

Sistema de Legislación Empresarial
Publicación Nro.2956 de fecha miércoles 20 de diciembre de 2006
Confederación de Empresarios Privados de Bolivia
Texto de Consulta

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,

D E C R E T A:

**REGLAMENTO DE PRESTACIONES Y GESTION DEL
SEGURO DE SALUD DEL ADULTO MAYOR
CAPITULO I**

**DE LAS INSTITUCIONES RESPONSABLES Y
DEL REGIMEN DE AFILIACION**

ARTICULO 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.

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

ARTICULO 3.- (PARTICIPANTES). Intervienen en la gestión del Seguro de Salud para el Adulto Mayor, el Gobierno Nacional, a través de los Ministerios 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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 radicaría 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 en 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.

ARTICULO 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 Unico Nacional – RUN.
- c. Libreta de Servicio Militar.
- d. Certificado de Nacimiento.
- e. Certificado de Bautismo.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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 Cédula 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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, de acuerdo a 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

ARTICULO 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.

ARTICULO 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, acompañando el listado de prestaciones que será complementado en el plazo de treinta (30) días.

ARTICULO 13.- (PROVISION 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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 policonsultorios 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, Geriátría, Cirugía y 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 Geriátría 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 Geriátría 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

ARTICULO 17.- (DEFINICION). 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, ONGs 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 Unico de Suministros – SNUS, y otros que exige el Ministerio de Salud para la ejecución de las políticas de salud.

ARTICULO 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 cuatrimestrales 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

ARTICULO 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.

ARTICULO 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 para el 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 aporten 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.

ARTICULO 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 y de las 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.

ARTICULO 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.