

**LEY N° 475**

**LEY DE 30 DE DICIEMBRE DE 2013**

**EVO MORALES AYMA**

**PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DEL ESTADO PLURINACIONAL**

**DE BOLIVIA**

Por cuanto, la Asamblea Legislativa Plurinacional, ha sancionado la siguiente Ley:

**LA ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL,**

**D E C R E T A:**

**LEY DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD  
INTEGRAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA**

**CAPÍTULO I**

**DISPOSICIONES GENERALES**

**ARTÍCULO 1. (OBJETO).** La presente Ley tiene por objeto:

1. Establecer y regular la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria descrita en la presente Ley, que no se encuentre cubierta por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo.
2. Establecer las bases de la atención gratuita, integral y universal en los establecimientos de salud públicos a la población beneficiada.

**ARTÍCULO 2. (PRINCIPIOS).** Los principios que rigen la presente Ley son los siguientes:

1. **Eficacia.** Dar una respuesta efectiva a los problemas de salud o situaciones que inciden sobre el bienestar de una población y sus individuos e implica la satisfacción de los pacientes, la familia y la comunidad con estos servicios.
2. **Equidad.** Es el esfuerzo colectivo, social e institucional, para eliminar las desigualdades injustas y evitables en salud, según la diversidad de capacidades y necesidades.
3. **Gratuidad.** La atención en salud es otorgada sin ningún pago directo de los usuarios en el lugar y momento de la atención.
4. **Integralidad.** Es la atención de la salud como un conjunto articulado y continuo de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación.
5. **Interculturalidad.** Es el desarrollo de procesos de articulación y complementariedad entre diferentes medicinas: biomédica, indígena originaria campesina y otras, a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud.
6. **Intraculturalidad.** Es la recuperación, fortalecimiento y revitalización de la identidad cultural de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afro bolivianos con respecto a la salud.
7. **Intersectorialidad.** Es la intervención coordinada entre los sectores del Estado y con la población organizada, con el fin de actuar sobre las determinantes económicas y sociales que afecten o inciden en la salud, con base en alianzas estratégicas y programáticas.
8. **Oportunidad.** Los servicios de salud se brindan en el momento y circunstancias que la persona, familia y comunidad los necesiten, sin generar demoras ni postergaciones innecesarias que pudiesen ocasionar perjuicios, complicaciones o daños.
9. **Preeminencia de las Personas.** Es la prioridad que se da al bienestar y

a la dignidad de las personas y comunidades sobre cualquier otra consideración en la interpretación de las normas que desarrollen o afecten el derecho fundamental a la salud.

**10. Progresividad.** Es la implementación gradual y progresiva de los servicios de salud que se prestan en el Sistema Único de Salud Universal y Gratuito.

**11. Solidaridad.** Es la concepción de la comunidad boliviana arraigada y unida, como una sola familia, expresada permanentemente en la mutua cooperación y complementación entre las personas, géneros y generaciones, sectores económicos, regiones y comunidades, para alcanzar el ejercicio universal del derecho a la salud y el Vivir Bien.

**12. Universalidad.** Todos los titulares del derecho a la salud deben tener la misma oportunidad de mantener y recuperar su salud mediante el acceso equitativo a los servicios que el Estado Plurinacional de Bolivia pueda ofrecer, incluyendo el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito, sin ninguna discriminación étnica, racial, social, económica, religiosa, política, de edad o género.

**13. Acceso Universal a Medicamentos y Tecnologías en Salud.** Es prioridad del Estado asegurar la disponibilidad de medicamentos esenciales y tecnologías sanitarias adecuadas, eficaces, seguras y de calidad, prescritos, dispensados y utilizados correcta y racionalmente, contemplando la medicina tradicional ancestral boliviana.

**ARTÍCULO 3. (DEFINICIONES).** A efectos de la aplicación e interpretación de la presente Ley, se establecen las siguientes definiciones:

**1. Cuarto Nivel de Atención en Salud.** Es la red de institutos de salud encargados de ofrecer la más alta tecnología disponible para resolver los problemas de salud que los niveles inferiores le refieren y generar nuevo conocimiento que alimente el desarrollo del sistema de atención sanitaria en su conjunto.

**2. Equipo Móvil de Salud.** Es un equipo multidisciplinario de profesionales y técnicos

de salud que realiza atención en lugares alejados o en aquellos que no son cubiertos por el personal de los establecimientos de salud.

- 3. Fragmentación en Salud.** Significa que los diferentes elementos del sistema de salud no se articulan ni coordinan entre sí, provocando superposiciones, vacíos e ineficiencia.
- 4. Infraestructura Sanitaria.** Se refiere a la infraestructura física de establecimientos de salud para la atención de la población.
- 5. Longitudinalidad.** Es la relación interpersonal de largo aliento que el médico o el equipo de salud establece con la persona, su familia y su comunidad, coordinando y resolviendo la atención de todos los problemas de salud a lo largo del ciclo de vida, promoviendo una vida sana y económicamente productiva.
- 6. Modelo de Atención en Salud.** Es la forma como se organiza el proceso de atención integral en salud de toda la población boliviana, para el ejercicio efectivo del derecho a la salud.
- 7. Primer Nivel de Atención en Salud.** Es el conjunto de establecimientos de salud cuya principal función es servir de punto de contacto inicial, permanente y privilegiado de personas, familias y comunidades con el sistema de salud y brindar el acceso más cercano posible a la atención sanitaria. Realiza, sobre todo, actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pero también ofrece servicios de atención médica general, enfermería y, de acuerdo al tipo de establecimiento, consulta especializada ambulatoria, odontología, internación y exámenes complementarios de baja complejidad, suficientes para resolver la mayoría de los problemas de salud más frecuentes.
- 8. Segundo Nivel de Atención en Salud.** Es la red de hospitales que ofrece servicios en, al menos, las especialidades básicas de: Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Pediatría y Anestesiología, que dan atención a la mayoría de los casos que requieren hospitalización o atención especializada que el primer nivel no puede ofrecer. También realiza actividades de

promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pudiendo contar con otras especialidades de acuerdo al perfil epidemiológico local.

- 9. Segmentación en Salud.** Significa que distintos grupos de población, de acuerdo a su condición social, económica y laboral, tienen acceso diferente a servicios de salud, de distintas calidades, con gestores y financiadores también diferentes, conduciendo a la inequidad.
- 10. Tercer Nivel de Atención en Salud.** Es la red de hospitales, generales o especializados, con alta capacidad resolutive y tecnológica cuyos servicios de salud que por su complejidad, no se pueden atender eficientemente en la red de establecimientos de primer y segundo nivel, y que requieren recursos humanos, estructurales o tecnológicos específicos.
- 11. Productos en Salud.** Es el conjunto de servicios individuales de salud (Prestaciones de Salud) que hacen parte de la atención sanitaria y que se relacionan entre sí alrededor del diagnóstico principal que caracteriza a cada caso. Se constituyen en instrumentos para la planificación, control y financiamiento de la atención en salud.
- 12. Referencia.** Es el proceso por el cual un paciente es derivado desde un establecimiento de salud a otro con mayor capacidad resolutive para que se le otorgue servicios necesarios de diagnóstico y/o tratamiento, asegurando la continuidad de la atención en salud según normativa emitida por el Ministerio de Salud.
- 13. Contrarreferencia.** Es el proceso por el cual un paciente es obligatoriamente derivado desde el establecimiento de mayor complejidad al establecimiento de salud de primer nivel de atención donde está adscrito en cuanto le fueron otorgados los servicios de diagnóstico y/o tratamiento que necesitaba, asegurando la continuidad de la atención en salud según normativa emitida por el Ministerio de Salud.

## **BENEFICIARIAS Y BENEFICIARIOS, PRESTACIONES Y**

### **ACCESO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD**

**ARTÍCULO 4. (ÁMBITO DE APLICACIÓN).** La presente Ley tiene como ámbito de aplicación el nivel central del Estado, las Entidades Territoriales Autónomas y las entidades del Subsector Público de Salud.

#### **CAPÍTULO II**

### **BENEFICIARIAS Y BENEFICIARIOS, PRODUCTOS, PRESTACIONES Y ACCESO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD**

#### **CAPÍTULO III**

### **FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD**

**ARTÍCULO 8. (FINANCIAMIENTO).** La protección financiera en salud será financiada con las siguientes fuentes:

1. Fondos del Tesoro General del Estado.
2. Recursos de la Cuenta Especial del Diálogo 2000.
3. Recursos de la Coparticipación Tributaria Municipal.
4. Recursos del Impuesto Directo a los Hidrocarburos.

### **ARTÍCULO 5. (BENEFICIARIAS Y BENEFICIARIOS).**

**I.** *Son beneficiarios de la atención integral en salud de carácter gratuito en el Subsector Público de Salud:*

- a) Las bolivianas y los bolivianos que no están 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 que las y los bolivianos, de acuerdo a la presente Ley.

c) Las personas extranjeras que se encuentran en el Estado Plurinacional de Bolivia no comprendidas en el inciso b) del presente artículo y que pertenezcan a los siguientes grupos poblacionales:

1. Mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis (6) meses posteriores al parto;
2. Mujeres respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva;
3. Niñas y niños menores de cinco (5) años de edad;
4. Mujeres y hombres a partir de los sesenta (60) años de edad;
5. Personas con discapacidades que se encuentren calificadas de acuerdo a normativa vigente.
6. Los servicios de salud ofertados por el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas, se otorgarán de manera coordinada y complementaria.

## **CAPÍTULO IV**

### **ARTÍCULO 6. (PRESTACIONES DE SALUD).**

La atención en salud universal y gratuita, se prestará con base en Productos en Salud de manera progresiva, en el marco de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI y protección financiera de salud, de acuerdo a Reglamento específico del Ministerio de Salud.

### **BASES PARA LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD**

### **ARTÍCULO 12. (AMPLIACIÓN O INCLUSIÓN DE**

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO, BENEFICIARIAS, BENEFICIARIOS Y PRESTACIONES).**

- I.** El Ministerio de Salud y Deportes y las entidades territoriales autónomas, a través del Consejo de Coordinación Sectorial de Salud, podrán acordar el incremento de los porcentajes de las fuentes de financiamiento asignados a las Cuentas Municipales de Salud y al Fondo Compensatorio Nacional de Salud - COMSALUD, o la inclusión de otras adicionales destinadas a la ampliación de las prestaciones, de beneficiarias y beneficiarios de acuerdo a priorización del sector y disponibilidad financiera.
- II.** El Órgano Ejecutivo del nivel central del Estado, de acuerdo a la Resolución del Consejo de Coordinación Sectorial de Salud, refrendará y aprobará a través de Decreto Supremo las ampliaciones que sean concertadas.

### **ARTÍCULO 7. (ACCESO DE LA POBLACIÓN A LA ATENCIÓN EN SALUD).**

- I.** El acceso de la población a la atención en salud, se realizará a través de las siguientes vías.
- a)** *Los pacientes deberán acceder obligatoriamente a través de los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención del subsistema público y los equipos móviles, con preferencia mediante el establecimiento al que se encuentra adscrito;*
  - b)** *El acceso al Segundo Nivel de Atención será exclusivamente mediante referencia del Primer Nivel de Atención;*
  - c)** *El acceso al Tercer Nivel de Atención, será exclusivamente mediante referencia del Segundo o Primer Nivel de Atención;*
  - d)** *El acceso a los establecimientos de Cuarto Nivel de Atención, sólo se realizará por referencia de los establecimientos de Tercer Nivel de Atención;*
  - e)** *Los servicios públicos de salud se encuentran obligados a brindar atención preferente en la prestación de servicios y en los trámites administrativos a personas en situación de vulnerabilidad, incluyendo de forma enunciativa más no limitativa, a: mujeres, niñas, niños, adolescentes, adultos mayores, personas con discapacidad y miembros de Pueblos Indígena Originario Campesinos, comunidades interculturales y afrobolivianas;*
  - f)** *El Ministerio de Salud regulará el sistema de referencia y contrarreferencia con el propósito de garantizar la continuidad de la atención y que los servicios se otorguen en los*

*establecimientos de salud más adecuados para cada caso.*

- II. Se exceptúa de lo establecido en el Parágrafo precedente, los casos de emergencia que deben ser atendidos inmediatamente en cualquier nivel de atención en salud.
- III. El Ministerio de Salud reglamentará todos los procesos para el acceso de la población a la atención universal y gratuita.

**ARTÍCULO 13. (CREACIÓN DE ITEMS ADICIONALES PARA PERSONAL DE SALUD).** Los Gobiernos Autónomos Departamentales y los Gobiernos Autónomos Municipales, podrán destinar recursos provenientes del Impuesto Directo a los Hidrocarburos que les sean asignados a la creación de ítems adicionales para personal de salud de los establecimientos de salud de su ámbito territorial, en coordinación con el Ministerio de Salud y Deportes de acuerdo a normativa vigente.

## **CAPÍTULO V**

### **ATENCIÓN A AFILIADOS DE LOS ENTES GESTORES EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PÚBLICOS Y DÉBITO AUTOMÁTICO**

**ARTÍCULO 15. (ATENCIÓN A AFILIADOS DEL SEGURO SOCIAL DE CORTO PLAZO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PÚBLICOS).**

- I. En los lugares donde no exista la presencia de los Entes Gestores del Seguro Social de Corto Plazo en la jurisdicción de la Entidad Territorial Autónoma, las personas aseguradas podrán ser atendidas en establecimientos de salud públicos dependientes de las Entidades Territoriales Autónomas, para tal efecto los afiliados deben figurar en las listas proporcionadas por los Entes Gestores que realizarán la cancelación del costo de la atención.
- II. Los Entes Gestores del Seguro Social de Corto Plazo, con el propósito de establecer la vigencia de derechos de sus asegurados, actualizarán de manera bimensual las listas depuradas de su población asegurada y las remitirán al Ministerio de Salud para su consolidación y difusión a

los establecimientos de salud públicos.

**ARTÍCULO 16. (OBLIGACIÓN DE PAGO DE LOS ENTES GESTORES).** Los Entes Gestores del Seguro Social de Corto Plazo tienen la obligación de reembolsar los pagos emergentes por las prestaciones de salud a las Entidades Territoriales Autónomas, en un plazo de treinta (30) días hábiles administrativos a partir de la solicitud de reembolso, conforme a reglamentación establecida por el Ministerio de Salud.

**ARTÍCULO 17. (DÉBITO AUTOMÁTICO).** En caso de incumplimiento de lo señalado en el Artículo 16, de la presente Ley, se autoriza al Ministerio de Economía y Finanzas Públicas efectuar el Débito Automático de las Cuentas Corrientes Fiscales de los Entes Gestores del Seguro Social de Corto Plazo, a solicitud de las Entidades Territoriales Autónomas, adjuntando los Informes Técnico y Legal originales que fundamenten el incumplimiento y la necesidad de proceder al Débito Automático.

### **DISPOSICIÓN ADICIONAL**

**ÚNICA.** Los Entes Gestores de Seguridad Social de Corto Plazo, condonarán el pago de los recargos accesorios aplicados a las primas de cotizaciones que se encuentran pendientes de pago a partir de la vigencia de la Ley N° 3323 de 16 de enero de 2006 y la implementación del Seguro de Salud para el Adulto Mayor - SSPAM, en favor de los Gobiernos Autónomos Municipales.

**ARTÍCULO 9. (FONDOS DEL TESORO GENERAL DE LA NACIÓN).**

**I.** El Tesoro General de la Nación financiará los recursos humanos en salud del subsector público y el funcionamiento de los Programas Nacionales de Salud.

**II.** El financiamiento de los Productos en Salud correspondientes al Tercer y Cuarto Nivel de Atención, serán cubiertos con recursos provenientes del Tesoro General de la Nación, conforme las políticas implementadas por el gobierno del Estado Plurinacional.

### **DISPOSICIONES TRANSITORIAS**

**PRIMERA.**

**I.** Se dispone el cierre técnico del Seguro Universal Materno Infantil - SUMI creado por Ley N° 2426 de 21 de noviembre de 2002, y del Seguro de Salud para el Adulto Mayor - SSPAM creado por Ley N° 3323 de 16 de enero de 2006, en el plazo de hasta noventa (90) días hábiles, computables a partir de la publicación de la presente Ley.

**II.** Las prestaciones y convenios de los Seguros objeto de cierre en el Parágrafo anterior, mantendrán su vigencia hasta la publicación del Decreto Supremo reglamentario.

**SEGUNDA.** La presente Ley será reglamentada mediante Decreto Supremo en un plazo máximo de sesenta (60) días hábiles, computables a partir de la publicación de esta Ley.

**TERCERA.** Los saldos correspondientes a las Cuentas Municipales de Salud -SUMI, al 31 de diciembre del año en curso, una vez que sean canceladas todas las deudas por concepto de atención del SUMI, en el marco de la Gestión del Sistema Nacional de Salud, serán dispuestos por los Gobiernos Autónomos Municipales, para el mejoramiento de infraestructura y equipamiento de salud en su municipio.

**ARTÍCULO 10. (FONDOS DE LOS GOBIERNOS AUTÓNOMOS MUNICIPALES E INDÍGENA ORIGINARIOS CAMPESINOS).**

**I.** Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos, financiarán la atención a su población en el Primer y Segundo Nivel de Atención con los recursos provenientes del quince punto cinco por ciento (15.5%) de la Coparticipación Tributaria Municipal o el equivalente del IDH.

- II.** Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos, a fin de garantizar el acceso a la salud de su población en el primer y segundo nivel de atención, destinarán un porcentaje mayor al quince punto cinco por ciento (15.5%) señalado en el Parágrafo anterior u otros recursos adicionales, cuando el mismo sea insuficiente.
- III.** Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos deberán priorizar la provisión y reposición oportuna y continua de medicamentos, insumos y reactivos necesarios para garantizar la continuidad de la atención a las beneficiarias y los beneficiarios.
- IV.** Cumplido lo establecido en el Parágrafo precedente y en caso de existir saldos anuales acumulados de recursos en la “Cuenta de Salud Universal y Gratuita”, serán reprogramados para las atenciones de salud de la siguiente gestión o podrán ser utilizados en el siguiente orden de prioridades, para el fortalecimiento de equipamiento e infraestructura en salud, programas especiales de salud o contratación de recursos humanos de los establecimientos de salud.
- V.** Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos administrarán estos recursos mediante una cuenta corriente fiscal específica, denominada “Cuenta de Salud Universal y Gratuita.
- VI.** El presupuesto para establecimientos de salud de Primer Nivel de Atención, se realizará con base a criterios poblacionales, de accesibilidad y cobertura de servicios promocionales y preventivos y en la programación de servicios curativos, según reglamentación específica emanada por el Ministerio de Salud.
- VII.** El presupuesto para establecimientos de salud de Segundo Nivel de Atención, se realizará con base en la programación de servicios curativos enmarcados en los Productos en Salud definidos por el Ministerio de Salud.
- VIII.** Se establecen los cobros y pagos intermunicipales en salud con fondos de la “Cuenta de Salud Universal y Gratuita” para garantizar el financiamiento de la atención en salud de la población adscrita.
- IX.** Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos, tienen la obligación de realizar el pago por los Productos en Salud otorgados a su población beneficiaria en establecimientos de salud de otros Municipios, en un plazo de veinte (20) días hábiles administrativos a partir de la solicitud de reembolso realizada por los Gobiernos Autónomos Municipales o Indígena Originario Campesinos.
- X.** En caso de incumplimiento de lo establecido en los Parágrafos VIII y IX del presente Artículo, se autoriza al Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, efectuar el Débito Automático u Orden de Pago; a este fin, el Ministerio de Salud emitirá un informe técnico y legal de manera previa al débito.

La ejecución del Débito Automático u Orden de Pago a las cuentas de salud universal y gratuita, podrá efectivizarse cuando la obligación tenga como objeto la realización de pagos intermunicipales en salud.

- XI.** El plazo máximo de presentación de solicitudes de pago de deudas intermunicipales de una gestión fiscal, será hasta el treinta y uno (31) de enero de la siguiente gestión; de no hacerlo, la entidad acreedora deberá asumir las obligaciones financieras con sus recursos.
- XII.** El nivel central del Estado pagará a los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos por Productos en Salud de Tercer Nivel de Atención brindados por establecimientos de salud de Segundo Nivel de Atención, sujeto a Reglamentación específica del Ministerio de Salud.
- XIII.** Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos, pagarán por los productos en salud otorgados en el Tercer Nivel de Atención, cuando se trate de casos cuya referencia no esté justificada, de acuerdo a Reglamentación específica del Ministerio de Salud

## **DISPOSICIÓN ABROGATORIA Y DEROGATORIA ÚNICA.**

### **I.** Se abrogan las siguientes disposiciones:

1. Ley N° 2426 de 21 de noviembre de 2002, Seguro Universal Materno Infantil.
2. Ley N° 3250 de 6 de diciembre de 2005, Ampliación del SUMI,
3. Ley N° 3323 de 16 de enero de 2006, Seguro de Salud para el Adulto Mayor.
4. Decreto Supremo N° 26874 de 21 de diciembre de 2002, Reglamento de Prestaciones y Gestión del SUMI.
5. Decreto Supremo N° 26875 de 21 de diciembre de 2002, Modelo de Gestión y DILOS.
6. Decreto Supremo N° 28968 de 13 de diciembre de 2006, Reglamento de Prestaciones y Gestión del SSPAM.

**II.** Se abrogan y derogan todas las disposiciones normativas contrarias a la presente Ley.

**Derogado por la Disposición Derogatoria y Abrogatoria Segunda de la Ley No. 1206 de 05 de agosto de 2019.**

Remítase al Órgano Ejecutivo, para fines constitucionales.

Es dada en la Sala de Sesiones de la Asamblea Legislativa Plurinacional, a los veinte días del mes de diciembre de dos mil trece años.

Fdo. Lilly Gabriela Montaña Viaña, Betty Asunta Tejada Soruco, Andrés Agustín Villca Daza, Claudia Jimena Torres Chávez. Marcelo Elío Chávez, Ángel David Cortés Villegas.

Por tanto, la promulgo para que se tenga y cumpla como Ley del Estado Plurinacional de Bolivia.

Palacio de Gobierno de la ciudad de La Paz, a los treinta días del mes de diciembre del año dos mil trece.

**FDO. EVO MORALES AYMA,** Juan Ramón Quintana Taborga, Luis Alberto Arce Catacora, Juan José Hernando Sosa Soruco, Juan Carlos Calvimontes Camargo, Claudia Stacy Peña Claros, Amanda Dávila Torres.

**ARTÍCULO 14. (FINANCIAMIENTO DE PRESTACIONES EXTRAORDINARIAS DE SALUD).** Las Entidades Territoriales Autónomas, en el marco de sus competencias y responsabilidades en salud, podrán asignar recursos adicionales provenientes de impuestos, regalías o de sus propios recursos, para el financiamiento de prestaciones extraordinarias o programas especiales de promoción, prevención y diagnóstico temprano de enfermedades de alta incidencia, prevalencia y/o alta carga, en el ámbito de su jurisdicción, para las poblaciones más vulnerables, de acuerdo a normativa vigente, que no estén establecidas en el marco de la presente Ley, previa coordinación con el Ministerio de

## Salud.

IMPORTANTE:  
LAS LEYES NACIONALES MOSTRADAS EN ESTA PÁGINA WEB SON EL RESULTADO DEL REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN DE LAS ABROGACIONES Y DEROGACIONES EXPLÍCITAS APROBADAS POR EL ÓRGANO LEGISLATIVO DESDE 1825. LOS DOCUMENTOS AQUI PRESENTADOS NO PUEDEN DE NINGUNA MANERA SER UTILIZADOS COMO REFERENCIA LEGAL, PUES DICHA ATRIBUCION CORRESPONDE A LA GACETA OFICIAL DE ESTADO