos Específicos .....	19
1.3. Ámbito de aplicación .....	19
1.4. Marco Legal.....	19
1.5. Alineación Estratégica .....	21
1.5.1. Política Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI.....	21
1.5.2. Sistema Único de Salud .....	22
1.5.3. Contribución a la Planificación en Salud .....	23
1.6. Seguridad Social de Corto Plazo.....	24
1.7. Subsector Privado .....	24
1.8. Medicina Tradicional Ancestral Boliviana .....	25
<b>CAPÍTULO 2. ASPECTOS FUNDAMENTALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD</b> .....	26
2.1. Redes Integradas de Servicios de Salud, en el marco de la Política SAFCI .....	26
2.2. Ámbitos de abordaje para la funcionalidad de las Redes Integradas de Servicios de Salud ....	27
a) Organización y gestión participativa en salud.....	28
b) Gobernanza y alianzas estratégicas .....	28
c) Atención Integral Intercultural en Salud .....	29
d) Recursos financieros.....	29
<b>CAPÍTULO 3. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN PARTICIPATIVA EN SALUD DE LA RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD</b> .....	30
3.1. Responsabilidad de la Red Integrada de Servicios de Salud .....	30
3.2. Delimitación territorial de la Red .....	31
3.3. Criterios para la conformación de la Red.....	31
3.4. Equipo de Coordinación Técnica de la Red.....	31
3.5. Funciones del Equipo de Coordinación Técnica de la Red .....	32
3.6. Planificación de Salud de la Red Integrada de Servicios de Salud.....	34
3.7. Gestión Basada en Resultados en la Red Integrada de Servicios de Salud .....	35
3.8. Gestión del Talento Humano de la Red Integrada de Servicios de Salud.....	36
3.9. Gestión de Infraestructura y Equipamiento para Establecimientos de Salud de la Red Integrada de Servicios de Salud .....	37
3.10. Gestión y Organización del Sistema de Información en Salud de la Red Integrada de Servicios de Salud .....	37
3.11. Monitoreo, Supervisión y Evaluación de la Red Integrada de Servicios de Salud .....	38

<b>CAPÍTULO 4. GOBERNANZA Y ALIANZAS ESTRATÉGICAS DE LA RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD</b> .....	39
4.1. Estructura de Gobernanza de la Red Integrada de Servicios de Salud .....	39
4.2. Instancias de Coordinación para la funcionalidad de la Red Integrada de Servicios Salud .....	40
4.3. Participación y Control Social en la Red Integrada de Servicios de Salud .....	40
4.4. Abordaje Intersectorial de la Determinación Social de Salud en la Red Integrada de Servicios de Salud .....	40
<b>CAPÍTULO 5. ATENCIÓN INTEGRAL INTERCULTURAL EN SALUD EN LA RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD</b> .....	41
5.1. Atención centrada en la persona, la familia y la comunidad .....	41
5.2. Integralidad de los servicios en la Red Integrada de Servicios de Salud .....	41
5.3. Niveles de Atención y Servicios de Salud .....	42
5.4. Servicios en el Primer Nivel de Atención en la Red Integrada de Servicios de Salud .....	43
5.5. Servicios Especializados de Mayor Complejidad de Atención en la Red Integrada de Servicios de Salud .....	43
5.6. Cartera de Servicios de la Red Integrada de Servicios de Salud .....	44
5.7. Mecanismos de Coordinación Integral, Referencia, Transferencia y Contrareferencia. ....	44
<b>CAPÍTULO 6. RECURSOS FINANCIEROS PARA LA RED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD</b> .....	47
6.1. Asignación de recursos para el funcionamiento del Equipo de Coordinación Técnica de la Red Integrada de Servicios de Salud .....	47
6.2. Rendición de cuentas .....	47
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	48
<b>ANEXO 1. PERFIL Y FUNCIONES DEL EQUIPO DE COORDINACIÓN TÉCNICA DE LA RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD</b> .....	49
<b>ANEXO 2. ORGANIGRAMA DEL EQUIPO DE COORDINACIÓN DE LA RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD</b> .....	57
<b>ANEXO 3. ETAPAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD</b> .....	58
<b>ANEXO 4. CONTENIDO MINIMO PLAN DE TRABAJO EN SALUD DE LA RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD</b> .....	61
<b>ANEXO EDITORIAL</b> .....	62

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: ESTRUCTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, BOLIVIA .....	17
FIGURA 2: NIVELES DE ATENCIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD .....	18
FIGURA 3: RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD .....	27
FIGURA 4: ÁMBITOS DE ABORDAJE PARA LA IMPLEMENTACIÓN .....	27

# CAPÍTULO 1

## CONSIDERACIONES GENERALES

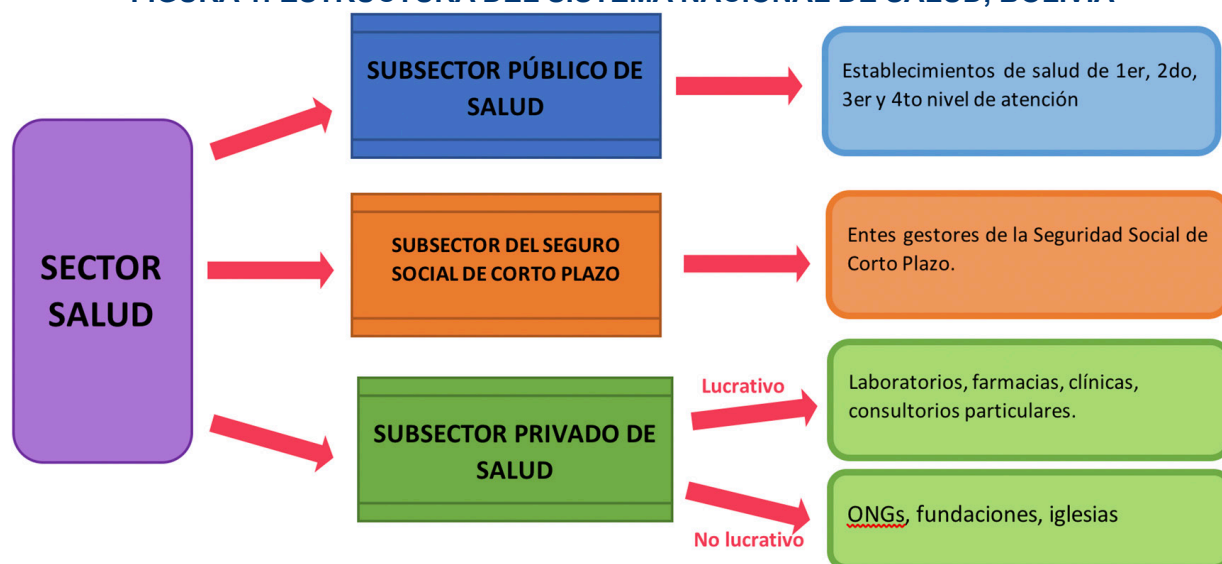
### 1.1. Antecedentes

El Ministerio de Salud y Deportes como ente rector del sector salud, tiene la tuición de normar la gestión de los servicios y formular estrategias, políticas, planes y programas para el Sistema Nacional de Salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un Sistema Nacional de Salud (SNS) incluye la rectoría; el financiamiento y aseguramiento; y la provisión de servicios de salud como parte de sus funciones y cada país define la estructura institucional mediante la cual las organiza e implementa (1).

El Sistema Nacional de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia se encuentra constituido por el Subsector Público, el Subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo y el Subsector Privado.

**FIGURA 1: ESTRUCTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, BOLIVIA**



Fuente: Dirección General de Planificación, Ministerio de Salud y Deportes, PSDI 2021-2025.

El **Subsector Público** comprende establecimientos de salud dependientes del Ministerio de Salud y Deportes, de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) bajo la responsabilidad administrativa de los Gobiernos Autónomos Departamentales (GAD), y establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención bajo la responsabilidad administrativa de los Gobiernos Autónomos Municipales (GAM) y de los Gobiernos Autónomos Indígena Originario Campesinos (GAIOC) (2).

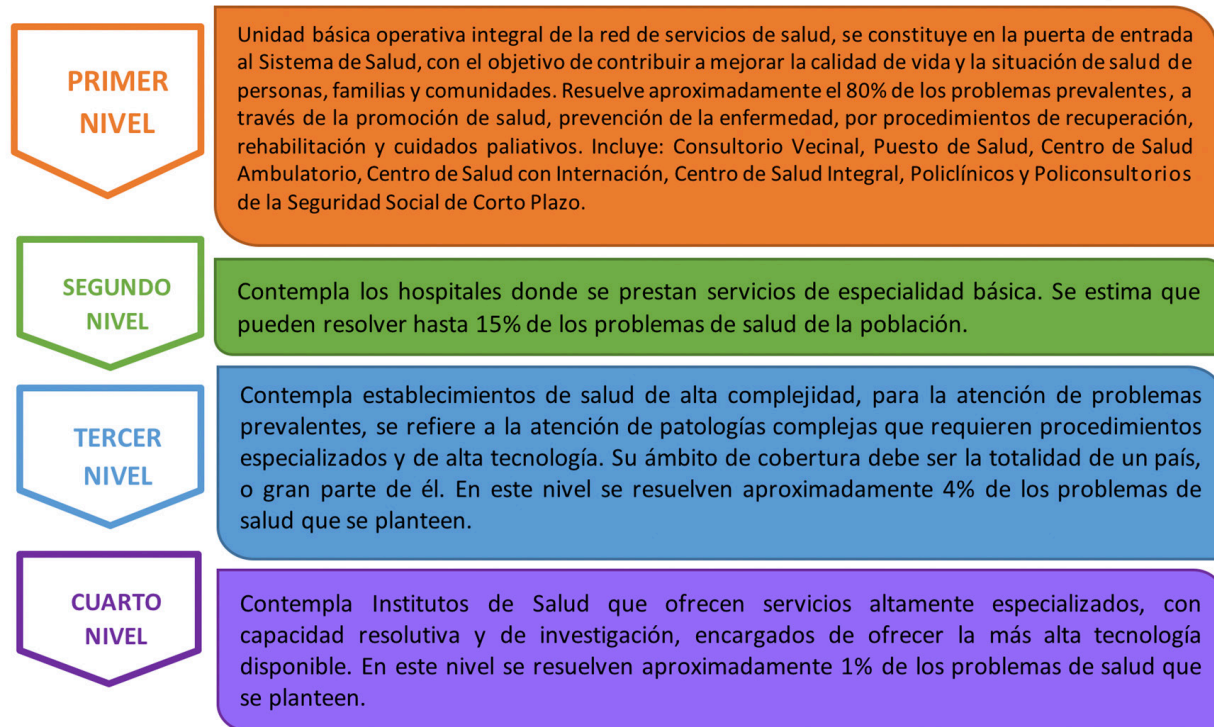
El **Subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo** comprende a los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo, a los Seguros Universitarios y Seguros Delegados, y es fiscalizado por la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (ASUSS).

El **Subsector Privado** está constituido por compañías de seguros y proveedores de servicios de salud privados con y sin fines de lucro.

Asimismo, se reconoce a la **Medicina Tradicional**, reglamentada por la Ley N° 459 “Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana” de 19 de diciembre de 2013, que tiene por objeto regular el ejercicio, la práctica y la articulación de la medicina tradicional ancestral boliviana con la medicina académica, en el Sistema Nacional de Salud.

El Sistema Nacional de Salud se organiza por niveles de atención, de acuerdo al nivel de complejidad y capacidad resolutoria que tiene cada establecimiento de salud para dar solución a los problemas de salud. Se contempla cuatro niveles de atención, mismos que se describen a continuación:

**FIGURA 2: NIVELES DE ATENCIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**



Fuente: URSSyC - Ministerio de Salud y Deportes, 2024

Los establecimientos de salud se encuentran organizados en Redes de Servicios de Salud, cada red debe integrar el primer y segundo nivel de atención y articularse a un tercer o cuarto nivel de atención según corresponda, de manera tal que cada una tenga un centro de referencia de mayor complejidad. La integración y articulación de las redes de servicios de salud son fundamentales para garantizar el acceso efectivo y la calidad de los servicios de salud, y extender la oferta de servicios sobre todo en las áreas periurbanas y rurales bajo un enfoque de interculturalidad y género.

Uno de los grandes desafíos del Sistema Nacional de Salud es disminuir las brechas generadas por la segmentación y la fragmentación, expresadas en limitaciones en el acceso efectivo y la atención de calidad tanto de la atención primaria de salud como la atención hospitalaria, los cuales dificultan que los servicios prestados tengan la continuidad e integralidad necesarias.

**La segmentación** es entendida como la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios a diferentes grupos de la población, determinados por varias barreras de acceso, mientras **la fragmentación** implica la coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en la red de servicios de salud en un mismo segmento (3).

La fragmentación también alcanza a las Redes Integradas de Servicios de Salud lo que obstaculiza la aplicación operativa de la Política SAFCI, del Sistema Único de Salud y otras estrategias en salud, dando lugar a una deficiente articulación entre los niveles de atención y los niveles de gestión en los tres subsectores del ámbito de la Red.

## 1.2. Objetivos

### Objetivo General

Establecer el marco regulatorio nacional para efectivizar la funcionalidad de las Redes Integradas de Servicios de Salud y así garantizar la provisión de servicios de salud integrales, accesibles, eficientes, continuos, oportunos, con calidad y buen trato a la persona, la familia y la comunidad, en los tres subsectores de salud, en el marco de la Política SAFCI, con participación social e intersectorial.

### Objetivos Específicos

- Integrar los servicios de salud de los tres subsectores de salud en el ámbito de la Red para garantizar la atención continua e ininterrumpida a la persona, la familia y la comunidad.
- Regular el proceso de organización y planificación de las Redes Integradas de Servicios de Salud, a través de la gobernanza y gestión participativa de los actores institucionales y sociales de la Red.
- Integrar el sistema de información en salud y sistema de vigilancia epidemiológica dentro de la Red.

## 1.3. Ámbito de aplicación

La presente Norma tiene como ámbito de aplicación en todos los establecimientos de salud, instituciones, programas nacionales de salud y otros que componen los tres subsectores del Sistema Nacional de Salud.

El cumplimiento de la presente norma es de carácter obligatorio y son responsables de su implementación y seguimiento, los Servicios Departamentales de Salud y la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo, según competencias, bajo la rectoría nacional del Ministerio de Salud y Deportes a través de la Dirección General de Redes de Servicios de Salud y bajo la rectoría departamental de los Servicios Departamentales de Salud.

## 1.4. Marco Legal

Las principales normas jurídicas de carácter general que se encuentran relacionadas con la aplicabilidad de la presente norma, son las siguientes:

- a. Constitución Política del Estado, de 7 de febrero de 2009.
- b. Ley de 14 de diciembre de 1956, Código de la Seguridad Social.
- c. Ley N° 15629, de 18 de julio de 1978, Código de Salud.
- d. Ley N° 031 de 19 de julio de 2010, Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”.
- e. Ley N° 341, de 5 de febrero de 2013, Ley de Participación y Control Social.
- f. Ley N° 459, de 19 de diciembre de 2013, Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana.
- g. Ley N° 602 de 14 de noviembre de 2014 “Ley de Gestión de Riesgos”.
- h. Ley N° 650 de 19 de enero de 2015, eleva a rango de Ley la “Agenda Patriótica del Bicentenario 2025”.
- i. Ley N° 738, de 21 de septiembre de 2015, Ley de Institutos de Cuarto Nivel de Salud.

- j. Ley N° 777 de 21 de enero de 2016, Ley del Sistema de Planificación Integral del Estado - (SPIE)".
- k. Ley N° 1152, de 20 de febrero de 2019, Ley Modificatoria a la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificada por Ley N° 1069 de 28 de mayo de 2018. "Hacia el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito".
- l. Ley N° 1198, de 14 de julio de 2019, Ley de Modificación a la Ley N° 031, de 19 de julio de 2010 Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Ibáñez".
- m. Ley N°1407 de 9 de noviembre de 2021, Plan de Desarrollo Económico y Social 2021-2025 "Reconstruyendo la Economía para Vivir Bien, Hacia la Industrialización con Sustitución de Importaciones".
- n. Decreto Supremo N° 5315 de 30 de septiembre de 1959, Reglamento del Código de Seguridad Social.
- o. Decreto Supremo N° 25233, de 27 de noviembre de 1998, Modelo básico de organización, atribuciones y funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud.
- p. Decreto Supremo N° 29601, de 11 de junio de 2008, que establece el Modelo de atención y el Modelo de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI.
- q. Decreto Supremo N° 2342 de 29 de abril de 2015, que tiene por objeto reglamentar la Ley N° 602, de 14 de noviembre de 2014, de Gestión de Riesgos.
- r. Decreto Supremo N° 3561, de 16 de mayo de 2018, que tiene por objeto crear la Autoridad de Supervisión de la seguridad Social de Corto Plazo, determinar su estructura organizativa y definir sus atribuciones.
- s. Decreto Supremo N° 4857, de 6 de enero de 2023, Organización del Órgano Ejecutivo.
- t. Resolución Ministerial N° 0025, de 14 de enero de 2005, Reglamento General de Hospitales.
- u. Resolución Ministerial N° 0090, e 26 de febrero de 2011, Aprobación de: v) Manual de Evaluación y Acreditación de Establecimiento de Salud Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención en salud; vi) Guía de Evaluación y Acreditación de Establecimiento de Salud Primer, Segundo y Tercer Nivel de atención.
- v. Resolución Ministerial N° 0039, de 30 de enero de 2013, Aprobación de: i) Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Primer Nivel, Norma Nacional de Caracterización de Hospitales de Segundo Nivel.
- w. Resolución Ministerial N° 115, de 12 de mayo 2015, Reglamento Básico de Pre inversión.
- x. Resolución Ministerial N° 0017, del 12 de enero del 2017, Norma Nacional de Caracterización del Sistema Nacional de Emergencias en Salud.
- y. Resolución Administrativa N° 064 de 20 de noviembre de 2018, Reglamento Único de Prestaciones del Seguro Social de Corto Plazo de la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo.

- z. Resolución Ministerial Nro. 0891, Creación del Programa Nacional de Telesalud, 26 de diciembre de 2018.
- aa. Resolución Administrativa ASSUS N° 080-2019, de 12 de abril de 2019, Modelo de Atención de Salud Integral de la Seguridad Social de Corto Plazo.
- ab. Resolución Ministerial N° 0251, de 30 de junio de 2021, que aprueba el Reglamento para la Aplicación Técnica Administrativa y Financiera de la Ley N° 1152 de 20 de febrero de 2019 “Hacia el Sistema Único de Salud Universal y Gratuito”,
- ac. Resolución Ministerial N° 00109 del 25 de marzo del 2022, Norma Nacional de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia.
- ad. Resolución Ministerial N° 0766, de 30 de diciembre de 2022, resuelve aprobar el Plan Sectorial de Desarrollo Integral para Vivir Bien, Sector Salud 2021 -2025 del Ministerio de Salud y Deportes.
- ae. Resolución Ministerial N° 0051, de 6 de febrero de 2023, resuelve aprobar el Plan Estratégico Institucional 2021 -2025 del Ministerio de Salud y Deportes.
- af. Resolución Ministerial N° 462 de 26 de julio de 2023, que incluye, modifica y suprime algunas disposiciones en el Reglamento para la Aplicación Técnica Administrativa y Financiera de la Ley N° 1152 de 20 de febrero de 2019 “Hacia el Sistema Único de Salud Universal y Gratuito”, aprobado por Resolución Ministerial N° 251 de 30 de junio de 2021.
- ag. Otras normativas vigentes que regulen al sector salud y se relacionen con la aplicación de la presente norma.

## **1.5. Alineación Estratégica**

### **1.5.1. Política Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI**

El Decreto Supremo N° 29601, de 11 de julio de 2008, establece la Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI), el cual plantea el modelo de atención y modelo de gestión, bajo los principios de integralidad, intersectorialidad, participación comunitaria e interculturalidad, que privilegia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con enfoque de salud colectiva, centrada en la persona, familia, comunidad y entorno; y recuperando la medicina tradicional e intercultural instaurada en la Ley N° 459, de 19 de diciembre de 2013, de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana.

La Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI) es la política nacional mediante la cual se busca la preservación y recuperación de la salud de la población boliviana, y es transversal a todos los actores de los niveles de gestión y de atención del Sistema Nacional de Salud. Esta Política complementa y articula recíprocamente al personal de salud y médicos tradicionales de las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesino, en base a la gestión participativa y control social y la atención integral intercultural de la salud.

Asimismo, tiene el objetivo de contribuir a la eliminación de la exclusión social en salud y mejorar las condiciones de vida de la población; reivindicando, fortaleciendo y profundizando la participación y control social efectivo en la toma de decisiones sobre la gestión de la salud; brindando servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; y aceptando, respetando, valorando y articulando la medicina biomédica y la medicina tradicional de los pueblos indígenas originarios

campesinos (4). Se basa en los **principios** de participación social, interculturalidad, intersectorialidad e integralidad y se aplica a través de dos componentes:

- **La gestión participativa y control social:** Es la interacción de los actores sociales e institucionales para tomar decisiones sobre las acciones de salud de manera eficiente, armónica y equilibrada, dirigidas a transformar las determinantes de la salud, reorientar los servicios de salud, fortalecer la medicina tradicional y generar hábitos de protección de la salud, a través de la planificación, ejecución-administración y seguimiento-control social (5).
- **La atención integral intercultural en salud:** Es la forma de articular el equipo de salud, personas, familias y comunidades, a partir de acciones de Promoción de la Salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad pertinente y oportunamente con capacidad resolutoria de enfoque de red, horizontalmente con respeto a la interculturalidad, la diversidad, la articulación y complementariedad con la medicina tradicional, reconociendo las determinantes psico-socio-político-económico-culturales de la salud (5).

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural tiene como estrategia la Promoción de la Salud, la cual constituye un proceso político de movilización social, intersectorial, transformador de determinantes de la salud, realizado en corresponsabilidad entre la población organizada, autoridades, el sector salud y otros sectores para Vivir Bien (5).

La Promoción de la salud, permite a las personas incrementar su control sobre las determinantes de la salud, mitigar su impacto en la salud pública e individual y en consecuencia mejorarla, por lo que, desde el nuevo enfoque, se constituye en una obligación del sistema de salud. Es por ello que, la promoción de la salud es un proceso continuo, en el cual el equipo de salud se involucra en la comunidad facilitando la organización y movilización social para responder a la problemática de salud y sus determinantes.

### 1.5.2. Sistema Único de Salud

El Sistema Único de Salud (SUS) es la forma en la que el Estado Plurinacional de Bolivia garantiza el acceso universal, equitativo, oportuno y gratuito a la atención integral en salud de la población boliviana. La atención integral de salud comprende: la promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención de enfermedades y rehabilitación de enfermedades.

En el marco de la Ley N° 1152 “Hacia el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito”, de 20 de febrero de 2019 y el Reglamento para la aplicación técnica y la gestión administrativa y financiera de la Ley N° 1152 aprobado mediante Resolución Ministerial N° 251 del 30 de junio de 2021, se establece: El Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito constituye una de las principales políticas del Sector Salud, tiene como objetivo principal brindar atenciones en salud de manera gratuita a todas las bolivianas y bolivianos que no se encuentran cubiertas por la Seguridad Social de Corto Plazo, en línea a lo planteado en el Pilar 3 de la Agenda Patriótica 2025 y en conformidad a reglamentaciones vigentes.

#### o **Beneficiarios del SUS:**

- Las bolivianas y los bolivianos que no se encuentran protegidos por el subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo.
- Las personas extranjeras que no están protegidas por el subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo, en el marco de instrumentos internacionales, bajo el principio de reciprocidad y en las mismas condiciones de las y los bolivianos.

- Las personas extranjeras cuyo país de origen no tenga acuerdos con el nuestro en materia de reciprocidad en salud y que pertenezcan a los siguientes grupos poblacionales:
  - Mujeres embarazadas, desde el principio de la gestación hasta los seis meses posteriores al parto.
  - Mujeres respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva.
  - Niños y niñas menores de 5 años.
  - Mujeres y hombres a partir de los 60 años.
  - Personas con Discapacidad que se encuentren calificadas de acuerdo a normativa vigente.
- o **Acceso de la población a la atención en salud:** La atención en salud se realizará a través de las siguientes vías:
  - Los pacientes deberán acceder obligatoriamente a través de los establecimientos de salud de primer nivel de atención del subsistema público y los equipos móviles, con preferencia mediante el establecimiento al que se encuentra adscrito.
  - El acceso al segundo nivel de atención será exclusivamente mediante referencia del primer nivel de atención.
  - El acceso al tercer nivel de atención será exclusivamente mediante referencia del segundo o primer nivel de atención.
  - El acceso a los establecimientos de cuarto nivel de atención, solo se realizará por referencia de los establecimientos de tercer nivel de atención.
  - Los casos de emergencia deben ser atendidos inmediatamente en cualquier nivel de atención en salud.

Para aspectos específicos del SUS remitirse a la Ley N° 1152 y su Reglamentación.

### **1.5.3. Contribución a la Planificación en Salud**

La Norma Nacional de Redes Integradas de Servicios de Salud, se encuentra alineado al pilar 3 “Salud, Educación y Deportes” del Plan General de Desarrollo Económico y Social (PGDES) y al eje 6 del Plan de Desarrollo Económico y Social (PDES) “Salud y deportes para proteger la vida con cuidado integral en tiempos de pandemia”, garantizando el acceso universal, la integración y complementariedad de las redes de servicios de salud, de manera que se brinde atención en salud integral, intercultural, oportuna, continua e ininterrumpida en el marco del Vivir Bien (6).

En este contexto, la Dirección General de Redes de Servicios de Salud, a través de la Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad, contribuyen al Plan Sectorial de Desarrollo Integral para Vivir Bien (PSDI) Sector Salud 2021- 2025 (2) y al Plan Estratégico Institucional (PEI) 2021-2025 a través de los indicadores “Número de documentos técnico normativos de redes de servicios de salud elaborados y publicados” y “Porcentaje de redes de salud que implementan la Norma de Redes de Servicios de Salud” (7).

## 1.6. Seguridad Social de Corto Plazo

La Seguridad Social de Corto Plazo (SSCP) tiene por objeto proteger la salud del capital humano, a través del cumplimiento de las prestaciones en dinero y en especie que se otorgan a los asegurados, respecto al derecho a recibir la atención médica que se considere indispensable para su curación y rehabilitación por: enfermedad común, maternidad y riesgos profesionales (accidente de trabajo y enfermedad profesional), además de la prevención en salud.

Este Subsector comprende los seguros de salud que gestionan las contingencias inmediatas de la vida y del trabajo, otorgando el derecho a recibir la atención médica que se considere indispensable para la curación y rehabilitación por: Enfermedad Común, Maternidad y Riesgos Profesionales (Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional), con el soporte financiero del aporte patronal del 10% sobre el ingreso mensual de cada trabajador.

El subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo registra una segmentación y fragmentación profunda, con total autonomía de gestión y sin ninguna coordinación entre los diferentes entes gestores que lo conforman.

La Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo – ASUSS, creada por Decreto Supremo N° 3561 del 16 de mayo de 2018, como institución pública descentralizada, con independencia administrativa, financiera legal y técnica bajo tuición del Ministerio de Salud y Deportes, tiene la finalidad de regular, controlar, supervisar y fiscalizar la Seguridad Social de Corto Plazo, en base a sus principios, protegiendo los intereses de los trabajadores asegurados y beneficiarios, en el marco del Código de Seguridad Social, su Reglamento y normas conexas.

De acuerdo al marco legal vigente de la Seguridad Social de Corto Plazo, a fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de la población asegurada, tiene establecido la red de establecimientos de salud de la Seguridad Social de Corto Plazo que establece cada ente gestor. La ASUSS como ente fiscalizador del Subsector de la SSCP, supervisa la conformación de la Red en los Entes Gestores y su articulación con otros entes gestores u otros subsectores (público y privado), a través de la suscripción de convenios u otras acciones de coordinación, de acuerdo normativa vigente.

Para la funcionalidad de la Red Integrada de Servicios de Salud, los establecimientos de salud dependientes de la Seguridad Social de Corto Plazo deben ser integradas a la Red formando parte de la atención integral en salud con los otros subsectores y proporcionar información de servicios de salud prestados ante las instancias competentes establecidos por norma.

## 1.7. Subsector Privado

El Subsector Privado funciona fundamentalmente sobre la base de pagos directos de bolsillo. Está constituido por compañías de seguros y proveedores de servicios de salud privados con fines de lucro (seguros y servicios privados, consultorios, clínicas, laboratorios, farmacias) y sin fines de lucro (ONG, fundaciones, Iglesia).

El Decreto Supremo N° 25233 de 27 de noviembre de 1998, en su Artículo 3° (Misión Institucional) Inciso d), establece que los Servicios Departamentales de Salud “Velará por la calidad de los servicios de salud a cargo de prestadores públicos y privados”.

La Disposición Transitoria Primera de la Ley 1152 de 20 de febrero de 2019, establece que: “El Ministerio de Salud, de manera excepcional, podrá adquirir productos en salud específicos del Subsector Privado, hasta lograr el fortalecimiento del Subsector Público de Salud, conforme a Reglamentación específica”.

La Resolución Ministerial N° 0027 de 18 de enero de 2021, en su Artículo Primero establece aprobar el Reglamento para adquirir productos en salud del subsector privado para la atención de beneficiarios de la Ley N° 1152 en UTI, UCIN y Salud Mental, y en su Artículo Segundo establece que “El Reglamento para adquirir productos en salud del subsector privado de salud, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 0052 de 21 de febrero de 2019, será aplicable únicamente para la adquisición de los productos en salud de Hemodiálisis y Servicios seleccionados de Atención de Cáncer”.

Asimismo, la Resolución Administrativa ASUSS N° 064 de 20 de noviembre de 2018, en su Artículo 21 (Acceso a la prestación de servicios), establece en el Parágrafo II Inciso c) “En lugares donde los Entes Gestores no cuenten con servicios de salud, deberán garantizar las prestaciones a través de la compra de servicios por orden de prelación: Contratos con Servicios Privados”.

El Ministerio de Salud y Deportes y otras instancias de gestión del sistema público, tienen la responsabilidad de regular su funcionamiento y asegurar que presten servicios efectivos y seguros.

### **1.8. Medicina Tradicional Ancestral Boliviana**

Los procesos de articulación de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana en el Sistema Nacional de Salud, incluyen a servicios públicos, de la seguridad social de corto plazo y privado con y sin fines de lucro.

La Ley N° 459 “Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana”, de 19 de diciembre de 2013, tiene por objeto:

- Regular el ejercicio, la práctica y la articulación de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana, en el Sistema Nacional de Salud.
- Regular la estructura, organización y funcionamiento de las instancias asociativas, consultivas, formativas y de investigación; y de los derechos y deberes de las usuarias y los usuarios de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana en todas sus formas, modalidades y procedimientos terapéuticos.
- Promover y fortalecer el ejercicio y la práctica de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana.

La Medicina Tradicional Ancestral Boliviana es parte fundamental del modelo de atención y gestión de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, por ello, el Ministerio de Salud y Deportes asume la Medicina Tradicional inclusiva, equitativa, solidaria y de calidad, con participación de la población, para el pleno ejercicio de su derecho a la salud y la determinación social en salud.

La Medicina Tradicional se ejerce a través de personas reconocidas por la población como prestadores de Medicina Tradicional Ancestral, que la practican en sus diferentes formas y modalidades, recurriendo a procedimientos terapéuticos tradicionales, acudiendo a las plantas, animales, minerales, terapias espirituales y técnicas manuales para la curación y sanación. Su ejercicio y práctica reconoce, revaloriza, fortalece los conocimientos y saberes para identificar y tratar las enfermedades en los Subsectores Público de Salud y de Seguridad Social de Corto Plazo, con enfoque público y privado (2).

## CAPÍTULO 2. ASPECTOS FUNDAMENTALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

### 2.1. Redes Integradas de Servicios de Salud, en el marco de la Política SAFCI

En el marco de la Política SAFCI, las Redes Integradas de Servicios de Salud deben poner énfasis en el modelo atención integral e intercultural en salud y el modelo de gestión participativa considerando la participación social y la intersectorialidad, gobernanza y financiamiento de cada red de servicio de salud para el abordaje las determinaciones sociales de salud.

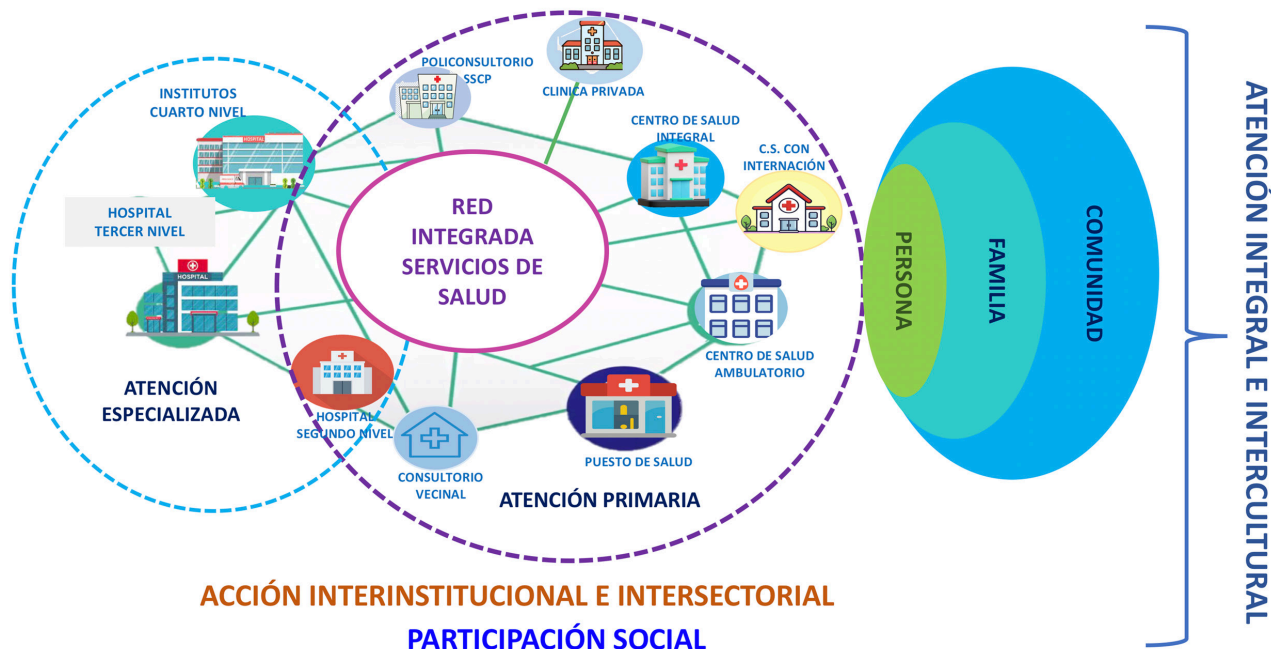
En ese contexto, la presente Norma define a la Red Integrada de Servicios de Salud como un conjunto de prestadores de servicios de salud interrelacionados según nivel de complejidad y capacidad resolutive, que brindan servicios de atención en salud integral e intercultural, de forma continua e ininterrumpida, dentro y fuera de su territorio, a través de la complementariedad, funcionalidad, referencia, transferencia y contrarreferencia, con participación de la estructura social en salud e intersectorial, para satisfacer las necesidades en salud de la persona, la familia y la comunidad.

**Criterios de conformación de una Red Integrada de Servicios de salud:** se deben cumplir con los siguientes criterios:

- Accesibilidad geográfica a los servicios de salud por parte de toda la población, independientemente de los límites territoriales departamentales o municipales.
- Delimitación territorial
- Población asignada
- Características administrativas
- Características culturales
- Capacidad resolutive para atención de salud integral, continua e ininterrumpida.

Para la funcionalidad de la Red Integrada de Servicios de Salud es necesario asegurar la integración de los servicios de salud de los tres subsectores en el ámbito de la Red, la cual se relaciona con la continuidad de la atención y de los cuidados en salud, y está orientada a mejorar el acceso y la cobertura de en salud, brindando servicios más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, con participación activa de las instancias de gestión y atención en salud y otros actores involucrados, para satisfacer las necesidades en salud de la persona, familia y comunidad. El propósito es consolidar los procesos operativos de la atención en salud integral, a través de aplicación operativa de la Política SAFCI, articulando políticas y estrategias nacionales, priorizando la Atención Primaria en Salud, incluidos los programas de prevención, protección, rehabilitación y reinserción social.

**FIGURA 3: RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD  
SUBSECTOR PÚBLICO - SEGURIDAD SOCIAL DE CORTO PLAZO - SUBSECTOR PRIVADO  
MEDICINA TRADICIONAL ANCESTRAL BOLIVIANA**



Fuente: URSSyC - Ministerio de Salud y Deportes, 2024

La Red Integrada de Servicios de Salud garantiza el acceso efectivo y la calidad de los servicios de salud de atención primaria, así como servicios especializados de mediana y alta complejidad, y apoyo al diagnóstico en los tres subsectores de salud, así también permite integrar los programas nacionales de salud y las acciones intersectoriales en salud.

## 2.2. Ámbitos de abordaje para la funcionalidad de las Redes Integradas de Servicios de Salud

Las Redes Integradas de Servicios de Salud tienen el propósito de contribuir a la prestación de servicios de salud más accesible, equitativos, eficientes y de mayor calidad técnica, y que cumplan mejor las expectativas de la población. Establece cuatro ámbitos de abordaje: Modelo Asistencial, Gobernanza y Estrategia, Organización y Gestión, Asignación e incentivos (8).

En este contexto, con la finalidad de potenciar la integralidad y funcionalidad de las Redes Integradas de Servicios de Salud, en el marco del Modelo de Gestión Participativa en Salud y el Modelo de Atención en Salud de la Política SAFCI, se plantean los siguientes ámbitos de abordaje adecuados a nuestro Sistema Nacional de Salud:

**FIGURA 4: ÁMBITOS DE ABORDAJE PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD**



Fuente: URSSyC - Ministerio de Salud y Deportes, 2024

Cada ámbito de abordaje establece diferentes atributos que coadyuvan a la funcionalidad de las Redes Integradas de Servicios de Salud, mismos que se detallan en los capítulos siguientes. A través de estos ámbitos de abordaje se coadyuvará a la reducción de la fragmentación de los servicios de salud y avanzar hacia la atención integral intercultural en salud, más equitativa y eficiente para toda la población.

### a) Organización y gestión participativa en salud

La Red Integrada de Servicios de Salud está organizada por niveles de atención de acuerdo a la capacidad instalada de los establecimientos de salud de su ámbito territorial y de manera articulada, complementaria y corresponsable con niveles de mayor complejidad dentro o fuera de la Red, a través de la referencia, transferencia y contrarreferencia para garantizar la capacidad resolutive de la Red.

La gestión participativa en salud, es la forma de generar espacios de representación y participación de los actores sociales e institucionales para la toma de decisiones en cuanto a la gestión de salud a través de la planificación, ejecución, administración, seguimiento y control social, en el nivel local, municipal, departamental y nacional (9). Los espacios de deliberación en el ámbito de la Red de Salud, que permiten el proceso de Gestión Participativa en Salud, según los niveles de gestión que establece la Política SAFCI, son:

- **Local:** CAI, reuniones generales de planificación o seguimiento y otras, con participación del Responsable del Establecimiento de Salud de Primer Nivel de Atención y Comité Local de Salud.
- **Municipal o Autonomía Indígena Originario Campesino:** Mesa Municipal o IOC de Salud, con participación de la Instancia Máxima de Gestión Local en Salud (IMGLOS).

### b) Gobernanza y alianzas estratégicas

La Gobernanza en los sistemas de salud se define como un conjunto de reglas, instituciones y políticas a través de las cuales se dirige su funcionamiento, se regula la participación de los diversos actores y se utilizan los recursos disponibles para garantizar los cuidados de salud de calidad (10).

La gobernanza en una RISS, se entiende como los procesos de formulación y decisión estratégica colectiva en el seno de la red, que organizan y coordinan la interacción entre sus actores, la dinámica de sus procesos y las reglas, valores y principios con los que se toman las decisiones y se determinan conductas dentro de la RISS.

Tomando en cuenta estos atributos o principios, se contemplan características clave para una buena gobernanza: i) Conocimiento de las necesidades de la población, ii) Cooperación, interacción, consenso entre actores, iii) Visión conjunta y valores compartidos, y iv) Liderazgo efectivo (8).

En ese contexto, la **Gobernanza en las Redes Integradas de Servicios de Salud**, a través de la participación e interacción estratégica de los diferentes actores de la Estructura Estatal en Salud y la Estructura Social en Salud del ámbito de la Red y otros actores intersectoriales, facilitará la toma de decisiones en salud, la gestión de los servicios y recursos en salud, para mejorar la capacidad resolutive de la Red de Salud y potenciar su funcionalidad.

Para la gobernanza, son importantes la participación social y la acción intersectorial, los cuales se efectuarán mediante **alianzas estratégicas** entendidas como la conjunción de esfuerzos,

recursos y capacidades de sectores como salud, educación, saneamiento básico y otros, además de instituciones públicas y privadas, para el logro de los objetivos de la Red de Salud y con la finalidad de coadyuvar a la transformación de los determinantes sociales y garantizar la prestación de los servicios de salud a la población.

### **c) Atención Integral Intercultural en Salud**

“Las RISS se caracterizan por brindar una atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad/territorio. El cuidado centrado en la persona significa que este se enfoca en la “persona como un todo”, es decir, el cuidado considera las dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales de la persona a lo largo de todo su ciclo vital. Lo anterior significa también que los servicios de salud incorporan los enfoques interculturales y de género en el cuidado de la salud” (8).

La Política SAFCI establece que la Atención Integral Intercultural en Salud articula el equipo de salud, personas, familias y comunidades a partir de las acciones de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera pertinente, oportuna, eficaz y eficiente, con capacidad resolutoria, de enfoque de red, de carácter horizontal mediante la aceptación, el respeto y la valoración de los sentires, saberes – conocimientos y prácticas de la población, en el marco de la complementariedad y reciprocidad con la medicina tradicional (5).

La atención integral intercultural en salud debe brindarse a toda la población, independientemente del subsector al que pertenezca, y más allá de la territorialidad de la Red si corresponde para garantizar el continuo de la atención, en el marco de la normativa vigente.

### **d) Recursos financieros**

El financiamiento de la salud debe construirse para las Redes Integradas de Servicios de Salud, de manera coordinada entre los distintos actores, y tomar en cuenta mecanismos de pago adecuados al funcionamiento en Red (8).

Una adecuada asignación de los recursos debe estar orientada a aumentar la equidad en el acceso al dirigirse prioritariamente al primer nivel de atención para mejorar su capacidad resolutoria y su capacidad de articulación de las Redes Integradas de Servicios de Salud en un contexto de desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) (8).

En ese entendido, los recursos financieros para el funcionamiento de las Coordinaciones de Red deben estar incorporados en el POA y presupuesto de los Servicios Departamentales de Salud.

### CAPÍTULO 3. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN PARTICIPATIVA EN SALUD DE LA RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

#### 3.1. Responsabilidad de la Red Integrada de Servicios de Salud

- i. Garantizar a la población de su área de influencia, el acceso a los servicios de salud integrales e interculturales para brindar atención en salud oportuna con calidad y buen trato, dentro y fuera de los establecimientos de salud.
- ii. La Red es la instancia en la que se programa, se registra y se evalúa la atención integral de salud brindada por los Subsectores Público, de la Seguridad Social de Corto Plazo y Privado, además donde se planifica técnica y operativamente los aspectos esenciales en salud (talento humano, equipamiento, insumos, medicamentos, infraestructura) para la funcionalidad de la red; de acuerdo a demanda, necesidad y perfil epidemiológico. Esta programación debe reflejarse en el Plan de Trabajo en Salud de la Red.
- iii. Integrar los servicios de salud de los tres subsectores (público, entes gestores dependientes la ASSUS y privados) de su ámbito territorial, quienes deben respetar y responder a la Autoridad Sanitaria correspondiente.
- iv. Hacer cumplir los mecanismos de coordinación de la atención integral, así como la Referencia, Transferencia y Contrarreferencia, de acuerdo a normativa vigente.
- v. Promover los derechos, responsabilidades y participación social en salud en su ámbito de competencia.
- vi. Organizar, centralizar e integrar la información generada por todas las instituciones de salud de su Red y remitir de manera oportuna al Sistema Único de Información en Salud – SUI; además de generar los procedimientos para la utilización de la información por todos los miembros de la Red, para facilitar la continuidad y oportunidad de la atención integral en salud.
- vii. Garantizar la elaboración y actualización de la cartera de servicios de los establecimientos de salud de su Red, de acuerdo a demanda y perfil epidemiológico, en el marco de la normativa vigente.
- viii. Gestionar la atención en salud continua e ininterrumpida, con calidad y buen trato a la población, dentro y fuera de los establecimientos de salud de los tres subsectores de su jurisdicción.
- ix. Verificar y gestionar la disponibilidad del talento humano, equipamiento, medicamentos, dispositivos, insumos médicos y otros, en todos los establecimientos de salud que la integran.
- x. Garantizar la elaboración y actualización de los manuales de procesos y procedimientos de los servicios que brindan los establecimientos de salud de su jurisdicción, de acuerdo a normativa vigente.
- xi. Cumplir y hacer cumplir las Políticas Nacionales de Salud, el Plan de Desarrollo Sectorial de Salud, y los lineamientos y estrategias establecidas por el Ministerio de Salud y Deportes; así como otras normas nacionales de salud.

### 3.2. Delimitación territorial de la Red

Las Redes Integradas de Servicios de Salud se delimitan según el territorio que ocupan y pueden ser de tres tipos: redes unimunicipales, redes multimunicipales y redes intramunicipales.

- i. Las redes unimunicipales se conforman por municipios capitales de departamento y en municipios que, sin ser capital, tienen una alta densidad poblacional predominantemente urbana. Estas redes pueden a su vez organizarse en áreas operativas con menor población y territorio asignados, pero en estrecha coordinación con la Red.
- ii. Las redes multimunicipales se conforman por municipios colindantes rurales o predominantemente rurales y con una densidad poblacional baja. Los municipios que conforman redes multimunicipales pueden mancomunarse para mejorar la gestión de la Red, la equidad del acceso de la población asignada y el uso de los recursos disponibles.
- iii. Las redes intramunicipales se pueden conformar al interior del territorio municipal de un municipio predominantemente urbano con gran cantidad de población, pero deben coordinar sus planes y presupuestos con el resto de las redes del municipio al que pertenecen.

### 3.3. Criterios para la conformación de la Red

- i. La Red debe conformarse considerando la **accesibilidad geográfica** a los servicios de salud por parte de la población asignada, independientemente de los límites territoriales, municipales o departamentales, priorizando el acceso oportuno de la población a los servicios de salud.
- ii. La Red debe contar con **delimitación territorial** definido por los SEDES en coordinación con el INE y con la ASUSS, aprobado por el Ministerio de Salud y Deportes.
- iii. La Red debe conformarse de acuerdo a la **capacidad resolutive y cartera de servicios**, integrando establecimientos de primer y segundo nivel de atención y articularse con establecimientos de salud tercer nivel o mayor complejidad, para atención de salud integral, continua e ininterrumpida.
- iv. La Red debe contar con **asignación poblacional** definida por los Servicios Departamentales de Salud en coordinación con los Gobiernos Autónomos Municipales y puesto a conocimiento del Ministerio de Salud y Deportes, en base a información oficial del INE y complementada con información departamental y municipal, considerando el acceso de la población a servicios de atención integral que cubra las necesidades en salud.
- v. La Red debe conformarse considerando las **características culturales** de la población asignada, adecuando los servicios y respetando los usos y costumbres de la persona, la familia y la comunidad.

### 3.4. Equipo de Coordinación Técnica de la Red

- i. El Equipo de la Coordinación Técnica de la Red es dependiente del Servicio Departamental de Salud (SEDES), debiendo ser designado a través de memorándum.
- ii. El Equipo de Coordinación Técnica de la Red está conformado por:
  - Un (a) Coordinador (a) Técnico (a) de la Red.

- Un (a) Responsable de Atención Integral de Salud.
- Un (a) Responsable de Vigilancia Epidemiológica
- Un (a) Administrador (a) Financiero (a)
- Un (a) Estadístico (a).
- Un (a) Gestor (a) de Calidad y Auditoría Médica
- Un (a) Jefe Técnico Municipal de Salud o Responsable Municipal de Salud (según corresponda)
- Un (a) Representante de los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo, designado por la ASUSS (según corresponda).

Adicionalmente la Red debe contar con un Conductor de vehículo para el desarrollo de funciones y actividades del Equipo de Coordinación Técnica de la Red.

En casos excepcionales donde no se cuente con algún perfil del Equipo de Coordinación Técnica debe designarse a un profesional competente de la Red para que coadyuve al Equipo de Coordinación Técnica de Red o redistribuir las funciones dentro del Equipo, de manera que se garantice las responsabilidades de la Red establecidas en la presente Norma.

Asimismo, en caso de contar con los recursos necesarios, pueden incorporar otros perfiles profesionales (trabajador social, nutricionista u otros) que consideren necesarios de acuerdo a la complejidad y necesidad de la Red.

Los perfiles y funciones del Equipo de Coordinación Técnica de la Red se encuentran detallados en el [Anexo 1](#) del presente documento.

- iii. La gestión del talento humano para el Equipo de Coordinación Técnica de la Red se realizará a través del nivel departamental y nacional. Las Direcciones Técnicas priorizarán la designación del talento humano del Equipo.
- iv. El Equipo de Coordinación Técnica de la Red deberá ser evaluado al finalizar cada año, por los Servicios Departamentales de Salud.

### **3.5. Funciones del Equipo de Coordinación Técnica de la Red**

- i. El Equipo de Coordinación Técnica de la Red es el responsable de elaborar el Plan de Trabajo en Salud de la Red el cual debe alinearse a los planes nacional, departamental y municipal del sector salud.
- ii. Es responsable de la gestión en salud de la Red y tiene competencia en su ámbito asignado.
- iii. Conocer su población, sus necesidades de salud y la determinación social de salud, para la gestión y toma de decisiones en salud.
- iv. Realizar el diagnóstico y análisis de la situación de salud de su Red (recurso humano, equipamiento, infraestructura y otros) e implementar su sala situacional de salud que incluya la georreferenciación a través de mecanismos físicos y digitales.
- v. Coordinar con el jefe técnico municipal de salud o responsable técnico municipal de los municipios que integran la Red, con el representante de los entes gestores de la Seguridad Social de corto plazo designado por la ASUSS y con el subsector privado, para establecer

mecanismos de organización e integración de los servicios de salud para brindar una atención integral y continua en el área de influencia de la Red.

- vi. Debe establecer mecanismos de coordinación y articulación con la medicina tradicional ancestral boliviana, en el marco de la Política SAFCI y el SUS.
- vii. Garantizar la atención de salud dentro y fuera del establecimiento de salud, centrada en la persona, la familia, la comunidad, teniendo en cuenta la determinación social de la salud, la interculturalidad, género, generacionales, derechos humanos y otras situaciones de vulnerabilidad.
- viii. Establecer los mecanismos de integración de los servicios de salud a través de la implementación de la cita previa para garantizar la atención integral, continua, oportuna e ininterrumpida, con calidad y buen trato, con participación y control social, de acuerdo a normativa vigente.
- ix. Garantizar el acceso a la atención integral e intercultural en salud a la población del territorio asignado, así también a otra población que no forma parte de la Red y que circunstancialmente requieran atención, contemplando la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.
- x. Elaborar y actualizar la cartera de servicios de su Red, en coordinación con el responsable de salud de los municipios que la integran y el representante de los entes gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo designado por la ASUSS.
- xi. Brindar asesoramiento técnico en la elaboración y actualización de la cartera de servicios de los establecimientos de salud de su territorio y dar el Visto Bueno para su posterior aprobación por la instancia competente de acuerdo a normativa vigente.
- xii. Garantizar la implementación de los ciclos de mejora continua de la calidad de atención y los estándares de calidad y cobertura de la atención integral en salud de la población de influencia. Asimismo, realizar el monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento de los procesos y procedimientos.
- xiii. Coadyuvar en la gestión administrativa para dar respuesta a las necesidades de infraestructura, equipamiento, talento humano, insumos, reactivos, medicamentos y otros, que permitan mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud de su territorio asignado, de acuerdo al perfil epidemiológico de la Red y a las necesidades de la población y en el marco de la Normas Nacionales de Caracterización, el Modelo de Gestión Hospitalaria y otros que correspondan.
- xiv. Establecer mecanismos de coordinación de la atención integral e ininterrumpida conforme a la Norma Nacional de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia, con establecimientos de salud de mayor complejidad dentro y fuera de su territorio asignado, para la asistencia de pacientes que requieren atención especializada.
- xv. Impulsar la integración de los servicios de salud de los tres subsectores de su ámbito territorial, en aplicación de la Política SAFCI, para lo cual debe coordinar con el representante de los entes gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo designado por la ASUSS y con las instancias correspondientes del subsector privado, para establecer

mecanismos de organización de la Red y de coordinación de la atención integral de salud, a través de acuerdos y/o convenios interinstitucionales.

- xvi. En situación de urgencias y emergencias, deben garantizar que los establecimientos de salud cumplan con los mecanismos de coordinación con el Centro Coordinador de Emergencias de Salud Departamental.
- xvii. Realizar la organización de las ambulancias existentes en la Red, en coordinación con las instancias competentes, para garantizar la referencia, transferencia y contrareferencia, y en caso de ser necesario coordinar con otras Redes.
- xviii. Garantizar el flujo de información de los servicios prestados de los establecimientos de salud de la Red y su registro en el Sistema Nacional de Información en Salud – Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) y en el Registro Único de Establecimientos de Salud (RUES), de acuerdo a norma establecida.
- xix. Realizar el análisis e interpretación de la información epidemiológica para establecer el perfil epidemiológico de la Red.
- xx. Realizar el seguimiento y monitoreo a la conformación y funcionamiento de los comités de salud (comité de vigilancia de mortalidad materna, comité de auditoría médica interna y otros) establecidos por normativa.
- xxi. Impulsar la acreditación de establecimientos de salud de la Red, conforme a la normativa vigente.
- xxii. Supervisar el cumplimiento normativo de los establecimientos de salud privados dentro del ámbito de la Red.
- xxiii. Coadyuvar en los procesos de habilitación de los establecimientos de salud privados dentro del ámbito de la Red.

### **3.6. Planificación de Salud de la Red Integrada de Servicios de Salud**

- i. La Red debe considerarse como la unidad de planificación y gestión de salud de su territorio asignado, incluyendo a los tres subsectores.
- ii. La planificación de salud de la Red, se realizará considerando las características de la población, sus necesidades y expectativas, perfil epidemiológico, demanda y oferta de servicios de salud incluyendo el número, composición y distribución del talento humano, recursos físicos y financieros.
- iii. La planificación de salud debe ser integral, tomando en cuenta las necesidades de la población y la capacidad resolutoria de las instituciones de salud que conforman la Red y plasmarse en el Plan de Trabajo en Salud de la Red el cual tiene una construcción holística, participativa e involucra los diferentes niveles de atención y de gestión.
- iv. El Equipo de Coordinación Técnica de la Red debe elaborar el Plan de Trabajo en Salud de la Red, en coordinación con los Gobiernos Autónomos Municipales y los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo, debiendo presentar anualmente al Servicio Departamental de Salud correspondiente para su aprobación, y al Ministerio de Salud y Deportes y a la ASUSS para conocimiento.

- v. El Plan de Trabajo en Salud de la Red debe elaborarse tomando en cuenta las etapas de: planificación en base al diagnóstico situacional, ejecución, verificación y toma de decisiones; además debe incluir los objetivos, metas, indicadores de gestión, programación de acciones, resultados esperados, responsables de ejecución, recursos e insumos requeridos, para la mejora continua de los ámbitos de integración de la red. Debe guardar concordancia con las políticas, planes y estrategias nacionales, departamentales y municipales para el sector salud.
- vi. La elaboración del Plan de Trabajo en Salud de la Red se debe realizar con intervención de todo el personal de salud de la Red y debe ser concordante con el POA municipal de los municipios que la integran.
- vii. En las redes unimunicipales debe elaborarse y ejecutarse un solo Plan de Trabajo en Salud de la Red, entre el Gobierno Autónomo Municipal y el Equipo de Coordinación Técnica de la Red.
- viii. En las redes multimunicipales el Plan de Trabajo en Salud de la Red se constituye en la base para la planificación en salud de los municipios que la integran, por lo que debe elaborarse en coordinación con las instancias municipales que correspondan y gestionar su incorporación en el Plan Municipal de Salud y el Plan Operativo Anual de cada municipio. Su implementación deberá ser garantizada por el Equipo de Coordinación Técnica de la Red y los municipios que la integran.
- ix. En las redes intramunicipales de un mismo municipio, cada equipo de Coordinación Técnica de la Red debe elaborar el Plan de Trabajo en Salud de su Red, el cual debe guardar concordancia con el Plan Municipal de Salud y el POA municipal, por lo que este Equipo debe participar en la elaboración de estos últimos.
- x. En la elaboración del Plan de Trabajo en Salud de la Red deberá considerarse la totalidad de recursos disponibles de la Red para brindar servicios integrales de salud a toda la población asignada, en el marco de la normativa vigente.

### **3.7. Gestión Basada en Resultados en la Red Integrada de Servicios de Salud**

- i. La Red Integrada de Servicios de Salud debe implementar el modelo de gestión basado en resultados y orientar todos los recursos, procesos y sistemas de organización al logro de resultados previamente establecidos en el Plan de Trabajo en Salud de la Red.
- ii. La gestión basada en resultados debe ser organizada teniendo en cuenta los recursos disponibles, el personal, los plazos con los que se cuenta y definiendo los actores responsables y su participación activa en la Red, mediante la delegación de funciones.
- iii. La Red debe definir sus objetivos y resultados que se quieren alcanzar en el Plan de Trabajo en Salud de la Red, de acuerdo a las necesidades y expectativas de su población asignada, basados en el diagnóstico y análisis situacional, estableciendo indicadores, metas a corto plazo y tareas a realizar para alcanzarlas.
- iv. Para garantizar la gestión basada en resultados de la Red, todas las actividades programadas y presupuestadas deberán estar alineadas a la mejora continua de la calidad de la atención en los establecimientos de salud que la integran, a través de los siguientes pasos: planificar, ejecutar, verificar, actuar (ciclo básico de la gestión o "circulo

de Deming”); vinculando el financiamiento con las características propias de la Red y los cambios en el perfil epidemiológico de la Red.

- v. El Equipo de Coordinación Técnica de la Red debe realizar el seguimiento, monitoreo y evaluación de las actividades y metas establecidas en el Plan de Trabajo en Salud de la Red, para identificar los problemas que puedan surgir y aplicar medidas de contingencia más apropiadas, pudiendo redefinir prioridades, reasignar y readecuar recursos y responsabilidades, en correspondencia con los objetivos y resultados que pretende alcanzar la Red.
- vi. Se priorizarán tres mecanismos para el control, seguimiento, monitoreo y evaluación de la gestión basada en resultados: Plan de Trabajo en Salud de la Red, Comité de Análisis de la Información (CAI) y Rendición Pública de Cuentas.

### **3.8. Gestión del Talento Humano de la Red Integrada de Servicios de Salud**

- i. Se considera talento humano de la Red Integrada de Servicios de Salud a todo el personal de salud asignado en la Red, independientemente de su fuente de financiamiento o del subsector al que pertenezca, ya sea ítem, personal de contrato u otra modalidad.
- ii. La gestión del talento humano para la Red debe ser realizada ante las instancias de gobierno que correspondan, a partir de la planificación basada en las necesidades cuantitativas y cualitativas del personal y de los objetivos establecidos en el Plan de Trabajo en Salud de la Red.
- iii. El seguimiento de la programación y ejecución de actividades operativas del talento humano de la Red (equipo de salud) está bajo la supervisión del (a) Coordinador (a) Técnico (a) de la Red, en el marco de las funciones establecidas a cada funcionario por su entidad contratante. El Talento humano de la Red, incluidos los Programas Nacionales de Salud funcionales en el territorio de la Red, deben responder técnicamente a la Coordinación Técnica de la Red.
- iv. El(la) Coordinador(a) Técnico (a) de la Red tiene la función de gestionar y coordinar con las instancias competentes, la reasignación temporal o permanente del personal de salud de un establecimiento de salud a otro o función extramural, según demanda de atención y perfil epidemiológico para el cumplimiento de las metas definidas en el Plan de Trabajo en Salud de la Red, de acuerdo a funciones establecidas a cada funcionario por su entidad contratante, siempre y cuando esto no signifique dejar sin atención a una población determinada. En caso de que el personal sea contratado por un GAM, el personal sólo podrá ser reasignado al interior del territorio municipal correspondiente.
- v. En caso de acefalías, el Coordinador Técnico de la Red debe gestionar con las instancias correspondientes, la asignación o contratación del talento humano de acuerdo a necesidad y demanda de servicios y perfil epidemiológico de su territorio asignado.
- vi. La Red elaborará e implementará el Plan de Capacitación Continua del talento humano considerando a todo el personal de salud de la Red, independientemente de su entidad contratante.

### 3.9. Gestión de Infraestructura y Equipamiento para Establecimientos de Salud de la Red Integrada de Servicios de Salud

- i. Para la implementación de nuevos establecimientos de salud se debe priorizar aquellos que brinden servicios de atención integral, continua e ininterrumpida las 24 horas.
- ii. La gestión de infraestructura y equipamiento de establecimientos de salud, debe adecuarse a los objetivos, metas y resultados esperados, establecidos en el Plan de Trabajo en Salud de la Red, de acuerdo al perfil epidemiológico, a la demanda de servicios, a la identidad cultural indígena originario campesino y contemplando la medicina tradicional, en el marco de las Normas Nacionales de Caracterización.
- iii. El Equipo de Coordinación Técnica de la Red es el responsable de definir las necesidades de construcción, ampliación o refacción y equipamiento de establecimientos de salud dentro de su territorio asignado, en base a diagnóstico situacional de infraestructura y equipamiento (primer nivel cada 3 años y segundo nivel cada 5 años), tomando en cuenta criterios de equidad en el acceso de la población y demanda de servicios, en coordinación con las instituciones de salud pertenecientes a la red.
- iv. Para la gestión de nuevos establecimientos de salud, los gobiernos subnacionales y los entes gestores, deben coordinar con el Equipo de Coordinación Técnica de la Red para la asesoría técnica en la elaboración de proyectos de construcción y equipamiento, quienes además elaborarán un informe técnico para su posterior remisión al SEDES o a la ASUSS, según corresponda, para la emisión del dictamen de factibilidad y pertinencia técnica, económica, financiera y social, en el marco de la normativa vigente.
- v. El Equipo de Coordinación Técnica de la Red debe hacer conocer a las autoridades competentes, las necesidades de refacción o ampliación de infraestructura y/o fortalecimiento con equipamiento médico de establecimientos de salud de su territorio asignado, y realizar las gestiones correspondientes para efectivizar los mismos.

### 3.10. Gestión y Organización del Sistema de Información en Salud de la Red Integrada de Servicios de Salud

- i. El Equipo de Coordinación Técnica de la Red debe realizar el seguimiento y supervisión a la organización y sistematización de la información que efectúan los establecimientos de salud de la Red, según corresponda, a través de los instrumentos administrativos: expediente clínico, instrumentos de recolección (Recetario/recibo, Hoja de Referencia, etc.), instrumentos del SNIS-VE (Historia Clínica, Carnet de Salud, Certificado Médico de Nacido Vivo, Certificado Médico de Defunción, Carpeta Familiar y otros), las Herramientas Informáticas (SALMI, SOAPS, SICE, SIAF, etc.), así como los instrumentos de notificación de casos de enfermedades establecidos por los Programas Nacionales de Salud.
- ii. La Red debe organizar y centralizar la información remitida por todas las instituciones de salud de su territorio, tanto del Sistema Único de Salud, Programas Nacionales de Salud, Seguridad Social de Corto Plazo y de los Privados, a través de los instrumentos administrativos, instrumentos del SNIS-VE y las Herramientas Informáticas, con la finalidad de evitar la duplicidad de la información en la Red.
- iii. La Red debe remitir la información generada en la Red a las instancias correspondientes, según procedimientos establecidos del Sistema Único de Información en Salud – SUIS,

de acuerdo a normativa vigente del proceso de la gestión de la información, y generar los procedimientos para su utilización por todos los miembros de la Red, para facilitar la continuidad y oportunidad de la atención integral de las personas.

- iv. La Red debe remitir la información generada, a solicitud expresa del Ministerio de Salud y Deportes, Servicio Departamental de Salud, ASUSS y/o Gobierno Autónomo Municipal, según corresponda.
- v. La gestión de la información debe ser concordante con el Plan de Trabajo en Salud de la Red y dar conocer la situación de salud de su población, la demanda y uso de servicios, trayectoria de pacientes por todo el continuo de atención de la Red, en los espacios de análisis ya establecidos por Norma.
- vi. La Red y cada establecimiento de salud deben contar con una sala situacional que estará permanentemente actualizada según corresponda.
- vii. La Red debe realizar el seguimiento de la aplicación, registro y actualización permanente, según normativa establecida, del Registro Único Establecimientos de Salud (RUES), que debe ser obligatorio para todos los establecimientos de salud. Constituye junto con el Código Único de Establecimiento de Salud en un respaldo de funcionamiento del establecimiento de salud.
- viii. El Registro Único Establecimientos de Salud (RUES) debe ser utilizado como información oficial para el análisis situacional de los recursos disponibles y la capacidad instalada (infraestructura, equipamiento, talento humano, cartera de servicios y otros) de la Red Integrada de Servicios de Salud y los establecimientos de salud.
- ix. Los establecimientos de salud privados y de la Seguridad Social de Corto Plazo que forman parte de la Red, deben registrarse de forma obligatoria a la normativa nacional vigente del proceso de la gestión de la información.

### **3.11. Monitoreo, Supervisión y Evaluación de la Red Integrada de Servicios de Salud**

- i. La Red debe establecer mecanismos de control de la gestión y de la prestación de servicios de salud de los establecimientos que la integran, de manera que se cuente con información oportuna para la toma de decisiones.
- ii. La Red debe realizar el monitoreo y supervisión de las acciones establecidas en el Plan de Trabajo en Salud de la Red, mismos que deben responder a indicadores definidos en los planes nacionales, departamentales y municipales del sector salud, de manera que se pueda medir los avances de las metas y resultados esperados, verificar el cumplimiento de compromisos de gestión y controlar los procesos de mejoramiento y calidad de servicios.
- iii. La Red debe ser evaluada por los SEDES, a través de la Coordinación Técnica de la Red, de forma periódica (cada gestión) o por el Ministerio de Salud y Deportes en coordinación con los SEDES, según necesidad o requerimiento, de acuerdo al Plan de Trabajo en Salud de la Red.

## CAPÍTULO 4. GOBERNANZA Y ALIANZAS ESTRATÉGICAS DE LA RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

### 4.1. Estructura de Gobernanza de la Red Integrada de Servicios de Salud

- i. La Estructura de Gobernanza de la Red Integrada de Servicios de Salud está conformada por autoridades de la Estructura Estatal en Salud y los actores clave de la Estructura Social en Salud de los niveles de gestión nacional, departamental, regional, municipal e indígena originario campesino y local, del ámbito de la Red (9).
- ii. El nivel Nacional de la Estructura de Gobernanza de la Red corresponde al Ministerio de Salud y Deportes, representado por la Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad y otras instancias según corresponda, tiene una participación no permanente de asesoría técnica a las Redes Integradas de Servicios de Salud.
- iii. El nivel Departamental de la Estructura de Gobernanza de la Red corresponde al Servicio Departamental de Salud, como ente rector a nivel departamental, y a las ASUSS departamentales. Tiene una participación permanente técnica y de gestión de salud, en la planificación, organización y proceso de implementación de las Redes Integradas de Servicios de Salud. A través de las Coordinaciones Técnicas de Red, quienes tienen rectoría técnica operativa dentro de su ámbito territorial, monitorizan y supervisan a los establecimientos de salud y al talento humano de la Red independientemente de su fuente de financiamiento, en conformidad con lo dispuesto por el nivel nacional y en coordinación con el nivel regional, municipal o indígena originario campesino, según corresponda.
- iv. El nivel Regional de la Estructura de Gobernanza de la Red corresponde a la Dirección de Salud del Gobierno Autónomo Regional. Tiene una participación permanente técnica y de gestión de salud, en la planificación, organización y proceso de implementación de las Redes Integradas de Servicios de Salud.
- v. El nivel Municipal o indígena originario campesino de la Estructura de Gobernanza de la Red, representado por la Instancia Máxima de Gestión Local de Salud (IMGLS) del o de los municipios que integran a la Red. Tiene una función permanente de gestión técnica y administrativo.
- vi. El nivel Local de la Estructura de Gobernanza de la Red, representado(s) por los Responsables de Establecimientos de Salud que integran la Red.
- vii. La Estructura Social en Salud de la Red, es el ente conformado por las organizaciones sociales de los municipios que integran la Red Integrada de Servicios de Salud, representado por el (los) Consejo(s) Social(es) Municipal(es) o Indígena Originario Campesino de Salud, quienes transmiten las necesidades en salud de la población, ante la Estructura de Gobernanza de la Red.
- viii. Las acciones desarrolladas por la Estructura de Gobernanza de la Red Integrada de Servicios de Salud, deben enmarcarse en las competencias exclusivas, concurrentes y compartidas en salud establecidas en el Artículo 81 de la Ley N° 031 Marco Autonomías y Descentralización “Andrés Báñez” de 19 de julio de 2010, en el Artículo 3 Numeral II de la Ley N° 1198 “Ley de Modificación a la Ley 031 de 19 de julio de 2010, Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Báñez” de 14 de julio de 2019.

## 4.2. Instancias de Coordinación para la funcionalidad de la Red Integrada de Servicios Salud

- i. De acuerdo a la estructura de gobernanza, las Instancias de Coordinación para la funcionalidad de la Red Integrada de Servicios Salud son la máxima autoridad ejecutiva o representante de salud departamental, regional, municipal e IOC, además del Coordinador Técnico de la Red, estructura social en salud y actores claves intersectoriales e interinstitucional del ámbito de la Red (agua potable, educación, vivienda, seguridad alimentaria, seguridad ciudadana, etc.).
- ii. La Instancia de Coordinación para la funcionalidad de la Red permitirá la generación de alianzas estratégicas y toma de decisiones sobre la gestión de los servicios de salud para garantizar la atención integral, la articulación y complementariedad de la cartera de servicios incluyendo la medicina tradicional y el seguimiento al cumplimiento del Plan de Trabajo en Salud de la Red.
- iii. La Instancia de Coordinación para la funcionalidad de la Red Integrada de Servicios de Salud deberá reunirse al menos dos veces al año, las reuniones deberán ser convocadas por la máxima autoridad ejecutiva o representante de salud departamental a solicitud de la Coordinación Técnica de Red.

## 4.3. Participación y Control Social en la Red Integrada de Servicios de Salud

- i. La estructura social en salud (Concejo Social Departamental de Salud, Concejo Social Municipal de Salud, Comité Local de Salud, Autoridad Local de Salud) ejercerá participación y control social en la gestión territorial y/o funcional, en el ámbito de la Red.
- ii. La Red debe promover espacios de participación y control social conformados por los actores sociales y colectivos en su ámbito territorial.
- iii. Los actores de la participación y control social pueden proponer, promover y difundir políticas, planes, programas y proyectos ante la estructura de gobernanza de la Red, orientadas a fortalecer la atención integral en salud y la corresponsabilidad en la gestión pública, ante la Máxima Instancia en Salud.

## 4.4. Abordaje Intersectorial de la Determinación Social de Salud en la Red Integrada de Servicios de Salud

- i. La Red Integrada de Servicios de Salud tiene la función de identificar los determinantes sociales de la salud prioritarios que inciden en la situación de salud del ámbito de la Red, en coordinación y corresponsabilidad con el equipo de salud de los establecimientos de salud, la Instancia Máxima de Gestión Local de Salud (IMGLS) y con instituciones de otros sectores (educación, agua y saneamiento básico, seguridad alimentaria, etc.) para contribuir a mejorar de manera equitativa el estado de salud de la población.
- ii. El Equipo de Coordinación Técnica de la Red debe coordinar con el equipo de salud de los establecimientos de salud, con la Instancia Máxima de Gestión Local de Salud (IMGLS) y con las instituciones de los sectores involucrados, la gestión de las acciones para el abordaje de la determinación social de la salud y contemplarlos en el Plan de Trabajo en Salud de la Red.

## CAPÍTULO 5. ATENCIÓN INTEGRAL INTERCULTURAL EN SALUD EN LA RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

### 5.1. Atención centrada en la persona, la familia y la comunidad

- i. Se considera a la salud de las personas como un equilibrio interno consigo mismo, con su familia, con su comunidad, su cultura, su medio ambiente y su espiritualidad bajo un enfoque intercultural.
- ii. La atención integral e intercultural en salud de la red debe estar centrada en la persona, la familia, la comunidad y sus necesidades en salud, a partir de acciones de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad en el marco de la Política SAFCI.
- iii. El personal de salud debe brindar buen trato a la persona, la familia y la comunidad, dentro y fuera del establecimiento de salud, priorizando su bienestar y dignidad sobre cualquier otra consideración de carácter administrativo u otro que afecte el derecho fundamental de la salud.
- iv. La atención integral intercultural en salud en la Red debe brindarse dentro de su territorio asignado y en caso de situaciones de urgencias o emergencias, a población de otras redes de salud, en cumplimiento del principio fundamental de protección de la salud y la vida de las personas.

### 5.2. Integralidad de los servicios en la Red Integrada de Servicios de Salud

- i. La integralidad de los servicios en la Red comprende la programación y prestación de servicios de promoción de la salud, prevención y atención de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y medicina tradicional ancestral boliviana, otorgados por el equipo de salud, dentro y fuera del establecimiento de salud.
- ii. La integralidad de los servicios incluye la atención de la persona, familia y comunidad, de sus problemas de salud corporal, mental y espiritual, para lo cual se deben realizar las adecuaciones culturales correspondientes y el manejo de los factores sociales, laborales, causales, ambientales y determinantes.
- iii. La implementación de la Política SAFCI en todos los niveles de atención de la Red, es responsabilidad de todo el personal asignado, ya sea personal de ítem, contratos y otras modalidades de contratación, independientemente de su fuente de financiamiento (MSyD, SEDES, GAD, GAM, etc.).
- iv. La programación de actividades e intervenciones en salud dentro de la Red debe ser única, integrando todos los servicios y programas de salud independientemente de su fuente de financiamiento y nivel de dependencia, y enfocada a las necesidades de su área de influencia, por lo que la elaboración de los mismos debe coordinarse con el equipo de Coordinación Técnica de la Red para brindar servicios de salud integrales.
- v. La Red establecerá procesos y procedimientos que permitan la integralidad, coordinación, continuidad y complementariedad de la atención en salud entre los tres subsectores,

tanto en la atención primaria en salud, la atención pre hospitalaria, intrahospitalaria y pos hospitalaria.

### 5.3. Niveles de Atención y Servicios de Salud

- i. La Red Integrada de Servicios de Salud debe organizar la atención integral para garantizar el cuidado de la salud, tomando en cuenta la oferta de servicios de toda la Red, integrando a todos los establecimientos de salud de los tres subsectores de su ámbito territorial y de esta manera coadyuvar a la reducción de la fragmentación.
- ii. La Red se organiza por niveles de atención de complejidad creciente que se definen por su capacidad técnica instalada, las cuales interactúan de manera coordinada, articulada, complementaria y corresponsable para su funcionalidad.
- iii. La Red integra a establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención y se articula a establecimientos de salud de mayor complejidad de atención (hospitales de tercer nivel y/o institutos de cuarto nivel), bajo los principios de integralidad y complementariedad de los tres subsectores y la medicina tradicional de los pueblos indígenas originarios campesinos, y a través de los mecanismos de coordinación integral, referencia, transferencia y contrareferencia.
- iv. La atención en la Red inicia en el primer nivel de atención, desde donde el paciente es referido o transferido para atención especializada de forma ambulatoria u hospitalizada en establecimientos de mayor capacidad resolutive, vinculando acciones y servicios que garanticen la continuidad de la atención en salud.
- v. Los hospitales de segundo nivel son parte de la Red donde se encuentren ubicados, no obstante, también se articulan funcionalmente a otras Redes que sólo cuenten con establecimientos de salud de primer nivel o de acuerdo a necesidad y demanda de servicios, en el marco del SUS o a través de convenios u otras acciones de coordinación, según el subsector al que pertenece.
- vi. En caso de que una Red no cuente en su territorio con servicios especializados, debe gestionar la atención con el o los hospitales de otra Red, según criterios de accesibilidad geográfica natural existente, en el marco del SUS o a través de convenios u otras acciones de coordinación, según el subsector al que pertenece. Asimismo, puede gestionar la compra de servicios de hospitales de mediana y alta complejidad de la Seguridad Social de Corto Plazo y/o instituciones privadas, de acuerdo a accesibilidad y demanda de la población.
- vii. Los hospitales del tercer nivel e institutos de cuarto nivel se articulan a las Redes y son parte constitutiva de la planificación, gobernanza y procesos de toma de decisiones de la Red, según corresponda, por lo que la Red debe gestionar con las autoridades competentes la atención en estos establecimientos de salud según criterios de accesibilidad geográfica natural existente, a través del SUS, convenios u otras acciones de coordinación según el subsector al que pertenece.
- viii. La integración y complementación de los diferentes niveles de atención de los tres subsectores será necesaria para garantizar la funcionalidad y capacidad resolutive de la Red.

#### 5.4. Servicios en el Primer Nivel de Atención en la Red Integrada de Servicios de Salud

- i. El primer nivel de atención es el punto de contacto entre la población y la Red Integrada de Servicios de Salud y se constituye en la unidad básica operativa integral de la Red, en la cual se soluciona la gran mayoría de los problemas de salud de la población, además tiene bajo su cargo el seguimiento de la continuidad de la atención, incluyendo de la atención especializada del paciente en establecimientos de mayor complejidad y su contrareferencia.
- ii. El primer nivel de atención, programa y brinda servicios intra y extramurales de atención integral que incluye servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, servicios ambulatorios y de internación, y servicios complementarios de diagnóstico, así como servicios de medicina tradicional, de acuerdo a la caracterización de los establecimientos de salud en el marco de la normativa nacional vigente.
- iii. La atención extramural comunitaria se realizará a través de equipos integrales de salud conformados por todo el personal de salud independientemente de su nivel de dependencia y con una población específica asignada bajo su responsabilidad.
- iv. El primer nivel puede incluir la prestación de servicios de especialidades en función al perfil epidemiológico y/o la demanda de la población asignada. Esta disposición no implica necesariamente la ampliación de servicios ni la contratación de personal especializado de dedicación exclusiva en un determinado establecimiento de salud de la Red, pudiendo gestionar estos servicios con establecimientos de salud de mayor complejidad de la Red u otras Redes aledañas o a través de los Servicios de Telesalud.
- v. En función a las necesidades y demanda de servicios en salud, los establecimientos de salud de primer nivel que no cuenten con algunos servicios complementarios como: laboratorio, imagenología, telesalud, alimentación y nutrición, etc., se considerará la inclusión de estos servicios de acuerdo a la infraestructura y equipamiento disponible, en el marco de la Norma Nacional de Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención.

#### 5.5. Servicios Especializados de Mayor Complejidad de Atención en la Red Integrada de Servicios de Salud

- i. Los servicios especializados son otorgados por los hospitales de segundo y tercer nivel e institutos de cuarto nivel de atención, siendo estos de alta complejidad diagnóstica y terapéutica, cumpliendo un rol significativo en la capacidad resolutoria de la Red. Deben ser integrados y articulados a la Red, según criterios de accesibilidad, en el marco del SUS o a través de convenios u otras acciones de coordinación según el subsector al que pertenecen.
- ii. Los hospitales de segundo nivel brindan servicios basados en el modelo de complejidad progresiva, organizándose en niveles de cuidados ambulatorios, mínimos o generales, medios, intermedios y críticos, en el marco del Modelo Gestión Hospitalaria. Brindan servicios de especialidades básicas como medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría, Urgencias/Emergencias, Anestesiología, Imagenología (Radiología, Ecografía), Odontología, Laboratorio Clínico, Anatomía Patológica, Transfusión, Nutrición y Dietética, Medicina Física y Rehabilitación, Enfermería, pudiendo aplicar la Telemedicina y pueden contar con otras especialidades que mejoren su capacidad resolutoria y que permitan

resolver los casos que no se pueden resolver en el primer nivel de atención, de acuerdo al perfil epidemiológico, necesidades específicas y demandas de la población.

- iii. Los hospitales de tercer nivel brindan servicios basados en el modelo de complejidad progresiva, organizándose en niveles de cuidados ambulatorios, mínimos o generales, medios, intermedios y críticos, en el marco del Modelo Gestión Hospitalaria. Brindan atención a pacientes con enfermedades que no pueden ser resueltas en el segundo nivel y prestan servicios de especialidades y subespecialidades médicas de alta resolución, como Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría Clínica y Quirúrgica, Neonatología Gastroenterología, Cardiología y Neumología, Reumatología, Hematología, Endocrinología, Infectología, entre otros, pudiendo incorporar otras dependiendo del perfil epidemiológico.
- iv. Los Institutos de cuarto nivel, son entidades que ofrecen servicios altamente especializados y de investigación. Sus servicios comprenden: atención ambulatoria y de internación en especialidades, subespecialidades, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e investigación científica en el ámbito de su especialidad, funciones de docencia asistencial de especialidad y subespecialidad (11).

#### **5.6. Cartera de Servicios de la Red Integrada de Servicios de Salud**

- i. La cartera de servicios de la Red se elabora con carácter de informativo para la población y permitirá definir la capacidad de respuesta de la Red.
- ii. La Red debe elaborar su cartera de servicios y actualizarla cuando se adicionen o supriman servicios, misma que debe ser validada y aprobada por el SEDES. Debe ser coherente con la cartera de servicios de salud de los establecimientos de salud que integran la Red.
- iii. La cartera de servicios de salud de la Red debe ser integrada y definirse en función al perfil epidemiológico y a las necesidades y exceptivas de salud de la población, considerando la capacidad física instalada (infraestructura, equipamiento y talento humano) de los establecimientos de salud que la integran, de acuerdo a su nivel de complejidad.
- iv. La cartera de servicios de la Red puede ser ajustada o modificada, en caso de brote, epidemia o pandemia u otra emergencia sanitaria.
- v. La cartera de servicios de la Red debe ser articulada y complementaria con los hospitales de mayor complejidad, a través de los mecanismos de coordinación integral y un flujo efectivo de referencia, transferencia y contrarreferencia.
- vi. La cartera de servicios de los establecimientos de salud y de la Red deben incluir los servicios de atención integrales y especializados, apoyo al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, servicios de Telesalud existentes, servicios de medicina tradicional y otros.
- vii. Identificar los servicios especializados, de acuerdo a la capacidad instalada en los establecimientos de salud de mayor complejidad, dentro y fuera de la Red.

#### **5.7. Mecanismos de Coordinación Integral, Referencia, Transferencia y Contrarreferencia.**

- i. Cada Red Integrada de Servicios de Salud debe elaborar una sala situacional que incluya el mapeo de los establecimientos de salud que la conforman y los establecimientos de salud de referencia dentro y fuera de la Red, su complejidad y cartera de servicios.

- ii. En caso de pacientes referidos desde el primer nivel de atención a establecimientos de mayor complejidad, la Red debe gestionar su atención dentro de la Red o fuera de la Red, de acuerdo a necesidad y accesibilidad geográfica, y en situación de urgencia y emergencia médica a través del Centro Coordinador de Emergencias en Salud correspondiente, en el marco de la Norma Nacional de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia.
- iii. En caso de pacientes que requieran interconsultas de especialidades para patologías crónicas estables u otras que no sean de urgencia o emergencia, las mismas pueden realizarse a través de los servicios de Telesalud si cuenta con el mismo, o de manera presencial de acuerdo a los mecanismos de coordinación integral, de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia establecidos por norma, por lo que la Red debe tener identificado los establecimientos de salud donde se encuentran estos servicios.
- iv. En caso de pacientes del subsector público de hospitales de tercer o segundo nivel que requieran atención en establecimientos de salud privados o de la Seguridad Social de Corto Plazo, se realizará en el marco de convenios establecidos u otras acciones de coordinación, según el subsector al que pertenecen y de acuerdo normativa vigente.
- v. En el caso de los asegurados y beneficiarios de la Seguridad Social de Corto Plazo, en municipios donde no exista presencia física del ente gestor y requieran prestaciones de emergencia/urgencia o por riesgo de vida, el ente gestor reembolsará en la totalidad las prestaciones recibidas a la persona quien erogó el gasto, de acuerdo a Reglamento Único de Prestaciones emitido por la ASUSS. Si el paciente requiere referencia, transferencia o contrarreferencia, la misma se realizará de acuerdo a normativa vigente.
- vi. En municipios donde no exista presencia física del ente gestor, la ASUSS en coordinación con el Equipo de Coordinación Técnica de la Red, deberán garantizar la atención integral en salud a los asegurados y beneficiarios de la Seguridad Social de Corto Plazo, a través de la compra de servicios por orden de prelación: convenios con otros entes gestores, convenios con establecimientos públicos y contratos con servicios privados.
- vii. Los Entes Gestores del Seguro Social de Corto Plazo, con el propósito de establecer la vigencia de derechos de sus asegurados, deben actualizar de manera bimensual las listas de su población asegurada (titular y beneficiaria) en la base de datos del asegurado y remitir al Ministerio de Salud y Deportes para su consolidación y difusión a los establecimientos de salud públicos, de acuerdo a normativa vigente.
- viii. Cuando un establecimiento de salud público no cuenta con los medios para la realización de exámenes complementarios podrá solicitarlos a otro mediante el documento de solicitud de exámenes de laboratorio, gabinete o servicios correctamente elaborado y suscrito, no requiriendo de referencia, por lo que la Red debe realizar el seguimiento respectivo para su cumplimiento.
- ix. La referencia, transferencia y contrarreferencia del paciente, debe efectivizarse por los principales actores involucrados: el establecimiento de origen y el establecimiento u hospital que recibe al paciente, bajo la supervisión del Equipo de la Coordinación Técnica de Red; y en situación de urgencia y emergencia médica en coordinación del Centro Coordinador de Emergencias en Salud Departamental de acuerdo a normativa vigente.
- x. Una vez resuelta la necesidad en salud del paciente referido en el establecimiento de mayor complejidad y cuente con el alta hospitalaria, éste debe informar y/o contrarreferir

al paciente al establecimiento de salud de origen y debe ser de conocimiento de la Red, para el seguimiento de los cuidados que le corresponde por curso de vida, de acuerdo a normativa vigente.

- xi. La Red debe gestionar mecanismos de coordinación integrales entre los establecimientos de salud dentro y fuera de su territorio y garantizar la aplicación de la Norma Nacional de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia en toda la Red.

## CAPÍTULO 6. RECURSOS FINANCIEROS PARA LA RED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD

### 6.1. Asignación de recursos para el funcionamiento del Equipo de Coordinación Técnica de la Red Integrada de Servicios de Salud.

- i. El financiamiento para el funcionamiento de la Coordinación Técnica de la Red, corresponde al nivel departamental, de acuerdo a normativa nacional vigente.
- ii. Los Gobiernos Autónomos Departamentales a través de los Servicios Departamentales de Salud tienen la obligación de asignar presupuesto para gastos de funcionamiento y fortalecimiento del Equipo de Coordinación Técnica de la Red (recursos físicos, gastos operativos y otros) dentro de un Plan Operativo Anual alineado al Plan Departamental de Salud, pudiendo crear direcciones administrativas independientes.
- iii. Para gestionar la asignación de recursos necesarios para la Red, el Equipo de Coordinación Técnica de la Red, debe presentar al Servicio Departamental de Salud su Plan Operativo Anual con la programación de actividades y presupuesto estimado alineados a las metas y objetivos del Plan de Trabajo en Salud de la Red.
- iv. Los Servicios Departamentales de Salud debe realizar gestiones sobre el presupuesto asignado para incremento adicional, según ejecución del Plan Operativo Anual de la Coordinación Técnica de Red.
- v. Los Servicios Departamentales de Salud deben gestionar a través de los Gobiernos Autónomos Departamentales los mecanismos de cooperación y cofinanciamiento con los Gobiernos Autónomos Regionales, Gobiernos Autónomos Municipales o Gobiernos Autónomos Indígenas Originarios Campesinos que integran cada Red mediante convenios intergubernativos u otros mecanismos de cooperación, en el marco de la Ley N° 492 de 25 de enero de 2014 “Ley de acuerdos y convenios intergubernativos”, para garantizar el desarrollo de funciones y logística del Equipo de Coordinación Técnica de la Red.
- vi. El apoyo con financiamiento externo a través de las Organizaciones No Gubernamentales o de Cooperación Externa que intervienen en los municipios que integran la Red debe ser de conocimiento de la Coordinación Técnica de la Red, asimismo estas instituciones deben destinar recursos adicionales a la Coordinación Técnica de Red para el seguimiento a las intervenciones realizadas dentro de la Red.
- vii. El Equipo de Coordinación Técnica de la Red debe destinar la totalidad de recursos asignados para efectuar el seguimiento, monitoreo y supervisión a los establecimientos de salud que integran la Red.

### 6.2. Rendición de cuentas

- i. El Equipo de Coordinación Técnica de la Red, debe rendir cuentas del cumplimiento de las metas fijadas en el Plan de Trabajo en Salud de la Red y ejecución de presupuesto, en los espacios de análisis ya establecidos por Norma, y a requerimiento de las autoridades competentes.
- ii. El Equipo de Coordinación Técnica de la Red debe realizar la rendición pública de cuentas del cumplimiento del Plan de Trabajo en Salud de la Red, de forma anual.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los sistemas de salud de Ecuador. 2008..
2. Ministerio de Salud y Deportes. Plan Sectorial de Desarrollo Integral para Vivir Bien Sector Salud PSDI 2021-2025. La Paz; 2022.
3. Ivani Bursztyn, Rosana Kushnir, Ligia Giovanella, Alicia Stolkiner, Luiza Sterman-Heimann, María Riveros, Anna Sollazzo. Notas para el estudio de la atención primaria en contextos de sistemas de salud segmentados. 2010..
4. Bolivia. Decreto Supremo N° 29601. 2008 junio 11..
5. Ministerio de Salud y Deportes VO. La Política SAFCI, su estrategia de promoción de la salud y prácticas alimentarias saludables. La Paz - Estado Plurinacional de Bolivia; 2013.
6. Ministerio de Planificación del Desarrollo. Plan de Desarrollo Económico y Social PDES 2021-2025 Hacia la industrialización con sustitución de importaciones. La Paz - Estado Plurinacional de Bolivia; 2021.
7. Ministerio de Salud y Deportes. Plan Estratégico Institucional PEI 2021- 2025. La Paz; 2022.
8. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, D.C; 2010.
9. Ministerio de Salud y Deportes. Guía de Procedimientos de la Gestión Participativa Local en Salud La Paz; 2015.
10. Organización Panamericana de la Salud. La gobernanza en las Redes Integradas de Servicios de Salud: contextos, modelos y actores en América Latina.; 2019.
11. Estado Plurinacional de Bolivia. Ley de Institutos de Cuarto Nivel de Salud. 2015, septiembre 21. x

**ANEXO 1.**  
**PERFIL Y FUNCIONES DEL EQUIPO DE COORDINACIÓN TÉCNICA  
DE LA RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD**

• **Coordinador Técnico (a) de la Red**

**Perfil profesional**

- i. Contar con Título en Provisión Nacional en Ciencias de la Salud a nivel de Licenciatura.
- ii. Formación post gradual en Salud Pública, Gestión de Redes de Salud o similares.
- iii. Amplio conocimiento de la Política SAFCI, del SUS, Redes Integradas de Servicios de Salud y otros documentos técnico-normativos relacionados.
- iv. Liderazgo en gestión participativa de la salud.

**Experiencia**

- i. Experiencia general de al menos 5 años en el campo de la salud.
- ii. Experiencia específica mínima de 2 años de trabajo a nivel de las Redes de Servicios de Salud en cargos similares.

**Funciones**

- i. Dirigir la formulación y ejecución del Plan de Trabajo en Salud de la Red y del Plan Operativo Anual (POA) de la Red con la participación de todos los actores involucrados (SEDES, GAMs, Responsables de Programas Nacionales, Directores de establecimientos de salud, Estructura Social en Salud y otros).
- ii. Implementar y aplicar la Política SAFCI, el SUS y la normativa vigente en salud para la organización y funcionalidad de la Red Integrada de Servicios de Salud.
- iii. Representar a la Red ante instancias de gestión municipal, departamental, nacional y otras instancias de gestión y coordinación intersectorial y/o interinstitucional.
- iv. Gestionar convenios y acuerdos de fortalecimiento de la atención integral en salud en el ámbito de su jurisdicción.
- v. Coordinar las acciones de salud Integral en el ámbito de la jurisdicción de la Red entre los actores de salud y las entidades intersectoriales.
- vi. Gestionar los recursos necesarios para el funcionamiento de la Red: servicios, infraestructura, equipamiento y tecnologías, talento humano y otros.
- vii. Gestionar la incorporación y financiamiento de la medicina tradicional en los establecimientos de salud para coadyuvar en las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención primaria en salud, en el marco de la normativa vigente.
- viii. Informar periódicamente a las instancias de gestión del nivel departamental y municipal, y a la población sobre la ejecución del Plan de Trabajo en Salud de la red.

- **Responsable de Atención Integral de Salud.**

**Perfil profesional**

- i. Profesional con Título en Provisión Nacional en Ciencias Médicas a nivel de Licenciatura.
- ii. Amplio conocimiento de la Política SAFCI, del SUS, Redes de Servicios de Salud y otros documentos técnico normativos relacionados.
- iii. Conocimiento en promoción de la salud y prevención de enfermedades y atención integral intercultural en el ámbito de gestión de la red y de coordinación intersectorial e interinstitucional.

**Experiencia**

- i. Experiencia general de 3 años en el campo de la salud.
- ii. Experiencia específica de 2 años de trabajo a nivel de la red de servicios.

**Funciones**

- i. Organizar y ejecutar las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades a nivel de la comunidad en estrecha coordinación con la Estructura Social de Salud.
- ii. Implementar las acciones de educación para la vida, reorientación de los servicios de salud, movilización social y alianzas estratégicas establecidas en la Política SAFCI.
- iii. Organizar la prestación de servicios de salud de todos los establecimientos de salud de la Red.
- iv. Gestionar los mecanismos de coordinación integral, referencia, transferencia y contra referencias de pacientes entre establecimientos de salud de la red de salud y de otras redes, según sea necesario.
- v. Organizar y articular los procesos de gestión de pacientes de los establecimientos de salud.
- vi. Realizar el seguimiento a la implementación y uso de guías de práctica, normas, protocolos, reglamentos e indicadores en los establecimientos de salud de la Red.
- vii. Coordinar con el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUEM) de la Red, la atención integral e integrada de pacientes de su jurisdicción.
- viii. Gestionar la programación, adquisición y distribución de medicamentos e insumos de toda la Red, en coordinación con los Responsables de Farmacia de los establecimientos de salud de la Red.

- **Responsable de Vigilancia Epidemiológica**

**Perfil profesional**

- i. Profesional con Título en Provisión Nacional en Medicina, Enfermería u otra rama de la Salud a nivel de Licenciatura.
- ii. Formación post gradual en Epidemiología o similares.

- iii. Amplio conocimiento de la Política SAFCI, del SUS, Vigilancia Epidemiológica y otros documentos técnico normativos relacionados.
- iv. Conocimiento de métodos y herramientas de vigilancia epidemiológica.

### **Experiencia**

- i. Experiencia general de 3 años en el campo de la salud.
- ii. Experiencia específica de 2 años de trabajo a nivel de la red de servicios.

### **Funciones**

- i. Realizar la vigilancia epidemiológica de enfermedades infecciosas, crónicas, factores de riesgo y alertas epidemiológicas de la Red.
- ii. Realizar el seguimiento al registro de instrumentos de notificación de casos de enfermedades establecidos por los Programas Nacionales de Salud.
- iii. Registrar, analizar y reportar al SNIS-VE la información referida a enfermedades prioritarias epidemiológicamente.
- iv. Colaborar, promover y/o programar acciones de prevención y asistencia de enfermedades prevalentes.
- v. Coordinar con Programas Nacionales en los temas de su competencia.
- vi. Desarrollar y mantener mecanismos efectivos y oportunos de análisis de datos provenientes de la notificación de enfermedades de denuncia obligatoria, según normas vigentes, así como otros indicadores, a fin de monitorear la situación de salud de la Red.
- vii. Promover actividades de control derivadas de los resultados de la información obtenida.
- viii. Informar de forma periódica a las instancias competentes sobre el estado epidemiológico de las enfermedades.
- ix. Seguimiento al cumplimiento de las normas nacionales de control de zoonosis, reservorios e infecciones hospitalarias y otros.

### **• Gestor de Calidad y Auditoría Médica**

#### **Perfil profesional**

- i. Profesional con Título en Provisión Nacional en Medicina.
- ii. Formación post gradual en Gestión de Calidad y Auditoría Médica.
- iii. Amplio conocimiento de la Política SAFCI, del SUS, Gestión de Calidad y Auditoría en Salud, Administración Pública y/o en Administración o Gerencia de Servicios de Salud, trabajo en equipo, manejo de conflictos y liderazgo y otros documentos técnico normativos relacionados.

### **Experiencia**

- i. Experiencia general de 5 años en el campo de la salud.

- ii. Experiencia específica de 2 años de trabajo en gestión de calidad y auditoría médica en salud y a nivel de la red de servicios.

### **Funciones**

- i. Promover el conocimiento y cumplimiento a la normativa establecida por el PRONACS y las normativas relacionadas a Gestión de Calidad y Auditoría Médica.
- ii. Realizar el diagnóstico de calidad de los establecimientos de salud de la Red, a través de un cronograma de supervisión a las unidades y servicios.
- iii. Monitorizar los procesos de seguridad y calidad de servicios, del trato a los usuarios y de los procesos asistenciales.
- iv. Mantener estrecha relación funcional con la unidad de calidad del SEDES para el cumplimiento o cooperación de acciones de mejoramiento de la calidad de servicios en la Red.
- v. Realizar propuestas al Equipo de Coordinación Técnica de la Red para la programación anual de actividades de capacitación y socialización en temas de gestión de calidad.
- vi. Mantener informado al Coordinador Técnico de la Red, sobre las condiciones de infraestructura o equipamiento y dotación de insumos y medicamentos de los establecimientos de salud de la Red.
- vii. Coordinar y asesorar a los diferentes Comités o Subcomités de Calidad de los Establecimientos de Salud, de su área de influencia, en materia de Calidad en Salud como ser Seguridad del Paciente, Manejo del Expediente Clínico, Consentimiento Informado, Caracterización, Habilitación, Acreditación y Certificación de Establecimientos de Salud y otros temas relacionados con la calidad en salud.
- viii. Establecer, participar y dar seguimiento a los comités de asesoramiento de los establecimientos de salud, formulando propuestas de mejora en la calidad en salud percibida y en seguridad del paciente por los usuarios internos y externos.
- ix. Capacitar al talento humano de toda la Red en temas de Gestión de Calidad y Auditoría Médica, de los Establecimientos de Salud de su área de influencia de acuerdo a programación y cronograma definidos en el Plan de Trabajo en Salud de la Red.
- x. Con carácter periódico, y de acuerdo a disponibilidad de la red de salud, requerirá de los gestores de calidad de los establecimientos de salud, información en relación a logros, alcances y metas en gestión de calidad en salud.
- xi. Coadyuvar en la solución inmediata u orientación para situaciones de reclamo y sugerencias que tenga que ver con la calidad de los servicios en la Red.
- xii. Monitoreo y seguimiento a los procesos de auditoría médica de los establecimientos de salud de la Red.
- xiii. Realizar propuestas al Equipo de Coordinación Técnica de la Red para la programación anual de auditorías médicas.
- xiv. Coordinar y asesorar a los diferentes Comités de Auditoría Médica de los Establecimientos de Salud, de su área de influencia.

- xv. Proporcionar información sobre procesos de auditoría médica, en coordinación con los establecimientos de salud involucrados, a requerimiento del Ministerio de Salud o los SEDES.

- **Estadístico**

**Perfil profesional**

- i. Profesional con Título en Provisión Nacional a nivel Licenciatura o Técnico Superior en Estadística, Bioestadística, Informática o ramas afines.
- ii. Amplio conocimiento en manejo de los sistemas y/o softwares de información existentes en el Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS) y otros sistemas informáticos relevantes.
- iii. Conocimientos a nivel intermedio o avanzado de hojas de cálculo (Excel), hojas de presentación de diapositivas (Power Point) y procesadores de texto (Word).
- iv. Conocimientos de instalación, manejo y mantenimiento de hardware de computación y redes informáticas.

**Experiencia**

- i. Experiencia general de 3 años en el campo de su formación.
- ii. Experiencia específica de 1 año de trabajo en el manejo de información en salud.

**Funciones**

- i. Elaboración de informes y presentaciones para la Sala Situacional de la Red y los Comités de Análisis de Información (CAI) de la red.
- ii. Asesoramiento a la generación de informes periódicos de los establecimientos de salud de la Red.
- iii. Generar las interfases entre los diferentes sistemas de información de los tres niveles de información y los niveles de atención.
- iv. Mantener actualizado un Tablero de Control (Dashboard) con los Indicadores Clave de Desempeño de atención y de gestión de la Red seleccionados.
- v. Otras funciones de manejo de la información de salud asignadas por el(la) Coordinador(a) de Red, y/o los responsables de Promoción y Atención Integral de Salud.

- **Administrador**

**Perfil profesional**

- i. Profesional con Título en Provisión Nacional a nivel Licenciatura o Técnico Superior en Ciencias Económicas/Administrativas.
- ii. Posgrado en administración hospitalaria y/o salud pública.

- iii. Amplio conocimiento de la Sistema de Administración de Bienes y Servicios, Responsabilidad por la Función Pública, administración de seguros públicos, Ley 1178 y otros documentos normativos relacionados.

### **Experiencia**

- i. Experiencia general de 3 años en el campo de su formación.
- ii. Experiencia específica de 1 año en el campo de la administración en salud.

### **Funciones**

- i. Coordinar, supervisar y apoyar las actividades administrativas y financieras de la Coordinación Técnica de Red para el logro de resultados esperados, de acuerdo al Plan de Trabajo en Salud de la Red.
  - ii. Planificar, implementar y supervisar los procesos y procedimientos administrativos financieros para garantizar la disponibilidad oportuna de recursos económicos para la Coordinación Técnica de Red.
  - iii. Coadyuvar en la formulación e integración del Programa Operativo Anual de la Coordinación Técnica de la Red.
  - iv. Establecer y ejecutar las actividades de soporte logístico, seguridad, mantenimiento y servicios generales de la Red.
  - v. Coordinar los procesos de adquisición acorde a las normas básicas de administración de bienes y servicios y otras normas conexas.
  - vi. Administrar, registrar y controlar los recursos financieros y la ejecución presupuestaria de la Red.
  - vii. Supervisar las operaciones administrativas de la Red.
  - viii. Supervisar y controlar los inventarios del material adquirido y activos fijos de la Red.
- **Representante de los Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo (designado por la ASUSS)**

El Perfil profesional y la experiencia es definido por la ASUSS.

### **Funciones**

- i. Coordinar con el Equipo de la Coordinación Técnica de la Red y efectuar los mecanismos de atención integral en salud a toda la población asignada a la Red.
- ii. Realizar el seguimiento a los entes gestores del ámbito de la Red para garantizar la prestación de los servicios de salud a la población beneficiaria de la Red.
- iii. Participar en la elaboración y ejecución del Plan de Trabajo en Salud de la Red.
- iv. Conocer su población asegurada y sus necesidades de salud en el ámbito de la Red para garantizar la atención integral en salud.

- v. Coadyuvar en el diagnóstico y análisis de la situación de salud de la Red, así como en la implementación de la sala situacional de salud.
- vi. Participar en la definición de los mecanismos de organización de los establecimientos de salud de su área de influencia e integración de los servicios para garantizar la atención integral, continua, oportuna e ininterrumpida, con calidad y buen trato.
- vii. Participar en la elaboración de la cartera de servicios de la Red, conjuntamente con el Equipo de Coordinación Técnica de la Red.
- viii. Coadyuvar en la definición de los mecanismos de coordinación de la atención integral e ininterrumpida conforme a la Norma Nacional de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia.
- ix. Remitir a la Coordinación Técnica de Red, la información de los servicios prestados por los entes gestores de la seguridad social de corto plazo, según procedimientos establecidos del Sistema Único de Información en Salud – SUIIS, de acuerdo a normativa vigente del proceso de la gestión de la información, y generar los procedimientos para su utilización por todos los miembros de la Red, para facilitar la continuidad y oportunidad de la atención integral de las personas.
- x. Remitir la información generada en los entes gestores del ámbito de la Red, a solicitud expresa del Ministerio de Salud y Deportes y/o la ASUSS.
- xi. Coordinar con los entes gestores la implementación y aplicación de la Política SAFCI y la normativa vigente en salud, para la organización y funcionalidad de la Red Integrada de Servicios de Salud.
- xii. Coordinar con los entes gestores, la gestión de convenios y acuerdos de fortalecimiento de la atención integral en salud en el ámbito de su competencia, conjuntamente con el Equipo de Coordinación Técnica de la Red.

#### • Chofer

##### Perfil

- i. Bachiller en Humanidades
- ii. Licencia de conducción categoría B o C.
- iii. Contar con certificado de antecedentes penales.
- iv. Conocimiento en mecánica automotriz básica.

##### Experiencia

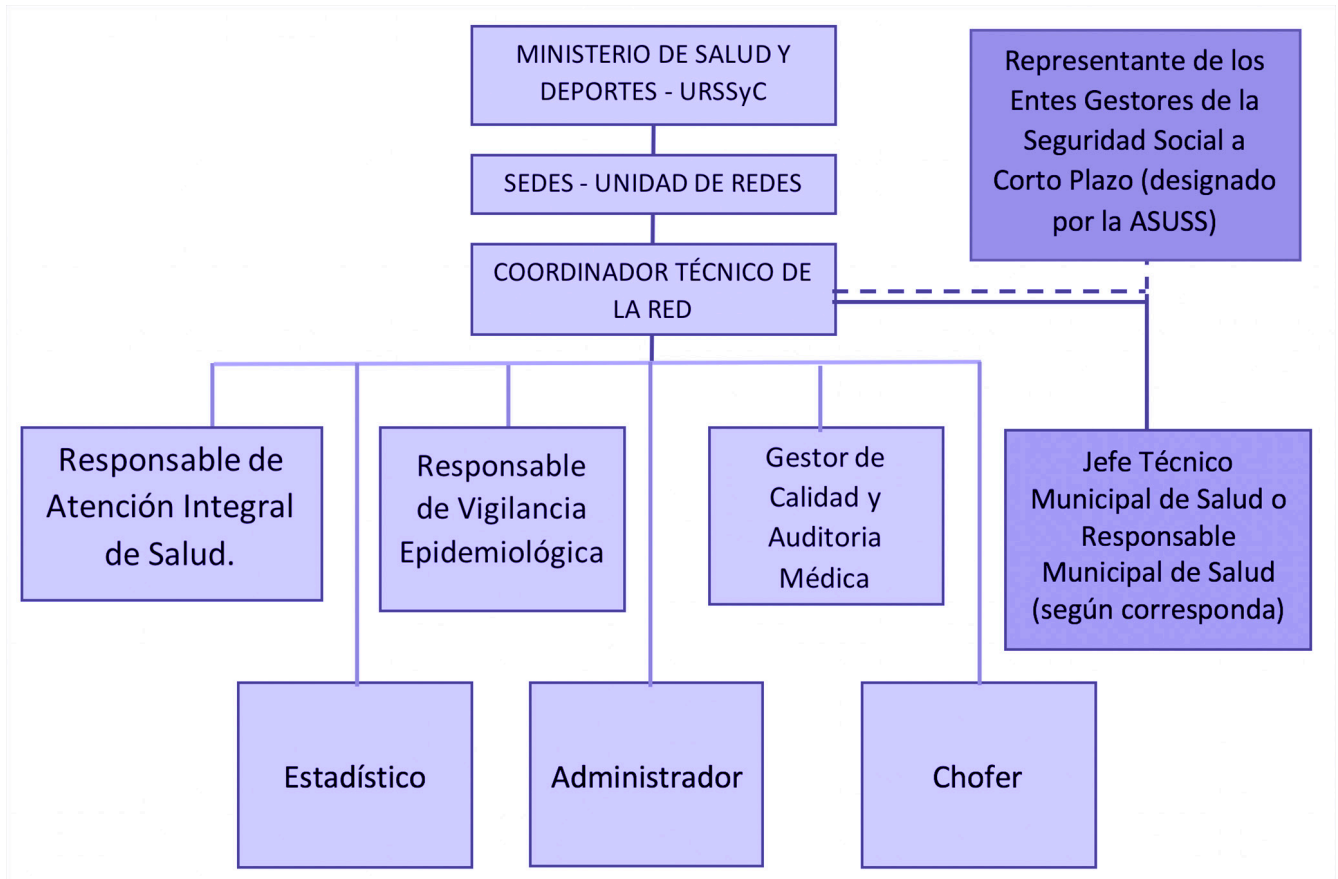
- i. Experiencia en conducción general de 2 años.
- ii. Experiencia en conducción de vehículos de diversos tipos.

##### Funciones

- i. Mantener el vehículo en óptimas condiciones.
- ii. Precautelar la seguridad de las personas y el vehículo durante el transporte.

- iii. Verificar que el vehículo se encuentre en óptimas condiciones mecánicas y normativas legales de funcionamiento y circulación y contar con la documentación correspondiente para su utilización.
- iv. Registrar el kilometraje y consumo de combustible.
- v. Gestionar ante las instancias competentes, la dotación de combustible y mantenimiento correctivo y preventivo del vehículo.
- vi. Empatía y buena comunicación.

**ANEXO 2.**  
**ORGANIGRAMA DEL EQUIPO DE COORDINACIÓN**  
**DE LA RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD**



**ANEXO 3.**  
**ETAPAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD**  
**ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN PARTICIPATIVA EN SALUD**

ATRIBUTO	ETAPA INICIAL	ETAPA INTERMEDIA	ETAPA AVANZADA
<b>GESTION DE APOYO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conformación del Equipo Técnico de Coordinación para la conducción de la red.</li> <li>Plan de Trabajo en Salud de la Red elaborado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión oportuna para la provisión de medicamentos e insumos a los establecimientos de salud.</li> <li>Gestión de infraestructura y equipamiento de acuerdo a necesidades y brechas identificadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema administrativo de la Red organizado</li> <li>Implementación de evaluación de desempeño de la Red.</li> </ul>
<b>POBLACIÓN Y TERRITORIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Delimitación geográfica de la red.</li> <li>Cuantificación de la Población asignada a la red.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sectorización.</li> <li>Identificación de necesidades y brechas en salud</li> <li>Población asignada caracterizada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Padrones nominales.</li> <li>Acceso universal a los tres niveles de atención.</li> <li>Cierre de la brecha de necesidades de atención.</li> </ul>
<b>TALENTO HUMANO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis de necesidades de talento humano</li> <li>Plan de cierre de brecha de talento humano.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistematización de perfiles profesionales de la Red.</li> <li>Programa de formación continua.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollo de competencias del talento humano de la red.</li> <li>Talento humano suficiente, competente y comprometido</li> <li>Personal asume funciones en Red.</li> </ul>
<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de implementación del Sistema de Registro Único de Establecimientos de Salud – RUES y del Sistema Único de Información en Salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementación del sistema de Registro Único de Establecimientos de Salud – RUES.</li> <li>Implementación del Sistema Único de Información en Salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Historias Clínicas electrónicas.</li> <li>Acceso de los usuarios a la información de la atención.</li> <li>Información de servicios de salud de la red actualizado</li> </ul>
<b>DESEMPEÑO Y RESULTADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planificación de Salud de la Red.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoreo y supervisión del Plan de Trabajo en Salud de la red.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mecanismos de evaluación de resultados.</li> <li>Medición de los indicadores de calidad.</li> <li>Sistema de supervisión, monitoreo y evaluación consolidado.</li> </ul>

## GOBERNANZA Y ALIANZAS ESTRATÉGICAS

ATRIBUTO	ETAPA INICIAL	ETAPA INTERMEDIA	ETAPA AVANZADA
<b>GOBERNANZA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actores de Gobernanza de la Red identificados</li> <li>Objetivos, metas, misión y visión compartidos con todos los actores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordinación Tripartita de la Red</li> <li>Espacios de coordinación de los actores de Gobernanza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nómina de actores de gobernanza de la Red comprometidos</li> </ul>
<b>PARTICIPACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Espacios de participación social, en el ámbito de la Red.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mecanismos de planificación participativa.</li> <li>Campañas y movilizaciones a favor de estilos de vida saludables.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mecanismos para la rendición de cuentas.</li> </ul>
<b>INTERSECTORIALIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Espacios de coordinación intersectorial a nivel municipal y departamental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sala Situacional de Salud.</li> <li>Mecanismos de planificación intersectorial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervenciones conjuntas en el abordaje de la determinación social.</li> <li>Mecanismos de evaluación de resultados.</li> </ul>

## ATENCIÓN INTEGRAL INTERCULTURAL

ATRIBUTO	ETAPA INICIAL	ETAPA INTERMEDIA	ETAPA AVANZADA
<b>OFERTA DE SERVICIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Descripción de la capacidad resolutoria de la Red.</li> <li>Plan de distribución de recursos a los EESS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimientos clínicos y administrativos estandarizados de acuerdo a normativa para acceder a servicios integrales</li> <li>Acceso de usuarios a través del uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La red cuenta con servicios especializados, de acuerdo a normativa vigente</li> <li>Cartera de servicios complementarias.</li> </ul>
<b>PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programas / Estrategias implementados.</li> <li>Acceso a primer nivel de atención &gt;80% de la población.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programas / Estrategias articulados.</li> <li>Punto de contacto con el sistema de salud.</li> <li>Mecanismos de coordinación integral, referencia, transferencia y contrarreferencia efectiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipos multidisciplinarios dentro y fuera del establecimiento de salud.</li> <li>Atiende más del 80% de las necesidades de salud</li> </ul>

<b>ATENCIÓN ESPECIALIZADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico de necesidades de atención especializada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cartera de servicios especializados aprobados</li> <li>Mecanismos de coordinación integral, referencia, transferencia y contrarreferencia efectiva, para atención especializada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios especializados extra hospitalarios.</li> <li>Seguimiento nominal de pacientes.</li> </ul>
<b>COORDINACION ASISTENCIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Metas sanitarias compartidas.</li> <li>Sistema de comunicación (teléfono, radio, correos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimientos compartidos por los EESS</li> <li>Plan comunicacional.</li> <li>Mecanismos de coordinación integral, referencia, transferencia y contrarreferencia efectiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Guías y protocolos uniformes para todos los EESS</li> <li>Centros coordinadores de emergencias consolidados.</li> <li>Telemedicina.</li> </ul>
<b>FOCO DEL CUIDADO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modelo de Cuidados Integrales</li> <li>Servicios preventivos y curativos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Carpeta familiar</li> <li>Programas preventivos y promocionales.</li> <li>Programas de educación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema de protección de derechos.</li> <li>Servicios familiares y comunitarios.</li> <li>Abordaje de la determinación social.</li> </ul>

## RECURSOS FINANCIEROS

ATRIBUTO	ETAPA INICIAL	ETAPA INTERMEDIA	ETAPA AVANZADA
<b>ASIGNACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asignación histórica del presupuesto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asignación equitativa orientada al cierre de brecha de necesidades.</li> <li>Acuerdos intergubernativos e interinstitucionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asignación alineada a los objetivos y resultados esperados de la Red.</li> <li>Negociación de presupuesto (costos de producción) en el marco de la normativa vigente.</li> </ul>
<b>INCENTIVOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificación de mecanismos de incentivos individuales y colectivos para la Red.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incentivos al talento humano.</li> <li>Incentivo a los establecimientos de salud de la Red.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incentivos alineados a los objetivos y resultados esperado de la Red.</li> </ul>

**ANEXO 4.**  
**CONTENIDO MINIMO PLAN DE TRABAJO EN SALUD**  
**DE LA RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD**

- I. Introducción
- II. Antecedentes de la Red
- III. Objetivos
- IV. Marco Legal
- V. Diagnóstico de la situación de salud de la Red
- VI. Marco Lógico: Indicadores, Metas, Medios de Verificación, actores o responsables.
- VII. Formulación de la estrategia de desarrollo en salud de la Red.
- VIII. Resultados esperados
- IX. Presupuesto y fuente financiamiento
- X. Cronograma de ejecución

## ANEXO EDITORIAL

### REVISIÓN TÉCNICA

#### • MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES:

Dr. Yecid Ramiro Humacayo Morales – Director/DGRSS  
Dr. Ronald Nelson Machaca Zárate – Jefe/URSSyC/DGRSS  
Dra. Lizeth Tadea Ganci Olmedo – Ex Jefa/UGRED/DGRSS  
Dr. Marco Antonio Manguía Calizaya – Responsable Área de Calidad y Auditoría Medica/URSSyC/DGRSS  
Dr. José Daniel Castañon Espinoza – Responsable Formación Política SAFCI/Programa Nacional SAFCI  
Dr. Amador Diego Noriega Flores – Responsable/Programa de Salud Intercultural/DGMT  
Dra. Elisa Karen Flores Berrios – Ex Responsable Lactancia Materna/UAN/ DGPyPS  
Dr. Iván Loza Gutiérrez – Ex Responsable a.i. Área de Redes/URSSyC/DGRSS  
Dr. Rocco Abruzzese Castellon – Ex Coordinador Nacional SNIS-VE/DGP  
Dra. Patricia Soledad Apaza Peralta – Profesional Técnico/Área del Continuo/URSSyC/DGRSS  
Dra. Giovana Cantuta Aruni – Profesional Técnico/Área del Continuo/URSSyC/DGRSS  
Dra. Silvia Eugenia Paco Laura – Profesional Técnico de Salud Materna/ Área del Continuo/URSSyC/DGRSS  
Dr. Carlos Roberto Calizaya Morales – Auditor Médico/Área de Calidad y Auditoría Medica/URSSyC/DGRSS  
Dr. Adolfo Cirilo Santos Apaza – Profesional Técnico V/Área de Calidad y Auditoría Medica/URSSyC/DGRSS  
Dr. Santiago Alizares Gonzales – Profesional Técnico/Área de Redes/ URSSyC/DGRSS  
Dr. Edgar Nestor Apaza Poma – Profesional Técnico/UGRED/DGRSS  
Dra. Eneida Susana Helguero Blanco – Profesional en Gestión Hospitalaria I/DGGH.  
Dra. Diana Noya Perez – Profesional Medico I Desarrollo de Normas y Sistemas Informáticos/DGGNSUS.  
Dr. Dante David Ergueta Jimenez – Prof. Médico Desarrollo de Normas y Sistemas Informáticos/DGGNSUS  
Dra. Mariel Silvana Churruanrrin Orozco – Ex Comunicadora UPSGyPS/DGPyPS  
Dr. Freddy Lázaro Flores Conde – Profesional Técnico/PNVEEyE/DGE  
Dra. Claudia Reas Mayta – Profesional en Planificación Estratégica/DGP  
Dra. Susana Solano Romero – Medico Profesional Técnico/SNIS/DGP

#### • AUTORIDAD DE SUPERVISIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE CORTO PLAZO:

Dr. Carlos Meave Tarifa – Profesional en Calidad y Acreditación de Servicios de Salud/ASUSS  
Dra. Mabel Consuelo Huanca Angelo – Profesional en Calidad y Acreditación de Servicios de Salud/ASUSS

### VALIDACIÓN EXTERNA:

#### • DEPARTAMENTO COCHABAMBA

Dra. Estela Ramos Rojas – Directora Regional/ASUSS  
Dr. Vladimir Ticona Calderón – Jefe de la Unidad de Calidad y Servicios/SEDES  
Dra. Piedad Victoria Villegas – Responsable de Redes/SEDES  
Dr. Ruben Arispe - SEDES  
Dra. Tania Ignacio Agostopa - Consultora/Secretaría Departamental de Salud/GAD  
Dra. Florencia Pilar Roque Mamani – Consultora/Secretaría Departamental de Salud/GAD  
Dra. Elizabeth Mareño Colque – Coordinadora Red II Punata/SEDES  
Dra. Marlen Villarroel Méndez – Coordinadora de Red III Villa Tunari/SEDES  
Dra. Keyla Helen Ávila Vásquez – Coordinadora Red Indígena/MSyD

Lic. Andrea Valdivia Bolívar – GAM Cochabamba  
Lic. Bertha Cuevas Cuico – Jefa Municipal de Salud/GAM Villa Tunari

• **DEPARTAMENTO BENI**

Dr. Rene Álvaro Jiménez Marca – Coordinador Departamental Programa SAFCI/MSyD  
Dr. Jahens Reinaldo Freita – Responsable Departamental/ASUSS  
Dra. Jenny Chao Rivero – Jefa de la Unidad de Planificación/SEDES  
Dr. Erick Cirilo Vallejos Sandoval – Jefe de Unidad Redes Funcionales/SEDES  
Dr. Marko Gutiérrez Ortiz – Auditoría Médica/SEDES  
Dr. Luis Alfredo Mendoza Rojas – Coordinador de Red de Salud 01/SEDES  
Dr. Alonso Guzmán - Coordinador de Red de Salud 01/SEDES  
Dr. Víctor Hugo Ríos Pereira – Coordinador Red Salud 07 Riberalta/SEDES  
Dr. Franz Álvaro Molina Flores – Coordinador Red Salud 08 Guayaramerin/SEDES  
Dr. Víctor Hugo Rivero Moro – Director Municipal de Salud/GAM Trinidad

• **DEPARTAMENTO TARIJA**

Dra. Marlene Gutiérrez Jurado – Responsable de Salud/GAD  
Dr. Oscar Soruco – Jefe de la Unidad de Planificación/SEDES  
Dr. Carlos Eduardo Arce Arana - Gestor de Calidad/SEDES  
Dr. Carlos Tárraga – Secretario de Salud/GAM Tarija  
Dra. Carmen Rosa Olarte Correa – Directora de Vigilancia y Calidad/GAM Yacuiba  
Lic. Cesar Enrique Aliaga Vargas – Director de Programas y Comunicación/AMT

• **DEPARTAMENTO LA PAZ**

Dr. Grover Cesar Surco Mamani - Responsable Departamental/ASUSS  
Dr. Juan Choque Rondo – Jefe Unidad de Redes/SEDES  
Dra. Dennise Vivian Frías Rocha – Responsable Área SUS/SEDES  
Lic. Lidia Ayaviri Céspedes – Responsable Vigilancia de la Calidad/SEDES  
Dra. Gredy Fernandez – Responsable de Gestión de Calidad/SEDES  
Dra. Julia Norah Paucara Coarite – Responsable Departamental de Acreditación/SEDES  
Lic. Dora López – Coordinación Red 3 Norte Central/SEDES  
Dr. Julio Cesar Calle Sullcata – Coordinador Técnico Red 3 Norte Central/SEDES  
Dra. Raquel Leon Mendoza – Coordinadora Técnica Red Corea/SEDES  
Dra. Dora Ticona Coacollo – Coordinadora Técnica Red Rural 8 Nor y Sud Yungas/SEDES  
Dra. Adelayda Mamani Borja – Coordinadora Técnica Red Coro Coro  
Lic. Lorena Murillo Barrientos – Federación de Asociación de Municipios Bolivia – FAM  
Dra. Carola Rojas – Secretaría Municipal de Salud/GAM La Paz  
Dr. Rodrigo Esquivel Llusco – Secretaría Municipal de Salud/GAM El Alto  
Guadalupe Quispe Flores – GAM El Alto  
Ibette Mamani Vargas – GAM El Alto  
Carlos Sosa Callisaya - GAM El Alto  
Juan Carlos Perez Zacarías - GAM El Alto  
Daniel Salinas Pierola – GAM El Alto  
Dra. Karen Cruz Troche – Responsable Municipal de Salud/SEDES/GAM Chulumani

• **DEPARTAMENTO ORURO**

Dra. Edith Aguilar Choque – Responsable Departamental/ASUSS  
 Dra. Yadima Calle Aranibar – Responsable Gestión de Calidad/SEDES  
 Dra. Ana María Calizaya Rodríguez – Responsable de Gestión Calidad/SEDES  
 Dra. Giovana Encinas Cuculy – Responsable Habilitación y Acreditación de EESS/SEDES  
 Dr. Franz David López Colque – Jefe de Servicios de Salud/SEDES  
 Lic. Teodoro Viza Flores – Jefe de Enfermería Red Urbana/SEDES  
 Dr. Daniel Romero Condori – Responsable de Auditoría en Salud/SEDES  
 Dr. Bismarck Humacayo Morales – Coordinación Red Urbana/SEDES  
 Dr. Vladimir Vásquez Correa – Coordinador Red Cuenca Poopó/SEDES  
 Dr. Johnny Alberto Morochi Ríos – Coordinador Red de Salud Minera/SEDES  
 Dra. Ana María Calizaya Rodríguez – Gestión de Calidad/Hospital General San Juan de Dios  
 Dr. Henry Chugar Mamani – Responsable Centro Coordinador de Emergencias/SEDES  
 Dra. Wendy Álvaro Mercado – GAM Oruro  
 Dr. Marcelo Pérez – GAM Oruro  
 Dra. Elizabeth Challa Chirilla – Gestora/GAM Oruro

• **DEPARTAMENTO PANDO**

Lic. Alfega Nacimiento Andrés – Secretaría de Salud/GAD  
 Dr. Danny Hugo Mendoza Ojopi – Director Técnico/SEDES  
 Dr. Elvis Soraide Castedo – Jefe Unidad de Redes/SEDES  
 Dr. Ruben Acosta Peña – Responsable Programa SUS/SEDES  
 Dra. Erika Pardo Soliz – Jefe Unidad Gestión y Calidad/SEDES  
 Dra. Gumercinda Venegas Fernández – Jefe Unidad de Planificación/SEDES  
 Dr. Adalberto Aradies Grande – Coordinador Red 01/SEDES  
 Lic. Patricia Antezana Rengel – Coordinadora Red 02 Puerto Rico/SEDES  
 Lic. Ysela Ydagua Gómez - AMDEPANDO  
 Lic. Juan Oviedo Yanarico – Administrador Centro de Salud El Sena/GAM Sena  
 Dr. Tonny Amilcar Sejas Condori – Director Municipal de Salud/GAM Cobija  
 Lic. Nelson Antezana Zuñiga - Director Municipal de Salud/GAM Puerto Gonzalo Moreno

• **DEPARTAMENTO CHUQUISACA**

Lic. Jessica Sánchez – Área Relaciones Públicas/GAD  
 Dr. Lucas Azurduy Calderón – Responsable Área Control de Gestión de Calidad/SEDES  
 Dra. Ibaña Miriam Alejandro – Responsable Coordinación Técnica/SEDES  
 Dr. Alex Rivera – Coordinador Red I Sucre/SEDES  
 Dr. Daniel Orlando Torres Cardozo – Coordinador Red II/SEDES  
 Lic. Carmiña Cruz Estrada – Coordinadora Red III Padilla/SEDES  
 Dr. Clever Medinaceli Castro – Coordinador Red Betanzos/SEDES  
 Dra. Melvy Coria Ibarra – Coordinadora de Red VI Camargo/SEDES  
 Dra. Magaly Pinaya – Responsable de Servicio/C.S. Mercado Central/GAM Sucre  
 Paulino Galarza Estrada – GAM Betanzos  
 Lic. Lía Saigua – Administradora de Salud/GAM Presto

• **DEPARTAMENTO SANTA CRUZ**

Dra. Evelyn Díaz Robles – Gerente a.i. Unidad de Servicios y Programas/SEDES  
Dra. Patricia Montenegro – Supervisora Coordinación Urbana/SEDES  
Lic. Cristina Pairumani Pacheco – Supervisora Coordinación Rural/SEDES  
Lic. Patricia Gonzales – Supervisora Red de Salud German Busch/SEDES  
Dr. Luis Alberto Jiménez – Gerente Red de Salud Ichilo/SEDES  
Abg. José Armando Contreras – Asesor Legal/AMDECRUZ  
Dr. José Pimentel – Director de Salud/GAM Buena Vista  
Lic. Isabel Ríos Velásquez – Jefa de Unidad de Salud/GAM San Julián

• **DEPARTAMENTO POTOSÍ**

Dr. Edward Vásquez Mamani – Jefe Unidad Redes de Servicios de Salud/SEDES  
Dr. Jorge Bustillos Rocabado – Jefe Unidad Seguros Públicos/SEDES  
Dra. Teresa Hidalgo Lenis – Encargada de Planificación Estratégica/SEDES  
Dr. Julián Acarapi Quispe – Coordinador de Red Potosí Rural/SEDES  
Dr. Javier Soliz – Coordinador de Red Potosí Urbano/SEDES  
Dr. Jhonatan Arancibia – Coordinador Red Tupiza/SEDES  
Dr. Vico Ramirez Palacio – Coordinador Red Villazón/SEDES  
Dr. Luis Alberto Chinchilla Siles – Coordinador de Red Uyuni/SEDES  
Dr. Clever Mendoza Castro – Coordinador de Red Betanzos/SEDES  
Dr. Adolfo Céspedes Cervantes – Coordinador Red Uncía/SEDES  
Dr. Alex Mamani Apaza – Director de Salud/GAM Potosí  
Lic. Rubén Huayllani Machaca – Administrador de Salud/GAM Uyuni  
Lic. Paulina Galarza Estrada – GAM Betanzos  
Lic. Anibal Mario Silva – Administrador de Salud/GAM Villazón

**APOYO TÉCNICO:**

Dr. Roberto Borth – Consultor/Organización Panamericana de la Salud  
Dr. Rimsky Chavez – Consultor/Organización Panamericana de la Salud  
Dra. Ivet Campos – Consultora/Organización Panamericana de la Salud





