

DECRETO SUPREMO N° 28968

EVO MORALES AYMA PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA

CONSIDERANDO:

Que por Ley N° 3323 de 16 de enero de 2006, crea el Seguro de Salud Para el Adulto Mayor – SSPAM, orientado a otorgar prestaciones de salud basado en la aplicación de los principios de universalidad, solidaridad, equidad, integralidad y gratuidad, a favor de los ciudadanos bolivianos mayores de 60 años, de ambos sexos que radican en todo el territorio de la República.

Que en cumplimiento de la Disposición Final segunda de la mencionada Ley, se requiere reglamentar la norma, determinando el alcance y el régimen de afiliación, prestaciones, financiamiento, gestión, fiscalización, control social, red de servicios, sanciones previstas y disposiciones transitorias que indiquen de forma explícita los derechos, obligaciones y responsabilidades de los participantes y beneficiarios.

Que en reunión del Consejo Nacional de Política Económica y Social – CONAPES, del 16 de octubre de 2006, se determinó aprobar el presente Decreto Supremo, a solicitud del Ministerio de Salud y Deportes.

EN CONSEJO DE MINISTROS,

DECRETA:

REGLAMENTO DE PRESTACIONES Y GESTION DEL SEGURO DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

CAPITULO I DE LAS INSTITUCIONES RESPONSABLES Y DEL REGIMEN DE AFILIACION

Artículo 1.- (OBJETO).- El presente Decreto Supremo tiene por objeto reglamentar los alcances de la Ley N° 3323 de 16 de enero de 2006, mediante la regulación del régimen de afiliación, prestaciones, gestión, fiscalización y financiamiento del Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM)

Artículo 2.- (CAMPO DE APLICACIÓN).- Las normas contenidas en el presente Decreto Supremo del Seguro de Salud del Adulto Mayor, tienen carácter obligatorio para todas las personas e instituciones, comprendidas en su campo de aplicación.

Artículo 3.- (PARTICIPANTES).- Intervienen en la gestión del Seguro de Salud para el Adulto Mayor, el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Deportes, de

Hacienda y las Prefecturas de Departamento mediante los Servicios Departamentales de Salud y los Gobiernos Municipales a través de los Directorios Locales de Salud - DILOS.

Artículo 4.- (EJECUTORES).- Serán ejecutores del Seguro de Salud para el Adulto Mayor, todas las instituciones prestadoras que forman parte del Sistema Nacional de Salud: Sistema Público, Seguridad Social de Corto Plazo y donde no hubiera estos servicios se podrá realizar convenios con Iglesias, Organizaciones No Gubernamentales vinculadas a servicios de salud, Instituciones Privadas con y sin fines de lucro y de Medicina Tradicional, todas reguladas por el Ministerio de Salud y Deportes.

Artículo 5.- (BENEFICIARIOS).- Están comprendidos en el campo de aplicación, con derecho a las prestaciones de este Seguro, todos los bolivianos de ambos sexos y ciudadanos extranjeros con radicatoria permanente en el territorio nacional, que tengan sesenta (60) o más años de edad y que no se encuentren asegurados en el Sistema del Seguro Social Obligatorio ni otro Seguro de Salud.

Todas las personas mayores de sesenta (60) años que se encontraban afiliadas al Seguro Médico Gratuito de Vejez, a partir de la vigencia del presente Decreto Supremo, pasan directamente a figurar en los registros del Seguro de Salud para el Adulto Mayor, con derecho a recibir las prestaciones de salud con carácter integral y gratuito, siempre que el beneficiario se apersona al Gobierno Municipal donde reside, a efectos de actualizar su registro en el SSPAM.

Los beneficiarios, con el fin de ejercer control y depuración de listas, deben actualizar en forma anual su registro para ser beneficiarios del SSPAM a efectos del Artículo 8 del presente Decreto Supremo. Los beneficiarios que no acudan al Gobierno Municipal a actualizar su registro a comienzo de año, serán depurados de la lista de afiliados y no gozarán del derecho a las prestaciones prescritas por este Seguro.

Artículo 6.- (ACREDITACION DEL DERECHO).- Para ser considerados beneficiarios del Seguro de Salud para el Adulto Mayor, las personas deberán acreditar tal condición ante su Gobierno Municipal, donde tiene fijada su residencia permanente. El interesado, para su afiliación, debe presentar uno de los siguientes documentos:

- a) Cédula de Identidad.
- b) Carnet de Registro Único Nacional (RUN).
- c) Libreta de Servicio Militar.
- d) Certificado de Nacimiento.
- e) Certificado de Bautismo.

Artículo 7.- (INICIO DEL TRAMITE).- Las personas de sesenta (60) años que no se encuentren afiliadas, iniciarán su trámite de afiliación o registro al Seguro de Salud para el Adulto Mayor, mediante la presentación de la solicitud respectiva ante el Gobierno Municipal, donde tienen fijada su residencia permanente, acompañando para tal efecto los documentos de afiliación.

Artículo 8.- (AFILIACION).- El responsable del Gobierno Municipal llenará la Ficha de Afiliación Individual del asegurado, al que se le asignará un Centro de Salud de primer nivel en su área de cobertura y el hospital de referencia de segundo o tercer nivel al que tendrá acceso para derivación y/o emergencias.

La Ficha de Afiliación Individual del asegurado contendrá necesariamente los siguientes datos:

- a) Nombre y Código del Gobierno Municipal.
- b) Nombre y ubicación geográfica del establecimiento de salud asignado, señalando la Red de salud a la que pertenece.
- c) Nombres y apellidos del asegurado.
- d) Estado Civil.
- e) Fecha de nacimiento y edad, al día de afiliación.
- f) Número de Carnet de identidad o documento que da origen a la Afiliación.
- g) Domicilio del Asegurado.
- h) Profesión u ocupación habitual.
- i) Fecha de la afiliación
- j) Número de Matrícula del asegurado
- k) Firma del beneficiario y del responsable de afiliación.

Artículo 9.- (IDENTIFICACION Y ELECCION).- Los Gobiernos Municipales, en consideración a las atribuciones que les confiere el Parágrafo III del Artículo 3 de la ley N° 3323, referidos a su exclusiva responsabilidad en la implementación del Seguro, deben:

- a) En función de los intereses y beneficios de la población beneficiaria y los propios objetivos que corresponden al Gobierno Municipal, deberá previamente: investigar, identificar, elegir y suscribir convenios específicos para cada nivel de prestación, con los establecimientos de salud del Sector Público, de Seguridad Social y en caso de no existir estos servicios con las Organizaciones no Gubernamentales vinculadas a servicios de salud, organizaciones religiosas, instituciones privadas con y sin fines de lucro y otras del Sistema Nacional de Salud, que estime convenientes.
- b) Los criterios a considerar serán:
 - Identificar los establecimientos de salud existentes de primer, segundo y tercer nivel de atención en la jurisdicción municipal y Municipios aledaños, sean estos públicos, ONGs, medicina tradicional u otros.
 - Identificar y realizar una regionalización y definición de áreas de cobertura de los establecimientos de la red de salud más próximos a la población beneficiaria y cuya infraestructura sanitaria y recursos humanos en salud sea satisfactoria y adecuada a las necesidades del SSPAM.
 - Proceder a la elección definitiva de los establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención, con los cuales se constituirá una red integrada de servicios, para la atención integral y gratuita, a favor de los asegurados al SSPAM.
 - Suscripción del Convenio, entre el Gobierno Municipal y la autoridad responsable de la institución o establecimiento que prestará el servicio, garantizando los principios de oportunidad, equidad, eficacia, calidad y calidez, a favor de los asegurados.
- c) Los establecimientos bajo convenio, formarán parte de la red de servicios respectiva y serán objeto de supervisión, seguimiento y evaluación en los servicios contemplados en el Seguro.
- d) Los establecimientos de salud de Primer Nivel de Atención, identificados para la prestación del Seguro, de manera ordinaria constituirán la puerta de ingreso al sistema de atención para todos los afiliados al SSPAM.

- e) Si corresponde, el primer nivel de atención derivará al asegurado al segundo o tercer nivel de atención, con quienes se tiene suscrito el respectivo convenio.
- f) Sólo en caso de emergencia, tanto el segundo como el tercer nivel de atención atenderán a un asegurado al SSPAM sin la correspondiente nota de referencia del primer o segundo nivel de atención, respectivamente.
- g) Establecer el orden de referencia y contrarreferencia, cuando se requiera una mayor capacidad de resolución de los servicios.
- h) Los Gobiernos Municipales de todo el país, son los encargados de la afiliación gratuita de los asegurados al SSPAM.
- i) Como constancia del derecho al Seguro, al momento de la afiliación y para seguimiento del estado de salud del beneficiario, el Gobierno Municipal entregará a la persona asegurada el formulario de afiliación, el Carnet de Salud y la certificación de registro anual actualizado. Dichos documentos constituyen los requisitos necesarios para solicitar los servicios de salud, por parte de los asegurados.
- j) Los Gobiernos Municipales compartirán periódicamente con los establecimientos de salud, información sobre el número general de los afiliados al SSPAM. Dispondrán de una copia de los formularios de afiliación de los asegurados y una fotocopia del documento de identidad que dio origen a la afiliación del beneficiario, para fines de registro, administración, control y trámite de pago de primas de cotizaciones.
La ficha de afiliación formará parte de la Carpeta o Historia familiar que estará disponible en el centro de salud de primer nivel correspondiente.
- k) Todos los Gobiernos Municipales, las organizaciones territoriales de base y las agrupaciones de adultos mayores, tienen la obligación de promover y facilitar la afiliación de los asegurados al SSPAM.

Artículo 10.- (PERSONAS YA AFILIADAS).- Mientras los Gobiernos Municipales no determinen una nueva afiliación de los adultos mayores ya afiliados a las diferentes Cajas de Salud por la Ley N° 1886, estas instituciones quedan obligadas a seguir prestando servicios médicos, cobrando la totalidad equivalente a Bs450.80.- (CUATROCIENTOS CINCUENTA 80/100 BOLIVIANOS) con mantenimiento de valor en función a la variación de las Unidades de Fomento a la Vivienda – UFVs, a los Gobiernos Municipales correspondientes.

En caso de que los Gobiernos Municipales no estuvieren de acuerdo con las prestaciones recibidas hasta la fecha en las diferentes Cajas de Salud, podrán en forma gradual reafiliar a los adultos mayores a otras instituciones del Sistema Nacional de Salud, evitando en todo momento discontinuidad de los servicios y perjuicio alguno a los adultos mayores asegurados.

CAPITULO II DE LAS PRESTACIONES

Artículo 11.- (PRESTACIONES).- El Seguro de Salud del Adulto Mayor, comprende la atención médica integral y gratuita a favor de las personas mayores de sesenta (60) años; ha sido instituido por Ley N° 3323 y está basado en el Código de Seguridad Social vigente; su Reglamento y disposiciones conexas y están inspirados, a su vez, en los principios de universalidad, solidaridad, equidad e integralidad.

Artículo 12.- (ALCANCE DE LAS PRESTACIONES).- El Seguro de Salud para el Adulto Mayor, garantiza servicios de salud a todas las personas mayores de sesenta (60) años, consistente en atención ambulatoria, servicios complementarios de diagnóstico, atenciones odontológicas, hospitalización, tratamientos médicos y quirúrgicos y la provisión de insumos,

medicamentos necesarios y productos naturales tradicionales, de acuerdo a cada nivel de atención, y será complementado en el plazo de treinta (30) días.

Artículo 13.- (PROVISIÓN DE PRESTACIONES).- Las prestaciones del SSPAM se proveen exclusivamente en el territorio nacional, con carácter obligatorio y coercitivo en todos los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención, con quienes el Gobierno Municipal tiene suscrito el convenio correspondiente para las prestaciones del SSPAM.

Artículo 14.- (DE LA CAPACIDAD DE RESOLUCION).- Las prestaciones del SSPAM se otorgan de acuerdo a la infraestructura sanitaria instalada en cada uno de los establecimientos de salud, con quienes un Gobierno Municipal tenga suscrito el respectivo convenio y según la real disponibilidad de infraestructura adecuada, equipos, insumos, recursos económicos y humanos en salud, de los servicios de primer, segundo y/o tercer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud, a los efectos de la prestación del SSPAM.

Artículo 15.- (INFORMACION Y CONTENIDOS AMPLIATORIOS).- El Ministerio de Salud y Deportes, en acuerdo con el Sistema Asociativo Municipal representado por la Federación de Asociaciones Municipales - FAM Bolivia, a través de Resoluciones Ministeriales, establecerá y dará a conocer el modelo de atención, prestaciones a ser otorgadas y el régimen de exclusiones de las mismas, así como guías, instructivos y todo tipo de normas y procedimientos que se estime necesarios para que contribuyan a la aplicación del SSPAM.

Artículo 16.- (NIVELES DE ATENCION).- La prestación de servicios, debe otorgarse en todos los establecimientos de salud que hayan suscrito los convenios respectivos con uno o más Gobiernos Municipales, debidamente acreditados o certificados en sus tres niveles de atención:

Primer Nivel:

Es la puerta de ingreso al sistema de salud. La atención se efectuará a través de: brigadas móviles de salud, puesto de salud, consultorio médico, centro de salud, policlínicas y poli consultorios y la participación de la red de medicina tradicional regulada por el Ministerio de Salud y Deportes.

La atención consiste en: consulta ambulatoria, estudios complementarios básicos, medicamentos e internación de tránsito. El rol principal de este nivel es el de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, autocuidado, educación en salud y bajo el enfoque de las determinantes sociales, con perspectiva de género e interculturalidad.

La visión gerontológica debe estar presente en todos los componentes de salud, sustentada con el enfoque de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural.

Segundo Nivel:

Corresponde a las modalidades que requieren atención de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las especialidades básicas de: Medicina Interna, Geriátrica, Cirugía, Ginecología, con sus servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento. El Establecimiento de salud de este nivel corresponde a los Hospitales Básicos de Apoyo.

Tercer Nivel:

Corresponde a la consulta de especialidad, donde destacan la especialidad de Geriátrica y Gerontología; internación hospitalaria por especialidades y subespecialidades; de Cirugías en las diversas especialidades y grado de complejidad; y servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad. Los establecimientos de salud de este nivel lo conforman los Hospitales Generales, Institutos y Hospitales de especialidades.

Los Institutos Nacionales de Investigación y Normalización dependientes del Ministerio de Salud y Deportes, tienen la responsabilidad de aportar al mejoramiento de la atención en salud en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, organizando una serie de eventos consistentes en: seminarios, talleres, programas de capacitación continua, cursos de postgrado y otros, haciendo hincapié en las temáticas relacionadas a la Geriátrica y Gerontología, cuyo propósito final sea el de contar con el mayor número de profesionales y trabajadores en salud debidamente capacitados y orientados, para brindar una atención de calidad y calidez, en provecho de las personas mayores de sesenta (60) años.

CAPITULO III DE LA RED DE SERVICIOS

Artículo 17- (DEFINICIÓN).- Constituye un conjunto de establecimientos y servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención, que pertenecen al Sistema Nacional de Salud, localizados en un espacio geográfico-territorial específico que puede incluir a uno o varios Municipios.

- a) Se encuentra integrado, interconectado e interdependiente, cuya capacidad de resolución tiende a ser óptima.
- b) Está organizada en forma escalonada por niveles de atención y complejidad, con una oferta diferenciada, procurando evitar duplicidades.
- c) La atención de salud es integral, proporcionada con un sentido de oportunidad, calidad y calidez, en beneficio del asegurado.
- d) Para la ejecución del SSPAM, se deberá establecer la red de servicios en los diferentes niveles, incorporando los establecimientos de la seguridad social de corto plazo, ONG y otras con las cuales se establecerá convenios.
- e) El Ministerio de Salud y Deportes, a través de los SEDES, procederá a la certificación, en los casos que fuere necesario, a los establecimientos de salud pertenecientes al Sistema Nacional de Salud distribuidos en todo el territorio nacional, que participen del SSPAM.
- f) Todos los establecimientos de la red de servicios del SSPAM, cumplirán con los subsistemas de información, referencia y contrarreferencia, Sistema Nacional Único de Suministros - SNUS, y otros que exige el Ministerio de Salud para la ejecución de las políticas de salud.

Artículo 18.- (DE LOS CONVENIOS).- Los Gobiernos Municipales en consulta con los Directorios Locales de Salud - DILOS, suscribirán Convenios con los establecimientos de salud que garanticen la prestación de servicios correspondientes al SSPAM, garantizando además la oportunidad, efectividad, calidad, calidez y trato digno al paciente. En el caso que corresponda la suscripción de convenio con un establecimiento municipal de salud, los convenios serán suscritos por los Gobiernos Municipales respectivos en coordinación con los DILOS.

Los convenios a suscribir deberán contemplar los siguientes principios básicos:

- a) Aceptación plena de los establecimientos de salud, del modelo de atención basado en la Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural, una vez implantado.
- b) Conformidad con todas las funciones y características descritas en el Capítulo II de Prestaciones y Exclusiones, del presente Decreto Supremo.
- c) Detalle de las funciones de salud asignadas a cada Establecimiento de Salud, según sea de primer, segundo y tercer nivel de atención.
- d) Compromisos mutuos para cumplir adecuadamente con el sistema de referencias y contrarreferencias: criterios técnicos para la referencia del paciente, sistema de comunicación, transporte, institucionales y/o de la comunidad, para trasladarlo a Establecimientos de Salud, sujeto a convenio de igual o mayor complejidad.
- e) Documento anexo que debe contar con un registro de distancias y tiempos entre un Establecimiento de Salud y otro (primer, segundo y tercer nivel de atención) para prestar la atención con prontitud, rapidez y sentido de oportunidad, a favor del asegurado.
- f) Documento anexo donde se detalle los medios de transporte propios y disponibles (ambulancias) y los medios de comunicación a los cuales pueda accederse con facilidad: radiodifusoras, radioaficionados, servicios telefónicos, telecomunicación a distancia, servicio de Internet y otros.
- g) Compromiso por parte del establecimiento de salud para la rendición de informes trimestrales al DILOS y Gerente de Red de la atención realizada.
- h) Los Establecimientos de Salud y los Gobiernos Municipales deben expresar su mutua conformidad respecto al pago de primas por cotizaciones asignadas a cada nivel de atención, en sujeción a lo aprobado en el presente Decreto Supremo.

CAPITULO IV

GESTION DEL SEGURO DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR

Artículo 19.- (MODELO DE GESTION).- El Modelo de Gestión en Salud vigente es de carácter descentralizado, de base municipal y participativo, con niveles de responsabilidad en el ámbito nacional y departamental, de acuerdo a las competencias establecidas por Ley. Por esta razón, el SSPAM se incorpora y se adapta a este modelo, en la perspectiva de ampliar y profundizar la descentralización en salud, acorde con las necesidades de desarrollo humano y de mejoramiento de la calidad de vida en provecho de todos los adultos mayores que habitan el país.

Artículo 20.- (AMBITOS DE GESTION Y ATRIBUCIONES EN EL MARCO DEL SSPAM).- En concordancia con el Modelo de Gestión vigente, el Sistema Nacional de Salud establece cuatro ámbitos de gestión:

I. MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES.

- a) Por mandato de la Constitución Política del Estado y la Ley de Organización del Poder Ejecutivo, el Ministerio de Salud y Deportes es el órgano rector-normativo de la gestión de salud a nivel nacional.
- b) Es responsable de formular políticas, planes y programas inherentes al Seguro de Salud para el Adulto Mayor.
- c) Es responsable de elaborar y dictar las normas que rijan el funcionamiento y aplicación del Seguro de Salud del Adulto Mayor a nivel nacional, en consulta con la FAM – Bolivia.

- d) Se crea la Unidad Nacional de Gestión del Seguro de Salud para el Adulto Mayor, dependiente de la Dirección General de Seguros de Salud, del Ministerio de Salud y Deportes.
- e) La reglamentación, regulación, coordinación y supervisión de la aplicación del SSPAM estará a cargo de la Unidad Nacional de Gestión del Seguro de Salud para el Adulto Mayor.

II. PREFECTURAS (SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD)

Las Prefecturas de Departamento, complementariamente a los ítemes creados por Crecimiento Vegetativo, con recursos del TGN a través del Ministerio de Salud y Deportes, podrán financiar con recursos del IDH, en sujeción a la normativa legal vigente, la creación de ítemes de salud (médicos, enfermeras, técnicos y auxiliares en salud), los mismos que serán asignados a sus Municipios, de acuerdo a datos de rendimiento y producción y que aporte significativamente a un mejoramiento cualitativo de los servicios de salud municipales. Con este fin, el SEDES definirá la asignación en función a los requerimientos y las necesidades reales.

- a) El Servicio Departamental de Salud – SEDES, dependiente de las Prefecturas de Departamento, es el nivel de gestión técnica en salud. Articula, en base al principio de unidad de gestión, las políticas nacionales, departamentales y la gestión municipal; coordina y supervisa la gestión de los servicios de salud en el departamento, en directa y constante coordinación con los gobiernos municipales, a través de los DILOS en su nivel gerencial.
- b) Es responsable de cumplir y hacer cumplir las políticas de salud, la Ley N° 3323 y sus disposiciones reglamentarias, referidas al Seguro de Salud para el Adulto Mayor, en su jurisdicción territorial y en el sector público, en el Seguro Social de corto plazo, Iglesias, instituciones privadas con y sin fines de lucro y en la Medicina Tradicional. Su accionar se ejecutará a través de los DILOS.
- c) Efectuar seguimiento de la calidad de atención y evaluar el desempeño del personal de salud que brinda servicios en el SSPAM y apoyar técnicamente a la gestión de los Municipios, para la dotación del suministro oportuno de medicamentos, insumos y reactivos, en el marco del SNUS.
- d) A través de los DILOS, emprender campañas de información, difusión y orientación acerca de los alcances y contenidos de la Ley N° 3323 y sus disposiciones reglamentarias.
- e) Otorgar asistencia técnica y administrativa a los servidores públicos pertenecientes a todos los gobiernos municipales del departamento.
- f) El Responsable del SSPAM, dependiente del SEDES, es el encargado de informar mensualmente a la Unidad Nacional de Gestión del SSPAM sobre el proceso de afiliación por Municipios, las prestaciones de salud otorgadas, el pago de primas de cotizaciones a los establecimientos de salud localizados en el departamento y sobre el movimiento y gestión de medicamentos, insumos y reactivos.

III. LOS GOBIERNOS MUNICIPALES

- a) El Gobierno Municipal, aporta con la visión integral municipal y al cumplimiento de la Ley N° 3323 del SSPAM.
- b) El Gobierno Municipal, financiará los gastos operativos y de ejecución del SSPAM y el DILOS fiscalizará la ejecución en el ámbito de su jurisdicción. Será el responsable del control de las afiliaciones, asegurando que la totalidad de la población de mayores de

sesenta (60) años que no cuenten con un Seguro de salud de su jurisdicción se encuentre afiliada y conozca el contenido y alcances del SSPAM.

- c) El Gobierno Municipal, a través de la máxima autoridad ejecutiva, hará efectivo el pago de primas de cotizaciones cuatrimestralmente a favor del establecimiento de salud que corresponda, según convenio suscrito y según el monto asignado de la prima.

IV. ESTABLECIMIENTO DE SALUD

- a) Enviar cuatrimestralmente al Gobierno Municipal y al DILOS un reporte de los asegurados que hayan sido atendidos, para permitir el control respectivo.
- b) Elaborar la historia clínica de cada paciente de acuerdo a normas nacionales y mantenerlas en un archivo actualizado, más un Informe Técnico.
- c) Brindar las prestaciones de salud asignadas a cada nivel de atención, a favor de los asegurados, con calidad y en el marco del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria.
- d) Anotar las prestaciones otorgadas a los asegurados y elaborar un informe de actividades del SSPAM, enviando una copia al Gobierno Municipal y al DILOS y otra al Gerente de Red.
- e) Enviar mensualmente al Gobierno Municipal y al DILOS, un Informe sobre el movimiento y uso de medicamentos, insumos y reactivos.
- f) Enviar al Gobierno Municipal, su formulario de solicitud de pago de primas de cotizaciones, por el número de afiliados que corresponda, a la conclusión de cada cuatrimestre según su pertenencia al primer, segundo o tercer nivel de atención, de conformidad al convenio suscrito.
- g) Aplicar la referencia y contrarreferencia, de los asegurados al SSPAM, según los criterios mencionados en el Capítulo III, de la Red de Servicios.

Artículo 21.- (FINANCIAMIENTO PARA LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD)

- I. Queda establecido que los recursos humanos en salud, actualmente pertenecientes y asignados al Sector Público, serán responsables de brindar la atención en salud a favor de los asegurados del SSPAM, en función de criterios de reasignación, rotación o redistribución concertada del personal que se estime racional y conveniente, a objeto de asegurar un adecuado rendimiento y desempeño de los servicios de salud para beneficio de los asegurados. Mantienen su relación obrero-patronal y serán remunerados con fondos del Tesoro General de la Nación - TGN.
- II. Los recursos humanos del Seguro Social de corto plazo, Organizaciones no Gubernamentales vinculadas a servicios de salud, son remunerados por sus respectivas instituciones, debiendo constar en los convenios respectivos esta cláusula.
- III. Los recursos administrativos y el personal adicional de apoyo a los Establecimientos de Salud Municipales, podrán ser contratados por estos a cargo de sus propios recursos, previa autorización de los Directorios Locales de Salud, siempre y cuando se considere como absolutamente necesario, evitando duplicidades.

Artículo 22.- (PROVISION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS MEDICOS)

- I. Los establecimientos de salud o los Gobiernos Municipales (de acuerdo a las características de cada Municipio) procederán a la adquisición de medicamentos,

insumos médicos y reactivos para la atención de las prestaciones del SSPAM, con cargo a las primas asignadas para cada nivel.

- II. Los medicamentos a ser utilizados en el SSPAM, en los tres niveles de atención, deberán figurar de acuerdo al Listado Básico de Medicamentos Esenciales empleados en la Seguridad Social, tanto para la Consulta Externa como Hospitalización.
- III. Toda adquisición de medicamentos, insumos médicos y reactivos por parte de instituciones del Seguro Social de Corto Plazo, Sector Público, en su caso Iglesias u ONGs vinculadas a servicios de salud, deberán regirse a la Ley del Medicamento, su reglamentación y normas establecidas en el SNUS.
- IV. Todos los establecimientos de salud, de cualquier nivel de atención, deberán consolidar sus inventarios de medicamentos, los mismos que a su vez deben estar debidamente almacenados y listos para su entrega a los asegurados, a través de Farmacia.
- V. En caso de la no existencia del medicamento requerido en la Farmacia del establecimiento de salud, la Dirección responsable del establecimiento de salud, deberá adquirir el medicamento en el más breve tiempo posible, a objeto de no interrumpir el tratamiento del paciente o asegurado. Dicha contingencia estará contemplada en el monto de la prima asignada a cobrar por el establecimiento de salud del nivel de atención que corresponda.

CAPITULO V FISCALIZACION

Artículo 23.-(ORGANO RECTOR DE CONTROL GUBERNAMENTAL).- La Contraloría General de la República como órgano rector del sistema de Control Gubernamental, cuenta con normas básicas de control interno y externo y directrices fundamentales, a las cuales todo el Sistema Nacional de Salud debe subordinarse. Además, todas las entidades, instituciones y organizaciones públicas que participan del SSPAM, deberán someterse a las normas y disposiciones legales contenidas en la Ley N° 1178 de 20 de julio de 1990 - Ley de Administración y Control Gubernamentales.

Artículo 24.- (DE LAS FUNCIONES DE LA UNIDAD NACIONAL DE GESTION).-

- I. La Unidad Nacional de Gestión del SSPAM, sin perjuicio de las funciones rectoras que corresponden a la Contraloría General de la República, solicitará a los DILOS y a las Prefecturas Departamentales la realización de Auditorías especiales y/o financieras sobre la ejecución y pagos de primas de cotizaciones realizadas y destinadas a los distintos establecimientos de salud que participan del Seguro, cuando lo considere conveniente.
- II. El Ministerio de Salud y Deportes y los DILOS, a través de las instancias correspondientes, realizarán auditorías médicas en los establecimientos de salud, según la normativa nacional, para certificar la calidad, eficiencia, eficacia y oportunidad de las prestaciones brindadas a los asegurados.
- III. El Instituto Nacional de Seguros de Salud – INASES, como entidad desconcentrada del Ministerio de Salud y Deportes fiscalizará el cumplimiento de las normas contenidas en el presente Decreto Supremo y en el Sistema Nacional Único de Suministros en lo que

corresponde al otorgamiento de prestaciones a cargo de las entidades gestoras que pertenecen al Sistema Boliviano de Seguridad Social.

CAPITULO VI CONTROL SOCIAL

Artículo 25.- (DEFINICION).- Para efectos de la comprensión del presente reglamento, se entenderá por Control Social el derecho y obligación de las organizaciones e instituciones de la Sociedad Civil, el Comité de Vigilancia y las agrupaciones de adultos mayores, para conocer, supervisar y evaluar los resultados de la aplicación del Seguro, así como el acceso a la información que produzcan las instituciones que intervienen en la gestión del Seguro.

Artículo 26.- (DE LAS FUNCIONES DEL COMITÉ DE VIGILANCIA).- Los Comités de Vigilancia de los respectivos Municipios tienen por misión fundamental, en el área urbana y rural de todo el país, promover la organización de redes sociales basada en las distintas culturas organizativas que caracterizan a las poblaciones de base: mestiza, campesina e indígena distribuidas en el territorio nacional, para motivar y movilizar a los adultos mayores para su acceso y afiliación al SSPAM.

Artículo 27.- (OTRAS TAREAS DE LOS COMITES DE VIGILANCIA).- Los Comités de Vigilancia y/o agrupaciones de adultos mayores, deben informar periódicamente a las organizaciones territoriales de base y población de adultos mayores de su Municipio sobre los avances conseguidos en la aplicación del Seguro, así como viabilizar sus necesidades, expectativas y demandas en provecho de mejorar las condiciones y calidad de vida de los asegurados.

Artículo 28.- (FUNCIONES Y TAREAS DE LAS ORGANIZACIONES TERRITORIALES DE BASE Y AGRUPACIONES DE ADULTOS MAYORES).- Las organizaciones territoriales de base y las agrupaciones de adultos mayores, en el ámbito de las juntas vecinales, organizaciones campesinas, pueblos indígenas y originarios, de acuerdo a sus usos y costumbres o reglas estatutarias, deben garantizar el ejercicio del derecho a la salud, así como un aprovechamiento pleno de las prestaciones de salud ofertados por el SSPAM.

Artículo 29.- (OTRAS TAREAS DE LAS ORGANIZACIONES TERRITORIALES DE BASE Y AGRUPACIONES DE ADULTOS MAYORES).- Las organizaciones territoriales de base y las agrupaciones de adultos mayores, deben identificar las barreras u obstáculos que impiden el acceso de la población de personas mayores de sesenta (60) años a los servicios que son otorgados por todos los establecimientos de salud, correspondientes al Sistema Nacional de Salud. Obstáculos que pueden atribuirse a: maltrato, accidentes geográficos, servicios de transporte, precariedad de las vías camineras, distanciamiento de los establecimientos de salud, aspectos socioculturales y horarios de atención, entre otros. Inmediatamente después, debe formularse la denuncia o queja correspondiente ante la autoridad competente.

Artículo 30.- (DE LA INTERVENCIÓN DE LAS AGRUPACIONES DE ADULTOS MAYORES EN EL PROGRAMA OPERATIVO ANUAL - POA).- Las distintas agrupaciones representativas de adultos mayores en los Municipios, deben participar activamente en el ámbito de la comunidad a la que pertenecen, para intervenir en la formulación y elaboración de planes y proyectos de salud locales que se incorporen a los

PDMs y POA municipales, para elevar y potenciar las capacidades de las organizaciones locales, cuyos objetivos y resultados además estén en concordancia con los alcances y contenidos que propugna el SSPAM.

Artículo 31.- (CANALIZACIÓN DE PROPUESTAS, SUGERENCIAS, RECLAMOS Y OTROS).- Las organizaciones de la red social y agrupaciones específicas del Adulto Mayor, canalizarán sus propuestas, sugerencias, reclamos, denuncias y otros a través del representante del control social en el DILOS o podrá realizarlo de manera directa, en forma oral o escrita.

Artículo 32.- (PARTICIPACIÓN DE OTROS NIVELES INSTITUCIONALES).- El Ministerio de Salud y Deportes, así como todas las instituciones y organizaciones públicas que participan en los distintos niveles en de gestión del Seguro, deben proponer, facilitar y fortalecer todos los mecanismos de Control Social a fin de contribuir a la profundización de la participación de las organizaciones territoriales de base y las agrupaciones de adultos mayores en la perspectiva de lograr un mejor funcionamiento y desempeño del SSPAM, que repercuta en beneficio de sus afiliados.

CAPITULO VII FINANCIAMIENTO Y PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE PRIMAS DE COTIZACIONES DEL SEGURO DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR

Artículo 33.- (RECURSOS MUNICIPALES).- El Artículo 3 de la Ley N° 3323, establece que el financiamiento del SSPAM, será solventado por una fuente plural de recursos municipales, siendo estos: los recursos de Coparticipación Tributaria, Impuesto Directo a los Hidrocarburos - IDH e ingresos propios.

Artículo 34.- (DE LAS CUENTAS FISCALES MUNICIPAL DEL SSPAM)

- I. Se crea la Cuenta Fiscal Municipal de Salud – SSPAM, con los recursos contemplados en el Artículo 3 de la Ley N° 3323; serán administradas por los Gobiernos Municipales, siguiendo los procedimientos administrativos y de control establecidos por la Ley N° 1178, la Ley N° 3323 del SSPAM, el presente Decreto Supremo y otras disposiciones legales complementarias
- II. La Cuenta Fiscal Municipal de Salud – SSPAM, será utilizada exclusivamente para el pago de las primas de cotizaciones, por las prestaciones de salud otorgadas por el SSPAM.

Artículo 35.- (DEL MANEJO DE LOS RECURSOS ECONOMICOS).- Los pagos de primas de cotizaciones serán efectuados por los Gobiernos Municipales, con aprobación del DILOS, a todos aquellos establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención, con los cuales haya suscrito previamente los Convenios específicos para la otorgación de las prestaciones del SSPAM

Artículo 36.- (PRIMAS DE COTIZACIONES).- El Seguro de Salud para el Adulto Mayor, se financiará mediante una prima anual única de Bs450.80.- (CUATROCIENTOS CINCUENTA 80/100 BOLIVIANOS) con mantenimiento de valor en función a la variación de las Unidades de Fomento a la Vivienda – UFVs, publicada oficialmente por el Banco Central de Bolivia – BCB, el mismo que será cubierto con recursos municipales conforme a lo

establecido en el Artículo 33 del presente Decreto Supremo. A su vez, se dispone que la prima anual será dividida para el primer, segundo y tercer nivel de atención, de la siguiente manera:

NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD	FRACCIÓN DE LA PRIMA EN %	EN BOLIVIANOS
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	19.65%	Bs. 88.55.-
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	26.78%	Bs. 120.45.-
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	53.57%	Bs. 241.50.-

Al término de la primera gestión de funcionamiento del SSPAM (un año) y de acuerdo a los informes de prestaciones y atenciones efectivas, reportadas por los establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel y la evaluación del DILOS, la prima establecida en el presente Artículo podrá ser modificada en su distribución por cada nivel, en procura de un servicio más efectivo para los beneficiarios.

Artículo 37.- (REGISTRO GENERAL).- El Gobierno Municipal, con aprobación del DILOS, concluido cada cuatrimestre, remitirá inmediatamente a cada establecimiento de salud de primer, segundo y tercer nivel, un listado general de asegurados, al: 30 de Abril, 30 de Agosto, y 31 de diciembre respectivamente, acompañado de la relación de altas y bajas producidas durante el cuatrimestre. El pago de cotizaciones se efectuará con base a dicho listado.

Artículo 38.- (FORMA DE PAGO DE PRIMAS DE COTIZACIONES).- La prima establecida en el Artículo 36 del presente Decreto Supremo, será pagada en tres cuotas cuatrimestrales, en los primeros treinta (30) días de concluido cada período cuatrimestral, a favor de cada establecimiento de salud que participe del SSPAM. Se cancelará en bolivianos, actualizado en función a la variación de las Unidades de Fomento a la Vivienda – UFVs, correspondiente al último día de cada cuatrimestre. El pago de primas de cotizaciones correspondiente a cada cuatrimestre tiene la siguiente distribución:

NIVEL ATENCION	PERÍODO Enero - Febrero Marzo - Abril	PERIODO Mayo - Junio Julio – Agosto	PERIODO Septiembre – Octubre Noviembre - Diciembre
Primer Nivel	Bs.29.51.-	Bs.29.51.-	Bs.29.51.-
Segundo Nivel	Bs.40.25.-	Bs.40.25.-	Bs.40.25.-
Tercer Nivel	Bs.80.50.-	Bs.80.50.-	Bs.80.50.-

Artículo 39.- (DEL COBRO DE PRIMAS DE COTIZACIONES).- Los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención, tendrán derecho al cobro de primas de cotizaciones por el número de afiliados identificados y declarados a través de las listas de asegurados elaboradas por los Gobiernos Municipales. El cobro de la prima cuatrimestral de cotizaciones será la que corresponda según el nivel de atención.

Artículo 40.- (DEL COBRO DE PRIMAS DE COTIZACIONES POR ASEGURADOS QUE SE ENCUENTREN EN TRANSITO).- Aquellos asegurados que se encuentren de

tránsito en una jurisdicción municipal distinta y alejada de donde tienen fijada su residencia permanente y requieran alguna atención médica, podrán acudir al Establecimiento de Salud de primer, segundo y tercer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud que participen del Seguro por Convenio, para recibir atención médica.

- Todos los asegurados que atraviesen por esta contingencia, deberán portar su Carnet de Identidad y su Carnet de Asegurado, para recibir la atención médica.
- El profesional médico que se ocupe de la atención médica del Asegurado, debe asegurarse de elaborar la Historia Clínica completa, brindar una atención oportuna, con calidad y calidez e impartir instrucciones médicas precisas para proteger la salud del Asegurado.
- Una vez concluida la valoración de su estado, debe recomendar al paciente su retorno a la localidad donde tiene fijada su residencia permanente, para que pueda recibir la atención médica por parte de su médico titular y en el establecimiento de salud donde tiene registrada su afiliación original y su historia clínica, en el que recibirá una hoja de referencia con la síntesis del cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento realizado.
- Los establecimientos de salud tendrán el derecho de solicitar el cobro de la prima cuatrimestral de cotizaciones que corresponda por la atención otorgada al asegurado, procediéndose al llenado de un formulario especial que sirva para el efecto y solicitando el pago correspondiente mediante el DILOS de su Municipio.
- El Gobierno Municipal de destino debe comunicar al Gobierno Municipal de origen sobre esta operación administrativa de cobro de prima de cotizaciones.
- Dicha prima cuatrimestral de cotizaciones deberá ser adicionada a la lista de asegurados por el período cuatrimestral y por el nivel de atención que corresponda.

Artículo 41.- (RECEPCION DE LISTAS Y LLENADO DEL FORMULARIO DE SOLICITUD DE PAGO DE COTIZACIONES).- Cada establecimiento de salud, recibirá la lista de asegurados del Gobierno Municipal que corresponda y en función del número total de asegurados declarados, elaborará en el plazo máximo de cuatro días, el formulario de solicitud de pago de primas y de cotizaciones, por el total que corresponda, según su pertenencia ya sea al primer, segundo o tercer nivel de atención. Concluida dicha tarea, enviará al Gobierno Municipal la lista de Asegurados, más el formulario de solicitud de pago de cotizaciones, para obtener su conformidad oficial.

Artículo 42.- (APROBACION DE SOLICITUD DE PAGO DE COTIZACIONES).- Recibido el formulario de solicitud de pago de cotizaciones, el Gobierno Municipal conjuntamente con el DILOS, tendrá un plazo de diez días hábiles para revisar, aprobar o rechazar el formulario de pago de cotizaciones enviado por cada establecimiento de salud; pasado dicho tiempo, se dará por aprobada automáticamente la solicitud. El DILOS, revisará la documentación enviada por cada establecimiento de salud sin que sea necesario completar la documentación de todos los establecimientos de su jurisdicción para el inicio de la revisión. En caso de que la documentación sea observada, se la devolverá al establecimiento de salud para su corrección, la cual no debe demorar más de cinco días.

Artículo 43.- (APROBACION Y ENVIO DE ORDEN DE PAGO POR PARTE DEL GOBIERNO MUNICIPAL Y EL DILOS).- El Gobierno Municipal y el DILOS, tras aprobar y acumular la documentación de solicitud de pago de cotizaciones y listas de asegurados atendidos en los establecimientos de salud con los cuales ha suscrito Convenios para otorgar prestaciones de salud por parte del SSPAM, deberá depositar dichos documentos

en la Dirección Financiera del Gobierno Municipal, para fines de administración, control y archivo.

La Dirección Financiera del Gobierno Municipal deberá proceder al pago respectivo, citando información exclusivamente por el número de afiliados, establecimiento de salud por nivel de atención y por el cuatrimestre que corresponda de acuerdo al convenio suscrito.

Artículo 44.- (FISCALIZACION Y MECANISMOS DE CONTROL DE LOS RECURSOS DE LA CUENTA MUNICIPAL DE SALUD – SSPAM).-

- I. El Ministerio de Hacienda, a través de la Dirección General de la Contaduría, proporcionará información mensual y anual al Ministerio de Salud y Deportes, Gobiernos Municipales y DILOS, sobre las transferencias de Coparticipación Tributaria, Impuesto Directo a los Hidrocarburos e ingresos propios destinados al SSPAM.
- II. El Gobierno Municipal, deberá proporcionar mensualmente información precisa a los DILOS, sobre las listas de afiliados, desembolsos ejecutados, remanentes y situación de los descargos, por prestaciones otorgadas al SSPAM.
- III. El Ministerio de Salud y Deportes, el DILOS o cualquier institución que tenga que ver directamente con el manejo o acceso a la Cuenta Municipal de Salud –SSPAM, podrá solicitar auditorias a la Contraloría General de la República, al Concejo Municipal o a la Comisión de Descentralización, Participación Popular y Gobiernos Locales, del Honorable Senado Nacional.

Artículo 45.- (DE LAS FUNCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES).-

El Ministerio de Salud y Deportes, a través de la Unidad Nacional de Gestión del SSPAM, efectuará funciones de regulación y supervisión acerca del proceso de trámite de cobranza y pago de primas de cotizaciones a nivel nacional. Solicitará mensualmente a cada uno de los SEDES de todo el país, información consolidada sobre el número de afiliados por Municipios al SSPAM y pagos cuatrimestrales de primas de cotizaciones efectuados a cada uno de los establecimientos de salud, según nivel de atención que corresponda.

Establecerá una coordinación y contacto permanente con el Ministerio de Hacienda, a fin de garantizar y precautelar la estabilidad económica y macro-administrativa a nivel nacional, respecto al proceso de inscripción presupuestaria, programación y ejecución de recursos por concepto de pago de primas de cotizaciones que involucra al total de Gobiernos Municipales existentes en el país y los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud que participen del SSPAM.

CAPITULO VIII SANCIONES

Artículo 46.- (SANCIONES).-

- I. El personal de salud y los funcionarios administrativos que pertenecen a los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud, que hayan suscrito Convenios con los Gobiernos Municipales, que se nieguen a otorgar las prestaciones previstas para el SSPAM, serán sujetos a las sanciones que se determine en un proceso administrativo.

- II. El personal de salud y los funcionarios administrativos que pertenecen a los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud, que realicen cobros indebidos por las prestaciones cubiertas por el SSPAM, por medicamentos, insumos y reactivos, serán sujetos a las sanciones que se determine en un proceso administrativo.
- III. Las solicitudes de pago de los establecimientos de salud por un número sobredimensionado de pacientes atendidos, la falsificación, alteración o la adulteración dolosa de documentos, será sancionada de acuerdo con el régimen de responsabilidad por la función pública, prevista por el Decreto Supremo N° 23318-A de 3 de noviembre de 1992 y N° 26237 de 29 de junio de 2001.
- IV. El beneficiario que adultere la fecha de su nacimiento y presente documentación alterada para obtener los beneficios de la Ley N° 3323 o se afilie en dos o más Municipios o establecimientos de salud, perderá de por vida los derechos contemplados en el Seguro de Salud del Adulto Mayor, será pasible a las sanciones finales que correspondan, previo proceso.
- V. Los Alcaldes de todos los Gobiernos Municipales que se nieguen o se resistan al cumplimiento de lo establecido en la Ley N° 3323 del Seguro de Salud del Adulto Mayor, se harán pasibles a lo que dispone el régimen por la Responsabilidad por la función pública prevista en el Decreto Supremo N° 23318-A y N° 26237.

CAPITULO IX DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 47.- (DEUDA MUNICIPAL POR EL SEGURO DE VEJEZ).- La deuda acumulada por concepto de pago de primas de cotizaciones por el sesenta por ciento (60%) del TGN y cuarenta por ciento (40%) de los Gobiernos Municipales contraída con las Cajas de Salud por el Seguro Médico Gratuito de Vejez - SMGV y comprendida hasta la aprobación del presente reglamento, por el Seguro Médico Gratuito de Vejez, será cuantificada y conciliada en un plazo no menor de seis meses a partir de la aprobación del presente reglamento, con la participación del Ministerio de Salud y Deportes, los Gobiernos Municipales y todas las Cajas de Salud que intervinieron en la gestión del Seguro.

Asimismo, dependiendo de las deudas acumuladas por los Municipios, la Caja Nacional de Salud – CNS, acordará formas y plazos de pagos mediante la suscripción de convenios, en el marco de los límites de endeudamiento público y las posibilidades reales de los Gobiernos Municipales.

Artículo 48.- (DEUDA DEL TGN POR SEGURO DE VEJEZ).- Los Ministerios de Salud y Deportes y de Hacienda y las Cajas de Salud, sostendrán de forma continua un relacionamiento interinstitucional, en la perspectiva de analizar y gestionar los recursos económicos que sean necesarios para cubrir la deuda adquirida y acumulada con las Cajas de Salud por concepto de primas de cotizaciones del sesenta por ciento (60%) TGN del Seguro Médico Gratuito de Vejez. Recursos, que el TGN, sólo cubrirá las deudas por concepto de primas de cotizaciones del sesenta por ciento (60%) hasta el 31 de diciembre de 2005, correspondiendo los pagos posteriores a los Gobiernos Municipales.

Artículo 49.- (ANTICIPO DE IMPORTES).- Por esta única vez y para iniciar la implementación del SSPAM, los Gobiernos Municipales podrán otorgar un anticipo hasta el

importe correspondiente al primer cuatrimestre, a favor de los establecimientos de salud con los cuales hayan suscrito convenios para la atención del SSPAM.

Artículo 50.- (DEROGACIÓN Y ABROGACIÓN).- Se abrogan y derogan todas las disposiciones contrarias al presente decreto reglamentario.

CAPITULO X DISPOSICIONES FINALES

DISPOSICIÓN FINAL PRIMERA.- (CIERRRE DEL SEGURO MÉDICO GRATUITO DE VEJEZ - SMGV).- La liquidación técnica-financiera del Seguro Médico Gratuito de Vejez, será determinada mediante Resolución Ministerial.

DISPOSICIÓN FINAL SEGUNDA.- (VIGENCIA DEL SEGURO DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR - SSPAM).- Se dispone la plena vigencia del Seguro de Salud para el Adulto Mayor – SSPAM, a partir del 1 de enero de 2007.

Los Señores Ministros de Estado, en los Despachos de Hacienda y Salud y Deportes, quedan encargados de la ejecución y cumplimiento del presente Decreto Supremo.

Es dado en el Palacio de Gobierno de la ciudad de La Paz, a los trece días del mes de diciembre del año dos mil seis.

FDO. EVO MORALES AYMA

Fdo. David Choquehuanca Céspedes

Fdo. Juan Ramón Quintana Taborga

Fdo. Alicia Muñoz Alá

Fdo. Walker San Miguel Rodríguez

Fdo. Casimira Rodríguez Romero

Fdo. Hernando Larrazábal Córdova

Fdo. Luis Alberto Arce Catacora

Fdo. Abel Mamani Marca

Fdo. Celinda Sosa Lunda

MINISTRA DE PRODUCCIÓN Y MICRO

EMPRESA É INTERINA DE OBRAS PÚBLICAS

SERVICIOS Y VIVIENDA

Fdo. Hugo Salvatierra Gutiérrez

Fdo. Carlos Villegas Quiroga

Fdo. José Guillermo Dalence Salinas

Fdo. Santiago Alex Gálvez Mamani

Fdo. Félix Patzi Paco

Fdo. Nila Heredia Miranda