ESTADO PLURINACIONAL DE
BOLIVIA

MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES

REGLAMENTO GENERAL DE HOSPITALES

PUBLICACIÓN 566

Serie: Documentos Técnico Normativos

La Paz - Bolivia
2025

ESTADO PLURINACIONAL DE
BOLIVIA

MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES

REGLAMENTO GENERAL DE HOSPITALES

PUBLICACIÓN 566

Serie: Documentos Técnico Normativos

La Paz - Bolivia
2025

BO Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Gestión Hospitalaria.
WX150 Unidad de Regulación de Gestión Hospitalaria. Área de Monitoreo y Evaluación de
M665r Gestión Hospitalaria.
No. 566 Reglamento General de Hospitales. 3 ed. /Ministerio de Salud y Deportes; Johana Katty Cabrera Jaracayo; Sara Soto Hurtado; Franco Jesús Espada Flores. Coaut.
2025 La Paz: Ministerio de Salud y Deportes, 2025.

52p.: ilus. (Serie: Documentos Técnico Normativos No. 566)

Depósito legal: 4-1-798-2025 P.O.

I. HOSPITALES^snormas
II. GESTIÓN EN SALUD
III. REGULACIÓN Y CONTROL DE INSTALACIONES^slegislación & jurisprudencia
IV. ADMINISTRACIÓN DE INSTITUCIONES DE SALUD^snormas
V. ATENCIÓN A LA SALUD^snormas
VI. INSTITUCIONES DE SALUD^snormas
VII. SERVICIOS DE SALUD^snormas
VIII. RELACIONES PACIENTE-HOSPITAL
IX. DERECHOS DEL PACIENTE^snormas
X. RECURSOS HUMANOS Y SERVICIOS DE INSTALACIONES PARA ATENCIÓN DE SALUD
XI. BOLIVIA
1. t.
2. Serie
3. Johana Katty Cabrera Jaracayo; Sara Soto Hurtado; Franco Jesús Espada Flores. Coaut.

REGLAMENTO GENERAL DE HOSPITALES.
Unidad de Regulación de Gestión Hospitalaria, Dirección General de Gestión Hospitalaria, Edificio Torre Azul, 13 Piso, Av. 20 de octubre N° 2665, San Jorge, Teléfono No 591 –2 2120316, La Paz – Bolivia. www.minsalud.gob.bo

RM: Nº 0508 de 29 de octubre de 2025

Depósito Legal: 4-1-798-2025 P.O.

Elaboración:
Dra. Johana Katty Cabrera Jaracayo - Profesional Técnico I - DGGH
Dra. Sara Soto Hurtado - Responsable del Área de Monitoreo y Evaluación de Gestión Hospitalaria – URGH
Dr. Franco Jesús Espada Flores - Profesional Médico - URGH

Diseño y Diagramación
Unidad de Comunicación - Ministerio de Salud y Deportes.
Con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud - OPS

Revisión: (Anexo Editorial)

Revisión Final:

Dr. Ronald Nelson Machaca Zarate- Director General de Gestión Hospitalaria
Dr. Camilo Ernesto Gonzales Rodríguez

Comité Técnico de Revisión de Publicaciones CTRP/DGPPS:
Comité de Identidad Institucional y Publicaciones CIIP/VGSS
- Dra. Mariana Camila Ramírez López
- Dr. Juan Marcos Rodríguez Morales
- Dra. Sdenka Maury Fernández
- Dr. Reynaldo Aguilar Álvarez
- Dra. Yhenny Jimena Apaza Kapquique
- Lic. Vilma Patricia Gutiérrez Cáceres
- Tec. Rodrigo Chipana Cortez
- Tec. Marcelo Martínez Quisbert

La Paz, Unidad de Regulación de Gestión Hospitalaria, Dirección General de Gestión Hospitalaria - Comité de Identidad Institucional y Publicaciones - Viceministerio de Gestión del Sistema Nacional de Salud – Ministerio de Salud y Deportes – 2025.

© Ministerio de Salud y Deportes – 2025

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

Impreso en Bolivia

MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES

AUTORIDADES NACIONALES

Maria Renée Castro Cusicanqui
MINISTRA DE SALUD y DEPORTES

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

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

Soraya Karen Palenque Gutierrez
VICEMINISTRA DE DEPORTES

Dr. Ronald Nelson Machaca Zarate
DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN HOSPITALARIA

PRESENTACIÓN

En cumplimiento al mandato Constitucional del Estado Plurinacional de Bolivia de preservar la vida y la salud, el Ministerio de Salud y Deportes se encuentra en una etapa de transformaciones en todos sus ámbitos, pasando de un enfoque de mercado en las políticas públicas, a uno de derechos e inclusión social promoviendo el acceso universal a la salud.

El Reglamento General de Hospitales busca contribuir al ejercicio del derecho a la salud de la población, respondiendo a las prioridades y demandas sociales colectivas en salud, en el marco de los principios y valores del Vivir Bien establecidos en la Constitución Política del Estado, la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) y el Sistema Único de Salud Universal y Gratuito (SUS).

El Ministerio de Salud y Deportes considera que la implementación y aplicación sistemática del presente documento, contribuirá a que los hospitales cumplan su rol fundamental en el Sistema Nacional de Salud, mejorando y optimizando su organización y funcionamiento, orientados a satisfacer las necesidades en salud del pueblo boliviano.

El presente reglamento es de cumplimiento obligatorio en todo el territorio boliviano para todos los hospitales, en los subsectores: Público, Seguridad Social de Corto Plazo y Privados con o sin fines de lucro.

Lic. María Renée Castro Cusicanqui
MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES

ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Resolución Ministerial Nº 0508

29 OCT 2025

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que el Parágrafo I del Artículo 35 de la Constitución Política del Estado, determina 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, dispone 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 2 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Norma Constitucional, establece dentro las competencias concurrentes por el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas la gestión del sistema de salud y educación.

Que el numeral 1 del Parágrafo I del Artículo 81 de la Ley N° 031, de 19 de julio de 2010, Marco de Autonomías de Descentralización "Andrés Ibáñez", señala 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 la Ley N° 1152, de 20 de febrero de 2019, 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", tiene por objeto ampliar la población beneficiaria que no se encuentra cubierta por la Seguridad Social de Corto Plazo, con atención gratuita de salud, en avance hacia un Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito.

Que el Artículo 3 del Código de Salud aprobado por Decreto Ley N° 15629, de 18 de julio de 1978, preceptúa que corresponde al Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, al que este Código denominará Autoridad de Salud, la definición de la política nacional de salud, la normación, planificación, control y coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas sin excepción alguna.

Que el Artículo 2 del Decreto Supremo N° 28562, de 22 de diciembre de 2005, Reglamento a la Ley N° 3131, del Ejercicio Profesional Médico, determina, todo el Sistema Nacional de Salud se regirá por la normativa vigente elaborada y validada por el Ministerio de Área de Salud.

Que el Artículo 5 del Decreto Supremo N° 29601, de 11 de junio de 2008, establece 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 w) del Parágrafo I del Artículo 14 del Decreto Supremo N° 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 los incisos b) y o) del Artículo 84 del Decreto Supremo N° 4857, disponen como atribuciones de la Ministra (o) de Salud y Deportes, en el marco de las competencias asignadas al nivel central por la Constitución Política del Estado, ejercer la rectoría, regulación y conducción sanitaria del sistema de salud; Elaborar normas y reglamentos para el ejercicio de la profesión en el sector de salud.

Que, mediante Acta de Reunión del Comité de Coordinación Técnica (COCOTEC), de 14 de agosto de 2025, se valida el documento con observaciones de forma a ser ajustadas y verificadas por el Comité de Identidad Institucional y Publicaciones.

Que, a través de las Actas del Comité de Identidad Institucional y Publicaciones, de 19 de septiembre de 2025, se dan la aprobación a los documentos técnicos normativos: "Modelo de Gestión Hospitalaria" y "Reglamento General de Hospitales", con los números de publicación 565 y 566, respectivamente.

Que por Informe Técnico MSyD/VGSNS/DGGH/URGH/IT/207/2025, de 16 de octubre de 2025, la Dirección General de Gestión Hospitalaria, concluye manifestando que los documentos técnico normativos: "Modelo de Gestión Hospitalaria" y "Reglamento General de Hospitales", fueron aprobados por el COCOTEC y el CIIP de esta cartera de Estado, asimismo, cuenta con el visto bueno de la Unidad de Comunicación Social; por lo que, existe la viabilidad técnica para la aprobación de los citados documentos.

ESTADO PLURINACIONAL DE
BOLIVIA
MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES

Que, el Informe Legal MSyD/DGAJ/UAJ/IL/1582/2025, de 24 de octubre de 2025, emitido por la Dirección General de Asuntos Jurídicos, manifiesta que es procedente la emisión de la Resolución Ministerial que apruebe los documentos técnicos normativos: "Modelo de Gestión Hospitalaria", con número de publicación 565 y "Reglamento General de Hospitales", con número de publicación 566, asimismo, se deje sin efecto la Resolución Ministerial N° 0025, de 14 de enero de 2005; toda vez que, no contravienen a las normas jurídicas vigentes.

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.

R E S U E L V E:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR los documentos técnicos normativos, que se detallan a continuación:

- "Modelo de Gestión Hospitalaria", con número de publicación 565.
- "Reglamento General de Hospitales", con número de publicación 566.

Que en Anexo forman parte integrante e indisoluble de la presente Resolución Ministerial.

ARTÍCULO SEGUNDO.- AUTORIZAR a la Dirección General de Gestión Hospitalaria, la impresión de los mencionados documentos, debiendo depositarse un ejemplar en Archivo Central del Ministerio de Salud y Deportes.

ARTÍCULO TERCERO.- Se deja sin efecto la Resolución Ministerial N° 0025, de 14 de enero de 2005.

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

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

Regístrese, comuníquese y archívese.

Abg. Marck M. Sáenz Baldiviezo
DIRECTOR GENERAL DE
ASUNTOS JURÍDICOS
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Dra. Mariana Camila Ramírez López
VICEMINISTRA DE GESTIÓN
DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Dra. Mirtha Mengo Llanos Cusicanqui
MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES
Estado Plurinacional de Bolivia

VºBº M.M.S.B. D.G.A.J.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Capítulo I 13
DISPOSICIONES GENERALES 13
Artículo 1. (OBJETO) 13
Artículo 2. (ÁMBITO DE APLICACIÓN Y DENOMINACIÓN) 13
Artículo 3. (REGULACIONES GENERALES). 13
Artículo 4. (NIVELES DE RESPONSABILIDAD) 14
Artículo 5. (NIVELES DE DEPENDENCIA) 14

Capítulo II 16
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS HOSPITALES 16
Artículo 6. (CLASIFICACIÓN DE LOS HOSPITALES) 16
Artículo 7. (CARACTERIZACIÓN DE LOS HOSPITALES) 16
Artículo 8. (HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN) 16
Artículo 9. (CARTERA DE SERVICIOS) 17
Artículo 10. (FUNCIONES GENERALES DE LOS HOSPITALES) 17

Capítulo III 20
ESTRUCTURA DEL HOSPITAL 20
Artículo 11. (ESTRUCTURA JERARQUICA DE LOS HOSPITALES) 20
Artículo 12. (NIVELES JERÁRQUICOS) 20
Artículo 13. (ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE HOSPITALES DE SEGUNDO, TERCER Y CUARTO NIVEL) 20

Capítulo IV 22
SISTEMAS DE GESTIÓN 22
Artículo 14. (SISTEMAS DE GESTIÓN HOSPITALARIA) 22

Capítulo V 27
DEL FUNCIONAMIENTO 27
Artículo 15. (ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVA) 27
Artículo 16. (ATENCIÓN HOSPITALARIA POR CUIDADOS PROGRESIVOS) 28
Artículo 17. (RECURSOS FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS). 29
Artículo 18. (FARMACIAS INSTITUCIONALES Y HOSPITALARIAS) 30

Capítulo VI 31
DEL CARGO, DESIGNACIÓN, ASIGNACIÓN Y REQUISITOS DE LOS EJECUTIVOS 31
Artículo 19. (DIRECTOR) 31
Artículo 20. (DESIGNACIÓN Y REQUISITOS DEL DIRECTOR). 31
Artículo 21. (EQUIPO DE ASESORAMIENTO) 32
Artículo 22. (ASIGNACIÓN Y REQUISITOS DEL EQUIPO DE ASESORAMIENTO) 34
Artículo 23. (SUBDIRECIONES) 34

Artículo 24. (ASIGNACIÓN Y REQUISITOS DE SUBDIRECTORES)..... 34
Artículo 25. (ASIGNACIÓN Y LOS REQUISITOS DE LOS JEFES DE DEPARTAMENTOS, SERVICIOS Y/O UNIDADES)..... 35
Artículo 26. (ASIGNACIÓN DE LOS CARGOS OPERATIVOS)..... 36

Capítulo VII..... 37
DE LAS FUNCIONES DE DIRECCION, SUBDIRECCIONES, DEPARTAMENTOS Y OTROS..... 37
Artículo 27. (DIRECTOR)..... 37
Artículo 28. (EQUIPO DE ASESORAMIENTO DE DIRECCIÓN)..... 38
Artículo 29. (FUNCIONES GENERALES DE LOS SUBDIRECTORES)..... 38
Artículo 30. (FUNCIONES GENERALES DE LOS JEFES DE DEPARTAMENTO)..... 40
Artículo 31. (FUNCIONES GENERALES DE LOS RESPONSABLES DE SERVICIOS Y/O UNIDADES)..... 41
Artículo 32. (FUNCIONES DEL PERSONAL OPERATIVO ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO)..... 42

Capítulo VIII..... 43
DE LOS COMITÉS TÉCNICOS DE ASESORAMIENTO..... 43
Artículo 33. (ASIGNACIÓN DE LOS COMITÉS TÉCNICOS DE ASESORAMIENTO)..... 43
Artículo 34. (CONFORMACIÓN DE LOS COMITÉS TÉCNICOS DE ASESORAMIENTO)..... 43
Artículo 35. (FUNCIONES GENERALES DE LOS COMITÉS TÉCNICOS DE ASESORAMIENTO)..... 44

Capítulo IX..... 45
DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS..... 45
Artículo 36. (DERECHOS DE LOS USUARIOS EXTERNOS)..... 45
Artículo 37. (DEBERES DE LOS USUARIOS EXTERNOS)..... 46
Artículo 38. (DERECHOS DE LOS USUARIOS INTERNOS)..... 47
Artículo 39. (DEBERES DE LOS USUARIOS INTERNOS)..... 48

Capitulo X..... 50
DISPOSIONES FINALES..... 50
Artículo 40. (VIGENCIA DEL REGLAMENTO)..... 50
Artículo 41. (SANCIONES)..... 50
Artículo 42. (REVISIÓN DEL REGLAMENTO)..... 50

Capítulo I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. (OBJETO).

El presente Reglamento tiene por objeto establecer a nivel nacional de forma general la estructura organizacional y el funcionamiento de los hospitales e institutos de cuarto nivel de atención, orientado a responder las necesidades de la población, en concordancia con las normativas nacionales de salud.

Artículo 2. (ÁMBITO DE APLICACIÓN Y DENOMINACIÓN).

I. El presente reglamento es de aplicación obligatoria, para todos los hospitales de segundo, tercer e institutos de cuarto nivel de atención, en los subsectores: Público, Seguridad Social de Corto Plazo y Privados con o sin fines de lucro, en todo el territorio nacional.

II. En el presente reglamento, el término hospital, hará referencia a establecimientos de salud caracterizados como: segundo, tercer nivel e institutos de cuarto nivel, independientemente de su denominación.

Artículo 3. (REGULACIONES GENERALES).

I. Es responsabilidad de todos los hospitales, independientemente del nivel de resolución y subsector al que pertenecen, el cumplimiento de las normativas vigentes establecidas por el Ministerio de Salud y Deportes, incluyendo el presente reglamento.

II. Los hospitales de todos los subsectores, deben integrarse a las Redes Integradas de Servicios de Salud, con el objetivo fundamental de asegurar el acceso universal, atención oportuna, cobertura integral y continuidad asistencial, garantizando una respuesta sanitaria completa y de calidad que permita la resolución efectiva de los problemas de salud de la población, mediante un modelo de atención coordinado, eficiente y centrado en las necesidades del paciente.

III. Los hospitales del subsector Público, deben garantizar la aplicación técnica y la gestión administrativa financiera, en el marco del Sistema Único de Salud (SUS) prevista en la Ley N° 1152 del 20 de febrero de 2019 y su reglamentación, de acuerdo a su capacidad resolutiva, cartera de servicios y el nivel de atención.

IV. Los hospitales de los entes gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo, deben cumplir la normativa vigente emitida por la ASUSS, la misma debe ser adecuada por el subsector en base a normativa nacional emitida por el Ministerio de Salud y Deportes.

Artículo 4. (NIVELES DE RESPONSABILIDAD).

El Estado en todos sus niveles, asumirá sus competencias y responsabilidades en el ámbito de salud, en cumplimiento a lo establecido, en el Numeral 2 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado, así como las competencias descritas en el Artículo 81 de la Ley N° 031 de 19 de julio de 2010, Ley Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Ibáñez".

Artículo 5. (NIVELES DE DEPENDENCIA).

I. El Ministerio de Salud y Deportes es el Ente Rector en salud a nivel nacional, de acuerdo a las atribuciones del Decreto Supremo N° 4857 del 06 de enero de 2023, modificado por el Decreto Supremo N° 5164 de 29 de mayo de 2024 de Organización del Órgano Ejecutivo.

II. Todos los hospitales a nivel nacional, tienen dependencia normativa del Ministerio de Salud y Deportes.

III. **En el Subsector Público.-** Los hospitales tienen la siguiente dependencia:

1. **Dependencia Técnica.** Los hospitales de segundo y tercer nivel tienen dependencia técnica de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES). En el caso del cuarto nivel estará bajo tuición del Ministerio de Salud y Deportes.

2. **Dependencia Administrativa Financiera.** En el marco de la Ley N° 1152 de 20 de febrero de 2019, Sistema Único de Salud Universal y Gratuito, y la Ley N° 031 de 19 de julio de 2010, Ley Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Ibáñez", los hospitales del subsector público, tienen la siguiente dependencia administrativa financiera:

   a) Los hospitales de segundo nivel de atención, son dependientes del Gobierno Autónomo Municipal respectivo.

   b) Los hospitales de tercer nivel de atención, son dependientes del Gobierno Autónomo Departamental respectivo.

   c) Los hospitales de cuarto nivel de atención, tienen autonomía de gestión administrativa, financiera, legal y técnica, bajo tuición del Ministerio de Salud y Deportes.

3. **Dependencia Funcional.** Los hospitales tienen dependencia funcional del director del hospital.

IV. **En el Subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo.** Los hospitales de la Seguridad Social de Corto Plazo tienen la siguiente dependencia:

1. **Dependencia Técnica.** Todos los hospitales, independientemente del nivel de atención y complejidad, tienen dependencia técnica de cada ente gestor y de la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (ASSUS).

2. **Dependencia Administrativa.** Todos los hospitales independientemente del nivel de atención y complejidad, tienen dependencia administrativa de la Administración Nacional, Regional y/o Distrital de cada ente gestor de la Seguridad Social de Corto Plazo; debiendo cumplir la normativa vigente para el subsector, sujetos al ámbito de regulación, fiscalización, supervisión y control de la ASUSS, bajo tuición del Ministerio de Salud y Deportes.

3. **Dependencia Funcional.** El personal de los hospitales, tiene dependencia funcional del director del hospital.

V. En el Subsector Privado. Los hospitales Privados con o sin fines de lucro tienen la siguiente dependencia:

1. **Dependencia Normativa y Técnica.** Los hospitales, independientemente del nivel de atención y complejidad, tienen dependencia, normativa y técnica de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES).

2. **Dependencia Administrativa y Financiera.** Los hospitales, independientemente del nivel de atención y complejidad, tienen dependencia de sus propias instancias administrativas y financieras.

3. **Dependencia Funcional.** El personal de los hospitales, tiene dependencia funcional del director del hospital.

Capítulo II

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS HOSPITALES

Artículo 6. (CLASIFICACIÓN DE LOS HOSPITALES).

I. De acuerdo al subsector al que pertenecen, los hospitales se clasifican en:

a) Públicos.

b) De la Seguridad Social de Corto Plazo.

c) Privados con o sin fines de lucro.

II. De acuerdo al nivel de atención, complejidad y capacidad resolutiva, se clasifican en:

a) Hospitales de segundo nivel.

b) Hospitales de tercer nivel.

c) Institutos de cuarto nivel.

Artículo 7. (CARACTERIZACIÓN DE LOS HOSPITALES).

La caracterización, regula la estructura, categorización, cartera de servicios y funcionalidad de los recursos en los hospitales, estableciendo las bases técnicas sobre recursos humanos, infraestructura, equipamiento, según el nivel de atención, complejidad y cartera de servicio, garantizando el cumplimiento de estándares y la seguridad para los usuarios.

Artículo 8. (HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN).

La habilitación y acreditación de los hospitales, debe ser realizada de acuerdo a las normas nacionales establecidas por el Ministerio de Salud y Deportes, en ausencia de norma específica la temporalidad de la misma será determinada por los Servicios Departamentales de Salud en concordancia con la normativa vigente:

1. En los subsectores, Público y Privado con o sin fines de lucro, el Servicio Departamental de Salud habilita los hospitales hasta el tercer nivel de atención, otorgando la autorización de apertura y funcionamiento; la acreditación y la reacreditación se realiza de acuerdo a la norma emitida por el Ministerio de Salud y Deportes para los hospitales de segundo y tercer nivel de atención. Asimismo, el Servicio Departamental de Salud tiene la facultad de vigilar, supervisar, controlar y fiscalizar a los hospitales hasta el tercer nivel de atención en el marco de sus competencias.

En cuanto al cuarto nivel de atención, el procedimiento será definido por el Ministerio de Salud y Deportes.

2. En el Subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo, la ASUSS, es responsable de habilitar los hospitales otorgando la autorización de apertura y funcionamiento; la acreditación y la reacreditación será de acuerdo a la norma emitida por la ASUSS para este subsector, con base en la normativa emitida por el Ministerio de Salud y Deportes. Asimismo, tiene la finalidad de regular, controlar, supervisar y fiscalizar a los hospitales del subsector.

Artículo 9. (CARTERA DE SERVICIOS).

En virtud a la reglamentación vigente al efecto, cada establecimiento de salud de segundo, tercer y cuarto nivel, elaborará al inicio de cada gestión, la cartera de servicios que otorgará a la población, de acuerdo a la capacidad resolutiva y física instalada y nivel de atención asignado por la autoridad competente, asimismo, los establecimientos de salud deben habilitar sus carteras de servicios de acuerdo con el perfil epidemiológico regional, evitando así negar la atención a los usuarios. Será actualizada al concluir la gestión, o cuando el establecimiento adicione o suprima servicios que modifiquen su capacidad resolutiva y física instalada en el transcurso del año.

I. En los hospitales de los tres subsectores, se debe tomar en cuenta normativa general y especifica establecida por el Ministerio de Salud y Deportes, existiendo la posibilidad de contar con otras especialidades de acuerdo a la capacidad instalada, perfil epidemiológico local, necesidad y la sostenibilidad del mismo entre otros.

II. En los hospitales del subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo, además, se determinará de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Único de Prestaciones y el Código de la Seguridad Social.

III. Los hospitales del subsector Privado, determinarán su cartera de servicios, que deberá ser aprobada por el Servicio Departamental de Salud acorde a la normativa vigente emanada por el Ministerio de Salud y Deportes.

Artículo 10. (FUNCIONES GENERALES DE LOS HOSPITALES

Las funciones principales de los hospitales de segundo, tercer nivel y cuarto nivel de atención, están relacionadas con los sistemas de gestión de: recursos económicos, recursos tecnológicos, usuarios, calidad, docencia e investigación científica, la red de servicios de salud, clínica y gerencial, centrados en el paciente, siendo las siguientes:

1. Formula, ejecuta y evalúa el plan estratégico a mediano plazo, que permita apoyar la gestión y la toma de decisiones, para lograr mayor eficiencia, eficacia y calidad en los servicios.

2. Realiza el Plan Operativo Anual y presupuesto, estableciendo metas realistas y alcanzables; realizando monitoreo y evaluación de indicadores de gestión, ejerciendo una gestión administrativa y financiera eficiente y transparente.

3. Implementa el sistema de información, monitorea los servicios y evalúa el desempeño del personal para la toma de decisiones, en el marco de la normativa vigente.

4. Otorga servicios integrales, priorizando la promoción de la salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, además de brindar cuidados paliativos, mediante servicios acordes al nivel de atención y cartera de servicios, en el caso de los hospitales con servicios de Salud Mental, además de lo mencionado deben incorporar actividades orientadas a la reincorporación social.

5. Brinda servicios de salud oportunos y continuos a través de los cuidados progresivos, basados en la complejidad de la atención requerida por el usuario, mediante procesos transversales de atención.

6. Desarrolla servicios orientados a la satisfacción de las necesidades de los usuarios, familia y la comunidad, respetando la interculturalidad y promoviendo la articulación con la medicina tradicional.

7. Desarrolla docencia asistencial en el grado y postgrado, de acuerdo a lo establecido y determinado en la Norma Boliviana de Integración Docente Asistencial e Investigación, acorde al nivel de atención.

8. Desarrolla proyectos de investigación en salud de acuerdo a los criterios legales, éticos, epidemiológicos y de interés local, departamental y nacional, según nivel de atención y complejidad.

9. Fortalece las Redes Integradas de Servicios de Salud de acuerdo a normas vigentes para mejorar la oportunidad y continuidad de la atención del usuario.

10. Cumple con las normas de vigilancia y control epidemiológico, las normas de bioseguridad para la prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud, garantizando la seguridad de los usuarios internos y externos.

11. Administra los recursos con transparencia, eficiencia, eficacia y cumplir con la rendición de cuentas de acuerdo a la normativa vigente, con la participación de la Estructura Social en Salud según el nivel correspondiente.

12. Coordina y coadyuva con las instancias correspondientes para la atención de salud ante situaciones de emergencias y/o desastres, cumpliendo el principio fundamental de protección de la salud y la vida de las personas; en casos de emergencias médicas, la atención es obligatoria y sin retrasos ocasionados por cuestiones administrativas o financieras en cualquier establecimiento de salud de los subsectores Público, de la Seguridad Social de Corto Plazo o el Privado,

sin la obligación de acceder a través del establecimiento de salud de primer nivel.

13. Otorga la atención integral de salud, con calidad, calidez a través del buen trato.

14. Otorga gratuidad en el subsector Público en el marco de la Ley N° 1152 del 20 de febrero de 2019, en el caso del subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo cumplir con lo establecido en el Reglamento Único de Prestaciones y el Código de la Seguridad Social.

15. Brinda apoyo al usuario para la solucion de sus reclamos en el marco de sus funciones y la normativa.

16. Cumple con lo establecido en la Ley N° 1178 de 20 de julio de 1990, (Sistema de Administración y Control Gubernamental) y realiza el seguimiento financiero del POA, de acuerdo a la Ley N° 777 de 21 de enero de 2016, Sistema de Planificación Integral del Estado (SPIE); de acuerdo al ámbito de aplicación.

17. Remite la información correspondiente al SUIS de forma obligatoria y en los tiempos establecidos.

18. Cuenta con comités técnicos de asesoramiento, funcionales y genera condiciones para su sostenibilidad.

19. Gestiona y efectiviza los recursos necesarios para la atención de los usuarios articulando la participación del área asistencial y administrativa.

20. Brinda y aplica medidas de seguridad que garanticen a los usuarios condiciones adecuadas y eviten eventos adversos.

Capítulo III

ESTRUCTURA DEL HOSPITAL

Artículo 11. (ESTRUCTURA JERÁRQUICA DE LOS HOSPITALES).

La estructura jerárquica de los hospitales de segundo, tercer y cuarto nivel de atención, en todo el territorio nacional, estará conformada por los siguientes niveles:

- En los subsectores Público y Privado: ejecutivo y operativo.
- En la Seguridad de Corto Plazo: directivo, ejecutivo y operativo

Artículo 12. (NIVELES JERÁRQUICOS).

1. **DIRECTIVO:** Solo en la Seguridad Social de Corto Plazo.
   - Directorio
2. **EJECUTIVO:** En este nivel se encuentran:
   - Dirección
   - Equipo de asesoramiento
   - Subdirecciones
3. **OPERATIVO:**
   - Departamentos (asistenciales y administrativos)
   - Servicios y/o unidades (asistenciales y administrativos)
   - Personal de salud operativo (administrativos y asistenciales)

Artículo 13. (ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE HOSPITALES DE SEGUNDO, TERCER Y CUARTO NIVEL).

Los hospitales de segundo, tercer y cuarto nivel, cuentan con la siguiente estructura general:

1. Dirección
2. Equipo de asesoramiento con dependencia directa de la dirección y comités técnicos de asesoramiento.

3. Subdirección: Es la instancia de gestión organizativa y de planificación, que agrupa departamentos con funciones homogéneas o complementarias; dependiente de la dirección.

4. Departamento: Es la instancia de gestión organizativa, de planificación y operativa, que agrupa varios servicios y/o unidades con funciones homogéneas o complementarias dentro de una misma área técnica, asistencial o administrativa; dependiente de una subdirección.

5. Servicio: Es una estructura de gestión funcional, brinda atención directa e indirecta al usuario y realiza actividades específicas, dentro de la organización; dependiente de un departamento.

6. Unidad: Es la división más específica de gestión funcional y operativa dentro del hospital caracterizada por brindar atención concreta y focalizada de un conjunto de servicios hospitalarios.

7. Área: Es la zona dentro del hospital, que se especializa en la atención de pacientes de acuerdo a sus necesidades o condiciones.

Capítulo IV

SISTEMAS DE GESTIÓN

Artículo 14. (SISTEMAS DE GESTIÓN HOSPITALARIA).

Los sistemas, componentes y procesos de gestión hospitalaria, serán implementados de forma obligatoria en todos los hospitales, independientemente del subsector, nivel de atención y complejidad, con el fin de estandarizar los procesos de gestión y atención centrado en el usuario; en el caso del cuarto nivel se complementará acorde a sus particularidades.

Los sistemas a implementar son los siguientes:

1. **Sistema de gestión gerencial.**

   Los hospitales cumplirán con los componentes de este sistema que son: la planificación estratégica, la Planificación Operativa Anual, la definición de la Organización y la Gestión orientada a procesos. Asimismo, desarrollarán los procesos establecidos en cada componente.

   El director y las subdirecciones, son responsables de la implementación de la gestión orientada a procesos, con el fin de mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de los servicios de salud, motivando la toma de decisiones basada en el análisis de la información a través de la aplicación de las siguientes herramientas:

   a) Cuadro de mando integral

   b) Compromisos de gestión

   c) Comités de Análisis de Información

   d) Rendición de cuentas

2. **Sistema de gestión de recursos.**

   Los hospitales cumplirán con la gestión de recursos humanos, la gestión administrativa financiera y los procesos que permiten su aplicación, a fin de garantizar el desarrollo oportuno, integral y de calidad de los procesos asistenciales y administrativos en los hospitales.

   El director y las subdirecciones, tienen la obligación de diseñar e implementar el plan de recursos humanos y gestión administrativa.

3. **Sistema de gestión clínica.**

   Los componentes que deben cumplir los hospitales en este sistema son: la gestión de la actividad asistencial y cuidados de enfermería, la medicina preventiva

y control de enfermedades, la vigilancia epidemiológica, contingencias y desastres.

La implementación de este enfoque optimizará los procesos asistenciales mediante una planificación estratégica que garantice una atención integral y especializada, fundamentada en evidencia científica. Se desarrollará un modelo de cuidados progresivos y procesos transversales que prioricen la eficiencia, eficacia, oportunidad y seguridad del paciente, tomando en cuenta el contexto bio- psico- social, familiar y comunitario de los usuarios para la recuperación y rehabilitación, en el marco de la integración y continuidad de la atención en los hospitales de las Redes Integradas de Salud.

La dirección y las subdirecciones de los hospitales, independientemente del subsector al que pertenecen, deben elaborar e implementar el plan de emergencias, desastres y contingencias de acuerdo a la normativa vigente; para el funcionamiento del sistema este deberá prever y gestionar los recursos en el Plan Operativo Anual y el presupuesto.

4. Sistema de gestión del usuario.

Los componentes que deben cumplir los hospitales son: gestión de recursos asistenciales, gestión de satisfacción del usuario; gestión de datos y expediente clínico y telesalud.

Su desarrollo permitirá integrar los recursos que facilitan el acceso de los usuarios a los servicios ambulatorios, internación, procedimientos quirúrgicos, urgencias y emergencias, organizados en procesos transversales, agilizar las pruebas de apoyo al diagnóstico y tratamiento, realizar el seguimiento del paciente hasta el alta, identificando su satisfacción con el proceso asistencial, asimismo, facilitará la gestión de la información de datos asistenciales, correlación clínico administrativa de la atención del SUS y el manejo del expediente clínico.

5. Sistema de gestión de calidad.

Los hospitales mediante la dirección, las subdirecciones, gestión de calidad y los departamentos, desarrollarán los componentes de mejora continua de la calidad y seguridad del paciente.

a) Elaborar, implementar y desarrollar el plan de gestión de calidad y estrategias para la mejora continua y el involucramiento del personal, conforme a los principios éticos, normas vigentes y tecnología apropiada, para otorgar servicios integrales, eficientes y oportunos, para lograr la satisfacción de los usuarios. A través de implementación de procesos, instrumentos y estándares de calidad basados en el Programa Nacional de Calidad en Salud PRONACS, la Política Nacional de Calidad y otras normativas vigentes.

b) Elaborar e implementar el plan de seguridad del paciente, con la finalidad de evitar eventos adversos en el proceso de atención a través del cumplimiento de metas: i) identificar correctamente a los pacientes, ii) comunicación efectiva, iii) seguridad en el proceso de medicación, iv) seguridad en los procedimientos invasivos y quirúrgicos, v) prevención de ulceras por presión, vi) reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud, vii) reducción del daño al paciente por causa de caídas y viii) cultura de seguridad de pacientes.

6. Sistema de docencia e investigación científica.

La docencia asistencial en el grado y postgrado impartida en los hospitales, debe cumplir lo siguiente:

a) Es responsabilidad de docencia e investigación del hospital, el cumplimiento y control de la aplicación de la Norma Boliviana de Integración Docente Asistencial e Investigacion en el hospital.

b) Las actividades de docencia y enseñanza en el grado y postgrado, serán impartidas de forma coordinada y bajo convenio específico con las universidades acreditadas e instituciones de educación, garantizando la ejecución de los planes y programas de estudio. En los convenios deben estar delimitadas las responsabilidades y obligaciones, tanto de los hospitales como de las universidades o instituciones de educación. Los profesionales de salud del hospital, serán docentes asistenciales de grado y postgrado, según corresponda.

c) Los estudiantes, internos y/o residentes de ciencias de la salud de grado y postgrado, durante su estancia temporal o periódica en el hospital, se encuentran en función de aprendizaje, por tanto, de ningún modo el personal docente y/o de salud debe dejar en ellos la responsabilidad de sus funciones.

d) Generar proyectos de investigación en salud acorde al nivel de atención y complejidad, de acuerdo a los criterios legales, éticos, epidemiológicos y de interés local, departamental y nacional, para adquirir y desarrollar nuevos conocimientos científicos, pensamiento crítico y aprendizaje con el fin de contribuir a mejorar la salud de la población.

7. Sistema de gestión de recursos tecnológicos en salud.

Los componentes que desarrollarán los hospitales en este sistema son: Ingeniería clínica y sistemas de información en salud.

Esto permitirá el uso óptimo de los recursos tecnológicos, de los sistemas informáticos y las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC's) del hospital incluyendo una evaluación continua de la tecnología utilizada para

asegurar que se mantenga actualizada y efectiva, para facilitar el diagnóstico, tratamiento y el acceso oportuno de la población a los servicios de salud; asimismo facilita el procesamiento, difusión de la información y datos que permitan la toma oportuna de decisiones.

I. Ingeniería clínica. El proceso de incorporación y adquisición de tecnología en los hospitales, parte de la implementación de la ingeniería clínica, la cual llevará a cabo la gestión del equipamiento médico.

II. Sistema de información hospitalaria. Los hospitales tienen la obligación de implementar el Sistema Único de Información en Salud, bajo lineamientos de digitalización, interoperatividad, gestión, administración, uso de tecnologías de información y comunicación, así como de simplificación, control de procesos y procedimientos del Plan Nacional de Implementación de Gobierno Electrónico.

Las subdirecciones, departamentos, servicios, unidades y el equipo de tecnologías y sistemas de información en salud son los responsables de asegurar el cumplimiento y control desde la captación, sistematización y consolidación de la información del hospital de los siguientes componentes: recursos, indicadores, fuentes de datos, gestión de datos e información, sala situacional, difusión, archivo y almacenamiento de la información.

8. Sistema de gestión en las redes integradas de servicios de salud.

Los hospitales deben coadyuvar en el fortalecimiento de la capacidad resolutiva de las redes integradas de servicios de salud, con el objetivo de lograr la atención integral, oportuna y continua al usuario, aplicando los siguientes criterios:

a) La dirección, las subdirecciones y el comité de referencia, transferencia y contrarreferencia son los responsables de hacer cumplir la Norma Nacional de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia vigente. El presente comité debe estar activo de manera obligatoria.

b) 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.

c) Los hospitales de tercer y 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 pertenecen.

d) Los hospitales deben desarrollar y aplicar las guías clínicas, protocolos y flujos, estableciendo las rutas asistenciales para la estandarización de la atención continua y oportuna de acuerdo al nivel de atención y normativa vigente.

e) Los hospitales deben implementar programas de capacitación continua presenciales y/o virtuales, para el fortalecimiento de las competencias y habilidades del personal de las Redes Integradas de Servicios de Salud.

f) Los hospitales deben integrar y coadyuvar las acciones de promoción de la salud y la prevención de enfermedades en las Redes Integradas de Servicios de Salud enfocados en las necesidades de los usuarios, su familia y la comunidad.

Capítulo V

DEL FUNCIONAMIENTO

Artículo 15. (ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVA).

La gestión de la actividad asistencial y administrativa forma parte del sistema de gestión clínica y debe estar organizada de acuerdo a los siguientes incisos:

a) La atención hospitalaria es de 24 horas al día, los 7 días a la semana y 365 días del año en los servicios de: emergencias y urgencias, internación, servicios de cuidados intensivos e intermedios, apoyo al diagnóstico y tratamiento de acuerdo al nivel resolutivo y complejidad, además, de los servicios administrativos y de apoyo; pudiendo ampliarse a fines de semana o extender los horarios en días hábiles acordes a la necesidad, demanda de la población y a los recursos de los hospitales.

b) Las horas efectivas de trabajo asistencial establecidas para el personal de salud, son de 3 horas (medio tiempo), 6 horas (tiempo completo) salvo normativa específica; 12 horas como máximo (horario de turno) con un intervalo mínimo de 24 horas entre turnos, con presencia física y permanencia obligatoria del personal en el hospital.

c) El director del hospital debe prever la asignación del personal de salud y otros de apoyo al diagnóstico y tratamiento, con presencia diaria en todos los servicios para garantizar la continuidad e integralidad de la atención en el hospital.

d) La actividad asistencial establecida para la atención de 24 horas en los diferentes servicios, estará organizada por turnos laborales de 12 horas como máximo, tomando en cuenta la rotación interna periódica del personal, de acuerdo a perfil de cargo y competencias específicas en aquellos servicios y/o unidades que corresponda.

e) La programación de turnos, será elaborada por el jefe de servicio de acuerdo a la estructura organizacional establecida y de forma igualitaria, con visto bueno del inmediato superior y aprobación de la subdirección respectiva.

f) Las actividades de actualización y capacitación al personal, deben ser realizadas sin perjuicio del cumplimiento del horario laboral.

g) En los hospitales de los subsectores de la Seguridad Social de Corto Plazo y Privados con o sin fines de lucro, las horas extraordinarias deben ser

previamente autorizadas y debidamente justificadas por los superiores jerárquicos.

Para realizar tareas en horas extraordinarias ante las necesidades del servicio, cuando así lo exijan, se tomará en cuenta lo siguiente:

- Evitar perjuicios en el funcionamiento normal del establecimiento
- Prevenir accidentes o efectuar arreglos o reparaciones impostergables en los equipos, máquinas o instalaciones.
- Cuando sobrevengan eventos externos, imprevisibles e inevitables, que incidan en el normal funcionamiento del hospital.

En ningún caso las horas extras serán intencionalmente planificadas, no podrán ser consignadas por más de dos meses consecutivas y a una sola persona en el servicio.

Artículo 16. (ATENCIÓN HOSPITALARIA POR CUIDADOS PROGRESIVOS).

I. La atención por cuidados progresivos forma parte del sistema de gestión clínica; los hospitales deben organizar los servicios para la atención por cuidados progresivos de acuerdo al estado de salud del usuario externo, la gravedad del caso y la capacidad resolutiva, que permita la gestión eficiente de los recursos hospitalarios y mejorar la calidad de la gestión clínica y seguridad del paciente.

II. La atención hospitalaria por cuidados progresivos, debe presentar las siguientes características:

a) Las camas del hospital son de uso polivalente, de acuerdo a la gravedad y las necesidades de cuidado, considerando sexo del usuario, grupo etario y riesgo de transmisión de infecciones. Pudiendo recurrirse a la reconversión de camas en caso necesario.

b) La atención en internación será gestionada por los médicos responsables de piso, con capacidad de articulación interdisciplinaria.

c) Los cuidados progresivos, se organizan de acuerdo a los siguientes niveles:

- Cuidados ambulatorios.
- Cuidados medios y mínimos.
- Cuidados intermedios.
- Cuidados críticos.

d) En caso de que una red no cuente en su territorio con servicios especializados hospitalarios, 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, de acuerdo a normativa vigente.

Artículo 17. (RECURSOS FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS).

Los hospitales tienen la obligación de implementar y cumplir en el marco de la normativa vigente con los siguientes requisitos:

a) Los bienes inmuebles donde se desarrollan las actividades operativas del hospital, deben estar debidamente registrados a nombre de la institución ante Derechos Reales y el Gobierno Autónomo Municipal. Asimismo, contar con el pago anual de impuestos y la certificación catastral si corresponde, estas actividades son de responsabilidad de la Entidad Autónoma correspondiente, en coordinacion con el director, asesor juridico y el subdirector administrativo del hospital.

b) Los hospitales Públicos de segundo, tercer y cuarto nivel, son de propiedad de la instancia establecida por la normativa según su competencia; deberán contar con infraestructura y equipamiento propio para garantizar su adecuado funcionamiento, de acuerdo a su complejidad.

c) En los hospitales Públicos y de la Seguridad Social de Corto Plazo, queda terminantemente prohibido la instalación de equipos, uso de material e insumos que sean de propiedad de terceras personas o funcionarios del propio hospital en sus dependencias, sin autorización del area correspondiente y registrarse temporalmente en la unidad de activos fijos del hospital.

d) En los hospitales Públicos y de la Seguridad Social de Corto Plazo, está prohibida la utilización de materiales, insumos y equipos de propiedad del establecimiento, para la realización de procedimientos médicos, de diagnóstico y/o tratamiento, que sea en beneficio privado de los funcionarios del hospital. En caso de incumplimiento serán pasible a sanciones legales establecidas en la normativa vigente.

e) En los hospitales Privados, con o sin fines de lucro, queda prohibida la utilización o instalación de equipos o bienes de propiedad de los hospitales públicos y de la Seguridad Social de Corto Plazo. En caso de incumplimiento serán pasible a sanciones legales establecidas en la normativa vigente.

f) Los hospitales deben llevar un inventario anual físico y valorado actualizado de equipamiento, mobiliario e instrumental, debidamente registrado y codificado señalando la cantidad, el estado de los mismos (bueno, regular o malo), las marcas, número de serie y otras especificaciones que los identifiquen.

g) Los hospitales tienen la obligación de asegurar la inscripción de presupuesto en el POA de salud, para la ejecución de un plan de mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura, instalaciones y los activos fijos.

h) Los hospitales deben elaborar el plan de seguridad.

Artículo 18. (FARMACIAS INSTITUCIONALES Y HOSPITALARIAS).

La gestión de medicamentos, suministro e insumos, se realizará de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente, tomando en cuenta los siguientes incisos:

a) Los responsables de gestión de los medicamentos, suministros e insumos de los hospitales públicos y de la Seguridad Social de Corto Plazo, deben cumplir con la normativa específica establecida en la Ley N° 1737 de 17 de diciembre de 1996 Ley del Medicamento y su Reglamento, la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales LINAME) y Lista Nacional de Dispositivos Médicos (LINADIME) vigentes y otras normas conexas.

b) El Servicio Departamental de Salud (SEDES), es el responsable de autorizar la apertura y funcionamiento de las farmacias institucionales en los hospitales hasta el tercer nivel de atención de los subsectores Público y Privado, previo cumplimiento obligatorio de requisitos, conforme a los artículos establecidos en la Ley N° 1737 Ley del Medicamento del 17 de diciembre de 1996 y el Decreto Supremo N° 25233 del 30 de noviembre de 1998.

c) En la Seguridad Social de Corto Plazo, la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (ASSUS), es la responsable de la apertura y funcionamiento de las farmacias institucionales y hospitalarias, conforme a normativa vigente.

d) La direccion y las subdirecciones deben gestionar el presupuesto en el POA de salud, para el abastecimiento de medicamentos, reactivos, insumos y suministros para el funcionamiento de los servicios y que no exista ruptura de stock.

Capítulo VI

DEL CARGO, DESIGNACIÓN, ASIGNACIÓN Y REQUISITOS DE LOS EJECUTIVOS

Artículo 19. (DIRECTOR).

Es la máxima autoridad del hospital, que tiene la obligación de dirigir la gestión gerencial institucional, tanto de las actividades técnico asistenciales y administrativas del hospital, de acuerdo a sus funciones y atribuciones, las disposiciones legales y políticas públicas en salud incluyendo la Ley N° 031 Ley Marco de Autonomías y Descentralización "Ándres Ibañez".

Artículo 20. (DESIGNACIÓN Y REQUISITOS DEL DIRECTOR).

I. El proceso de selección del director, debe ser realizado por concurso de méritos y examen de competencia, de acuerdo a normativa vigente establecida en el Decreto Supremo N° 26115 del 16 de marzo del 2001, Normas Básicas de Administración de Personal, por un periodo de tres años a dedicación exclusiva.

II. La convocatoria, la designación de los directores de los hospitales, serán realizadas por las máximas autoridades según su competencia respectiva (Gobierno Nacional, Entidad Territorial Autónoma o de la Seguridad Social de Corto Plazo); en caso de los hospitales de segundo nivel debe ser con la participacion del Ente Rector Departamental en Salud.

En caso de no efectivizarse la convocatoria, el director será designado por un periodo mínimo de 1 año.

III. Los requisitos para el cargo de director del hospital son los siguientes:

a) Formación a nivel licenciatura en medicina.

b) Certificación de postgrado en maestría o especialidad en salud pública, o administración en salud o gestión hospitalaria o gestión de calidad y auditoria médica, extendidos por instituciones legalmente establecidas y autorizadas.

c) Matrícula profesional.

d) Certificación de la Ley N° 1178 del 20 de julio de 1990, Administración y Control Gubernamentales y sus Decretos Reglamentarios extendidos por instituciones públicas legalmente establecidas y autorizadas.

e) Certificación de la Ley N°1152 del 20 de febrero de 2019 y su reglamentación (para el subsector público), extendidos por instituciones públicas legalmente establecidas y autorizadas.

f) Conocimiento de la Ley N° 777 de Sistema de Planificación Integral del Estado SPIE del 21 de enero de 2016.

g) Otros cursos y requisitos exigidos por la normativa vigente, extendidos por instituciones legalmente establecidas y autorizadas.

h) Experiencia general mayor o igual a 10 años.

i) Experiencia especifica o similares, igual o mayor a 3 años.

Artículo 21. (EQUIPO DE ASESORAMIENTO)

I. El equipo de asesoramiento, tiene dependencia directa de la dirección, son responsables de brindar asesoramiento técnico, administrativo, legal y estratégico a la dirección del hospital.

II. El equipo de asesoramiento, coadyuvará en la aplicación de mecanismos de control, a través de:

a) **Planificación y organización:** Desarrolla, implementa y actualiza métodos, herramientas e instrumentos técnicos de planificación de corto, mediano y largo plazo; análisis de procesos, control y evaluación de resultados de la gestión hospitalaria.

Tiene autoridad funcional con la unidad de estadística y datos asistenciales, que genera la información que servirá para la planificación, análisis y toma de decisiones.

b) **Epidemiología hospitalaria:** Implementa la vigilancia epidemiológica intrahospitalaria orientada a identificar factores de riesgo, detectar brotes y epidemias, evaluar los servicios y programas de salud, monitorear el cumplimiento de las normas de bioseguridad, analizar la morbilidad y mortalidad hospitalaria, realizar el control de riesgos y eventos adversos, análisis de información acerca de indicadores hospitalarios y capacitar al personal en epidemiologia clínica acorde al nivel de atención, además de liderizar la notificación a las autoridades hospitalarias, regionales y nacionales.

Tiene autoridad funcional con la unidad de estadística y datos asistenciales, que genera la información que servirán para el análisis de datos epidemiológicos y toma de decisiones.

c) **Auditoria interna:** Asesora y apoya a la dirección proporcionando una seguridad razonable en el manejo y uso de los recursos asignados, en el cumplimiento de lo legalmente establecido; promoviendo la transparencia y rendición de cuentas a partir de la realización de auditorías internas.

   La auditoría interna es un proceso independiente y objetivo diseñado para aportar valor a una empresa y/o institución a través del análisis y evaluación de la eficacia de sus procesos de gestión de riesgos, control y gobierno.

d) **Gestión de calidad y seguridad del usuario:** Realiza la autoevaluación y promueve la acreditación del hospital; diseña, implementa y realiza el seguimiento del plan de mejora continua, tomando en cuenta la normativa vigente relacionada (PRONACS, ciclos de mejora continua y otros) y verifica el cumplimiento de estándares de seguridad del paciente.

e) **Auditoria en salud:** Lidera la elaboración de auditorías médicas preventivas y/ o correctivas, además de las requeridas por autoridades competentes, con la finalidad de que los usuarios externos reciban la mejor atención médica posible coadyuvando al seguimiento del plan de mejora continua.

f) **Asuntos jurídicos:** Asesora a la dirección en el cumplimiento y aplicación de las normas legales en vigencia relacionadas con las actividades del hospital. Presta apoyo jurídico a la dirección en el ejercicio de sus funciones, respecto de todos los actos administrativos en que deba participar. Asimismo, asume la defensa del hospital en los procesos, estos sean administrativos y/o judiciales en que éste sea demandado o demandante.

g) **Docencia e investigación:** Implementa, lidera y coordina las actividades de formación y capacitación continua del personal de salud, de grado y postgrado, en el marco de la normativa nacional. Supervisa las actividades de investigación, de acuerdo con la realidad epidemiológica de su área de influencia, nivel de atención y complejidad, conforme a principios éticos y bioéticos.

h) **Comunicación e imagen institucional:** Se encarga de la imagen institucional del hospital; para que los usuarios internos se identifiquen y asuman los valores, principios y filosofía de la institución; asimismo, promueve mediante los medios de comunicación sobre las actividades del hospital y accesibilidad a los servicios para los usuarios externos, su familia y la comunidad.

i) **Tecnología y sistemas de información en salud:** Gestiona los recursos tecnológicos e implementa el Sistema Integrado de Información y Telesalud (telemedicina y teleeducación), para mejorar las estrategias de diseño y comunicación del hospital durante la atención en salud.

Artículo 22. (ASIGNACIÓN Y REQUISITOS DEL EQUIPO DE ASESORAMIENTO).

I. La asignación del equipo de asesoramiento, será realizada por el director del hospital.

II. Los requisitos de los responsables de asesoramiento son los siguientes:

a) Formación a nivel licenciatura en concordancia al cargo.

b) Matricula profesional si corresponde.

c) Certificación de postgrado de acuerdo a las funciones y competencias.

d) Certificación de la Ley N° 1178 de 20 de julio de 1990, de Administración y Control Gubernamentales y Decretos Reglamentarios, extendidos por instituciones públicas legalmente establecidas y autorizadas.

e) Certificación de la Ley N° 1152 del 20 de febrero de 2019 y su reglamentación (para el subsector público), extendidos por instituciones públicas legalmente establecidas y autorizadas.

f) Conocimiento de la Ley N° 777 de 21 de enero de 2016, de Sistema de Planificación Integral del Estado SPIE.

g) Otros cursos y requisitos exigidos por la norma o el cargo específico, extendidos por instituciones legalmente establecidas y autorizadas.

h) Experiencia general mayor o igual a 5 años.

i) Experiencia específica en salud igual o mayor a 2 años.

Artículo 23. (SUBDIRECIONES).

Las subdirecciones son responsables de la planificación, organización, gestión y ejecución de la actividad operativa y/o asistencial de forma coordinada con los departamentos, servicios y/o unidades necesarias para todo el proceso de atención de los usuarios y el funcionamiento del hospital.

Artículo 24. (ASIGNACIÓN Y REQUISITOS DE SUBDIRECTORES).

I. El proceso de selección del subdirector, debe ser realizado por concurso de méritos y examen de competencia por un periodo de tres años a dedicación exclusiva, sujeto a evaluaciones periódicas de acuerdo a normativa vigente. La asignación será realizada por el director del hospital.

II. Los requisitos requeridos para ocupar los cargos de subdirectores, son los siguientes:

a) Formación a nivel licenciatura en medicina o el área administrativa y/o financiera según corresponda.

b) Matricula profesional si corresponde.

c) Certificación de maestría y/o especialidad en salud pública y/o gestión hospitalaria en las subdirecciones correspondientes, extendidos por instituciones legalmente establecidas y autorizadas.

d) Certificación de la Ley N° 1178 20 de julio de 1990, de Administración y Control Gubernamentales, extendidos por instituciones públicas legalmente establecidas y autorizadas.

e) Certificación de la Ley N° 1152 del 20 de febrero de 2019 y su reglamentación (para el subsector público), extendidos por instituciones públicas legalmente establecidas y autorizadas.

f) Conocimiento de la Ley N° 777 de Sistema de Planificación Integral del Estado SPIE del 21 de enero de 2016.

g) Experiencia general mayor o igual a 5 años en el área Hospitalaria.

h) Experiencia específica o en similares cargos mayor o igual a 2 años.

i) Otros cursos y requisitos exigidos por la norma o el cargo específico, extendidos por instituciones legalmente establecidas y autorizadas.

Artículo 25. (ASIGNACIÓN Y LOS REQUISITOS DE LOS JEFES DE DEPARTAMENTOS, SERVICIOS Y/O UNIDADES).

I. La asignación de los jefes de departamentos, responsables de servicios y/o unidades, será realizada por la Máxima Autoridad Ejecutiva de la institución, que será efectuada previo proceso de selección por concurso de méritos y examen de competencia interna, por un periodo de dos años y con una dedicación de su carga laboral de 50% en la parte de gestión/administración y 50% a labores asistenciales en el caso de los departamentos dependientes de la subdirección de gestión de atención en salud; el resto de los departamentos serán a dedicación exclusiva, sujeto a evaluaciones periódicas de acuerdo a normativa vigente, con asistencia diaria al hospital para el seguimiento de las actividades y cumplimiento de los procesos.

II. Los requisitos requeridos para ocupar los cargos de jefes de departamentos, servicios y/o unidades, son los siguientes:

a) Formación a nivel licenciatura de acuerdo a la jefatura de departamento.

b) Matricula profesional si corresponde.

c) Certificación en especialidad bajo modalidad por residencia médica, acorde al área de postulación, para los departamentos dependientes de la subdirección de gestión de atención de salud, extendidos por instituciones legalmente establecidas y autorizadas.

d) Certificación en diplomado o especialidad o maestría en gerencia en salud y/o gestión hospitalaria o similares para los departamentos asistenciales; para administrativos postgrados en el área que corresponda o en el área de salud. En el caso de la Seguridad Social de Corto Plazo, además debe contar con cursos de la normativa del subsector, extendidos por instituciones legalmente establecidas y autorizadas.

e) Certificación de la Ley N°1178 de 20 de julio de 1990, de Administración y Control Gubernamentales y sus Decretos Reglamentarios, extendidos por instituciones públicas legalmente establecidas y autorizadas.

f) Certificación de la Ley N°1152 del 20 de febrero de 2019 y su reglamentación (para el subsector público), extendidos por instituciones públicas legalmente establecidas y autorizadas.

g) Conocimiento de la Ley N° 777 de 21 de enero de 2016, de Sistema de Planificación Integral del Estado SPIE.

h) Otros cursos y requisitos exigidos por la norma o el cargo específico, extendidos por instituciones legalmente establecidas y autorizadas.

i) Experiencia general mayor o igual a 5 años.

j) Experiencia especifica mayor o igual a 1 año en el área hospitalaria.

Artículo 26. (ASIGNACIÓN DE LOS CARGOS OPERATIVOS).

Una vez concluido el concurso de méritos y examen de competencia para los cargos operativos asistenciales y administrativos de los hospitales, en todos los subsectores, la asignación será realizada por el director del hospital, en mérito a los niveles de competencia y responsabilidades establecidas en el artículo 5 del presente reglamento y en cumplimiento del Reglamento Específico del Subsistema de Administración de Personal y demás normativa vigente.

Capítulo VII

DE LAS FUNCIONES DE DIRECCIÓN, SUBDIRECCIONES, DEPARTAMENTOS Y OTROS

Artículo 27. (DIRECTOR).

Las funciones que debe cumplir el director de los hospitales son las siguientes:

a) Asume la representación legal de la institución, si corresponde en normativa.

b) Es responsable de la organización y funcionamiento de la institución.

c) Conduce la institución para cumplir los objetivos institucionales.

d) Evalúa y controla el cumplimiento de la planificación estratégica mediante la aplicación de la Ley N° 1178 del 20 de julio de 1990 y Ley N° 777 del 21 de enero de 2016.

e) Organiza, dirige, controla y evalua el funcionamiento de la institución en el marco de las políticas nacionales de salud, planificación del mediano y corto plazo.

f) Implementa y hace cumplir las políticas nacionales y normas en salud de acuerdo a las características, nivel de atención y cartera de servicios de la institución.

g) Dirige la administración y programación con eficiencia, eficacia y equidad de los recursos económicos, financieros, humanos, físicos y tecnológicos.

h) Instruye los procesos de auditoría interna para evaluar la eficiencia y equidad de los recursos administrados.

i) Promueve la realización de las auditorias en salud.

j) Asegura la atención integral e intercultural en el marco de las normativas vigentes.

k) Garantiza las gestiones necesarias para la atención gratuita en el marco de las normativas vigentes en el subsector público.

l) Asegura que los procesos, procedimientos y toma de decisiones asistenciales y administrativos estén centrados en el paciente.

m) Preside los comités técnicos de asesoramiento e implementa las recomendaciones.

n) Aprueba objetivos, metas, indicadores y compromisos de gestión y realiza seguimiento y evaluación periódica para alcanzar los resultados esperados.

o) Coordina la integración del hospital en las redes integradas de servicios de salud para mejorar el acceso, la oportunidad y la continuidad de la atención de la población.

p) Demuestra resultados y transparencia a través de los mecanismos legales establecidos en la normativa vigente.

q) Coordina y participa con las instancias correspondientes en la planificación de mediano y largo plazo.

r) Dirige conjuntamente con las subdirecciones el desarrollo de los procesos de la institución y evalúa su cumplimiento.

s) Otras funciones establecidas en el manual de organización y funciones de la institución y la normativa nacional.

Artículo 28. (EQUIPO DE ASESORAMIENTO DE DIRECCIÓN).

Las funciones generales del equipo de asesoramiento están establecidas en el Artículo 21 del presente reglamento; las funciones específicas serán descritas en el manual de organización y funciones de cada hospital.

Artículo 29. (FUNCIONES GENERALES DE LOS SUBDIRECTORES).

Las funciones generales de los subdirectores, son las siguientes:

a) Dirigen los procesos y procedimientos bajo su dependencia con eficiencia, eficacia y equidad de los recursos económicos, financieros, humanos, físicos y tecnológicos.

b) Monitorean los procesos de auditoría interna para evaluar la eficiencia y eficacia de los recursos administrados acorde al servicio correspondiente.

c) Promueven la habilitación, acreditación y reacreditación del hospital en el marco de sus competencias.

d) En la subdirección correspondiente, instruyen la realización de las auditorias en salud y el cumplimiento de recomendaciones y acciones correctivas.

e) Elaboran los lineamientos para la atención integral e intercultural en el marco de las normativas vigentes.

f) Supervisan el cumplimiento de los procesos, procedimientos y toma de decisiones asistenciales y administrativos centrados en el paciente.

g) Definen objetivos, metas, indicadores y compromisos de gestión.

h) Coadyuvan a la dirección para la integración del hospital en las redes integradas de servicios de salud.

i) Coadyuvan en la elaboración, evaluación y control del cumplimiento de la planificación de mediano y corto plazo.

j) Identifican y gestionan las necesidades y requerimientos relacionados a recursos físicos, humanos, equipos tecnológicos, medicamentos, materiales e insumos y otros del área de su competencia.

k) Elaboran y ejecutan el plan de trabajo con objetivos, metas e indicadores del área de su competencia para su evaluación, alineado a la planificación.

l) Supervisa conjuntamente con otras subdirecciones el cumplimiento de los procesos de la institución orientados a la satisfacción de las necesidades de los usuarios, su familia y la comunidad.

m) Coordinan el plan de inducción para el personal de salud que ingresa o sean sujetos de cambio de servicio.

n) Supervisan que los sistemas de gestión hospitalaria sean implementados de acuerdo al nivel de atención y cartera de servicios.

o) Gestionan los recursos, insumos, equipos y mobiliario del área de su competencia.

p) Supervisan el cumplimiento de las disposiciones y/o recomendaciones superiores de los comités técnicos de asesoramiento y de otras instancias que correspondan.

q) Planifican y coordinan el plan de promoción de la salud dirigida a los usuarios.

r) Realizan el seguimiento al cumplimiento de los planes, programas y guías pedagógicas establecidos en la normativa nacional, además de la capacitación continua del personal.

s) Aseguran la atención integral y gratuita en el subsector público de acuerdo a la Ley N° 1152 y su reglamentación.

t) Otras funciones establecidas en el manual de organización y funciones de la institución y la normativa nacional.

Artículo 30. (FUNCIONES GENERALES DE LOS JEFES DE DEPARTAMENTO).

Las funciones generales de los jefes de departamento, son las siguientes:

a) Planifican los procesos y procedimientos bajo su dependencia, con eficiencia, eficacia y equidad de los recursos económicos, financieros, humanos, físicos y tecnológicos.

b) Organizan los procesos de auditoría interna para evaluar la eficiencia y equidad de los recursos administrados.

c) Impulsan el proceso de autoevaluación para la habilitación, acreditación y reacreditación del hospital en el marco de sus competencias.

d) Planifican y comunican la realización de las auditorias en salud y el cumplimiento de recomendaciones y acciones correctivas.

e) Desarrollan los lineamientos para la atención integral e intercultural en el marco de las normativas vigentes en coordinación con sus dependientes.

f) Planifican el cumplimiento de los procesos, procedimientos asistenciales y administrativos centrados en el paciente, orientados a la satisfacción de las necesidades de los usuarios, su familia y la comunidad.

g) Supervisan y monitorean el cumplimiento de objetivos, metas, indicadores y compromisos de gestión.

h) Coordinan, revisan y analizan el cumplimiento de la alineación y articulación de la planificación del corto a mediano plazo.

i) Elaboran y ejecutan el plan de trabajo con objetivos, metas e indicadores del área de su competencia para su evaluación, alineado a la planificación.

j) Coordinan la elaboración de los procesos bajo su dependencia.

k) Elaboran el plan de inducción para el personal de salud que ingresa o es sujeto de cambio de servicio.

l) Implementan los procesos de los sistemas de gestión hospitalaria de acuerdo al nivel de atención y cartera de servicios.

m) Coadyuvan en la gestión de los recursos, insumos, equipos y mobiliario del área de su competencia.

n) Comunican el cumplimiento de las disposiciones y/o recomendaciones superiores, de los comités técnicos de asesoramiento y de otras instancias que correspondan.

o) Elaboran el plan de promoción de la salud dirigida a los usuarios.

p) Supervisan el cumplimiento de los planes, programas y guías pedagógicas establecidos en la normativa nacional, además de la capacitación continua del personal.

q) Programan, dirigen, coordinan, supervisan y evaluan las actividades de su departamento, servicio y/o unidad.

r) Velan por el eficiente funcionamiento del departamento, servicio y/o unidad de acuerdo a normas generales y específicas de la institución.

s) Aplican un sistema de coordinación permanente con los otros departamentos, servicios y/o unidades.

t) Elaboran y ejecutan estrategias de mejora continua de la calidad.

u) Otras funciones establecidas en el manual de organización y funciones de la institución y la normativa nacional.

Artículo 31. (FUNCIONES GENERALES DE LOS RESPONSABLES DE SERVICIOS Y/O UNIDADES).

Las funciones generales de los responsables de servicios y/o unidades, son las siguientes:

a) Desarrollan y ejecutan los procesos y procedimientos bajo su dependencia con eficiencia, eficacia y equidad.

b) Realizan y participan de los procesos de auditoría interna para evaluar la eficiencia de los recursos administrados, además de dar cumplimiento a las acciones correctivas.

c) Realizan la autoevaluación de los servicios y unidades para implementar acciones correctivas, a fin de cumplir con los estándares de calidad.

d) Realizan y participan en las auditorias en salud, cumpliendo las recomendaciones y acciones correctivas.

e) Desarrollan e implementan los lineamientos para la atención integral e intercultural en el marco de las normativas vigentes.

f) Elaboran e implementan los procesos, procedimientos asistenciales y administrativos centrados en el paciente.

g) Verifican y analizan la calidad del dato generado.

h) Elaboran y ejecutan el cumplimiento de la planificación de corto plazo articulado a la planificación del mediano plazo de forma participativa.

i) Elaboran y ejecutan el plan de trabajo con objetivos, metas e indicadores del área de su competencia para su evaluación, alineado a la planificación.

j) Desarrollan e implementan los procesos bajo su dependencia.

k) Realizan la inducción del personal de salud que ingresa o es transferido al servicio y/o unidad.

l) Desarrollan los procesos de los sistemas de gestión hospitalaria.

m) Supervisan el uso y distribucion de los recursos, insumos, equipos y mobiliario de manera eficiente.

n) Cumplen las disposiciones y/o recomendaciones superiores de los comités técnicos de asesoramiento y de otras instancias que correspondan.

o) Supervisan el cumplimiento de las normas de seguridad de los usuarios en la institución.

p) Ejecutan el plan de promoción de la salud dirigida a los usuarios.

q) Ejecutan el plan formación continua dirigida a los usuarios internos.

r) Elaboran y/o implementan los planes, programas y guías pedagógicas establecidos en la norma, además de la capacitación continua del personal.

s) Programan, dirigen, coordinan, supervisan y evaluan las actividades de su servicio y/o unidad.

t) Velan por el eficiente funcionamiento de su servicio y/o unidad de acuerdo a normas generales y específicas de la institución.

u) Aplican un sistema de coordinación permanente con los otros departamentos, servicios y/o unidades.

v) Elaboran y ejecutan estrategias de mejora continua de la calidad.

w) Otras funciones establecidas en el manual de organización y funciones de la institución y la normativa nacional.

Artículo 32. (FUNCIONES DEL PERSONAL OPERATIVO ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO).

Son funciones del personal operativo asistencial y administrativo, aquellas determinadas en el manual de organización y funciones inherentes al cargo y otras establecidas por la normativa.

Capítulo VIII

DE LOS COMITÉS TÉCNICOS DE ASESORAMIENTO

Artículo 33. (ASIGNACIÓN DE LOS COMITÉS TÉCNICOS DE ASESORAMIENTO).

I. La asignación de los comités técnicos de asesoramiento, será realizada de forma directa por la Máxima Autoridad Ejecutiva de la institución, a través de la extensión de un memorándum por un periodo de 2 años calendario de cumplimiento obligatorio.

II. El trabajo realizado en los comités técnicos de asesoramiento, tendrá valor curricular y serán reconocidos en la actividad técnico administrativa de la calificación del escalafón profesional, de acuerdo a normativa vigente.

III. Para la certificación deberán adjuntar como requisitos el memorándum de asignación, el plan de trabajo y el informe de cumplimiento aprobados por el director.

Artículo 34. (CONFORMACIÓN DE LOS COMITÉS TÉCNICOS DE ASESORAMIENTO).

En el hospital se deben conformar los siguientes comités técnicos de asesoramiento, que pueden complementarse de acuerdo con las características, nivel de atención y complejidad del hospital:

a) Comité Técnico Administrativo

b) Comité de Docencia Asistencial e Investigación

c) Comité de Análisis de la Información

d) Comité de Gestión de Calidad y Auditoria en Salud

e) Comité de Vigilancia Epidemiológica

f) Comité de Mortalidad Hospitalaria, Materna, Perinatal, Neonatal e Infantil

g) Comité de Farmacia y Terapéutica

h) Comité de Seguridad Interna y Contingencia

i) Comité de Referencia, Transferencia y Contrarreferencia

j) Comité de Ética, Bioética y Deontología

k) Otros (*)

(*) de acuerdo al nivel de atención y complejidad se podrán constituir otros comités y subcomités. La clasificación, características y otros de los mismos, estará determinada por normativa específica del Ministerio de Salud y Deportes

Artículo 35. (FUNCIONES GENERALES DE LOS COMITÉS TÉCNICOS DE ASESORAMIENTO).

Las funciones generales de los comités técnicos de asesoramiento, hasta contar con la reglamentación especifica son las siguientes:

a) Elaboran su plan de trabajo y preven los recursos necesarios para su funcionamiento

b) Elaboran su reglamento interno que debe ser aprobado por el Comité Técnico Administrativo.

c) Desarrollan el diagnóstico situacional para realizar las recomendaciones orientadas a mejorar la organización y funcionamiento de la institución en áreas críticas jerarquizando los problemas.

d) Recomiendan las estrategias, acciones y metodologías necesarias para resolver los problemas identificados.

e) Llevan a cabo el seguimiento y la evaluación de las acciones correctivas realizadas.

f) Otras establecidas en norma.

Capítulo IX

DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS

Artículo 36. (DERECHOS DE LOS USUARIOS EXTERNOS).

Los usuarios tienen los siguientes derechos:

a) Recibir una atención y cuidados humanizados en salud con calidad, segura, personalizada, oportuna, con cordialidad y respeto.

b) Ser atendido sin discriminación ni distinción, ni exclusión, en el marco de lo establecido en la Ley 045 "Contra el racismo y toda forma de discriminación".

c) Recibir información completa, clara y veraz sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico para decidir libremente sobre su atención y dar su consentimiento.

d) Participar activamente en las decisiones que se relacionen con su atención, aceptar o negarse a ser sometido a estudios, exámenes, prácticas médicas, investigación o ser donante; en estas circunstancias la institución deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.

e) Tener privacidad durante el proceso asistencial en los diferentes servicios y si lo requiere permitir el acompañamiento de algún familiar o cuidador principal.

f) Recibir atención integral con tiempo suficiente para una adecuada atención.

g) Conocer el nombre del médico tratante y de los responsables de su cuidado.

h) Elegir o cambiar libremente y con justificación, al médico tratante y/o obtener una segunda opinión de acuerdo a disponibilidad institucional.

i) Presentar reclamos, quejas y sugerencias, sobre el servicio hospitalario y recibir una respuesta de acuerdo a los plazos establecidos en la normativa vigente.

j) Asumir defensa en aquellas situaciones donde se vulneren sus derechos.

k) Recibir atención médica en caso de emergencia; la institución no puede negar la atención y no se requerirá el pago previo para ser atendido.

l) Recibir prescripción médica del médico tratante o de planta, el cual debe informar sobre las necesidades de cuidados de su salud, después de haber sido dado de alta.

m) Contar con un expediente clínico, donde quede constancia por escrito de todo su proceso asistencial, pruebas realizadas y tratamiento médico.

n) Solicitar su alta de forma volutaria, bajo su responsabilidad de forma escrita con la firma respectiva, aún en contra de la indicación médica.

o) Recibir asistencia religiosa, moral o espiritual mientras dure la atención o rechazar la misma.

p) Aceptar o negarse a participar en investigaciones o enseñanza de la medicina, salvo situaciones establecidas en la ley.

q) A recibir cuidados paliativos al final de su vida.

Artículo 37. (DEBERES DE LOS USUARIOS EXTERNOS).

Son deberes de los usuarios externos:

a) Suministrar en forma completa, veraz y clara toda la información individual y familiar que se solicite para contar con los datos necesarios para establecer el diagnóstico y formular el tratamiento correspondiente.

b) Solicitar información oportuna y de fuente autorizada toda vez que la considere necesaria.

c) Cumplir y respetar las normas y horarios del hospital.

d) Tratar con respeto y consideración al personal de la institución y a otros usuarios, cumpliendo las normas internas institucionales.

e) Cumplir las indicaciones y prescripciones del médico tratante y/o del personal responsable de su proceso de atención en salud.

f) Abstenerse de automedicaciones o tratamientos que no sean de conocimiento del personal de salud.

g) Evitar comentarios o informaciones que sin prueba o justificación alguna mellen la dignidad y prestigio de las personas responsables de su atención.

h) Abstenerse de reclamos o acusaciones injustificadas contra la institución, su persona u otros pacientes.

i) Respetar el derecho al bienestar y la salud de todos evitando actitudes que alteren la tranquilidad y el buen funcionamiento del hospital.

j) Respetar la ética y la legalidad, absteniéndose de solicitar informes o certificados médicos de complacencia o alejados de la verdad.

k) Cuidar las instalaciones y el equipamiento de la Institución, cumpliendo las normas internas establecidas.

l) Solicitar a sus familiares que cumplan y respeten el horario de visitas y número de personas que lo visiten.

m) Firmar todos los documentos y formularios establecidos que formen parte de su proceso de atención sea en persona, por el tutor o el representante legal.

n) No ingresar a las áreas restringidas de la institución.

o) Apoyar a la práctica médica como voluntarios en el tratamiento de enfermedades graves y ayudar a su rehabilitación.

Artículo 38. (DERECHOS DE LOS USUARIOS INTERNOS).

Los usuarios internos tienen los siguientes derechos:

a) Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza.

b) Trabajar en instalaciones apropiadas y seguras, que garanticen su práctica profesional protegidos frente a riesgos ocupacionales.

c) Tener a disposición los recursos oportunos que requiere su práctica profesional.

d) Solicitar y recibir información precisa y oportuna sobre sus deberes institucionales y las condiciones de cambio que pudiesen influir sobre las mismas.

e) Que se respete su criterio profesional, diagnóstico terapéutico y su libertad prescriptiva de acuerdo a normativa vigente.

f) Recibir trato respetuoso por parte de los usuarios y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional.

g) Tener acceso a capacitación y actualización continua, y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional.

h) Asumir defensa en aquellas situaciones de controversia o conflicto en los que se viera involucrado.

i) Salvaguardar su prestigio profesional, técnico o laboral demandando respeto a su confidencialidad y privacidad en cualquier caso de probable controversia, en tanto no se definan los resultados.

j) Declinar la atención de algún usuario si existieran condiciones que así lo justifiquen y siempre que no se trate de una urgencia y su abstención no ponga en riesgo la salud y la vida del paciente.

k) Percibir remuneración de acuerdo a escala salarial por los servicios prestados.

l) Recibir información y contar con programas institucionales orientados al cuidado de la salud mental.

Artículo 39. (DEBERES DE LOS USUARIOS INTERNOS).

Los deberes de los usuarios internos son los siguientes:

a) Conocer y cumplir el marco legal y normativo para el buen desempeño de sus funciones.

b) Brindar un trato respetuoso, cordial y humanizado a toda persona que requiera los servicios del hospital.

c) Usar el uniforme institucional de acuerdo a sus funciones única y exclusivamente dentro de los ambientes hospitalarios.

d) Llevar en lugar visible su marbete de identificación personal.

e) Informar adecuadamente al usuario y/o representante legal sobre los actos o procedimientos que en el paciente deba ejercer, en forma clara, suficiente, oportuna y veraz.

f) Recabar el consentimiento informado del paciente sobre toda acción o procedimiento que en él ejerza.

g) Respetar plenamente la autonomía y decisión del paciente, salvo mandato expreso de la ley.

h) Mantener buenas relaciones y coordinar acciones con los demás miembros del equipo de trabajo, evitando actitudes individualistas que pueda perjudicar al paciente o la institución, e interferir con las actividades del conjunto.

i) Evitar comentarios o informaciones que sin prueba o justificación alguna mellen la dignidad y prestigio de los usuarios internos y externos.

j) Asumir la responsabilidad en la ejecución de sus propias funciones y competencias, sin delegación de las mismas.

k) Ejercer control y supervisión sobre los actos del personal subalterno que tengan que ver con el paciente.

l) Cumplir con el adecuado registro de los documentos de atención establecidos por la institución y manejo correcto de la documentación institucional, en cumplimiento con la normativa nacional.

m) Velar por el buen uso y conservación de la infraestructura, equipamiento, materiales e insumos que se encuentren a su cargo.

n) No suspender actividades asistenciales y/o administrativas de forma injustificada.

o) Cumplir con las políticas, planes y programas del Sistema Nacional de Salud.

p) Cumplir con los principios éticos de la declaración de Ginebra, aprobados por la Asociación Médica Mundial y otras normas deontológicas del área de la salud.

q) Guiarse por protocolos oficiales, normas técnicas y evidencia científica.

r) En caso de urgencia y emergencias, ningún personal de salud de la institución podrá negar la atención.

s) Respetar el consentimiento expreso del usuario, cuando rechace el tratamiento u hospitalización que se le hubiere indicado. Salvo casos expresos en la norma.

t) Brindar atención cuando una persona se encuentre en peligro inminente de muerte aún sin el consentimiento expreso.

u) Participar de la capacitación continua, actualización periódica de conocimientos según requerimiento, perfil epidemiológico, bajo lineamientos y normativas vigentes del Ministerio de Salud y Deportes y necesidades de la población que acude al establecimiento hospitalario, sin que esto signifique la suspensión de atenciones al paciente.

v) Cumplir el principio de confidencialidad y el secreto médico de la información de la atención de los usuarios, aunque haya cesado la prestación de sus servicios.

w) Garantizar la confidencialidad de la información con referencia a la atención de salud; quedando prohibida la divulgación salvo a requerimiento por autoridad legal competente.

x) Cumplir sus funciones en base al manual de organización y funciones de la institución, mismas que deben ser operativizadas en el POAI y otras funciones establecidas en norma.

y) Participar activamente de los cómites técnicos de asesoramiento.

Capitulo X

DISPOSIONES FINALES

Artículo 40. (VIGENCIA DEL REGLAMENTO).

El presente reglamento, entrara en vigencia a partir de su aprobación mediante Resolución Ministerial expresa, emitida por el Ministerio de Salud y Deportes.

Artículo 41. (SANCIONES).

El incumplimiento del presente reglamento será sancionado en materia administrativa, civil o penal, por la instancia correspondiente en el marco de la normativa vigente.

Artículo 42. (REVISIÓN DEL REGLAMENTO).

El presente reglamento podrá ser modificado a propuesta de la Dirección General de Gestión Hospitalaria, dependiente del Viceministerio de Gestión del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Salud y Deportes, previa emisión de los informes de justificación correspondientes.

ANEXO EDITORIAL

Reglamento General de Hospitales

Apoyo Técnico:

- Banco Interamericano de Desarrollo – BID.
- Dra. Amanda Teresa Mendoza Choque, Especialista en Gestión Hospitalaria y Servicios de Salud.
- Dra. Claudia Reas Mayta, Profesional en Planeación Estratégica.

Revisión:

Lic. Marcelo Laura Guarachi – Director General de Planificación

Dra. Lissete Bautista Machicado – Responsable del Programa Nacional de

Dr. Carlos Roberto Calisaya Morales – Responsable del Área de Calidad y Auditoria en Salud a.i.

Abg. Xiomara Andrea Castedo Huallpa – Abogada Direccion General de Asuntos Juridicos

Abg. Carminia Adai Mejia Ascarrumnz – Abogada de la Unidad de Analisis Juridico

Abg. J. Elmer Aruquipa Mayta – Abogado de Análisis Jurídico

Dra. Patricia Victoria Pilloc Tarquino – Médico Profesional del Programa Nacional FRFSS

Sangre

Dr. Omar Flores Velasco – Profesional dec Monitoreo de Leismaniasis

Dr. Ruben Omar Colque Mollo – Director General Ejecutivo ASUSS

Dr. Mauricio Ronald Pasten Vargas – Director General Ejecutivo Instituto Gastroenterologico del Bicentenerio

Lic. Eliana Erica Chumacero Rodriguez – Trabajadora Social del Equipo de Calificación

Dra. Lucy Alejandra Garcia Segales – Médido Nacional del Equipo de Calificación CIDDM

Dra. Anahy Silvia Prialet Yrigoyen – Profesional Técnico URSSyC

Dra. Elizabeth Pamela Aguirre Vargas – Profesional Técnico CONALAB I

Dra. Gabriela Arteaga Camacho – Profesional Técnico Médico del PCCESN

Dra. Shirley Evelyn Cruz Huanca – Medico General II del PNLCC

Dra. Gabriela Rosa Mamani Ala – Responsable del Programa Nacional de Enfermedades Infecto Contagiosas

Dra. Fabiola Estefania Rios Salamanca – Profesional Médico Programa Nacional de Telesalud

Dra. Miriam de la Cruz Huanca – Profesional Médico de la UPSGyPS

Lic. Beatriz Martha Montero Flores – Técnico de Fortalecimiento a la Estructura Social en Salud y Movimientos Sociales

Dr. Ruben Dario Montero Chavez – Profesional Técnico Operativo del Programa SAFCI y Mi Salud Nivel Nacional

Dra. Pamela Mary Padilla Oña – Profesional Médico I del Programa Nacional de Salud Renal

Dra. Diana Noya Pérez – Profesional Médico I de Desarrollo de Normas y Sistemas Informáticos del SUS DGSNS

VALIDACION:

CHUQUISACA

Dr. Edmundo Méndez Ribera - Director Técnico, SEDES Chuquisaca

Dr. Lucas Azurduy Calderón - Jefe de Unidad de Gestión de Calidad, SEDES Chuquisaca

Dra. Nora Mamani Bascon - Responsable del Área de Acreditación, SEDES Chuquisaca

Dr. Miguel Torres León - Responsable Auditoria Salud, SEDES Chuquisaca

Ing. Manuel Vargas Reyes - Responsable de Biomedicina Dirección Central, SEDES Chuquisaca

Dra. Ibana Miriam Alejandro Vargas - Responsable de Caracterización y Habilitación de Establecimientos de Salud, SEDES Chuquisaca

Dra. Tatiana Rodas Nuñez - Responsable Área Medicina Transfusional y Hemofilia, SEDES Chuquisaca

Dr. Javier Carlos C. - Responsable Salud Oral, SEDES Chuquisaca

Dr. Hilarión Montero Irala - Director I.N.P.G.P., Instituto Nacional de Psiquiatría Gregorio Pacheco

Dr. Luis Fernando Caro Aparicio - Director Instituto Gastroenterológico Boliviano Japones

Dr. Edwin Mamani Paqui - Director Instituto Chuquisaqueño de Oncológico

Dra. Betsy Jardín Zarate - Gestora de Calidad Hospital Gineco Obstétrico y Neonatal

Dra. Claudia Valda Urquizu - Gestor de Calidad Hospital Tercer Nivel Chuquisaca

Dr. Beymar H. Coca Villegas - Gestor de Calidad Hospital de Tercer Nivel Chuquisaca

Dr. Alfredo Villarreal Zambrana - Planificador Instituto Psicopedagógico "San Juan de Dios"

Dra. Carla Sánchez - Gestora de Calidad Instituto Psicopedagógico "San Juan de Dios"

Dr. Douglas Martínez Velarde - Planificador Hospital Santa Barbara

TARIJA

Dr. Oscar Soruco Quiroga - Jefe Unidad de Planificación y Proyectos, SEDES Tarija

Dr. Hernán López Soruco - Jefe de Unidad de la Coordinación de Redes y Servicios de Salud, SEDES Tarija

Lic. Lucia Miranda Flores - Responsable del Programa Continuo de la Vida, SEDES Tarija

Dr. Saul Coca Soliz - Subdirector Médico Servicios Ambulatorios Hospital Regional San Juan de Dios

Lic. Natividad Ayarde Farfán - Jefe de Planificación Hospital Regional san Juan de Dios

Dr. Orlando Caba Centellas - Jefe de Unidad de Planificación, Organización y Métodos Hospital Materno Infantil "Dr. Juan Manuel Jijena Duran"

Dra. Tatiana G. Valdez Gareca - Médico Cirujano Hospital San Antonio

COCHABAMBA

Dr. José Vladimir Ticona Calderón - Jefe de Unidad de Calidad y Servicios, SEDES Cochabamba

Dra. Patricia Choque Centellas - Responsable Departamental Gestión Servicios Médicos en la Unidad de Calidad y Servicios, SEDES Cochabamba

Dra. Judith Cintia Canelas Ayala - Gestor de Calidad en la Unidad de Calidad y Servicios, SEDES Cochabamba

Dr. Efraín Valencia A. - Director Médico Hospital del Sud

Dr. Jaime Claudio Villarroel Salinas - Director Instituto Gastroenterológico Boliviano Japones

Dra. Adela Sisy Amaya Mejía - Directora Hospital Clínico Viedma

Dr. Alexander Balderrama Lujan - Gestor de Calidad Hospital Clínico Viedma

Dr. Wilson Vía Veizaga - Gestor de Calidad Instituto Gastroenterológico Boliviano Japones

PANDO

Lic. Jackeline Suarez R. - Responsable de Gestión Hospitalaria, SEDES Pando

Lic. Hernán E. Herbas B. - Apoyo Logístico Administrativo Área Hospitales, SEDES Pando

Dr. Delio Alberto Sosa Frías - Director Hospital de Tercer Nivel Hernán Messuti Ribera

Dr. Adalberto Aradies Grande - Director Hospital Boliviano Japonés "Dr. Roberto Galindo Terán"

Dra. Aydee Ventura Ch. - Subdirección de Salud Hospital de Tercer Nivel Hernán Messuti Ribera

Dra. Danytza P. Machicado Coronel - Jefa de Enfermería Hospital Boliviano Japonés "Dr. Roberto Galindo Terán"

Dr. Deidamio Salinas Cordero - Jefe de Planificación Hospitalaria Hospital de Tercer Nivel Hernán Messuti Ribera

Lic. Mónica Vargas Soliz - Jefa de Enfermería Hospital de Tercer Nivel Hernán Messuti Ribera

Dr. Ysner Melgar Saldaña - Responsable del Servicio de Medicina Interna Hospital Boliviano Japonés "Dr. Roberto Galindo Terán"

Dra. Susana Delia Hurtado Gumucio - Planificadora Hospital Boliviano Japonés "Dr. Roberto Galindo Terán"

Lic. Sandra Leslie Shimokawa Nataly - Gestor de Calidad Hospital de Tercer Nivel Hernán Messuti Ribera

ORURO

Dra. Mariel Mallcu Mamani - Gestor de Calidad, SEDES Oruro

Dr. Juan Carlos Abastoflor Fernández - Coordinador Departamental de Redes de Salud, SEDES Oruro

Dra. Yadima Calle Aranibar - Responsable Área de Gestión de Calidad Acreditación y Auditoria Medica, SEDES Oruro

Msc. Dra. Ana María Escobar Alarcón - Directora Hospital Barrios Mineros

Dr. Franz Gutiérrez Choque - Director Hospital Walter Khon

Dr. Lesmes Armando Muñoz Arce - Gestor de Calidad Hospital Walter Khon

LA PAZ

Dra. Helen Luna Molina - Responsable de Área Clínica Unidad de Gestión Hospitalaria, SEDES La Paz

Dra. Dennise Vivian Frías Rocha - Responsable Área SUS-URSS, SEDES La Paz

Dra. Fátima María Sol Khaterine Verduguez Linares - Directora de Salud - GAM La Paz

Elisa Calle Choquehuanca - Directora de Gestión Servicios de Salud Nivel Desconcentrado, GAM El Alto

Dr. Alfredo Víctor Salinas Elías - Director Hospital Municipal Cotahuma

Dra. Corina Rocha Fernández - Directora Médica Hospital Municipal Boliviano Holandés

Dr. Luis Mencías Vaca - Subdirector de Gestión de Usuarios Hospital El Alto Sur

Dra. María Luisa Vargas López - Jefa de Gestión de Calidad y Auditoria de salud Hospital del Norte

Dra. Nela Duran - Jefa de Planificación Instituto Nacional de Oftalmología

Lic. Sandra Mamani Calle - Jefe de Unidad Administrativa GAM El Alto Hospital Municipal Modelo Boliviano Japones

Dr. Freddy Fernando Jardín Parra - Jefe Médico Hospital La Paz

Dr. Héctor Rafael Quevedo Guzmán - Coordinador de Calidad Hospital Municipal Boliviano Holandés

Dr. Julio Gustavo Sánchez Vallejos - Responsable de Calidad Hospital Municipal La Paz

Dra. Norma Taboada Rojas - Responsable de Planificación Hospital de Clínicas

Dra. Evelyn Oroz – Responsable Unidad de Gestión de Calidad y Auditoria de Servicios de Salud Instituto Nacional del Tórax

Lic. Henry Miranda Choque - Responsable de Sistemas GAM El Alto Hospital Municipal Boliviano Holandés

Dra. Yesenia Guzmán - Supervisora de 2do Nivel Dirección de Salud GAM La Paz

Rubén Aruquipa C.- Secretario Municipal de Salud GAM El Alto

Abg. Adela Ticona Calle - Asesora Legal GAM El Alto Hospital Municipal Modelo Boliviano Japones

Dr. Julio G. Sánchez Vallejos - Gestor de Calidad Hospital La Paz

Dr. Omar Pacajes Hoyos - Gestor y Auditor Inst. Gastroenterológico Boliviano Japones

Abg. Yvan Rodríguez Aduviri - Asesor Legal GAM El Alto Hospital Municipal Corea

Dra. Raquel Barrón Mondaca - Medico Hospital del Niño

Abg. Carolina Condori Choque - Asesora Legal GAM El Alto Hospital Municipal los Andes

Lic. Rony Criales Flores - Administrador GAM El Alto Hospital Municipal los Andes

POTOSI

Dr. Olker H. Araujo Ramírez - Encargado Área Gestión de Hospitales, SEDES Potosí

Dr. Gilberto Daza Romero - Director Hospital “San Salvador de Ocurí”

Dra. Liz M. Nina Almendras - Directora Hospital Madre Teresa de Calcuta

Dr. Juan José Serrudo G. - Director Ejecutivo a.i. Hospital 2do Nivel Madre Obrera

Dra. Marleni Cepeda Aguilar - Sub Directora Hospital 2do Nivel Madre Obrera

Lic. Henry Flores Siles - Sub Director de Gestión Administrativo Financiero Hospital 2do Nivel Madre Obrera

Msc. Dr. Gary Barrios García - Subdirector Atención en Salud Hospital Fray Giovanni Eugenio Natalini Magnani

Dr. Clodomiro Escalante Cruz - Subdirector de Gestión de Pacientes Hospital Fray Giovanni Eugenio Natalini Magnani

Dra. Beatriz Ruth Pool Anibarro - Subdirectora Servicios de Salud Hospital “San Salvador de Ocurí”

Lic. María Esther Chavarría López - Sub Directora de Gestión de Enfermería Hospital Fray Giovanni Eugenio Natalini Magnani

Lic. Henry Morodias La Torre - Jefe de Sistemas Hospital Fray Giovanni Eugenio Natalini Magnani

Dr. Dustin Dueñas Tapia - Planificador Hospital Fray Giovanni Eugenio Natalini Magnani

Dra. Karina Guevara Salguero - Gestor de Calidad Hospital Daniel Bracamonte

Dr. Juan Carlos Gutiérrez Pinto - Planificador Hospital Daniel Bracamonte

BENI

Dr. Rubén Pierre Torres Yepez - Director Técnico, SEDES Beni

Msc. Dr. Marko Antonio Gutiérrez Ortiz - Auditoria Medica, SEDES Beni

Dr. Carlos Rene Arias duran - Jefe de Unidad Gestión de Calidad Auditoria Medica y Acreditación, SEDES Beni

Silver Martínez V. - Responsable de Sistemas SEDES Beni

Miguel Camama Cajareico - Subdirector de Gestión en la Atención de la Salud Hospital German Busch

Msc. Dra. Yerald Suarez de Stroebel - Encargada del S.U.S. Hospital Materno Infantil

Dr. Jesús Alberto Justiniano Méndez - Planificador Hospital German Busch

APROBACION COMITÉ DE COORDINACION TÉCNICA (COCOTEC)

Dra. Ermelinda Laime Rocha – Profesional Técnico Dirección General de Redes de Servicios de Salud

Dra. María Teresa Ribera Calle – Profesional Médico DGE

Daniel Choquehuanca Yujra – Técnico en Salud de Medicina Tradicional

Dr. Víctor Reynaldo Aguilar Álvarez – Profesional Médico SUS II UCyDSUS DGSNS

Dra. Dolly Zoraya Mamani Aiza – Profesional Médico URGH

Lic. Vilma Patricia Gutiérrez Cáceres – Profesional Técnico Dirección General de Planificación

Tec. Marcelo Martínez Quisbert – Tecnico DGPyPS

Dr. Juan Marco Rodriguez M – Profesional Médico VGSNS

Abg. Ludmer Caballero Uzieda – Abogado VIII Unidad de Análisis Jurídico

ESTAMOS SALIENDO
Adelante