

GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN EL SISTEMA UNICO DE SALUD DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

ASPECTOS GENERALES

1. OBJETIVO.

La presente Guía Técnica se constituye en una norma inicial que tiene por objetivo explicar los procesos y procedimientos relacionados a la atención integral de las personas beneficiarias del Sistema Único de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia.

2. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica es de aplicación obligatoria por parte del personal de salud y administrativo de los establecimientos de salud del subsector público.

3. PERSONAS BENEFICIARIAS

Las personas beneficiarias del SUS son:

- a) Las bolivianas y los bolivianos que no se encuentran protegidos por el subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo.
- b) Las personas extranjeras que no están protegidas por el subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo, en el marco de instrumentos internacionales, bajo el principio de reciprocidad y en las mismas condiciones de las y los bolivianos.
- c) Las personas extranjeras cuyo país de origen no tenga acuerdos con el nuestro en materia de reciprocidad en salud y que pertenezcan a los siguientes grupos poblacionales:
 - Mujeres embarazadas, desde el principio de la gestación hasta los seis meses posteriores al parto.
 - Mujeres respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva.
 - Niños y niñas menores de 5 años.
 - Mujeres y hombres a partir de los 60 años.
 - Personas con Discapacidad que se encuentren calificadas de acuerdo a normativa vigente.

4. ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD

La atención integral de salud comprende:

- a) Promoción de la Salud
- b) Prevención de enfermedades
- c) Atención de enfermedades
- d) Rehabilitación de enfermedades

Bajo el principio señalado en la Ley 1152, de Preeminencia de las Personas, el personal de salud y administrativo del establecimiento de salud debe otorgar buen trato priorizando el bienestar y la dignidad de la persona enferma y sus allegados sobre cualquier otra consideración en la interpretación de las normas que desarrollen o afecten el derecho fundamental a la salud

5. LISTA DE SERVICIOS DE SALUD APROBADA POR EL MINISTERIO DE SALUD.

La Lista de Servicios de Salud comprende una lista exhaustiva de los principales servicios de salud que pueden ser otorgadas por un establecimiento de salud del primer Nivel de Atención, mas no es limitativa.

Si el personal de salud puede otorgar servicios de salud no incluidas en la misma, no está limitado a hacerlo.

Los Servicios de Salud del Primer Nivel incluyen:

- a) Promoción de la salud y prevención de enfermedades
- b) Diagnóstico, prevención y rehabilitación de la enfermedad
- c) Consulta médica y odontológica
- d) Servicios de enfermería
- e) Vacunas
- f) Medicamentos
- g) Insumos médicos
- h) Exámenes de laboratorio
- i) Exámenes de gabinete
- j) Otros servicios (curaciones, suturas, retiros de puntos, toma de presión arterial, etc.)

La Lista de Productos de Salud comprende las principales patologías que pueden ser otorgadas en Hospitales de Segundo y Tercer Nivel. Cada uno de los Productos de Salud incluye todos los servicios necesarios para la atención del paciente, de acuerdo a esquemas de tratamiento señalados en Normas y Protocolos de Atención que incluyen:

- a) Atención Médica especializada
- b) Hospitalización
- c) Medicamentos, insumos y reactivos.
- d) Servicios complementarios a la atención del paciente.
- e) Exámenes de Laboratorio.
- f) Exámenes de Gabinete.
- g) Sangre y hemocomponentes.

6. INSTRUMENTOS ADMINISTRATIVOS PARA LA ATENCIÓN.

Los instrumentos administrativos para la atención de los beneficiarios del SUS son los mismos que se aplicaban en la atención de la población que estaba cubierta anteriormente por la Ley 475 y comprende:

- a) Expediente Clínico completo, enfatizando la utilización correcta de la EPICRISIS que permitirá determinar el Producto de Salud correspondiente.
- b) Instrumentos de recolección de la información de acuerdo al tipo de atención:
 - 1. **Documento 1 (D-1):** Recetario/Recibo de atención ambulatoria.
 - 2. **Documento 2 (D-2):** Recetario/Recibo de atención del paciente internado.
 - 3. **Documento 2a (D-2a):** Hojas adicionales al Documento 2.
 - 4. **Documento 3 (D-3):** Recetario/Recibo de atención odontológica.
 - 5. **Documento 4 (D-4):** Recetario/Recibo de prestaciones especiales.
 - 6. **Documento 5 (D-5):** Descargo y Solicitud de Botiquín de Servicio.
 - 7. **Documento 6 (D-6):** Descargo de Traslados de emergencias.
 - 8. Boleta de referencia y contrareferencia (Documentos oficiales de la Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia).

9. Documento 8 (D-8): Solicitud de exámenes de laboratorio, Imagenología/Gabinete o servicios de sangre.
 10. Documento 9 (D-9): Reporte de resultados de exámenes de laboratorio, Imagenología, Gabinete o servicios de sangre
- c) Instrumentos del SNIS – VE que sean pertinentes durante la atención.

Instrumentos de Captación:

1. Historia Clínica Base, RA-SALUD INE 101
2. Historia Clínica Perinatal
3. Carnet de Salud de la Madre
4. Carnet de Salud Infantil
5. Certificado Médico de Defunción CEMED, RA-SALUD INE 102
6. Certificado Médico de Defunción Perinatal CEMEDEP, RA-SALUD INE 104
7. Certificado Médico del Nacido Vivo CEMENAVI, RA-SALUD INE 105

Instrumentos de Sistematización:

1. Módulo de Información Básica, RA-SNIS MIB 200
2. Carpeta Familiar
3. Cuaderno Nº 1, Consulta Externa, Emergencias y Enfermería, RA-SALUD INE 201.
4. Cuaderno Nº 2, Atención Integral al Menor de 5 años, RA-SALUD INE 202.
5. Cuaderno Nº 3, Control Prenatal, Parto, Puerperio, Planificación Familiar y
1. Prevención de Cáncer Uterino, RA-SALUD INE 203.
6. Cuaderno Nº 4, Consulta Odontológica, RA-SALUD INE 204.
7. Cuaderno Nº 5, Internaciones, RA-SALUD INE 205.
8. Cuaderno Nº 6, Actividades con el Personal de Salud y la Comunidad, RA-SALUD INE 206.
9. Hojas de Registro Diario Hospitalario: Consulta Externa Medicina General o

Medicina Interna, Consulta Externa Pediatría, Consulta Externa Ginecología- Obstetricia, Consulta Externa Odontología y Registro Diario de Emergencias.

7. HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS

Las herramientas informáticas disponibles en los establecimientos de salud públicos son:

- a) Sistema SICE-SIAF
- b) Sistema SOAPS
- c) Sistema SALMI

8. ACCESO A LA ATENCIÓN

Con el propósito de reorganizar el acceso de la población al Sistema Único de Salud, las personas beneficiarias deben ingresar obligatoriamente a través del establecimiento de salud del Primer Nivel de Atención del subsector público más cercano a su domicilio que se constituye en la PUERTA DE INGRESO AL SUS o mediante los equipos móviles de salud.

Sólo los casos de emergencias podrán ser atendidos en cualquier establecimiento de salud público de Primer, Segundo y Tercer Nivel.

9. AREA DE INFLUENCIA E IDENTIFICACIÓN DE HOSPITALES DE REFERENCIA.

Cada Establecimiento de salud de Primer Nivel deberá tener claridad sobre el área de influencia que posee, tanto en atención de comunidades y/o barrios, además de tener definido cuáles son sus Hospitales de referencia de segundo y tercer nivel.

PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN

10. ELABORACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

A partir de la Lista de Servicios de Salud aprobada por el Ministerio de Salud, cada establecimiento debe elaborar una Cartera de Servicios que se encuentra en capacidad de otorgar a la población de acuerdo a:

a) Capacidad resolutive y física instalada del establecimiento de salud. b) Nivel de atención del establecimiento de salud.

La Cartera de Servicios debe estar disponible para todo el personal de salud y administrativo y en un lugar visible del establecimiento y para conocimiento de la población beneficiaria.

11. PROCESO DE ADSCRIPCIÓN Y REQUISITOS PARA LA ATENCIÓN REGULAR

El personal administrativo o de salud del establecimiento de Primer Nivel que inicialmente tenga contacto con la persona que requiera atención, debe solicitarle el documento de identidad para:

- a) Identificación de la persona.
- b) Verificar la adscripción en la base de datos proporcionada por el Ministerio de Salud.
- c) Descartar o confirmar su pertenencia a una Entidad Gestora de la Seguridad Social de

Corto Plazo (Caja de Salud).

A partir de esta información, el personal del establecimiento tomará las siguientes decisiones:

a) Si la persona no se encuentra adscrito al SUS, realizará la adscripción de acuerdo al procedimiento establecido.

b) En caso de extranjeros, proceder de acuerdo a lo señalado en el punto 3 (Personas

Beneficiarias) de la presente guía. Si no está adscrita, proceder a la misma y realizar la atención.

c) Si la persona ya se encuentra adscrita, se realizará la atención de acuerdo a los procedimientos vigentes y cumpliendo las Normas Nacionales de Atención Clínicas.

d) Si es un asegurado en la Seguridad Social de Corto Plazo (Caja de Salud) deberá informar a la persona sobre la obligatoriedad de asistir al policlínico que le fue asignado por su Ente Gestor.

e) Si solicita atención en el establecimiento público pese a estar asegurada, aclarará que la misma tendrá costo. Si la persona acepta realizar el pago, proceda con la atención.

12. ATENCIÓN INTEGRAL EN ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL

La atención integral en establecimientos de salud se circunscribirá a las normas, guías, Manual de Aplicación de Prestaciones de la Ley N° 475 y procedimientos establecidos en instrumentos normativos vigentes.

La atención será registrada aplicando los instrumentos y herramientas vigentes.

13. ATENCIÓN INTEGRAL EN HOSPITALES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL

Solamente en aquellas localidades donde no existan establecimientos de salud del Primer Nivel, el Hospital de Segundo Nivel podrá realizar la atención de salud correspondiente al Primer Nivel habilitando un espacio adecuado de atención

La atención integral ambulatoria y de hospitalización en hospitales de Segundo y Tercer Nivel se realizará a partir de la boleta de referencia emitida por el establecimiento de salud correspondiente y se circunscribirá a las Normas de Atención y protocolos vigentes.

La atención será registrada en los documentos que forman parte del Expediente Clínico y mediante instrumentos y herramientas vigentes.

14. REFERENCIA A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA ATENCIÓN HOSPITALARIA

El personal de salud de los establecimientos de salud del Primer Nivel de atención, previa evaluación y según criterio clínico, deberá referir al paciente que requiera atención hospitalaria en otro establecimiento de Primer Nivel con mayor capacidad resolutoria o en hospitales de Segundo o Tercer Nivel, cumpliendo la normativa específica vigente de manera adecuada, justificada, oportuna y con boleta de referencia correctamente elaborada.

El personal de salud de los Hospitales de Segundo y Tercer Nivel de atención, previa evaluación y según criterio clínico, podrá referir al paciente a otro hospital de mayor complejidad cumpliendo la normativa específica vigente de manera adecuada, justificada, oportuna y con boleta de referencia correctamente elaborada.

El acceso a establecimientos de salud de salud privados bajo convenio será sólo mediante referencia justificada de los establecimientos de salud del subsector público.

Todos los casos de emergencia o urgencia requieren la estabilización previa del paciente antes de su referencia y el control permanente del personal de salud calificado durante su traslado y acompañado de ser posible, por uno de sus familiares o apoderados.

El personal del establecimiento de salud retendrá el original o una copia legible de la boleta de referencia del paciente.

15. REFERENCIA A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA ATENCIÓN AMBULATORIA DE ESPECIALIDAD.

Las personas referidas a servicios de salud de mayor complejidad para consulta y/o tratamiento ambulatorio por un especialista, deben contar con la Boleta de Referencia y toda la información clínica necesaria para facilitar su ingreso y atención en el establecimiento de salud al que fue referido.



El personal del Hospital de segundo o tercer nivel de atención deberá exigir la boleta de referencia del establecimiento de salud que envía a la persona beneficiaria para la atención correspondiente.

El personal del establecimiento de salud retendrá el original o una copia legible de la boleta de referencia del paciente.

Aquellos pacientes referidos que sean diagnosticados con una patología crónica por el especialista tratante y que requieran atención periódica en el hospital de mayor complejidad, serán registrados en una lista institucional de personas con patología crónica para posteriores atenciones con el propósito de evitar otras referencias del primer nivel y para fines de cobros y pagos intermunicipales.

16. REFERENCIA DE PACIENTES PARA SERVICIOS COMPLEMENTARIOS.

Las personas referidas para la realización de exámenes complementarios en otro establecimiento de salud, accederán de manera directa al mismo, portando la solicitud de exámenes de laboratorio, imagenología/gabinete o servicios de sangre (Documento 8) emitida por el personal de salud del establecimiento solicitante y un documento de identidad.

El establecimiento de salud que realiza los exámenes solicitados, debe registrar correctamente los datos del paciente en el reporte de resultados de exámenes de laboratorio, imagenología/gabinete o servicios de sangre (Documento 9) que será remitido al establecimiento de salud solicitante.

17. CONTRAREFERENCIA.

El médico del establecimiento de salud que realizó la atención de la persona referida, una vez concluida la misma, debe cumplir con la contrarreferencia al establecimiento de salud de origen, de acuerdo a la normativa vigente, con el fin de:

- a) Informar el resultado final de la atención,
- b) Indicar esquemas de tratamiento ambulatorio,
- c) Efectuar seguimiento del paciente
- d) Retroalimentar al personal con la información pertinente para la mejora continua de la calidad de la atención.

18. ATENCIÓN DE EMERGENCIAS

Cumpliendo el principio fundamental de protección de la salud y la vida de las personas, en casos de emergencias, la atención es OBLIGATORIA y sin retrasos por procesos administrativos en cualquier establecimiento de salud del Sistema Nacional de Salud descartando la posibilidad de la obligación de acceder por el establecimiento de salud de primer nivel

19. EXCEPCIÓN EN LA ATENCIÓN GRATUITA

Si una persona accede a los hospitales públicos de Segundo y Tercer Nivel de manera directa por atenciones no consideradas Emergencias, deberán cancelar el costo de su atención.