

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y FINANCIERAS
INSTITUTO DE INVESTIGACION DE ECONOMIA
UNIDAD DE POST GRADO
“MAESTRIA EN GESTION DE PROYECTOS Y PRESUPUESTOS”



TESIS DE GRADO

**“EL EFECTO DE LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE
INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR DE SALUD BINOMIO
MADRE-NIÑO, SOBRE LA TASA DE MORTALIDAD MATERNA EN
BOLIVIA”
PERIODO 1997 - 2019”**

Maestrante: Lic. MARTHA MARINA VERA VELASQUEZ
Tutor: M Sc HUMBERTO ROSSO

LA PAZ – BOLIVIA
2021

DEDICATORIA

A Dios:

Por haberme dado fe, fortaleza y, sobre todo salud para hacer realidad un logro más, en mi vida profesional, además me bendijo con una familia maravillosa.

A mi familia:

Mis padres que me dieron la vida y me guiaron dándome educación, valores y principios

A mis adorados hijos Marcelo y Mariela que son la razón de mi vida y el incentivo para seguir cumpliendo mis metas

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Mayor de San Andrés, por acógame en sus aulas una vez más este tiempo de estudio, y a todos los docentes de la Carrera de Economía Unidad de Pos Grado (Instituto de Investigación de Estudios IIE) por la enseñanza que me brindaron.

Mi agradecimiento al M Sc. Humberto Rosso por la guía en el presente trabajo de investigación, quien me dio una invaluable ayuda desinteresada e incondicional en la culminación de esta tesis

Contenido

DEDICATORIA	II
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: MARCO REFERENCIAL METODOLÓGICO	4
1.2 Delimitación del tema	4
1.2.1 Delimitación temporal	4
1.2.2 Delimitación sectorial, institucional, espacial	4
1.2.3 Referencias Históricas	5
1.2.4 Restricción de categorías y variables económicas	7
1.2.4.1 Identificación de categorías económicas	7
1.2.4.2 Identificación de variables económicas	7
1.3 Planteamiento del objeto de la investigación	8
1.4 Pregunta de investigación	8
1.5 Planteamiento del problema	8
1.5.1 Problematización	8
1.5.2 Identificación del problema en forma afirmativa	11
1.6 Planteamiento de Objetivos	11
1.6.1 Objetivo General	11
1.6.2 Objetivos Específicos	12
1.7 Planteamiento de la Hipótesis	12
1.8 Aplicación Metodológica	12
1.8.1 Paradigma	12
1.8.2 Enfoque	12
1.8.3 Método	13
1.8.4 Tipo de investigación	13
1.8.5 Universo y población de estudio	13
1.8.6 Determinación y elección de la muestra	14
CAPÍTULO II: ESTADO DEL ARTE DE LA INVESTIGACIÓN	18
2.1 Elementos conceptuales y definiciones	18
2.1.1 El Estado y la política pública	18
2.1.2 Fuentes de ingreso y política presupuestaria	21
a) Ingresos Públicos (C & Jose, 1992)	22
b) Recursos Internos	23

c) Recursos Externos (Sistema Nacional de Inversion Publica pag 5)	24
d) Crédito Externo	24
e) Donaciones (MEYFP Clasificacor presupuestario, 2019)	25
f) Donaciones HIPC II (MEYFP Clasificacor presupuestario, 2019)	25
h) Regalías (MEYFP Clasificacor presupuestario, 2019)	26
i) Tesoro General de la Nación (Sistema Nacional de Inversion Publica pag 5)	27
2.1.3 Distribución de los Recursos Públicos	27
a) Distribución del Impuesto Directo a los Hidrocarburos	28
b) Ejecución Presupuestaria	31
c) Funciones de la Autonomía para la Ejecución Presupuestaria	31
a) El Órgano Rector de los Sistemas Nacionales de Planificación e Inversión Pública	34
b) Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública	35
c) Determinación del Gasto y de la Inversión Pública	35
d) Presupuesto anual de inversión pública	36
h) Administración Local	37
2.1.4 El sector salud en Bolivia	38
a) Objetivos del Sistema de Seguridad Social y Salud	40
b) Principios Fundamentales del Sistema de Seguridad Social	40
c) La Salud como un Derecho Fundamental	41
d) Acceso Universal a Sistema Único de Salud	42
e) Políticas del Plan General de Desarrollo Económico y Social (PGDES)	42
f) Políticas del Plan Nacional de Desarrollo (PDES)	43
2.2.1 Políticas para el binomio madre niño en Bolivia	44
a) Primer Periodo 1997 – 2005 (Modelo de la Nueva Política Económica o Neoliberal)	44
b) Segundo Periodo 2006 – 2019 (El Nuevo Modelo Económico Social, Comunitario y Productivo)	49
c) El Seguro Universal Materno infantil SUMI	51
El Bono Juana Azurduy de Padilla	57
CAPÍTULO III: MARCO NORMATIVO LEGAL RELACIONADO CON EL BINOMIO MADRE NIÑO	60
3.1 Primer periodo: 1997 – 2005	60
a) Constitución Política del Estado del 12 de agosto de 1994	60
b) Decreto Supremo 24557 del 7 de abril de 1997: Programa Nacional de Atención al Niño Niña (PAN)	60
c) Decreto Supremo 27928 del 20 de diciembre de 2004: Cierre definitivo del PAN	61

d) Ley de Participación Popular y Descentralización Administrativa del 20 de abril de 1994	61
e) Decreto Supremo 24303 del 24 de mayo de 1996: Seguro Nacional Maternidad y Niñez	61
g) Decreto Supremo 25265 del 31 de diciembre de 1998: Seguro Básico de Salud	62
h) Ley 2426 de 21 de noviembre de 2002: Seguro Universal Materno Infantil	63
3.2 Segundo Periodo: 2006 – 2019	64
a) Decreto Supremo 66: Bono Juana Azurduy	64
b) Ley 475 de 20 de diciembre de 2013: Ampliación de Prestaciones de Salud de 475 a 700	64
c) Ley 1178 (SAFCO)	65
d) Ley Marco de Autonomías y Descentralización de 19 de julio de 2010.....	65
CAPÍTULO IV: LA RELACIÓN GASTO EN EL BINOMIO MADRE NIÑO Y LA MORTALIDAD MATERNA EN BOLIVIA	67
4.1 Análisis estadístico descriptivo	67
4.1.1 Evolución de la Inversión Pública 1997 – 2019.....	67
a) Los establecimientos de salud.....	70
b) El comportamiento del gasto en salud en el binomio madre-niño.....	72
4.1.3 La Mortalidad Materna en Bolivia	73
a) Atención de Partos	73
c) Causas de Mortalidad Materna en Bolivia	75
d) La correlación entre el gasto de salud en el binomio madre niño sobre la tasa de mortalidad materna	76
4.1.4 Efectos de la ejecución del presupuesto de Inversión Pública en el binomio madre niño sobre la tasa de mortalidad materna, 1997 – 2019	77
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y SOLUCIONES PRÁCTICAS	84
5.1 Conclusiones Generales.....	84
5.2 Conclusiones Específicas.....	84
O.E.1.1 Analizar el comportamiento de la ejecución del presupuesto en salud en el binomio madre niño Bolivia en el periodo 1997 – 2019.	84
O.E.1.2 Analizar el comportamiento de la razón de mortalidad materna en Bolivia en el periodo 1997 – 2019.....	85
5.4 Evidencia teórica y aportes de la investigación	86
Bibliografía	100

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Razón de mortalidad materna estimada, 2015 ..	9
Ilustración No 2 Bolivia Razón de mortalidad materna (por 100.000 nv.).....	10
Ilustración No 3 Presupuesto ejecutado atención madre niño (en millones de bolivianos...)	11
Ilustración No 4 Articulador programáticos	22
Ilustración No 5 Evolución de la asistencia en salud Binomio madre – niño	44
Ilustración No 6 Seguro Universal Materno Infantil SUMI	49
Ilustración No 7 Bono Juana Azurduy de Padilla 2009 – 2016	58
Ilustración No 8 Evolución de la inversión Pública en Bolivia 1997-2019	68
Ilustración No 9 Distribución de las asignaciones presupuestarias sector salud 1997-2019	69
Ilustración No10 Crecimiento de establecimientos de salud en Bolivia 1997-2019.....	71
Ilustración No11 Composición de Establecimientos de Salud en Bolivia 1997-2019	72
Ilustración No12 Partos y Post Partos atendidos en Bolivia 1997-2019	73
Ilustración No13 Mortalidad Materna en Bolivia 1997-2019 (por 100.000 n.v)	74
Ilustración No14 Causas de Mortalidad Materna en Bolivia 1997 -2019	75
Ilustración No15 Relación entre mortalidad materna y el gasto en el binomio madre Niño en Bolivia 1997 – 2019	77

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Principios del Sistema de Seguridad Social.....	43
Tabla 2 El comportamiento del gasto en salud en el binomio madre-niño.....	75
Tabla 3 Estimación del modelo por Variables Instrumentales.....	84

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, aún existen muchos casos en los que mujeres que necesitan atención por complicaciones médicas del embarazo, no la reciben. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2015 murieron 830 mujeres cada día por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, es decir, un total de casi 303.000 mujeres. Si bien este dato dista mucho de las 532.000 muertes maternas que se registraron en 1990, aún queda demasiado margen para reducir estas cifras. Especialmente, en los países en desarrollo.

En los países de Latinoamérica, la razón de mortalidad materna presenta un promedio de 83 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en el 2017. Este dato es mucho mayor que las 8 muertes por cada 100.000 nacidos vivos de los países desarrollados (OCDE). Datos de Naciones Unidas (2017) sugieren que Chile y Uruguay llegan a tasas de mortalidad materna inferiores a 17, mientras que países como Haití tiene una mortalidad materna de 480, seguido de Guyana y Bolivia con 169 y 155, respectivamente. (Unidas, 2018)

A pesar de las elevadas tasas de mortalidad de algunos países, se debe reconocer que se ha logrado reducir la mortalidad materna en Latinoamérica en un 26% entre 2000 y 2017; sin embargo, ésta es menor a la reducción registrada en los países desarrollados, que consiguieron disminuir en un 40% en el mismo período. (Unidas, 2018)

Es necesario destacar que en los Objetivos de Desarrollo Sostenible se estableció la meta de reducir la tasa de mortalidad materna mundial por debajo de 70 por cada 100.000 nacidos vivos para el 2030, siendo el Estado el principal responsable para el logro de estos objetivos en cada país.

Así, la importancia de la salud pública radica en que en muchos países la prestación de servicios de salud se encuentra en manos del Estado. Esto es fundamental ya que permite garantizar el acceso de la población al sistema sanitario y sus principales programas tanto preventivos como curativos que llevan a una mejora en la calidad de vida de la población, disminuyendo su morbilidad y su mortalidad.

En Bolivia, se ha avanzado bastante en la reducción de estos indicadores, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) la razón de mortalidad en Bolivia alcanzaba a 650 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos en 1990. Dicha razón ha ido disminuyendo a lo largo del tiempo logrando una razón de mortalidad de 160 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos para la gestión 2015. Esta disminución ha sido de 4% anual en promedio entre 1997 y 2015.

Para ello el rol del Estado ha sido importante. En Bolivia, el presupuesto de salud ejecutado, destinado a atender al binomio madre-niño durante el embarazo ha aumentado en los últimos años a una tasa promedio anual del 11% entre 1999 y 2017. (INE) Instituto Nacional de Estadística

Surge entonces la interrogante ¿Cuál es la efectividad del gasto de salud ejecutado, destinado a atender al binomio madre-niño durante el embarazo para reducir la mortalidad materna en Bolivia? Con la presente investigación se intenta responder a este cuestionamiento.

Para este propósito, la presente Tesis de Maestría se estructura de la siguiente forma:

- El Capítulo I, se desarrolla el marco referencial metodológico, donde se enuncia la delimitación del tema de forma temporal, sectorial e histórica, con la identificación de categorías y variables económicas; también se desarrolla el planteamiento del objeto de la investigación, con la pregunta de investigación, el planteamiento del problema, de objetivos e hipótesis y la aplicación metodológica.
- En el Capítulo II, se presenta el estado del arte de la investigación, con los elementos conceptuales y definiciones.
- El Capítulo III, se hace referencia a las políticas sectoriales asociadas al tema de investigación, así como los aspectos normativos que la sustentan.
- El Capítulo IV, se realiza el análisis estadístico para responder a la pregunta y los objetivos de investigación.

- Finalmente, el Capítulo V, se enuncian las conclusiones y se presenta la solución práctica al problema.

CAPÍTULO I: MARCO REFERENCIAL METODOLÓGICO

1.2 Delimitación del tema

1.2.1 Delimitación temporal

La presente investigación analiza la relación entre los proyectos de inversión pública orientados al binomio madre niño, con la tasa de mortalidad materna, en el periodo 1997-2019.

Se considera que este conjunto de años resulta pertinente para poder comparar dos ciclos de política económica que vivió el país: uno con enfoque neoliberal (1997-2005) y el otro con un enfoque socio económico (2006-2019).

1.2.2 Delimitación sectorial, institucional, espacial

1.2.2.1 Sectorial

La investigación se encuentra delimitada al análisis del sector salud. Y de manera específica, en los proyectos de inversión pública orientados al binomio madre niño y su relación con la tasa de mortalidad materna.

1.2.2.2 Institucional

De acuerdo al tema de investigación, las instituciones relacionadas son: (CID, 2010)

- ✓ Ministerio de Economía y Finanzas Publicas
- ✓ Ministerio de Planificación y Desarrollo
- ✓ Instituto Nacional de Estadísticas INE
- ✓ Ministerio de salud

1.2.2.3 Espacial

Espacialmente, la investigación se centra en el territorio de Bolivia. Este país tiene una extensión de 1.098.541 km² y según el Instituto Nacional de Estadísticas INE para el año 2019, el país registró una población estimada de 11.216.000 habitantes.

1.2.3 Referencias Históricas

Primer Periodo 1997 – 2005 (Modelo de Nueva Política Económica o Neoliberal)

En el primer periodo denominado (Modelo de la Nueva Política Económica o Neoliberal) 1997 – 2005, que también fue llamado de libre mercado o modelo económico neoliberal, que en ese tiempo fue aplicado por los gobiernos de turno quienes consideraban como la mejor opción de una política económica en nuestro país.

El Decreto Supremo 21060 de fecha 29 de agosto de 1985 fue algo más que un instrumento corriente de política económica, en realidad se trataba de un proyecto de reordenamiento de la economía, la sociedad y el Estado boliviano bajo los marcos del neoliberalismo. Esta nueva política económica contenía dos componentes, un plan de estabilización y un conjunto de medidas orientadas a la reforma estructural en Bolivia.

Las condiciones de pobreza, el acceso a servicios de salud pública, agua potable y alcantarillado, y las deficiencias alimentarias son también limitantes para el cuidado de la salud, por eso se puede observar tasas de mortalidad infantil y materna altas. Para el año 1997 el índice de neonatales 34 por mil nacidos vivos, en infantiles 67 por mil nacidos vivos y menores de 5 años 92 por mil nacidos vivos, llegando a para el año 2001 con índices en neonatales 27 por mil nacidos vivos, infantiles 54 por mil nacidos vivos, y por menores de 5 años a 75 por mil nacidos vivos.

La asignación de recursos destinados al sector salud, como promedio durante el primer periodo alcanza a 8.56%, (51.997.31 de miles de dólares americanos) con relación al total de

los recursos que tenía Bolivia, y la ejecución durante el periodo correspondiente fue del 7.69%, (46.712.54 de miles de dólares americanos), en relación a la asignación de recursos.

La atención de salud para la población binomio madre – niño en este periodo alcanzo en el año 1998, en el control prenatal a 288.220 mujeres, y asistieron a su primer control posterior al parto 85.004 mujeres, datos que muestra el (INE) Sin embargo y pese a todas las limitantes en este sector podemos mencionar como hito muy importante, la creación del seguro materno infantil que contaba con 30 prestaciones en su inicio, hecho que iría creciendo a través del tiempo. (Estadística, 2006)

Segundo Periodo 2006 – 2019 (Nuevo Modelo Económico Social, Comunitario y Productivo)

A partir del año 2006 Bolivia inicia un nuevo capítulo en su historia, donde emerge la necesidad de construir una nueva etapa planteada por el gobierno de entonces. Para esto en junio del año 2006 se presenta el Plan Nacional de Desarrollo (PND) con el lema “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática Para Vivir Bien”, cuya base económica es la disponibilidad del excedente económico proveniente de los sectores generadores (hidrocarburos y minería), viendo de este modo a una Bolivia Productiva alcanzando el desarrollo de los complejos productivos integrales y generando ingresos y empleo con la finalidad de cambiar el patrón primario y constituyendo una mejor calidad de vida.

La estrategia de este plan de desarrollo parte de un nuevo modelo económico Social Comunitario Productivo que es para fortalecer al Estado y que este sea protagonista del desarrollo y distribuidor de las riquezas y oportunidades.

La idea central del plan es redistribuir los excedentes generados por todos los sectores hacia los sectores generadores de empleo e ingresos para contribuir la diversificación económica y el desarrollo social siendo estos los sectores agropecuarios, manufacturero turismo y vivienda.

Con este modelo, el Estado adquiere un rol fundamental para generar el desarrollo económico y para atender las necesidades básicas de la población como salud. Así la mortalidad materna, por ejemplo, se convierte en un indicador clave a ser reducido por las políticas públicas de carácter social por parte del Estado. Así, es en este marco que surgen las políticas para atender al binomio madre niño, como el bono Juana Azurduy y el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), por ejemplo. Políticas a ser evaluadas en la presente investigación.

1.2.4 Restricción de categorías y variables económicas

Dentro de las categorías y variables económicas de la presente investigación se encuentran:

1.2.4.1 Identificación de categorías económicas

C.E. 1 Nivel de inversión pública

C.E. 2 Nivel de mortalidad materna

1.2.4.2 Identificación de variables económicas

V.E.1 Valor de la ejecución de los proyectos de inversión pública en el sector salud en el binomio madre niño según departamento

Esta variable mide la cantidad de dinero de gasto público destinado al sector salud en el binomio madre niño en cada departamento

V.E.2 Valor de la tasa de mortalidad materna según departamento

Esta variable mide el porcentaje de madres fallecidas durante el parto por cada mil nacimientos en cada departamento de Bolivia, independiente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Se incluyen aquí las muertes directas por complicaciones obstétricas, las intervenciones, las omisiones o el tratamiento incorrecto.

También comprende las muertes indirectas debidas a patologías preexistentes o a enfermedades desarrolladas durante el embarazo, cuando éstas se hayan visto agravadas por los efectos del embarazo (Naciones Unidas, 2017).

1.3 Planteamiento del objeto de la investigación

El objeto de la presente investigación es la relación que existe entre la ejecución de los proyectos de inversión pública para la atención del binomio madre niño y las ratios de mortalidad materna

1.4 Pregunta de investigación

La pregunta de investigación del presente estudio se plantea en términos de:

¿Cuál es el efecto de los proyectos de inversión pública para la atención del binomio madre niño sobre el índice de mortalidad materna en Bolivia en el periodo 1997 – 2019

1.5 Planteamiento del problema

1.5.1 Problematización

La mortalidad materna, definida como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la conclusión del embarazo, es un indicador importante de la salud de la mujer.

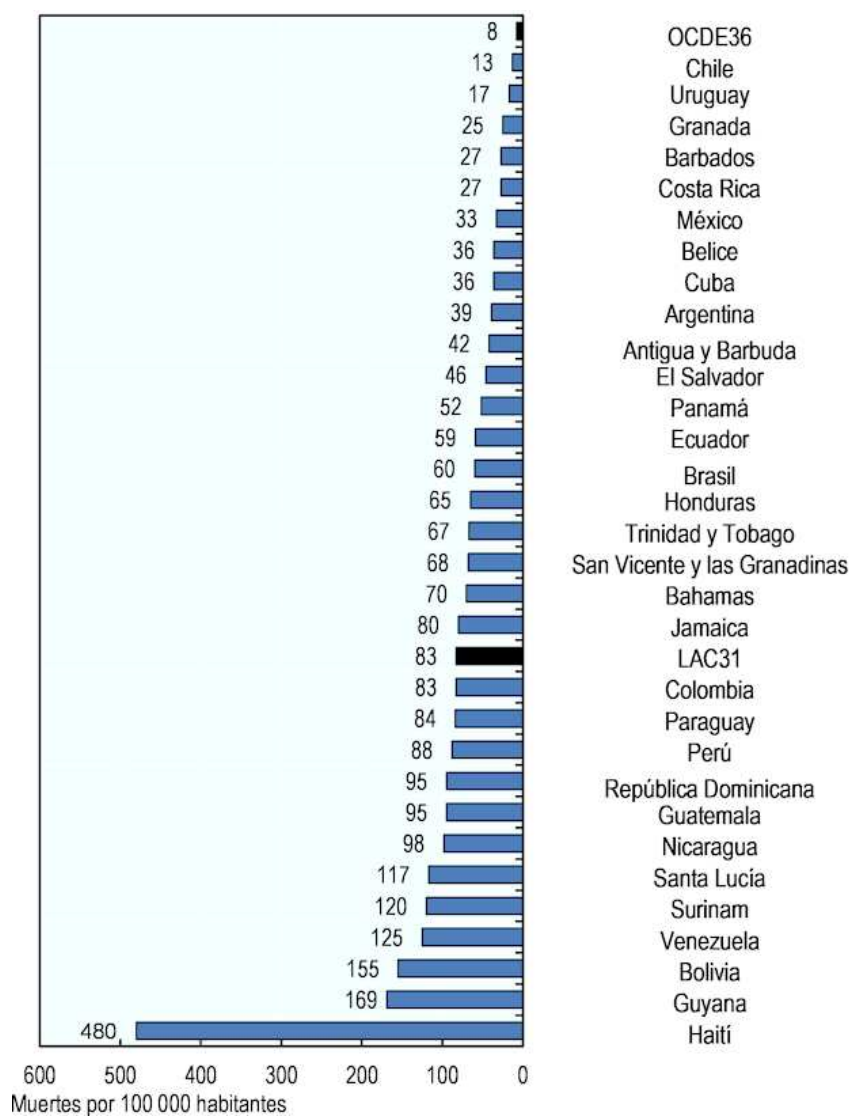
Esta variable forma parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, cuyo objetivo meta es la de reducir la tasa de mortalidad materna mundial por debajo de 70 por cada 100.000 nacidos vivos para el 2030.

Según datos oficiales de Naciones Unidas (2017) se conoce que en Latinoamérica las principales causas de mortalidad materna son las hemorragias postparto y la hipertensión

gestacional, concentradas en los países con mayores tasas de fecundidad, mayor pobreza y menor acceso a servicios de salud de alta calidad.

Como se observa a continuación en la ilustración No 1, Bolivia es uno de los países en Latinoamérica con los peores indicadores de mortalidad materna. Mientras que el promedio en Latinoamérica es de 83, Bolivia tiene 155 muertes por embarazo, ocupando el antepenúltimo lugar en la región. Nótese que, en los países desarrollados, esta cifra es de 8 muertes maternas por embarazo, según informe de las Naciones Unidas el año 2018. (Unidas, 2018)

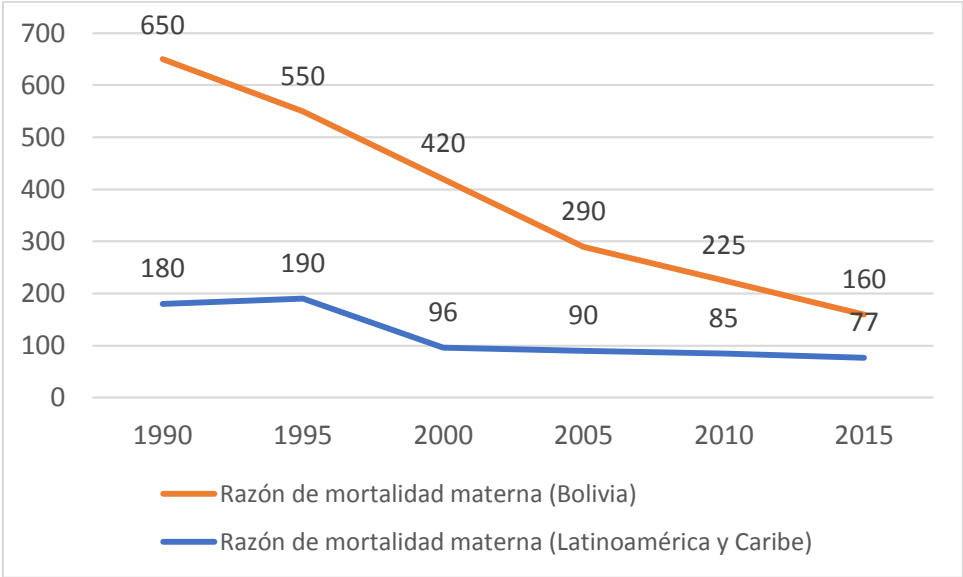
Ilustración 2 Razón de mortalidad materna estimada, 2015 (o último año disponible)



Fuente: Naciones Unidas (2017)

En la ilustración N° 2 se observa, a partir de datos de la CEPAL, (Prieto, 2010), que la razón de mortalidad en Bolivia alcanzaba a 650 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos en 1990. Dicha razón ha ido disminuyendo a lo largo del periodo considerado, logrando una razón de mortalidad de 160 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos para la gestión 2015. Esta disminución ha sido de 4% anual en promedio entre 1997 y 2015; que, sin embargo, sigue siendo uno de los más altos en el mundo y Latinoamérica y, por lo tanto, un grave problema de salud aún por resolver de parte del Estado boliviano.

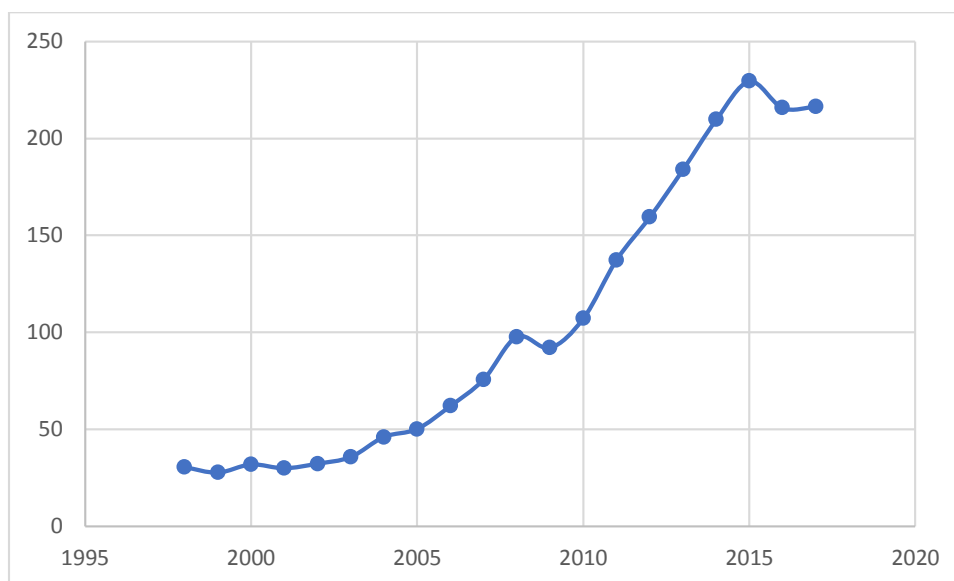
Ilustración 3 Bolivia: Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la CEPAL 2015

Una de las causas asociadas a esta problemática es la inversión pública que, como se observa en la ilustración N° 3, en Bolivia el presupuesto de salud ejecutado, destinado a atender al binomio madre-niño durante el embarazo ha aumentado en los últimos años. La tasa de crecimiento anual promedio de esta inversión fue del 11% entre 1999 y 2019 (Publicas, 2019).

Ilustración 4 Presupuesto Ejecutado atención Madre-Niño (en millones de Bs)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística 2020

En consecuencia, con la investigación se pretende establecer sí la asignación presupuestaria de inversión pública en el sector salud binomio madre niño, fue suficiente para disminuir el problema de la mortalidad materna en el país, ya que a pesar de haberse incrementado los recursos para estos fines (Gráfico 3), los resultados (Gráfico 1) sugieren que aún existe espacio para mejorar el índice de mortalidad materna en Bolivia y la eficacia de este gasto.

1.5.2 Identificación del problema en forma afirmativa

La ejecución de los proyectos de inversión pública en el sector salud para el binomio madre niño, ha tenido un efecto importante para disminuir la tasa de mortalidad materna en Bolivia en el periodo 1997 – 2019.

1.6 Planteamiento de Objetivos

1.6.1 Objetivo General

Medir el efecto de los proyectos de inversión pública en el sector salud binomio madre niño, sobre la tasa de mortalidad materna por departamento en Bolivia durante el periodo 1997 – 2019.

1.6.2 Objetivos Específicos

O.E.1.1 Analizar el comportamiento de la ejecución del presupuesto de salud en el binomio madre niño en Bolivia en el periodo 1997 – 2019, para establecer el efecto en la mortalidad materna.

O.E.1.2 Analizar el comportamiento de la razón de mortalidad materna en Bolivia en el periodo 1997 – 2019 y así poner reorientar las metas propuestas de inversión pública a la fecha

1.7 Planteamiento de la Hipótesis

La ejecución del gasto público en el sector salud binomio madre niño, ha tenido un efecto poco significativo sobre la tasa de mortalidad materna en Bolivia en el periodo 1997-2019.

1.8 Aplicación Metodológica

Para cumplir con los objetivos de la investigación y demostrar la hipótesis a partir de los resultados conseguidos en la presente investigación, se ha utilizado la siguiente estrategia de investigación o diseño metodológico:

1.8.1 Paradigma

La presente investigación es de carácter positivista. Es decir, que su principal fin se limita a identificar el valor del efecto de la ejecución de la inversión pública en el binomio madre-niño sobre la tasa de mortalidad materna.

1.8.2 Enfoque

El enfoque utilizado en la presente investigación es cuantitativo. Es decir, que se analizan los datos sobre la ejecución de la inversión pública en el binomio madre-niño sobre la tasa de mortalidad materna para demostrar la hipótesis de investigación.

El enfoque cuantitativo representa un conjunto de procesos, es secuencial y probatorio, donde cada etapa precede a la siguiente y no se puede eludir ningún paso. Este enfoque es útil para medir y estimar magnitudes, por lo que la recolección de datos se fundamenta en la medición utilizando procedimientos estandarizados.

1.8.3 Método

En función del paradigma y su enfoque de investigación, el método empleado en la investigación presente fue el Método Deductivo. Que es una forma de razonar y explicar la realidad partiendo de leyes o teorías generales hacia casos particulares.

Este método va de lo general a lo particular. Es decir, se ha empleado marcos metodológicos generales para demostrar un caso particular: el efecto de la inversión en el binomio madre-niño sobre la mortalidad materna en Bolivia. Este método va de la mano con el análisis causal cuantitativo.

1.8.4 Tipo de investigación

El tipo de investigación corresponderá al paradigma, método y enfoque de estudio. Es decir, que se analizan los datos sobre la ejecución de la inversión pública en el binomio madre-niño sobre la tasa de mortalidad materna y se cuantifica el efecto de la primera sobre la segunda, lo que permitirá demostrar la hipótesis de investigación.

1.8.5 Universo y población de estudio

Los datos de interés son la ejecución presupuestaria de los proyectos de inversión pública del sector salud binomio madre niña y la tasa de mortalidad materna, en cada departamento. Son estos datos que se utilizan para establecer el tamaño de la muestra, es decir por año ha obtenido nueve observaciones, en lugar de una. Como se explica más adelante, el periodo de

análisis es 1997-2019, en total 22 años, así se tiene una muestra de 198 observaciones. De acuerdo a la tabla No 1

TABLA N ° 1 POBLACION DE ESTUDIO 1997 – 2019

	AÑO	Presupuesto Programado Atén. Madre niño	Presupuesto Ejecutado Atén. Madre niño	Inver. Aten. Madre niño	Índice de mortalidad materno infantil	Tasa de mortalidad infantil	Total, Partos Institucionales (2)
D.S. 24303 SNMN	1997				288	65.50	109,861
	1998	30.44	30.44	30.44	286	63.50	120,328
D.S. 25265 SBS	1999	27.60	27.60	27.60	260	61.50	136,195
	2000	31.80	31.80	31.80	235	60.44	148,161
	2001	29.85	29.85	29.85	233	58.98	138,042
	2002	32.21	32.21	32.21	231	57.52	158,555
SUMI 21/11/2002	2003	35.63	35.63	35.63	229	56.05	160,882
	2004	45.99	45.99	45.99	213	54.58	163,842
	2005	50.11	50.11	50.11	197	53.11	170,689
	2006	61.97	61.97	61.97	181	51.77	178,631
	2007	75.61	75.61	75.61	176	50.43	177,142
	2008		0.00	0.00	168	49.09	180,695
	2009		0.00	0.00	160	44.66	186,903
	2010		0.00	0.00	152	43.41	195,426
	2011	13	13	13	144	42.16	207,291
	2012	7	7	7	136	40.94	205,414
	2013	5	5	5	130	39.76	210,332
	2014	2	2	2	128	38.61	209,372
	2015	9	9	9	125	37.50	220,246
	2016	5	5	5	123	36.40	213,572
	2017	3	3	3	122	35.50	211,388
	2018	8	8	8	120	34.20	205,680
	2019	7	7	7	120	33.50	205,680

Fuente: Elaboración Propia, datos INE 1997 - 2019

1.8.6 Determinación y elección de la muestra

Dado el tamaño del universo, se ha utilizado en la presente investigación el muestreo no probabilístico bajo la modalidad de censo, donde todos los sujetos de la población de estudio,

en este caso las 1989 observaciones distribuidas en los nueve departamentos han sido considerados para tal efecto.

1.8.7 Fuentes, técnicas e instrumentos de relevamiento de información

a) Fuentes de información

Por la naturaleza del estudio, las fuentes de información son secundarias, puesto que se utilizaron datos y cifras anuales emitidas por el Ministerio de Economía y del Instituto Nacional de Estadística. Adicionalmente, para complementar el análisis, se usó información de Naciones Unidas.

La muestra consiste en información de estas variables para el periodo 1997-2019, para todos los departamentos de Bolivia. Es decir, se trabaja con una estructura de datos del tipo Datos de Panel, 9 departamentos en 22 años (1997-2019).

Las técnicas de datos de panel se aplican a conjuntos de observaciones correspondientes a distintos individuos (por ejemplo: hogares, empresas, personas...) a lo largo del tiempo (habitualmente años, trimestres o meses). En este trabajo, 9 departamentos en 22 años. Como consecuencia de las peculiaridades de estas bases de datos, se han desarrollado técnicas específicas de regresión que permiten captar la heterogeneidad a lo largo del tiempo. Las técnicas econométricas para analizar este tipo de datos son:

Modelos de efectos fijos

En multitud de ocasiones en el análisis económico se intenta explicar la evolución de una variable y_{it} (por ejemplo: el consumo de gasolina por automóvil a lo largo del tiempo) a través de la evolución de otras variables x_{it} (por ejemplo: renta real *per capita*, precio real de la gasolina y *stocks* de automóviles por individuo). Desde el punto de vista del análisis de regresión clásico, el modelo a estimar sería el siguiente:

$$\ln(Y_{it}) = \alpha + \beta_1 \ln(x_{1t}) + \beta_2 \ln(x_{2t}) + \beta_3 \ln(x_{3t}) + u_{it}$$

Cuya característica que buscan las variables para que se pueda aplicar son cantidades estrictamente positivas que se podría enmarcar en ventas, ya que esto generalmente va en crecimiento

Modelos de efectos aleatorios

Tomando en cuenta el punto de vista del análisis de regresión clásico, anteriormente descrito como ejemplo. En muchas ocasiones, no se puede suponer que el efecto de heterogeneidad individual μ_i es fijo, sino que es una variable aleatoria. Por ejemplo, esta es la situación cuando el panel de datos no incluye todos los individuos sino solo una muestra de ellos, por lo cual no tiene sentido estimar un efecto μ_i para cada individuo ya que no se dispone de información sobre todos ellos. En este caso el efecto de heterogeneidad μ_i no observable tiene un comportamiento aleatorio en lugar de una variable fija como anteriormente. A este tipo de modelo con datos de panel se le denomina modelo de efectos aleatorios y la técnica de estimación de los parámetros β_i depende del comportamiento de la variable aleatoria μ_i en relación con las variables x_{it} .

Paneles dinámicos

También se puede incluir que, en algunas ocasiones, entre las variables independientes se incluye la propia variable dependiente retardada lo cual implica que el modelo en cuestión es un modelo dinámico. Por ejemplo, un modelo con datos de panel dinámicos sencillo vendría dado por la siguiente expresión:

$$y_{it} = \alpha + \beta_1 y_{i,t-1} + \beta_2 x_{2t} + \mu_{it}$$

$$\mu_{it} = \mu_i + v_{it}$$

b) Instrumentos de Investigación

En la presente investigación, para el análisis descriptivo se utilizaron diferentes instrumentos de recolección de información, como son las tablas y cuadros. Para el análisis también se usó la Econometría como instrumento de investigación.

De manera más precisa se planteó un modelo lineal de efectos fijos con datos de panel para medir el efecto de la inversión pública en el binomio madre niño sobre la mortalidad materna de los municipios.

c) Procesamiento de datos

Los datos obtenidos fueron procesados sucesivamente para cada variable, de acuerdo a la siguiente estructura:

- ✓ Construcción de tablas
- ✓ Elaboración de gráficos e ilustraciones
- ✓ Elaboración de promedio porcentajes

Para el análisis, previa estimación del modelo, se ha utilizado el software estadístico Stata posteriormente se ha procedido con el análisis sobre la bondad de ajuste del modelo: coeficiente de determinación, test F, test de significancia estadística, etc.

Así, a través de estrategias tales como la evaluación, observación y el análisis se ha conseguido establecer la relación entre las variables de estudio propuestas.

d) Análisis de Resultados

Una vez que los resultados pasen las pruebas estadísticas mencionadas en la anterior sección, se procederá a la interpretación y análisis de los mismos.

De estos resultados, se han establecido el cumplimiento de los objetivos de investigación, demostración de la hipótesis y las respectivas conclusiones y recomendaciones de la investigación.

CAPÍTULO II: ESTADO DEL ARTE DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Elementos conceptuales y definiciones

2.1.1 El Estado y la política pública

En general, una definición común de Políticas Públicas es: “son las acciones de gobierno, es la acción emitida por éste, que busca cómo dar respuestas a las diversas demandas de la sociedad”. Siguiendo a Abel (1999): “El gobierno del nivel central debe asegurar un mínimo de provisión de bienes públicos (puros, la defensa o sociales, como la salud) para toda la Nación, y lo debe hacer con el fin de cumplir con la tarea de redistribución de la riqueza de la hacienda pública. Luego sostiene que los bienes objeto de la provisión, generalmente, son los que mayor beneficio traen a las personas con menos ingresos, además, los autores sostienen que, para dicho fin, las transferencias de carácter condicionadas son las más eficaces”

Continúa Abel (1999) : “El papel estratégico de la Inversión Pública, en el desarrollo económico se basa en parte, en el estado subdesarrollado de los mercados de capital privado, y en parte también, en la escasez local de capacidad empresarial; se basa también en el hecho de que el tipo de inversión necesaria en las primeras fases del desarrollo con frecuencia implica gastos elevados, tales como los relacionados con el desarrollo de sistemas de transporte o la apertura en zonas subdesarrolladas del país. El desarrollo de la inversión pública, desempeña una importante función en el diseño de los planes de desarrollo en los países de menor progreso”.

En ese sentido, la Inversión Pública cumple con la función de asignación y distribución de recursos además de la estabilización que se detalla a continuación

- a) **Función de Asignación.** Según Abel M. R. (1999): “La provisión de bienes sociales o el proceso por el uso total de los recursos, se divide entre bienes privados y sociales, y se elige la combinación de bienes sociales”. Esta provisión

puede ser denominada función de asignación de la política presupuestaria. Las políticas de regulación, que pueden igualmente ser consideradas como una parte de la función de asignación, no se incluyen aquí, debido a que no son primordialmente un problema de política presupuestaria.

En realidad, la asignación de recursos, debe entenderse como un proceso de acuerdo a los procedimientos establecidos en la normativa vigente, que quiere decir la distribución de los recursos que dispone el Estado para el cumplimiento de sus fines y propósitos, lo que viene a llamarse función de asignación.

- b) **Función de Distribución** Es el ajuste de la distribución de la renta y la riqueza para asegurar su adecuación, a esto la sociedad considera un estado "equitativo" de distribución, denominada función de distribución.

La función de distribución, o de redistribución, se genera a partir del cobro de impuestos en los sectores con mayor capacidad para contribuir, y la ejecución del gasto dirigido hacia quienes no tienen la capacidad económica para adquirir ciertos bienes y servicios.

La función de distribución corresponde al Estado mediante su instrumento político, cual es la administración pública o como se dice también el Sector Público, en el reparto de la renta generada en una economía, en el entendido de que el mercado falla a la hora de repartir la renta generada en el proceso productivo. Se debe tomar en cuenta que el soporte ideológico de la función de distribución que por cierto no nada que ver con la eficiencia económica, sino con valores sociales, como la justicia o la solidaridad.

- c) **Función de Estabilización.** La consecución de los objetivos no se produce automáticamente, sino que exige la dirección de la política pública como medio para mantener un alto nivel de empleo. Esta función es muy importante, porque interviene en aspectos macroeconómicos y son determinantes para la función del

Estado. Esta intervención, según la teoría, se la realiza mediante políticas públicas.

La función de estabilización, ya que a través de los impuestos y el presupuesto se puede tratar de llegar al pleno empleo, crecimiento, de la economía, y estabilidad de precios. La finalidad de esta función es evitar fluctuaciones importantes en la economía.

El presupuesto para la inversión pública es necesario para poder proveer los bienes públicos que el sector privado no produce, gracias a un conjunto de programas productivos, sociales y colectivos contenidos en el mismo, y cuyo fin primordial es el bienestar social (infraestructura, carreteras de caminos, puentes, electrificación, agua potable, drenaje, salud, educación, apoyo a adultos mayores, fomento al empleo, programas de alimentación y nutrición).

La inversión pública en esos sectores, estimula el circuito multiplicador del gasto, y contribuye así, a fomentar el crecimiento. Simultáneamente, los programas de naturaleza social favorecen la redistribución del ingreso a programas de transferencias directas a individuos o que incluyen acciones de estímulo al empleo, inversiones en salud, educación, nutrición, infraestructura familiar y productiva.

Asimismo, es muy importante mencionar la normativa a la que se enmarca cuando se refiere a asignación y ejecución de recursos, la procedencia de los mismos que constituyen el sistema de movimiento económico que tiene Bolivia ya que todo movimiento de recursos se realiza de acuerdo a políticas económicas que rigen en un país.

Un concepto más específico es el de política fiscal. La política fiscal, se entiende como una disciplina en el ámbito de la política económica sobre la gestión de los recursos de un Estado y su correspondiente administración, y que está a cargo del gobierno que controlará los diferentes niveles de gasto e ingresos mediante variables como los impuestos y el gasto público, con la finalidad de mantener la estabilidad.

La política fiscal en Bolivia, dadas las limitaciones estructurales de las finanzas públicas en la primera etapa comprendida 1997- 2005 requirió una política permanente de racionalización del gasto público, así como la optimización del uso de los recursos externos; y en la segunda etapa 2006-2019 habiendo mucho más ingresos, permite una distribución de recursos adecuada tomando en cuenta a la cantidad de habitantes por área, notándose cierta mejora, todo esto con el objeto de permitir las inversiones requeridas para el cumplimiento de objetivos estratégicos, el potenciamiento humano y el fortalecimiento del pacto por la infancia y sus derechos, según las Directrices de Formulación Presupuestaria Gestión 2019 emitida por el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.

2.1.2 Fuentes de ingreso y política presupuestaria

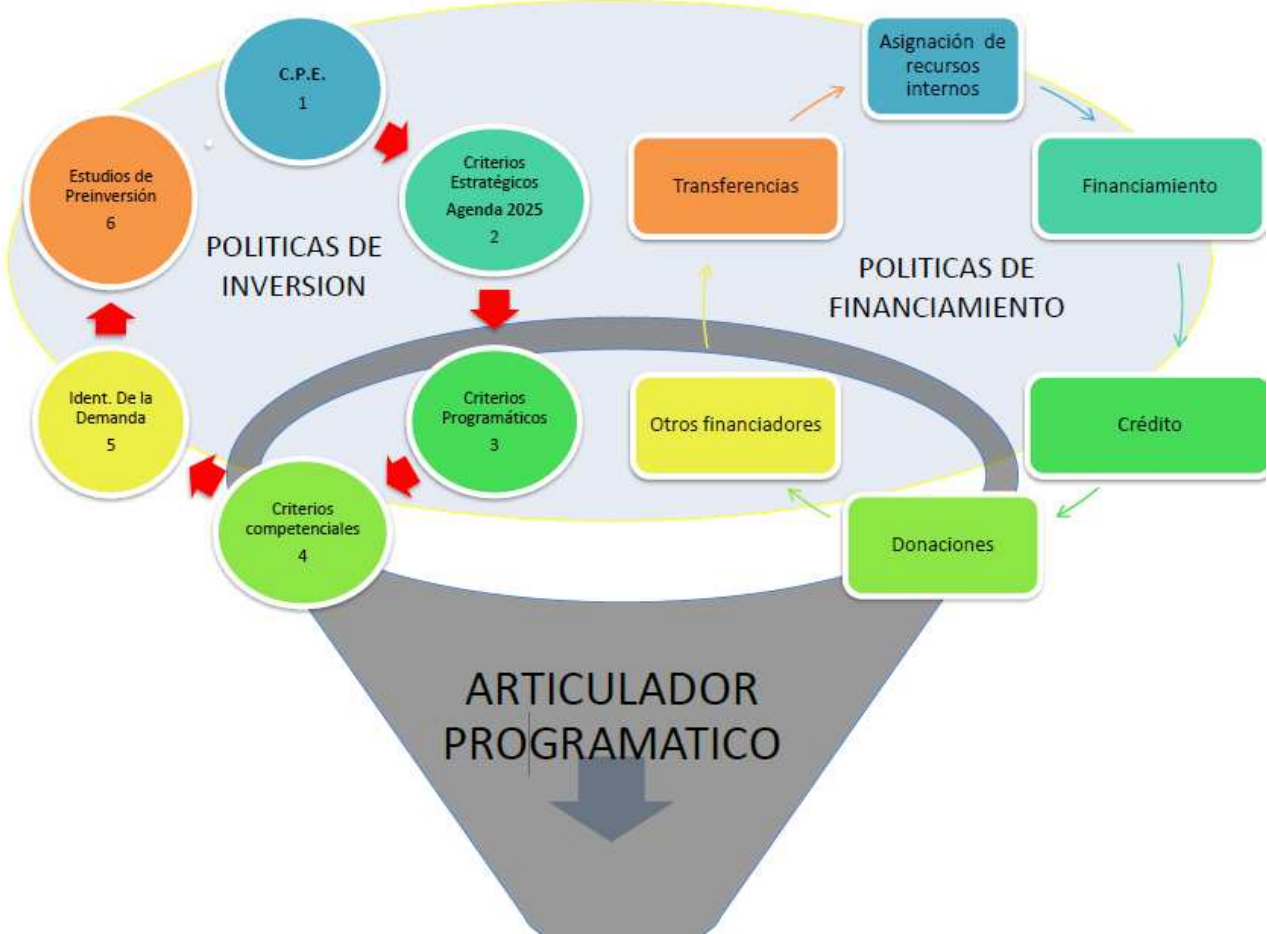
La formulación del presupuesto, es un instrumento técnico que permite organizar la asignación de recursos en función de determinadas prioridades emergentes de la visión estratégica de desarrollo. Refleja los acuerdos entre actores públicos miembros del mismo gobierno, de todos los niveles de la administración pública del Estado, y los actores sociales. (Ministerio de Economía, 2019)

La política presupuestaria se entiende como el diseño, elaboración y ejecución del presupuesto público, la cual consta de dos partes: los gastos y los ingresos. Debiendo tomarse en cuenta ambos aspectos, la situación de la economía y las necesidades de la de la política presupuestaria, puesto que la relación entre presupuesto y economía es bidireccional: se influyen mutuamente.

Según el Presupuesto General del Estado Plurinacional del año 2019, el Presupuesto General del Estado o también Presupuesto Público, es un instrumento de política fiscal que refleja los ingresos y gastos del Estado, y determina la asignación de recursos para la ejecución de las políticas públicas, así como para el cumplimiento de objetivos y metas establecidos en el Plan de Desarrollo Económico Social (PDES). Entre otros aspectos, el Presupuesto General

del Estado responde a las necesidades reales del crecimiento y desarrollo de la economía nacional, en el marco del Modelo Económico Social Comunitario Productivo.

Ilustración 5 Articulador programático



Fuente: Presentación Ministerio de Economía y Finanzas Pública 2016

Como muestra en la ilustración No 4, que es el sistema articulador que guía para conseguir una buena programación de distribución de los recursos, compete desglosar los puntos que abarca todo este sistema:

a) Ingresos Públicos (C & Jose, 1992)

Los ingresos públicos son los recursos que capta el sector público para realizar sus actividades. Desde un punto de vista cuantitativo, los impuestos (de dominio nacional,

dominio departamental y dominio municipal, según Ley 154 de 14 de julio de 2011 o Ley de Clasificación y Definición de Impuestos y de Regulación para la Creación y/o modificación de impuestos de dominio de los Gobiernos Autónomos suelen constituir el principal componente de los ingresos públicos.

Otro componente importante es la producción realizada por las empresas públicas propiedad del estado o los rendimientos obtenidos del alquiler o uso de propiedades o por la prestación de los servicios públicos.

También existen otras vías más excepcionales de obtener recursos públicos, como, por ejemplo, la venta de determinados activos y privatización de empresas o la captación de recursos mediante el endeudamiento en el mercado Financiamiento Externo (SIPFE) contenido en las directrices de Formulación del Presupuesto.

De conformidad al Art. 24 de la 777 de 21 de enero de 2016 o Ley del Sistema de Planificación del Estado, el Subsistema de Inversión Pública y Financiamiento Externo (SIPFE) es el conjunto de principios, procesos, procedimientos e instrumentos técnicos destinados a la gestión de inversión y el financiamiento externo bilateral y multilateral que se requieren para la implementación de los planes generados en el marco del Sistema de Planificación Integral del Estado (SPIE). Según el Art. 25, las funciones de gestión de financiamiento externo bilateral y multilateral, serán coordinadas y articuladas entre los órganos Rectores del Sistema de Planificación Integral del Estado, del Sistema Nacional de Tesorería y Crédito Público, y del Sistema de Presupuesto.

b) Recursos Internos

Según Peredo (2004): “La administración pública tiene como objeto utilizar eficazmente los recursos puestos a su disposición sean internos o externos, de acuerdo a los instrumentos normativos vigentes, teniendo en cuenta que no hay límites para los servicios que se requieren del Estado, dependiendo desde luego de la disponibilidad de los mismos”

Acorde con SIPFE (2019) (SIPFE Directrices formulario del presupuesto, 2019): “Son recursos que de acuerdo a disposiciones legales vigentes se perciben, administran directamente por entidades públicas y se utilizan para financiar sus Presupuestos de Inversión Pública, que deben ser incorporados en el Presupuesto General.”

c) Recursos Externos (Sistema Nacional de Inversion Publica pag 5)

Son recursos que el Órgano Rector del Sub sistema de Inversión Pública y financiamiento externo (SIPFE) contrata de Organismos Financieros Multilaterales, Agencias de Cooperación Internacional y gobiernos, mediante convenios de crédito o donación, que se transfiere a las entidades del sector público para financiar el Programa de Inversión Pública. Según el Art. 9 inc. c) de las Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública, los recursos externos son los que el órgano rector del SNIP contrata de Organismos Financieros Multilaterales, Agencias de Cooperación Internacional y Gobiernos, mediante convenios de crédito o donación, y que se transfieren a las entidades del sector público para financiar el Programa de Inversión Pública, de conformidad a los procedimientos establecidos (Hacienda M. d., 2003).

El registro de los recursos externos deberá ser realizado a través del Ministerio de Planificación del Desarrollo, según el inc. c) del Art. 14 de las Directrices de Formulación Presupuestaria del 2020. (Finanzas Públicas)

d) Crédito Externo

Consiste en el financiamiento que obtiene el Tesoro General de la Nación, y los que podrían obtener los Gobiernos Autónomos Departamentales, Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesino. Sub sistema de Inversión Pública y financiamiento externo (SIPFE) define los programas y proyectos dentro del contexto de lo que llegan a ser las Acciones del Subsistema de Planificación, las que deben ser ejecutadas de acuerdo a las etapas de gestión de la Inversión Pública y el financiamiento externo.

En cuanto corresponde a estos recursos y los de donación, pueden ser incorporados en el presupuesto de los gobiernos autónomos departamentales, gobiernos autónomos municipales y gobiernos autónomos indígena originario campesino, siempre que estén respaldados debidamente mediante convenios con los organismos financiadores y la certificación correspondiente emitida por el Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento externo, conforme al Numeral 1 inc. g) Sección I B. (Finanzas Públicas)

e) Donaciones (MEYFP Clasificacor presupuestario, 2019)

Según VIPFE (2018): “Las donaciones también constituyen fuentes de Financiamiento que obtienen las instituciones de los Órganos Ejecutivo, Legislativo, Judicial, Electoral, Entidades Territoriales Autónomas, Universidades Públicas, Empresas Públicas, por concepto de donaciones externas, monetizable y no monetizable”.

Conforme al 48 inc. l) y m) del Decreto Supremo 29894 de 7 de febrero de 2009, el Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE) debe llevar el registro nacional de donaciones y coordinar con los Ministerios competentes la relación de estas instituciones con el gobierno y desarrollar una normativa regulatoria; y programar y administrar los recursos de contravalor provenientes de donaciones externas y monetizaciones.

f) Donaciones HIPC II (MEYFP Clasificacor presupuestario, 2019)

Fondos que se originan por concepto de alivio de deuda externa en el marco de la iniciativa para Países Altamente Endeudados (HIPC) y que estarán destinados a gastos relacionados con sectores sociales de acuerdo a lo establecido en la norma legal específica de conformidad a lo dispuesto por el Decreto Supremo 26537 de 6 de marzo de 2002 Según la Partida 2220 sobre las donaciones del exterior, el Clasificador Presupuestario de 2019, dice que incluye las donaciones recibidas de países y organismos internacionales que se originan por concepto del alivio de deuda externa, en el marco de la iniciativa para los Países Altamente

Endeudados (HIPC), cuyos recursos están destinados a cubrir gastos de la Ley del Dialogo Nacional 2000, N° 2235 de 31 de julio de 2001.

Los recursos de las nonaciones provenientes del HIPC, benefician sobre todo a los municipios de las areas rurales del pais y para su implemencion fue creado el Fondo Solidario Municipal para la Educacion Escolar y Salud Publica para cubrir los items del personal docente y personal medico y paramedico del servicio de salud publica acumulados hasta el año 2001; y se creó la Cuenta Especial Dialogo 2000 para depositar los recursos que el Estado dejaria de pagar a los acreedores por efecto del alivio de la deuda externa, en el marco del HIPC II.

g) Impuesto Directo a los Hidrocarburos (MEYFP Clasificacor presupuestario, 2019)

Define el monto de los ingresos por Impuesto Directo a los Hidrocarburos de acuerdo al Art. 53 y siguientes de la Ley de Hidrocarburos 3058 de 17 mayo de 2005. Este financiamiento está asociado a la fuente de financiamiento “Tesoro General de la Nación”. Según la Partida 119 Tesoro General de la Nación - Impuesto Directo a los Hidrocarburos, del Clasificador Presupuestario de 2019 (Públicas), define el monto de los ingresos por tal concepto, el cual está asociado a la fuente de financiamiento “Tesoro General de la Nación”

h) Regalías (MEYFP Clasificacor presupuestario, 2019)

De acuerdo a la Partida 14000 del Clasificador Presupuestario del 2019 (Públicas), las regalías son los recursos que percibe el Estado Plurinacional por la explotación de recursos agropecuarios, forestales, yacimientos mineros, petrolíferos y otros, clasificados según la naturaleza de la actividad que origina el derecho de su percepción.

Estas regalías pueden ser regalías mineras, regalías por hidrocarburos (nacionales y departamentales), regalías agropecuarias y forestales, y otras que el Estado puede percibir legalmente por concepto de explotación de los recursos naturales.

i) Tesoro General de la Nación (Sistema Nacional de Inversión Pública pag 5)

Son los recursos administrados por el Gobierno Central que se transfieren a las entidades de la Administración Central y al Fondo Compensatorio de Regalías creado por la Ley 1551 de 20 de abril de 1994, para financiar el Presupuesto de Inversión Pública, de conformidad a normas emitidas, anualmente por el Órgano Rector para su incorporación en el Presupuesto General de la Nación (PGN).

Asimismo, en Bolivia tenemos sistemas para inversión y gasto que procuran ser confiables para tener transparencia. Dejando registro de cada una de las transacciones que se realizan.

2.1.3 Distribución de los Recursos Públicos

La Ley 1551, abrogada por la Ley 031 de 19 de julio de 2010 o Ley Marco de Autonomías y de Descentralización, reconoció la personalidad jurídica de las organizaciones territoriales de base y de otras según los usos y costumbre. Asimismo, promovió y consolidó el proceso de Participación Popular articulando a las comunidades indígenas, campesinas y urbanas en la vida jurídica, política y económica del país. Procuró mejorar la calidad de vida de la mujer y el hombre boliviano, con una más justa distribución y mejor administración de los recursos públicos. También fortaleció los instrumentos políticos y económicos necesarios para perfeccionar la democracia representativa, facilitando la participación ciudadana y garantizando la igualdad de oportunidades en los niveles de representación a mujeres y hombres.

Entre otros aspectos, en favor de los departamentos por debajo del promedio nacional de regalías departamentales por habitante, se estableció una compensación anual a cargo del Tesoro General de la Nación, por un monto que permita alcanzar este promedio.

La Ley 1551, aun cuando fue abrogada, sentó las bases fundamentales para la distribución de los recursos de la coparticipación tributaria, la misma que a la fecha con algunas modificaciones no tan sustanciales, aún se encuentran vigentes en el marco de las nuevas

disposiciones normativas del Estado Plurinacional. (Sistema Nacional de inversión pública pag 115)

a) Distribución del Impuesto Directo a los Hidrocarburos

Mediante Ley 3058 de 17 de mayo de 2005 o Ley de Hidrocarburos, fue creado el Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH), la cual fue reglamentada con el Decreto Supremo 28223 de 27 de junio de 2005, que estableció las formas de su distribución, el cual posteriormente fue modificado mediante Decreto Supremo 28421 de 21 de octubre de 2005, disponiendo en su Art. 8, la distribución del Impuesto Directo a los Hidrocarburos, de la siguiente manera:

Departamentos:

- a. 12.5% del monto total recaudado en efectivo, en favor de los Departamentos Productores de hidrocarburos, distribuidos según su producción departamental fiscalizada.
- b. 31.25% del monto total recaudado en efectivo, a favor de los Departamentos no Productores de hidrocarburos, a razón de 6.25% para cada uno.
- c. La compensación otorgada por el Tesoro General de la Nación – TGN, al Departamento Productor cuyo ingreso por concepto de IDH sea menor al de un Departamento no Productor, con el objeto de nivelar sus ingresos a los del Departamento no Productor.

El 100% de los ingresos percibidos por cada Departamento de acuerdo a lo señalado en los incisos a), b) y c) anteriores, será abonado a una cuenta “IDH – Departamental” en el Banco Central de Bolivia, para su transferencia de manera automática a las cuentas de las Prefecturas Departamentales, Municipios y Universidades Públicas, habilitadas en el sistema financiero, bajo la denominación “Recursos IDH”, de acuerdo a la siguiente distribución:

- 34.48% para el total de los Municipios del Departamento, el cual será distribuido entre los beneficiarios de acuerdo al número de habitantes de su jurisdicción municipal, establecido en el censo vigente,

- 8.62% para la Universidad Pública del Departamento.

En el caso de los Departamentos que cuenten con dos o más universidades públicas, los porcentajes de distribución se determinaran mediante reglamento consensuado entre el Ministerio de Hacienda, Ministerio de Educación, Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana – CEUB y las Universidades Públicas beneficiarias, respetando el límite financiero asignado a cada Departamento.

- El saldo de los anteriores porcentajes para la Prefectura del Departamento.

El saldo del monto total recaudado en efectivo por el IDH una vez deducidos los montos del numeral anterior, se destinará en favor del Tesoro General de la Nación – TGN, para dar cumplimiento a lo dispuesto en el inciso d) del Artículo 57 de la Ley N.º 3058, recursos que serán distribuidos de la siguiente manera:

- a. 5% del total de las recaudaciones del IDH, monto que será deducido del saldo correspondiente al TGN, destinado a un Fondo Compensatorio para los Municipios y Universidades de los Departamentos de La Paz, Santa Cruz y Cochabamba que, por tener mayor población, perciben menores ingresos en relación con los Municipios y Universidades de los demás Departamentos.

El mencionado porcentaje será asignado de acuerdo al siguiente criterio:

- i. La Paz 46.19%
- ii. Santa Cruz 36.02%
- iii. Cochabamba 17.79%

Estos montos serán destinados en un porcentaje de 80% para Municipios, el cual será distribuido de acuerdo al número de habitantes de cada jurisdicción municipal, y 20% para Universidades Públicas.

En el caso de los Departamentos de La Paz, Santa Cruz y Cochabamba que cuenten con dos o más universidades públicas, los porcentajes de distribución se determinaran mediante reglamento consensuado entre el Ministerio de Hacienda, Ministerio de Educación, Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana – CEUB y las Universidades Públicas beneficiarias, respetando el límite financiero asignado a cada Departamento.

- b. 5% del total de las recaudaciones del IDH, monto que será deducido del saldo correspondiente al TGN, el cual será asignado a un Fondo de Desarrollo de Pueblos Indígenas y Originarios y Comunidades Campesinas.

Los recursos correspondientes al mencionado Fondo serán desembolsados de acuerdo a Decreto Supremo que reglamentará su creación y funcionamiento.

En el marco de sus competencias y atribuciones, los Gobiernos Municipales y Prefecturas ejecutarán proyectos de desarrollo indígena, presentados por organizaciones indígenas de su jurisdicción territorial, en el marco de la planificación participativa municipal y departamental, empleando como contraparte recursos del Fondo de Desarrollo de Pueblos Indígenas y Originarios y Comunidades Campesinas.

- c. Un monto otorgado mediante asignación presupuestaria anual a: Las Fuerzas Armadas de la Nación, y la Policía Nacional de Bolivia.

Las instituciones mencionadas utilizaran estos recursos mediante la acreditación de programas y proyectos específicos, así como en actividades de fortalecimiento institucional.

- d. 5% para el Fondo de Ayuda Interna al Desarrollo Nacional destinado a la masificación del uso del Gas Natural en el país, porcentaje que será aplicado sobre el saldo de la distribución y asignación de recursos a todos los beneficiarios indicados anteriormente. El Fondo mencionado será administrado por el Ministerio de Hidrocarburos, de acuerdo a reglamentación emitida para el efecto.

b) Ejecución Presupuestaria

La ejecución presupuestaria es un proceso complejo, que contiene diferentes etapas del proceso presupuestal donde la ejecución optima por parte del talento humano es fundamental, ya que el fin del mismo es obtener bienes, servicios y obras de calidad previsto. (Luis, 2014)

También se puede decir que es una etapa del proceso presupuestario que perciben los ingresos y se atienden las obligaciones de gasto de conformidad con los créditos presupuestarios autorizados en los presupuestos, según Prieto, L. (2014)

c) Funciones de la Autonomía para la Ejecución Presupuestaria

A partir de febrero de 2009, rige la nueva Constitución Política del Estado (CPE), que en Art. 1 dice que, “Bolivia se constituye en un Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario, libre, independiente, soberano, democrático, intercultural, descentralizado y con autonomías...” De este modo, el Art. 269, la estructura de la organización territorial del Estado boliviano se organiza en departamento, provincias, municipios y territorios indígena originario campesinos, y las regiones.

El Parágrafo I del Art. 271, remite a la Ley Marco de Autonomías y Descentralización en materia de elaboración de los Estatutos autonómicos y Cartas Orgánicas, la transferencia y delegación competencia, el régimen económico financiero, y la coordinación entre el nivel central y las entidades territoriales descentralizadas y autónomas. El Art. 272, establece que la autonomía implica la elección directa de sus autoridades por las ciudadanas y los ciudadanos, la administración de sus recursos económicos, y el ejercicio de las facultades

legislativa, reglamentaria, fiscalizadora y ejecutiva, por sus órganos del gobierno autónomo en el ámbito de su competencia y jurisdicción y competencia y atribuciones.

El numeral 3 Parágrafo II del Art. 6 de la Ley Marco de Autonomías y de Descentralización (Oficial, Ley 31 I Marco de Autonomías y Descentralización, 2010), define a la autonomía como la cualidad gubernativa que adquiere una entidad territorial...que implica la igualdad jerárquica o de rango constitucional entre entidades territoriales autónoma, la elección directa de sus autoridades por las ciudadanas y los ciudadanos, la administración de sus recursos económicos y el ejercicio de facultades legislativa, reglamentaria, fiscalizadora y ejecutiva por sus órganos de gobierno autónomo, en el ámbito de su jurisdicción territorial y de las competencias y atribuciones establecidas por la Constitución Política del Estado y la ley. La autonomía regional no goza de la facultad legislativa.

La autonomía, tiene como entre otros aspectos, distribuir las funciones político-administrativas del Estado de manera equilibrada, sostenible en el territorio para la efectiva participación de las ciudadanas y ciudadanos en la toma de decisiones, la profundización de la democracia, la satisfacción de las necesidades colectivas y del desarrollo socioeconómico integral del país.

La función del desarrollo del Estado, y más específicamente, las autonomías cumplirán preferentemente, las siguientes funciones (Oficial, Ley 31 I Marco de Autonomías y Descentralización, 2010):

- La autonomía departamental, impulsara el desarrollo económico, productivo y (Oficial, Ley 31 I Marco de Autonomías y Descentralización, 2010) social en su jurisdicción.
- La autonomía municipal, impulsara el desarrollo económico local, humano y desarrollo urbano a través de la prestación de servicios públicos a la población, así como coadyuvar al desarrollo rural.

- La autonomía regional promoverá el desarrollo económico y social en su jurisdicción mediante la reglamentación de las políticas públicas departamentales en la región, en el marco de sus competencias conferidas.
- La autonomía indígena originaria campesina, impulsará el desarrollo integral como naciones y pueblos, así como la gestión de su territorio.

La administración de los recursos por parte de las entidades territoriales autónomas, se encuentra sometido al control que la Ley atribuye al órgano rector (Ministerio de Economía, y Ministerio de Planificación) sobre el conjunto de la administración pública, de la cual forman parte inseparable la administración pública de aquellas.

Consiguientemente, tanto la formulación y ejecución presupuestaria de las entidades territoriales autónomas deben cumplir las directrices, principios, normas, procesos, procedimientos, metodologías, sistemas, subsistemas y etc. conforme a la Ley y las que emanen de la autoridad del nivel central que ejerce como órgano rector, respectivamente

d) La ejecución de los Presupuestos de gasto de las entidades

Está sujeta, según reglamentación, al cumplimiento de las políticas y normas gubernamentales relacionadas con la naturaleza de sus actividades, incluyendo las referidas a las modificaciones, traspasos y transferencias dentro de sus presupuestos, así como a la disponibilidad de sus ingresos efectivos después de atender y prever el cumplimiento de sus obligaciones, reservas, aumentos de capital. No se permite la transferencia de gastos de inversión o excedentes de ingresos presupuestados a gastos de funcionamiento (Ley 1178, 1990).

Ley Financial: Tiene por objeto aprobar el Presupuesto General del Estado PGE del sector público para la gestión que comienza, además de otras disposiciones específicas para la administración de las finanzas públicas.

Inversión Pública

Según el Art. 8 de las Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública aprobado mediante Resolución Suprema 22965 de 18 de junio 1996, se entiende por Inversión Pública todo gasto de recursos de origen público destinado a incrementar, mejorar o reponer la existencia de capital físico de dominio público y/o capital humano, con el objeto de ampliar la capacidad del país para la prestación de servicios, o producción de bienes.

Como menciona Bertalanffy (1986): “El concepto de Inversión Pública incluye todas las actividades de Pre-Inversión e Inversión que realizan las entidades del Sector Público, en el contexto de la comprensión del sistema como conjunto de elementos interrelacionados, interdependientes, interactuantes, combinados y coordinados como un todo organizado hacia un objetivo común, cuyo resultado es mayor que el de la sumatoria que se obtendría si las unidades actuaran interdependientemente, es decir, la sinergia del conjunto genera un resultado superior al de la suma de acciones individuales. (Betanaffi)

El Sub sistema de inversión pública y financiamiento externo Directrices, formulación del presupuesto (SIPFE), que, es el conjunto de normas, instrumentos, procedimientos comunes para todas las, entidades del Sector Público, se relacionan, coordinan entre sí para formular, evaluar, priorizar, financiar, ejecutar los Proyectos de Inversión Pública que, en el marco de los planes de desarrollo nacional, departamental y municipal, constituyen las opciones más convenientes desde el punto de vista económico y social.

a) El Órgano Rector de los Sistemas Nacionales de Planificación e Inversión Pública

El órgano rector del Sistema Nacional de Planificación y del Sistema Estatal de Inversión y del Desarrollo, es el Ministerio de Planeamiento del Desarrollo, de conformidad con el Art. 7 de la Ley 777 de 21 enero de 2016 (Ley 777, 2016) o Ley de Planificación del Sistema Integral del Estado (SPIE) y de acuerdo al inc. f) del Art. 46 D.S. 29894 de 7 de febrero de 2009 (Decreto Supremo 29824, 2009) de la Organización del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional. Además, se establece que velará por la integración de las normas,

procedimientos de dichos sistemas con los Sistemas de Administración y Control Gubernamental.

El Ministerio de Planificación del Desarrollo, es la entidad del nivel central del gobierno que dirige y promueve el Sistema de Planificación Integral Estatal y el Sistema de Inversión y Financiamiento para el Desarrollo, del mismo modo que formula las políticas de la Economía Plural.

De conformidad al Art. 5 de las Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública (Hacienda M. d., 2003), el órgano rector del Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP) es el Ministerio de Hacienda mediante la Secretaria Nacional de Inversión Pública y Financiamiento Externo, ahora denominado Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo.

b) Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública

Los proyectos en el Presupuesto de Inversión Pública, se encuentran en el Sistema de Presupuestos que, preverá recursos en función de las prioridades de la política gubernamental.

El Art. 1 de las Normas Básicas del Sistema de Presupuesto, establece que, el Sistema de Presupuesto comprende los principios, políticas, normas, metodologías y procedimientos, utilizados en cada uno de los Subsistemas que lo componen, para el logro de los objetivos y metas del sector público. El Sistema de Presupuesto está compuesto por los Subsistemas de Formulación, de Coordinación de la Ejecución y de Seguimiento y Evaluación. El Sistema de Presupuesto funciona en forma integrada e interrelacionada con los restantes sistemas de administración y de control establecidos en el Art. 8 de la Ley 1178

.

c) Determinación del Gasto y de la Inversión Pública

La determinación del gasto y de la Inversión Pública tiene lugar por medio de mecanismos de participación ciudadana y de planificación técnica y ejecutiva estatal.

Las asignaciones atenderán especialmente a la educación, la salud, la alimentación, la vivienda y el desarrollo productivo.

d) Presupuesto anual de inversión pública

Es la asignación de los recursos y gastos en cada gestión fiscal para la ejecución de programas y proyectos de inversión, compatible con el plan de inversiones plurianual, que incluye la pre inversión y Ejecución de la Inversión. (Directrices y formulación del presupuesto de inversión pública 2019)

e) Administración Central

“La administración pública es el conjunto de órganos administrativos que sirven al Estado para la realización de funciones y actividades destinadas a la provisión de obras, bienes y servicios públicos a la sociedad”, según Peredo, P. (2004).

La administración pública central es aquella que corresponde al nivel central del gobierno del Estado, y comprende a todos los Ministerios, secretarías nacionales, entidades descentralizadas, empresas públicas, fondos de inversión y desarrollo que canalizan recursos para la inversión pública sectorial. El Art. 271 Parágrafo I de la Constitución Política del Estado la existencia del nivel central y de las entidades territoriales descentralizadas y autónomas; y el Art. 297, establece las competencia privativas del nivel central del Estado, es decir aquellas que no puede compartir ni transferir a los otros órganos del Estado o entidades territoriales o institucionales, aunque si, puede existir competencias concurrentes y compartidas desde el nivel central con otros niveles de la administración, más específicamente con las entidades territoriales autónomas. (Directrices y formulación del presupuesto de inversión pública 2019).

g) Administración Departamental

Comprende a todos los Gobiernos Autónomos Departamentales o ex-Prefecturas Departamentales y sus Entidades Dependientes, que canalizan recursos para la inversión pública regional, según el Sistema de Planificación Integrado del Estado (SPIE) de acuerdo a la Ley 777 de 21 enero de 2016. Los Departamentos o entidades territoriales autónomas, se encuentran a cargo de los Gobiernos Autónomos Departamentales, en consecuencia, la administración pública es del nivel departamental, de conformidad con el Art. 13 de la Ley 031 o Ley Marco de Autonomías y de Descentralización.

h) Administración Local

La entidad territorial autónoma municipal, se encuentra a cargo del gobierno autónomo municipal, por lo que llega a constituir el nivel de administración local o municipal, de conformidad a la Ley 031 o Ley Marco de Autonomías y de Descentralización.

La entidad territorial autónoma regional, también forma de la administración pública, como nivel de administración regional, de conformidad con Art. 13 de la Ley 031 o Ley Marco de Autonomías y de Descentralización

De la misma manera la entidad territorial autónoma indígena originario campesino, se encuentra a cargo del gobierno autónomo indígena originario campesino, por lo que su administración pública es indígena origina campesino, de acuerdo al Art. 13 de la ley 031 o Ley Marco de Autonomías y de Descentralización.

La Ley 777 de 21 de enero de 2016 o Ley del Sistema de Planificación Integral del Estado (SPIE) (Oficial, Ley 777 SPIE, 2016) tiene el objeto de establecer el Sistema de Planificación Integral del Estado (SPIE) para conducir el proceso de planificación del desarrollo integral del Estado Plurinacional de Bolivia, en el marco de vivir bien; y asimismo establece que el SPIE, es el conjunto organizado y articulado de normas, subsistemas, procesos, metodologías, mecanismos y procedimientos para la planificación integral de largo, mediano

y corto plazo del Estado Plurinacional que permita alcanzar los objetivos del Vivir Bien a través del desarrollo integral en armonía y equilibrio con la Madre Tierra, para la construcción de una sociedad justa, equitativa y solidaria, con la participación de los niveles gubernativos del Estado. Establece además que el SPIE está conformado por los subsistemas de Planificación, Inversión Pública y Financiamiento Externo para el Desarrollo Integral, Seguimiento y Evaluación Integral de Planes.

De conformidad al Art. 17 de la Ley 777 o Ley del Sistema de Planificación Integral del Estado (SPIE) prevé los Planes Territoriales de Desarrollo Integral para Vivir Bien (PTDI) sobre la planificación territorial de desarrollo integral de mediano plazo de los gobiernos autónomos departamentales, gobiernos autónomos municipales y gobiernos autónomos regionales.

2.1.4 El sector salud en Bolivia

El análisis de las dos etapas de estudio, donde se describe el proceso de asignación y ejecución de recursos destinados al sector salud, (binomio madre – niño), comprende:

En la primera etapa de análisis (1997 – 2005) considerado como un periodo de modelo de Nueva Política Económica con características Neoliberales.

Etapas donde el sector privado estaba en mejores condiciones que el Estado para hacerse cargo de los sectores productivos; En los esquemas neoliberales la empresa privada sustituyó el rol protagónico en la dirección de la economía por parte del Estado.

La administración pública, en sus niveles de administración central (gobierno central), local (gobierno local) y departamental (gobierno departamental) y en general los órganos administrativos del Estado, readecuan su organización administrativa (funcional), a partir de la transferencia de servicios de salud, educación y en materia deportiva a favor de los Gobiernos Municipales y las Prefecturas ahora Gobernaciones, dentro de la entonces vigente Ley 1551 o la ley de participación Popular y posteriormente de acuerdo a la Ley 031 Marco de Autonomías y de Descentralización Administrativa. Además, entre otras características

hay que mencionar que el Estado empieza a estimular y aceptar la inversión de los cáptales extranjeros, lo que dio lugar al proceso de capitalizaciones de empresas públicas dando lugar a la constitución de la empresa mixta, o también a la privatización de otras empresas publicas

La falta de apoyo al sector salud fue el área más vulnerable que tuvo Bolivia, en relación a la atención a la morbilidad y mortalidad, la desnutrición y la falta de atención médica fueron factores muy importantes para el desarrollo infantil y la mortalidad materna

En la segunda etapa de análisis que comprende 2006 – 2019, está caracterizada por el cambio de un nuevo modelo de Estado cuya base se encuentra en el denominado Nuevo Modelo Económico Social Comunitario y Productivo (MESCP), cuyo fundamento lo encontramos en el Número 2 del Art. 306 de la nueva Constitución Política del Estado. Según, dicha publicación, el MESCP, busca la ampliación y diversificación de la matriz productiva, ingresando a la industrialización e incrementando valores agregados a los recursos naturales, identificando dos grandes sectores, como los sectores estratégicos generadores de excedentes para los bolivianos; y los sectores generadores de ingresos y empleo, es decir la industria manufacturera, turismo, vivienda, desarrollo agropecuario, y desarrollo tecnológico y otros.

Es en este periodo que Bolivia se basa en las exportaciones de los recursos naturales que la sitúa en una posición donde se considera un país en desarrollo y le permite una mejora sustancial en la asignación y distribución de la riqueza nacional.

Se proyectan, planes y programas de largo, mediano y corto plazo que lleven a Bolivia a un desarrollo sustancial. La adopción de políticas económicas sociales, es la base de crecimiento en Bolivia, tomando en cuenta que en todas las reformas ya descritas se menciona la plena atención a la población en todos sus niveles y dentro de esta importancia como pilar importante es el sector salud la atención al binomio madre-niño.

En este sentido, podemos incluir dentro del análisis que corresponde al tema de investigación, todo lo concerniente al sector salud desde sus objetivos, principios y los diferentes niveles jerárquicos a los que se sujeta.

a) Objetivos del Sistema de Seguridad Social y Salud

El 1920 se crea el sistema de seguridad social boliviano, como respuesta al desarrollo de la red de ferrocarriles que contaba con altas tasas de siniestralidad. Durante décadas de los años 1940 y 1950 se generaliza la protección al trabajador y a su entorno familias. Ello se formaliza en 1956 cuando se dicta el Código de Seguridad Social que da participación a tres actores en el funcionamiento del sistema: Estado, trabajadores y empleadores. De acuerdo al Código de Seguridad Social sancionado el 14 de diciembre de 1956 y que rige el funcionamiento de las Cajas de Salud, el sistema está fundado en los principios de solidaridad económica y social, universalidad en el campo de aplicación y contingencias cubiertas y personas protegidas, unidad legislativa y de gestión (Maceira, 2002).

La seguridad social integral, tiene como fin proteger a los habitantes del Estado de las contingencias de enfermedades y accidentes, y de cualquier otro riesgo que pueda ser objeto de previsión social, así como de las cargas derivadas de la vida familiar y las necesidades de vivienda y recreación que tiene todo ser humano.

La seguridad social debe velar por las personas que están en la imposibilidad de acceder al servicio de salud pública, sea temporal o permanente, para que puedan obtener un ingreso, o puedan asumir responsabilidades financieras excepcionales, para así seguir satisfaciendo sus necesidades, proporcionándoles, a tal efecto, recursos financieros o determinados servicios.

b) Principios Fundamentales del Sistema de Seguridad Social

El sistema de seguridad social integral se basa en los siguientes principios que a continuación se presentan en la tabla No 2

Tabla 2 Principios del Sistema de Seguridad Social

Universalidad:	Es la garantía de protección para todas las personas amparadas por esta Ley, sin ninguna discriminación y en todas las etapas de la vida.
Solidaridad	Es la garantía de protección a los menos favorecidos en base a la participación de todos los contribuyentes al sistema
Integralidad:	Es la garantía de cobertura de todas las necesidades de previsión amparadas dentro del Sistema
Unidad:	Es la articulación de políticas, institucionales, procedimientos y prestaciones, a fin de alcanzar su objetivo.
Participación:	Es el fortalecimiento del rol protagónico de todos los actores sociales, públicos y privados, involucrados en el Sistema de Seguridad Social Integral.
Autofinanciamiento:	Es el funcionamiento del Sistema en equilibrio financiero y actuarialmente sostenible.
Eficiencia:	Es la mejor utilización de los recursos disponibles, para que los beneficios que esta ley asegura, sean prestados en forma oportuna, adecuada y suficiente.

Fuente Sistema de Seguridad Social de Bolivia, 2019

c) La Salud como un Derecho Fundamental

El Art. 18 de la Constitución Política del Estado, consagra que todas las personas tienen derecho a la salud, y que el Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas sin exclusión ni discriminación alguna, que el sistema único de salud será universal, gratuito equitativo, intracultural, intercultural, participativo con calidad, calidez y control social, y que el sistema se basa en los principios de: solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

El Art. 37, establece que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera, y que se priorizará la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

d) Acceso Universal a Sistema Único de Salud

En cuanto al acceso universal a un sistema único de salud, el Art. 35 establece que el Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud; el sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos. Y el Art. 36, consagra que el Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud.

De tal forma se demuestra que la salud es un derecho fundamental y que es una función suprema del Estado en cuanto a su implementación y garantía a favor de todos los bolivianos, es decir, están destinados a cuidar y preservar la potencialidad humana.

Para ello se plantean los siguientes lineamientos:

- El impulso a la seguridad alimentaria y mejoramiento nutricional.
- La ampliación de cobertura y mejoramiento de la calidad de atención.
- La incorporación de patologías regionales en las estrategias de la atención primaria en salud. (Marco conceptual estratégico PGDES 1997-2002)

e) Políticas del Plan General de Desarrollo Económico y Social (PGDES)

- La estabilidad macroeconómica sin ser un objetivo en sí mismo, es una condición necesaria pero no suficiente para consolidar el crecimiento en Bolivia, el diagnóstico precoz, la medicina preventiva y la atención a la sexualidad aun no es de impacto en el binomio madre – niño. (Marco conceptual estratégico PGDES 1997-2002)

f) Políticas del Plan Nacional de Desarrollo (PDES)

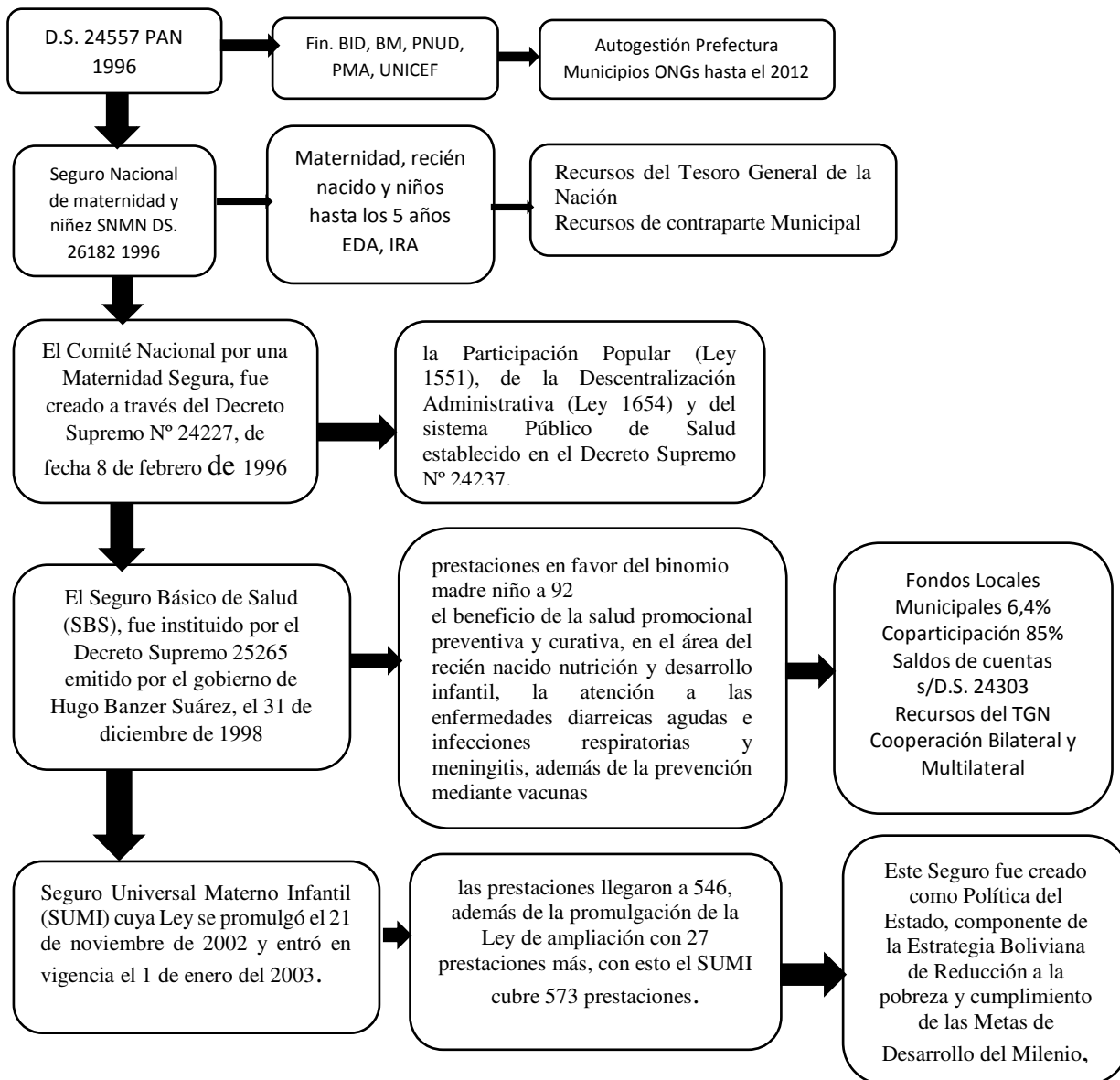
La estrategia de esta política, es la Universalización del acceso al Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, orientada a superar toda la forma de exclusión en salud, que se traduce en altos índices de enfermedades y muerte, pero también en personas con hábitos saludables. (Republica 1998)

También se refiere al fortalecimiento de las redes de salud (infraestructura, equipamiento, insumos, medicamentos, capacitación del personal de las redes de servicios de salud, redes sociales e intersectoriales) en todo el ámbito nacional. El proyecto de extensión de cobertura, desde unidades fijas, unidades móviles de salud, llegara a las poblaciones más dispersas y desprotegidas de todo el país. (Políticas de desarrollo PDES)

2.2. Estado del Arte Marco Teórico

2.2.1 Políticas para el binomio madre niño en Bolivia

Ilustración No 5 Evolución de la Asistencia en Salud Binomio madre niño



a) Primer Periodo 1997 – 2005 (Modelo de la Nueva Política Económica o Neoliberal)

Como se observa en la ilustración No 5. El año 1997 mediante Decreto Supremo 24557 se creó el “Programa de Atención a niños (as)” menores de 6 años (PAN) con el objetivo de garantizar la promoción de servicios de educación inicial, salud, nutrición y protección en todo el territorio nacional, a todos los niños y niñas de cero a seis años de edad” estableciendo

el carácter intersectorial, integral descentralizado y participativo. Teniendo como experiencias precedentes los programas de Centros Integrales de Desarrollo Infantil (CIDI) y el proyecto integral de desarrollo infantil (PIDI).

A partir del año 2006 el “Programa de Atención a niños (as)” menores de 6 años (PAN), que fue liderado por el Gobierno Central con el apoyo de agencias de cooperación, sin embargo pierde varias fuentes de financiamiento (entre ellas la del BID) el Banco Mundial (BM) la Cooperación Italiana, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Programa Mundial de la Alimentación (PMA) y UNICEF, inicia un proceso dirigido hacia la auto sostenibilidad por parte de las Prefecturas ahora Gobernaciones, Gobiernos Municipales y comunidades involucradas. Algunos de los centros se cierran y otros son asimilados por instituciones civiles y/o ONG's que apoyan a la niñez. En el caso del PMA el apoyo se mantiene, pero se prevé una salida gradual en la dotación de alimentos secos hasta el 2012, según el Art. 2 del Decreto Supremo 27928 de 20 de diciembre de 2004.

Asimismo, también el año 1996 ya se cuenta con el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN), a partir de la consideración de que, es política del Gobierno Nacional atender prioritariamente la salud de la Mujer y el Niño bolivianos, aplicando programas sanitarios específicos.

Este Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN) fue creado durante la primera gestión de Gonzalo Sánchez de Lozada, siendo uno de los criterios de del seguro, el número de prestaciones que asciende a 30 las cuales son:

Maternidad: Se otorga a las mujeres gestantes, la necesaria asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, análisis básicos de laboratorio y atención hospitalaria durante el embarazo, el parto, el puerperio y las emergencias obstétricas.

Recién nacidos y niños menores de cinco años Quienes reciben asistencia médica farmacéutica y hospitalaria correspondiente, en los casos de Enfermedades Diarreicas

Agudas (EDA) e Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) clasificadas como neumonías.

Para que las mujeres y los niños sean beneficiarios por el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, el Municipio, en el cual residen las personas aseguradas, deben adscribirse al Seguro mediante Convenio suscrito entre el Gobierno Municipal y la Secretaría Departamental de Desarrollo Humano, a través de la Dirección Departamental de Salud homologado por la secretaria nacional de Salud.

El Seguro Nacional de Maternidad y Niñez se financia de la siguiente manera:

- Recursos del Tesoro General de la Nación
- Recursos de contraparte Municipal

Este seguro estará a cargo de los DILOS que son centros locales.

El Comité Nacional por una Maternidad Segura, fue creado a través del Decreto Supremo N.º 24227, de fecha 8 de febrero de 1996, como un organismo intersectorial orientado a la reducción acelerada de la mortalidad materna y perinatal, siendo así que fue necesario crear el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez enmarcado en los principios normativos de la Participación Popular, Ley de la Descentralización Administrativa y del sistema Público de Salud establecido en el Decreto Supremo N.º 24237.

Luego los Gobiernos Municipales contribuyeron al establecimiento del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez con los recursos destinados al Desarrollo Humano en el marco del Decreto Supremo N.º 24182, realizando acciones, coordinadas entre el Sistema de Salud Pública, la Seguridad Social y las organizaciones privadas sin fines de lucro.

Fue el Ministerio de Desarrollo Humano, quien llevaba a cabo Programas de Acciones Estratégicas (PAE) en el que está incorporado el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez.

El Seguro Básico de Salud (SBS), fue instituido por el Decreto Supremo 25265 de 31 de diciembre de 1998 (Oficial, Seguro Básico de Salud, 1998) emitido por el gobierno de Hugo

Banzer Suárez. En su contenido, se incrementó a las ya citadas prestaciones en favor del binomio madre niño a 92, como dice en su art. 4 de, donde anuncia las prestaciones en beneficio a este sector en cuanto a los niños menores de cinco años quienes obtienen el beneficio de la salud promocional preventiva y curativa, en el área del recién nacido nutrición y desarrollo infantil, la atención a las enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias y meningitis, además de la prevención mediante vacunas

En la primera etapa de investigación, 1997 – 2005, la cobertura económica para el Seguro Básico de Salud, es cubierta con fondos de diversos remanentes que en el momento existía, cuando la asignación de recursos anuales en este periodo alcanza un promedio de 8.56 % siendo este compartido con deportes y cultura, y habiéndose ejecutado el 7.69 %.

En el desglose de los componentes de financiamiento para este seguro son:

- a. Fondos Locales Compensatorios de Salud constituidos con recursos municipales, equivalentes a los seis comas cuatro por ciento (6.4%) del ochenta y cinco por ciento (85%) de la coparticipación tributaria municipal, destinada a inversión, que serán abonados automáticamente por el Ministerio de Hacienda en las cuentas respectivas y administrados por el Gobierno Municipal. Estos fondos cubrirán los costos de medicamentos e insumos (excluyendo vacunas, jeringas y otros insumos esenciales provistos por el nivel central), costo de reposición de materiales, costo de consulta externa, hospitalización, exámenes auxiliares, diagnósticos, visita domiciliaria, costo de viáticos y carburantes para la atención de comunidades rurales sin servicios de salud y costo de transporte de pacientes en casos de emergencia obstétrica.
 - Saldos de las cuentas de los Fondos Locales Compensatorios de Salud establecidos mediante Decreto Supremo N.º 24303 de 24 de mayo de 1996 (Oficial, Seguro Nacional de Maternidad y Niñez 1996).
 - Recursos asignados por el Tesoro General de la Nación para el pago del personal de salud, consignados en la planilla actual del sector salud.

- Recursos de la cooperación bilateral, multilateral o de otras instituciones u organismos, aportados en especie o en efectivo.

La atención de servicios del sector público y de las cajas de salud, otorgará obligatoriamente las prestaciones del Seguro Básico de Salud, así como los establecimientos que, siendo dependientes de Organismos No Gubernamentales, de Organizaciones Religiosas u otros prestadores, ingresen al Seguro Básico de Salud mediante convenios especiales.

Entre otros aspectos de gran importancia en este periodo, es necesario mencionar que el código de seguridad social se fundamenta en el artículo 158 de la Constitución Política del Estado que dice textualmente. “El Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población. Asegura la continuación de sus medios de subsistencia y rehabilitación de las personas inutilizadas, propenderá asimismo del mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar”. El Código de Seguridad Social, señala que “los regímenes de Seguridad Social, se inspiran en los principios de Universalidad, Solidaridad, Eficiencia y Participación, cubriendo las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez, muerte, paro forzoso, asignaciones familiares, etc.

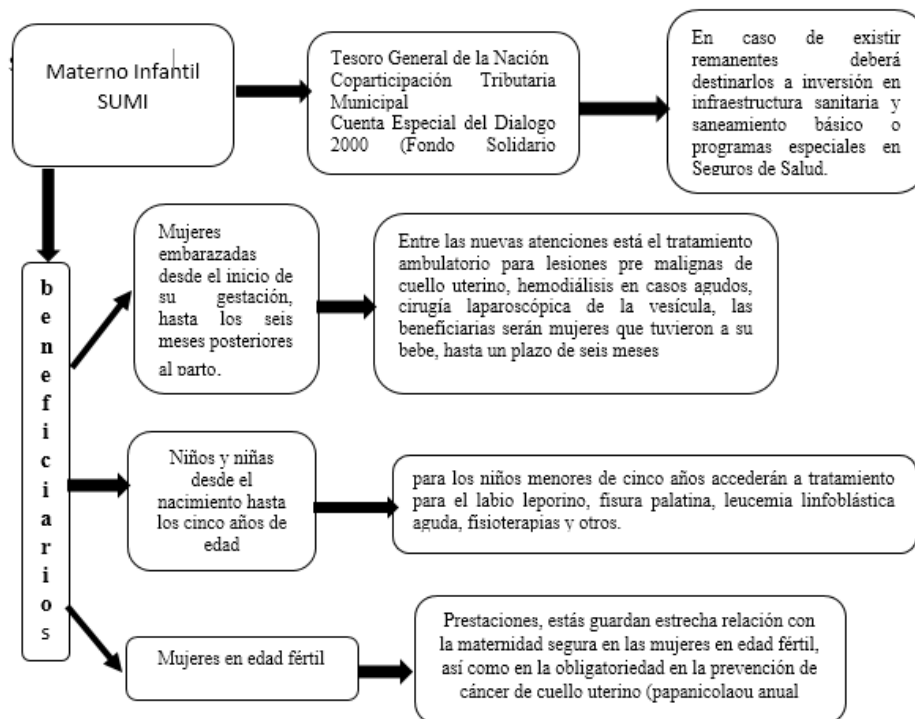
Actualmente existe un seguro que está destinado principalmente a la población más vulnerable (Mujer embarazada y el recién nacido), Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) cuya Ley se promulgó el 21 de noviembre de 2002 y entró en vigencia el 1 de enero del 2003 (Ley SUMI , 2002).

Con el SUMI las prestaciones llegaron a 546, además de la promulgación de la Ley de ampliación con 27 prestaciones más, con esto el SUMI cubre 573 prestaciones.

Este seguro (SUMI) que fue creado el 21 de noviembre de 2002, como Política de Estado, componente de la Estrategia Boliviana de Reducción a la pobreza y cumplimiento de las Metas de Desarrollo del Milenio, de manera más importante fue el propósito de disminuir de manera sostenible la morbimortalidad y mortalidad materna – infantil.

b) **Segundo Periodo 2006 – 2019 (El Nuevo Modelo Económico Social, Comunitario y Productivo)**

Ilustración N° 6 Seguro Universal Materno Infantil SUMI



Como se observa en la ilustración No 6, este periodo ya marcado con un camino relativamente estable en la posición de un mejor trato al binomio madre niño a través del SUMI se basa por primacía en la Constitución Política del Estado que establece que la salud es un derecho básico y por tanto es responsabilidad del Estado protegerla y promoverla bajo las dimensiones de orden colectivo y de un bien individual, el Código de Salud en Bolivia, la Ley N.º 2426 del 21 de noviembre de 2002 y otras normas conexas de carácter marco y específicas que legitiman su implementación y funcionamiento, asignan responsabilidades, valida sus procedimientos administrativos técnico médico, profundiza los procesos de descentralización administrativa y la implementación de las autonomías de las entidades territoriales y privilegia la gestión compartida con participación popular y orienta actividades.

Este periodo es de la implementación del modelo de Estado Plurinacional, cuyas características fundamentales son:

- a) Se reconoce por primera vez la autonomía de las entidades territoriales departamentales, los territorios indígenas originario campesinos y las regiones, los primeros con facultades legislativas y el último con facultades reglamentarias y ejecutivas.
- b) Se reconoce la función suprema del Estado en la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud y la primera responsabilidad financiera, y la prioridad de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. El Estado en todos sus niveles protege el derecho a la salud mediante políticas públicas y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

La descentralización administrativa la cual concede la administración de los recursos económicos y financieros de los departamentos para administrar, controlar y supervisar los recursos humanos y las partidas presupuestarias de los servicios personales del sector salud.

Los Gobiernos Municipales planifican y promueve el desarrollo humano; controla y supervisa el desempeño personal de salud; desarrolla programas de inversión dotando de equipamiento y mantenimiento de la infraestructura del sector salud; administra el equipamiento y mantenimiento de los recursos materiales y de medicamentos.

La asignación del 10% de los recursos HIPC para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en los municipios, y establece mecanismos de control social.

c) El Seguro Universal Materno infantil SUMI

El Seguro Universal Infantil SUMI, cuya creación corresponde al primer periodo y que tiene plena vigencia en este segundo periodo de investigación, es un sistema de aseguramiento público que tiene como objetivos, promover la demanda de servicios eliminando la barrera económica y la garantía del acceso gratuito en grado de cobertura universal, referido a cubrir todos los servicios de promoción, subsidiar la demanda y mejorar los incentivos a los múltiples prestadores de salud mediante un mecanismo de pago por paquete de servicios otorgado de conformidad a la Ley 2426 de 21 de noviembre de 2002 Ley de Seguro Universal Materno Infantil

El SUMI se implementa en todo el territorio nacional, con carácter universal, integral y gratuito, para otorgar las prestaciones de salud en todos los niveles de atención (1er, 2do, y 3er nivel de atención) del Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Seguridad Social a corto plazo, destinados a otorgar asistencia a las mujeres embarazadas desde el inicio de su gestación, hasta los seis meses posteriores al parto y a los niños y niñas desde su nacimiento hasta los cinco años.

El Ministerio de Salud y Deportes, como la máxima autoridad a nivel nacional de salud, tiene la responsabilidad de reglamentar, regular, coordinar, supervisar y controlar la aplicación del SUMI en todos los niveles de atención.

En cada uno de los departamentos el Servicio Departamental de Salud (SEDES) dependiente de la Gobernación, organiza unidades de fortalecimiento y seguimiento de la gestión municipal, como el DILOS y las Redes de Salud, así como el monitoreo del SUMI mediante una unidad departamental del SUMI.

Los DILOS se constituyen en la máxima autoridad en salud en el ámbito municipal y entre otras funciones y atribuciones, son corresponsales de la implementación y cumplimiento de las políticas de salud, de los procesos administrativos técnicos médicos y de la administración de la cuenta municipal de salud SUMI. Es decir, el SUMI tiene un sistema administrativo que pretende profundizar la descentralización y participación popular.

El financiamiento del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) está conformado de la siguiente manera:

- ✓ Tesoro General de la Nación
- ✓ Coparticipación Tributaria Municipal
- ✓ Cuenta Especial del Dialogo 2000 (Fondo Solidario Nacional)

Los gastos correspondientes al personal del Sistema Público de Salud son cubiertos a través del Tesoro General de la Nación

Estas partidas son consignadas en el Presupuesto Anual de la Gobernación de cada Departamento, en la Dirección Departamental de Desarrollo Social y SEDES correspondiente.

Para una eficiente utilización de los recursos humanos asignados al Sistema Público de Salud y con el propósito de garantizar las prestaciones del SUMI, los DILOS comunicaran al SEDES para la consolidación de la planilla departamental, la reasignación de personal de su jurisdicción, en base a políticas dictadas por el Ministerio de Salud y Previsión Social y normas vigentes. Estas reasignaciones no deberán significar variaciones en el presupuesto aprobado de cada gestión fiscal, en la partida servicios personales.

En relación al 10% de los recursos de la Participación Popular (Coparticipación Tributaria Municipal), son destinados a cubrir el financiamiento de insumos, servicios no personales y medicamento esenciales, vinculados exclusivamente con las prestaciones del SUMI, otorgadas en establecimientos y brigadas móviles de Salud de la jurisdicción municipal

El gobierno nacional establece mecanismos que garanticen estabilidad y seguridad para la transferencia regular de estos recursos a los gobiernos municipales (Ley 1551).

El Fondo Solidario Nacional está constituido para otorgar una compensación a aquellos gobiernos municipales cuyos recursos de Coparticipación Tributaria Municipal sean insuficientes para financiar el Seguro Universal Materno Infantil (Ley 2426).

Se puede utilizar hasta el 10% de los Recursos de la Cuenta Especial Dialogo 2000, para el financiamiento de insumos, servicios no personales y medicamentos esenciales del Seguro Universal Materno Infantil.

Si bien la Ley N.º 2426 establece que los recursos para el SUMI, son el 10% de la Coparticipación Tributaria Municipal y el mismo monto a demandar del fondo Solidario Nacional, por convenio firmado por los Gobiernos municipales del país, se estableció una gradualidad para el financiamiento del SUMI con un 7% para el año 2003 8%, para el 2004 el 10% a partir del 2005.

Las Cuentas Municipales de Salud se utilizarán para atender, única y exclusivamente las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil que sean demandadas en la jurisdicción municipal por todo beneficiario que provenga de cualquier municipio y estarán compuestas por:

El 10% de los recursos de la Participación Popular (Coparticipación Tributaria Municipal)

Los recursos del Fondo solidario Nacional provenientes de la Cuenta Especial del Dialogo 2000, se usarán para compensar a aquellos municipios, una vez que se haya utilizado el 10% de la Coparticipación Tributaria.

Los recursos del Fondo solidario Nacional se asignarán a partir del requerimiento que anualmente realice el Ministerio de Salud y Previsión Social al Ministerio de Economía y Finanzas Publicas, los mismos que serán debitados de la cuenta Especial Dialogo 2000.

Se prohíbe terminantemente el uso de recursos del SUMI para el pago de servicios personales, estipendios, viáticos y otros que no esté contemplada en la Ley N.º 2426.

Remanentes

En caso de existir remanente de los recursos establecidos por concepto de Coparticipación Tributaria Municipal, después del pago por atención del Seguro Universal Materno Infantil, el Gobierno Municipal deberá destinarlos a inversión en infraestructura sanitaria y saneamiento básico o programas especiales en Seguros de Salud.

Y en esta segunda etapa de investigación, también encontramos una reducción en la asignación de recursos para este sector, en comparación de la primera etapa. Siendo el promedio durante todo el periodo el 5.86% del total de ingresos, y una ejecución del 4.56% durante esta etapa.

Beneficiarios

El SUMI otorga asistencia sanitaria gratuita a todos los bolivianos, bolivianas y extranjeros con visa de residencia en el país y que sean parte del grupo poblacional a la que va dirigido este seguro público de salud.

- ✓ Mujeres embarazadas desde el inicio de su gestación, hasta los seis meses posteriores al parto.
- ✓ Niños y niñas desde el nacimiento hasta los cinco años de edad.
- ✓ Mujeres en edad fértil.

Prestaciones Del Sumi

Se ha mejorado las prestaciones basado en la demanda y las nuevas patologías que se reportan en el sistema público.

Entre las nuevas atenciones está el tratamiento ambulatorio para lesiones pre malignas de cuello uterino, hemodiálisis en casos agudos, cirugía laparoscópica de la vesícula, las beneficiarias serán mujeres que tuvieron a su bebe, hasta un plazo de seis meses.

En cuanto al beneficio para los niños menores de cinco años accederán a tratamiento para el labio leporino, fisura palatina, leucemia linfoblástica aguda, fisioterapias y otros.

Para las embarazadas, se tiene los exámenes de laboratorio para la detección de enfermedades congénitas como síndrome de Down y la fibrosis quística (afecta a los pulmones y sistema digestivo de los niños).

Las atenciones gratuitas para los beneficiarios del SUMI se brindan en los niveles de atención médica.

Para acceder a cualquier prestación se debe realizar el ingreso desde el primer nivel (postas en barrio o en la población rural donde vive). De ahí la persona será transferida a un segundo nivel (hospital con especialidades), de cada municipio o ciudad donde se encuentre.

En caso de que el paciente requiera algún servicio de especialidad, los especialistas del segundo nivel los transferirán a un tercer nivel (hospitales como el Materno Infantil) que tiene todas las especialidades y equipos para realizar los tratamientos de alta complejidad, como cirugías para el labio leporino o laparoscópicas.

Este Seguro Universal Materno Infantil brinda servicios de salud fundamentalmente a madre niño, la demanda de estos servicios se ha ido incrementando aceleradamente, sin embargo, la atención principal es:

- ✓ Atención ambulatoria integral
- ✓ Hospitalización
- ✓ Insumos medicamentos esenciales y productos naturales tradicionales
- ✓ Servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento médico quirúrgicos
- ✓ Transporte de referencia a contra referencia para emergencias gineco-obstétricas y pediátricas

Mujer Embarazada

El SUMI proveerá y otorgará a la mujer embarazada hasta los seis meses posteriores al parto, atención ambulatoria integral, hospitalización, medicamentos insumos y reactivos, así como

servicios complementarios de diagnóstico y tratamientos médico – quirúrgicos y productos naturales tradicionales.

Menor de Cinco Años

El SUMI, prestara asistencia sanitaria a niñas y niños menores de cinco años con atención ambulatoria integral, medicamentos, insumos y reactivos, así como servicios complementarios de diagnóstico y tratamientos médico – quirúrgicos y productos naturales tradicionales.

Mujer no Embarazada

Las prestaciones y costos para la mujer mayor de 5 años, en edad fértil y hasta los 60 años, están definidas y son sólo aquellas explícitas en el libro de Paquetes y Prestaciones, éstas guardan estrecha relación con la maternidad segura en las mujeres en edad fértil, así como en la obligatoriedad en la prevención de cáncer de cuello uterino (papanicolaou anual) en toda paciente que acuda al SUMI y tratamiento de lesiones pre malignas, contemplando además métodos de anticoncepción voluntaria y libremente consentida.

Prestaciones Excluidas

El Seguro Universal Materno Infantil no cubre las siguientes prestaciones:

- ✓ Ortesis prótesis ortodoncia
- ✓ Cirugía estética
- ✓ Quimioterapia, radioterapia y cobaltoterapia
- ✓ Trasplante de órganos y tejidos
- ✓ Diagnóstico y seguimiento de cromosomopatías y otros síndromes dismórficos
- ✓ Rehabilitación de parálisis cerebral infantil.
- ✓ Otras malformaciones congénitas no especificadas en la lista de prestaciones

El Nuevo Modelo de Gestión (D.S. N.º 26875) asigna responsabilidades por niveles de organización de la prestación de servicios, en concordancia con las atribuciones normativas, de seguimiento y control del Ministerio de Salud y Deportes (MSD), estableciendo cuatro ámbitos de gestión:

- Nacional, correspondiente al Ministerio de Salud y Deportes.
- Departamental, correspondiente al Servicio Departamental de Salud (SEDES) dependiente de su respectiva Prefectura.
- Municipal, correspondiente al Directorio Local de Salud conformado por el alcalde o su representante, un delegado/a del Comité de Vigilancia en representación de la comunidad y el Director Técnico Departamental de Salud.
- Local, establecido en el marco del establecimiento de salud, viabilizando la gestión compartida y concurrente en la gestión de la salud.

La población objetivo de los tres seguros son las mujeres que son madres y los niños y niñas menores de cinco años. A diferencia de, los dos seguros predecesores, las especialidades de traumatología, imagenología, banco de sangre y transfusiones fueron incorporadas en la lista de prestaciones ofrecidas en el SUMI.

El SUMI, además, funciona bajo la premisa de brindar cualquier prestación disponible en el establecimiento de salud, siempre que dicha prestación no sea parte de su lista de excepciones.

Otro de los incentivos para que la mujer embarazada o gestante tenga una atención médica y de alguna manera se pueda apoyar a que los índices de mortalidad reduzcan fue precisamente el Bono Juana Azurduy.

El Bono Juana Azurduy de Padilla

El Bono Juana Azurduy en Bolivia se creó con la finalidad de prestar apoyo a las mujeres gestantes y estas fueran atendidas antes durante y después del parto para disminuir la mortalidad materno infantil en Bolivia.

Ilustración N°. 7 Bono Juana Azurduy de Padilla 2009 - 2016

(En Millones de Bolivianos y Número de Beneficiarios)



Fuente UDAPE 2016

Como se muestra en la ilustración No 7, con las nuevas alternativas dispuestas en el gobierno implementadas en el Estado Plurinacional de Bolivia, como el Modelo Económico Social Comunitario Productivo permitieron la creación de los bonos Juancito Pinto y Juana Azurduy, mismos que hasta el momento beneficiaron a 4.583.422 bolivianas y bolivianos, cifra que representa el 41,6% de la población boliviana.

Este bono ha beneficiado entre 2009 y 2016 a 1.301.643 mujeres que representa al 11,8% respecto a la población del país.

El Gobierno Nacional otorga un total de Bs 1.820 en 33 meses con el objetivo de disminuir los niveles de mortalidad materno infantil, distribuidos en cuatro controles prenatales de Bs50.00,

Parto y post parto Bs120 y 12 pagos bimensuales de Bs125 hasta que la niña o niño cumpla 2 años.

Este incentivo económico de Bs. 1.820.00 destinado a madre bolivianas que no cuentan con algún seguro a corto plazo, tiene por objeto contribuir a la disminución de la mortalidad materno infantil y a la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años

En los últimos años se han realizado esfuerzos para cambiar el modelo de salud boliviano, incorporando un enfoque de carácter universal, intercultural y comunitario con un fuerte énfasis hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; sin embargo, todavía quedan desafíos bastante grandes para consolidar un servicio de salud de alta calidad para la población. (Plan de desarrollo económico y Social PDES 2016-2020)

Se continuará entregando el subsidio Universal Prenatal “Por la Vida” a todas las mujeres embarazadas que no están registradas en los entes gestores de la seguridad social de corto plazo.

CAPÍTULO III: MARCO NORMATIVO LEGAL RELACIONADO CON EL BINOMIO MADRE NIÑO

Las leyes y convenios que existen en el sector salud, para el binomio madre niño, se pueden dividir en dos periodos:

3.1 Primer periodo: 1997 – 2005

a) Constitución Política del Estado del 12 de agosto de 1994

Artículo 7.- Toda persona tiene los siguientes derechos fundamentales, conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio:

1. A la vida, la salud y la seguridad.

Artículo 158 en relación a la salud indica:

2. los regímenes de seguridad social se inspirarán en los principios de universalidad, solidaridad, unidad de gestión económica, oportunidad y eficacia, cubriendo las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez, muerte, paro forzoso, asignaciones familiares y vivienda de interés social. (Constitucion Politica del Estado , 2009)

b) Decreto Supremo 24557 del 7 de abril de 1997: Programa Nacional de Atención al Niño Niña (PAN)

El gobierno crea el Programa de Atención al Niño-Niña menor de 6 años (PAN), con el objetivo de: “garantizar la promoción de servicios de educación inicial, salud, nutrición y protección en todo el territorio nacional, a todos los niños y niñas de 0 a 6 años de edad”, estableciendo el carácter intersectorial, integral, descentralizado y participativo del Programa.

Por Resolución Ministerial N.º 0626 de 29 de octubre de 2002, se resolvió aprobar la estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en sus

componentes clínico, comunitario y neonatal, como base para la política específica del sector en los aspectos relacionados con la atención integral de la salud del neonato, niña y niño menor de 5 años. (Decreto Supremo 24557, 1997)

c) Decreto Supremo 27928 del 20 de diciembre de 2004: Cierre definitivo del PAN

En el artículo primero decreta por objeto establecer el procedimiento de cierre definitivo del PAN y definir los mecanismos que permitan diseñar el marco institucional para continuar garantizando la promoción de servicios de educación inicial, salud y protección en todo el territorio nacional a niños, niñas de 0 a 6, como política prioritaria del Gobierno Nacional. (Decreto Supremo 27928, 2004)

d) Ley de Participación Popular y Descentralización Administrativa del 20 de abril de 1994

Establece la obligatoriedad de la participación de hombres y mujeres de las comunidades, en la definición de los planes de desarrollo local y departamental, priorizando su atención de acuerdo a sus necesidades y demandas comunitarias. (Ley de participación popular y descentralizada , 1994)

e) Decreto Supremo 24303 del 24 de mayo de 1996: Seguro Nacional Maternidad y Niñez

El seguro Nacional de Maternidad y Niñez tiene las siguientes coberturas:

Maternidad: Se otorgará a las mujeres gestantes, la necesaria asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, análisis básicos de laboratorio y atención hospitalaria durante el embarazo, el parto, el puerperio y las emergencias obstétricas.

Recién nacidos y niños menores de cinco años Recibirán asistencia médica farmacéutica y hospitalaria correspondiente, en los casos de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) e Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) clasificadas como neumonías.

Para que las mujeres y los niños sean beneficiarios del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, el Municipio, en el cual residan las personas aseguradas, deberá adscribirse al Seguro mediante Convenio suscrito entre el Gobierno Municipal y la Secretaría Departamental de Desarrollo Humano a través de la Dirección Departamental de Salud homologado por la Secretaria Nacional de Salud. (Decreto supremo 24303, 1996)

f) Decreto Supremo 24447 del 20 de diciembre de 1996: Reglamentación complementaria de las Leyes de Participación Popular y Descentralización Administrativa

Crea defensorías del niño, niña y adolescente y tiene por objeto precautelar la vigencia de sus derechos, otorgándoles protección y defensa socio – jurídica. (Decreto Supremo 24447, 1996)

g) Decreto Supremo 25265 del 31 de diciembre de 1998: Seguro Básico de Salud

Que en su Artículos 4to 5to indica las prestaciones a las que debe regir en beneficio de la niñez. Todos los niños y niñas menores de cinco años tienen derecho a la atención de salud promocional, preventiva y curativa en las siguientes áreas: Atención del recién nacido Promoción de la nutrición y desarrollo infantil. Atención de enfermedades infecciosas que incluyen enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas, sepsis y meningitis. Prevención de enfermedades mediante la vacunación

Prestaciones en beneficio de la mujer. Todas las mujeres tienen derecho a la atención de salud preventiva, promocional y curativa en las siguientes áreas: Control prenatal Atención del parto y del recién nacido Control postparto Prevención y atención de las complicaciones del embarazo Transporte de emergencia obstétricas. Información, educación y comunicación sobre parto institucional (Decreto Supremo 25265, 1998)

g) Decreto Supremo 28543 del 22 de diciembre de 2005: Programa Nacional de Atención Integral a Niños, niñas de 0 a 6 años

Que indica en su artículo uno determina las atribuciones y competencias del Viceministerio de la Niñez, Juventud y Tercera Edad, los Servicios Departamentales de Gestión Social de las Prefecturas de Departamentos y de los Gobiernos Municipales, para garantizar la continuidad de los servicios que presta el Programa Nacional de Atención Integral al Niño, Niña de 0 a 6 años, en tanto se definan la Políticas, Plan de Acción y Consulta sobre desarrollo integral infantil.

En el artículo 4 en relación a las entidades públicas encargadas de la continuidad del programa, la labor de continuidad en la prestación de servicios integrales de desarrollo infantil, en el marco del Código del Niño, Niña y Adolescente y su Reglamento, Ley Descentralización Administrativa y de Municipalidades, corresponde al Viceministerio de la Niñez, Juventud y Tercera Edad, los Servicios Departamentales de Gestión Social - SEDEGES de las Prefecturas de Departamentos y a los Gobiernos Municipales. (Decreto Supremo 28543 , 2008)

h) Ley 2426 de 21 de noviembre de 2002: Seguro Universal Materno Infantil

Donde se crea el Seguro Universal Materno Infantil en todo el territorio nacional con carácter universal, integral y gratuito, para otorgar las prestaciones de salud en los niveles de atención del Sistema de Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo a:

- ✓ Las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto.
- ✓ Los niños y niñas desde su nacimiento hasta los 5 años de edad.

El Ministerio de Salud y Previsión Social, como la Autoridad Nacional de Salud, tiene la responsabilidad de reglamentar, regular, coordinar, supervisar y controlar la aplicación del Seguro Universal Materno Infantil en todos los niveles establecidos.

Las disposiciones de esta Ley son de orden público, tienen carácter obligatorio y coercitivo para todo el Sistema Nacional de Salud, Gobernaciones, Gobiernos Municipales, el Sistema

de Seguridad Social de Corto Plazo, y, sin excepción alguna, para todas las Cajas de Salud y aquellas Instituciones sujetas a convenio.

Los Gobiernos Municipales tienen la responsabilidad de implementar el Seguro Universal Materno Infantil. (Decreto Supremo 2426, 2002)

3.2 Segundo Periodo: 2006 – 2019

En el segundo periodo se incluyeron nuevas políticas en apoyo al binomio madre – niño estas comprenden:

a) Decreto Supremo 66: Bono Juana Azurduy

Se instituye el incentivo para la maternidad segura y el desarrollo integral de la población infantil de 0 a 2 años de edad mediante el Bono Madre Niño – Niña 'Juana Azurduy', en el marco del Plan Nacional de Desarrollo y las políticas de erradicación de la pobreza extrema. (Decreto Supremo 66)

b) Ley 475 de 20 de diciembre de 2013: Ampliación de Prestaciones de Salud de 475 a 700

Atención Integral de Salud.

Son las acciones de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades con tecnología sanitaria existente en el país y de acuerdo a capacidad resolutive de los establecimientos de salud.

Atenciones de Salud Sexual y Reproductiva. Son todas las acciones destinadas a la prevención y tratamiento de lesiones premalignas del cáncer de cuello uterino, así como la orientación y provisión de métodos de anticoncepción voluntaria y libremente consentida, el tratamiento de infecciones de transmisión sexual y aquellas priorizadas por el Ministerio de Salud y Deportes, que guarden estrecha relación con una maternidad segura.

Esta Ley tiene como ámbito de aplicación el nivel central del Estado, las entidades territoriales autónomas y los subsectores de salud público, de la seguridad social de corto plazo y privado bajo convenio y otras entidades reconocidas por el Sistema Nacional de Salud

Son beneficiarias y beneficiarios de la atención integral y protección financiera de salud, todos los habitantes y estantes del territorio nacional que no cuenten con algún seguro de salud y que estén comprendidos en los siguientes grupos poblacionales:

1. Mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis (6) meses posteriores al parto.
2. Niñas y niños menores de cinco (5) años de edad.
3. Mujeres y hombres a partir de los sesenta (60) años.
4. Mujeres en edad fértil respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva.
5. Personas con discapacidad que se encuentren calificadas según el Sistema Informático del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad – SIPRUNPCD. (Ley 475 , 2013)

c) Ley 1178 (SAFCO)

Es una ley de Administración y Control Gubernamental. que norma el sistema de administración y control gubernamental. Contiene normas para programar, organizar, ejecutar y controlar las actividades administrativas y sobre todo la captación y el uso racional de los recursos públicos, permitiendo el ajuste oportuno de las políticas municipales, los programas, la presentación de los servicios básicos y el cumplimiento de los proyectos de desarrollo. (Ley 1178, 1990)

d) Ley Marco de Autonomías y Descentralización de 19 de julio de 2010

El objetivo de esta ley es la de regular el régimen de autonomías por mandato del 271 de la Constitución Política del Estado. Uno de los alcances de esta ley es brindar las directrices

para la elaboración democrática y participativa de los Estatutos Autonómicos y cartas orgánicas de acuerdo a la organización territorial y su coordinación con el nivel central del Estado además de regímenes

Las directrices presupuestarias (también llamadas circulares presupuestarias) son normas emitidas anualmente por los ministerios de Hacienda, Economía o Finanzas (u órganos similares) al inicio de cada ciclo presupuestario, y es a través de estas directrices que se realiza el presupuesto anual en Bolivia. (Ley Marco de autonomías y descentralización , 2010)

CAPÍTULO IV: LA RELACIÓN GASTO EN EL BINOMIO MADRE NIÑO Y LA MORTALIDAD MATERNA EN BOLIVIA

Este capítulo presenta el análisis sobre la relación entre la ejecución presupuestaria en salud en el binomio madre niño y la mortalidad materna en Bolivia. El capítulo se divide en dos secciones, inicialmente se presenta un análisis descriptivo sobre la inversión pública, su composición, la inversión en salud, sobre el gasto en el binomio madre niño y la mortalidad materna. Posteriormente, se presenta el análisis econométrico correspondiente para medir el efecto de la ejecución presupuestaria en salud en el binomio madre niño sobre la mortalidad materna en Bolivia.

4.1 Análisis estadístico descriptivo

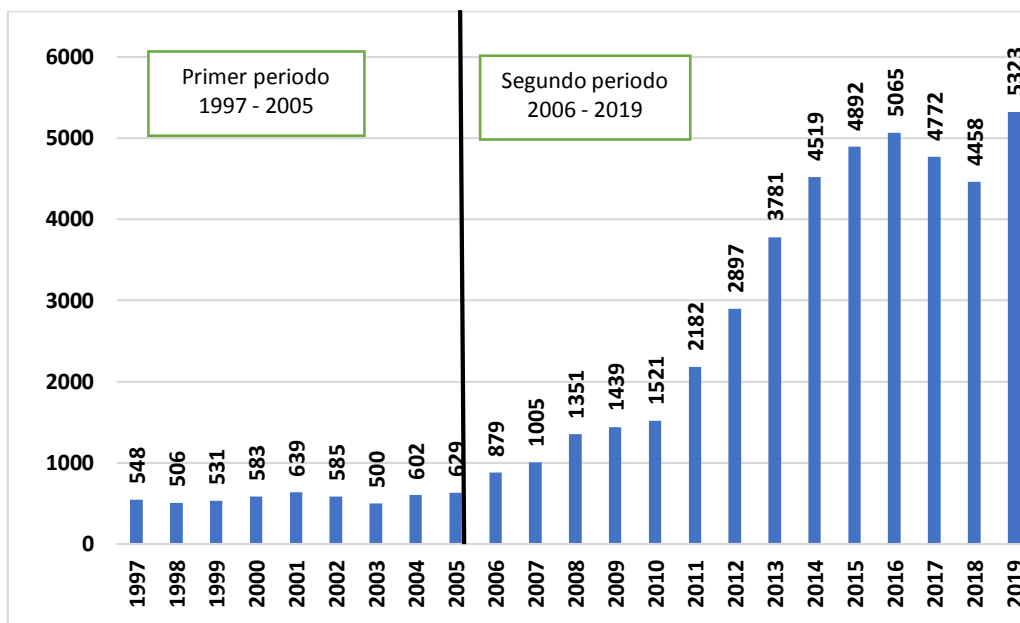
La descripción y análisis del sector salud binomio madre – niño en Bolivia, se basa en datos disponibles que se ha complementado con tablas y datos secundarios. La sección pretende describir la situación actual del sector salud en Bolivia, comenzando con la inversión pública, así como también se toma en cuenta el estudio de las principales causas de mortalidad y la atención requerida por el sistema de salud, tanto como la calidad de atención.

4.1.1 Evolución de la Inversión Pública 1997 – 2019

La Ilustración N° 8 muestra la evolución de inversión Pública en Bolivia en ambos periodos de estudio:

Ilustración N°. 8 evolución de la Inversión Pública en Bolivia 1997 – 2019

(Millones de dólares)



Fuente Datos Ministerio de Planificación y Desarrollo 2019

El impulso al crecimiento económico en Bolivia considera principalmente a la inversión pública. Nótese que en la gestión 1997 La inversión pública alcanza a 548 millones de dólares americanos, siendo que la población según índices que publica el Instituto Nacional de Estadística (INE) asciende a 288,220 atenciones prenatales y 131,669 partos atendidos. Terminando el primer periodo de estudio en la gestión 2005, la inversión pública asciende a 629 de millones de dólares americanos, registrando, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), 355,260 atenciones prenatales nuevas y 177,108 partos atendidos, tomando en cuenta que en el área rural la atención de partos en su mayoría se realiza en domicilio con ayuda de una persona capacitada o una partera.

En el segundo periodo analizado, en el año 2006 se incrementa la inversión pública a 874 millones de dólares americanos, sin embargo, la población para esta gestión asciende a 368,748 atenciones prenatales nuevas y la atención de partos fue de 184,381 sin mucho cambio en las medidas de atención para el binomio madre - niño. A partir de esta gestión, el crecimiento fue sostenido, llegando hasta la gestión 2019 dónde la inversión pública se

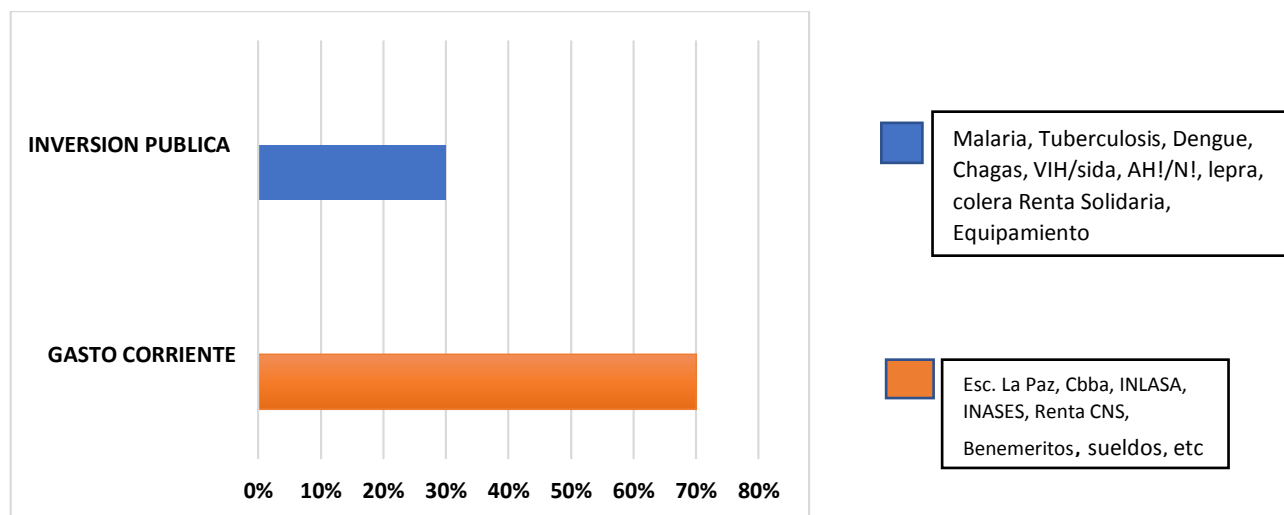
incrementó a 5,323 millones de dólares americanos, y el crecimiento poblacional de atenciones de prenatal nuevas alcanza a 284,445 y atenciones de parto fueron 201,678.

Si bien las cifras se incrementan en función de la inversión pública, nótese que este sector no ha sido atendido acorde a las necesidades de acuerdo al crecimiento poblacional.

4.1.2 Caracterización de la oferta de salud en Bolivia

Los recursos que el sector salud recibe anualmente son distribuidos de acuerdo a las necesidades primordiales y además las necesidades de la población, dentro de la asignación de recursos anuales en el sector Salud de acuerdo a la Ilustración N° 7 indica que el 70% corresponde al gasto corriente que asume sueldos al personal, mantenimiento de la Escuela de Salud La Paz, Cochabamba, INLASA, INASES, Renta CNS, a los beneméritos entre otros, etc.

Ilustración N°. 9 distribución de las Asignaciones Presupuestarias en el sector Salud 1997-2019



Fuente Propia con base a datos del SNIS 2018

Como se observa en la ilustración N° 9, el 30% que corresponde a la inversión pública, se aplica a programas de diversas enfermedades siendo letales y cuya característica principal es

el contagio por diversas causas y estas corresponden a la malaria, tuberculosis, chagas, VIH/sida, AHÍ/NI, lepra y cólera. Así mismo, los recursos del sector salud van en apoyo a las rentas que también son una responsabilidad del sector Salud.

Similarmente, se puede advertir que los recursos son limitados y totalmente sujetos a determinados gastos que este sector posee en la atención básica a nuestras necesidades sin poder realizar realmente inversiones de magnitud acordes al crecimiento demográfico y prevención en salud.

a) Los establecimientos de salud

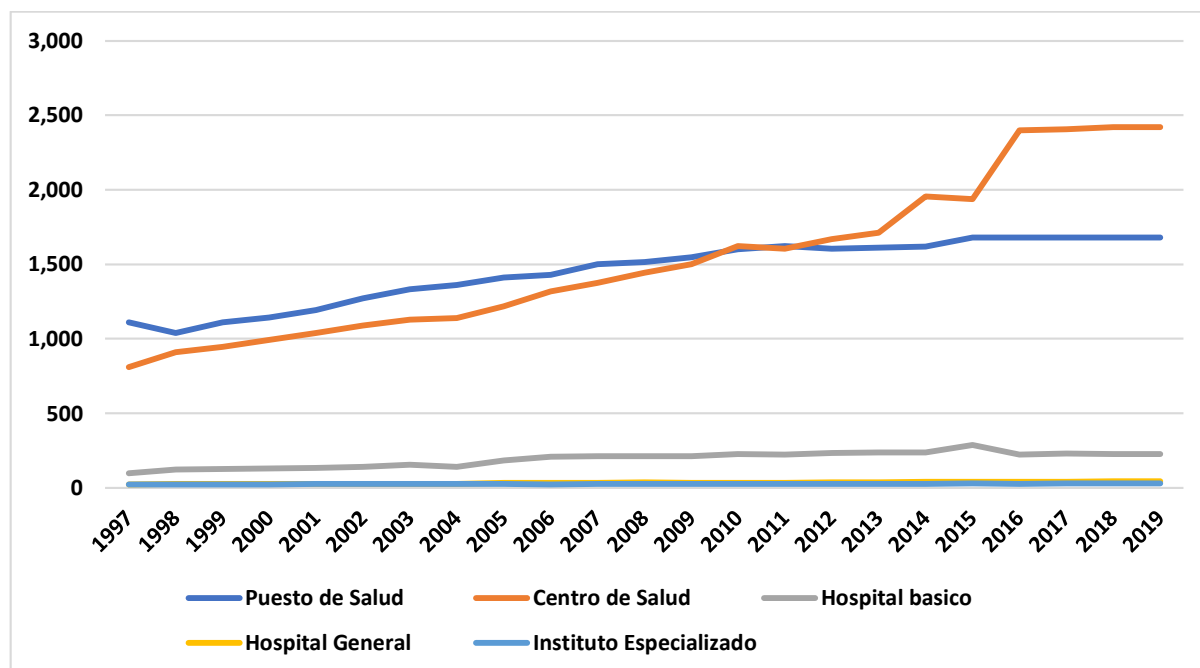
En la ilustración N° 10 se puede observar la cantidad de establecimientos de salud que existen en el país para atender los requerimientos de la población. En la gestión 1997 se tiene un total de 2065 instituciones de salud en Bolivia, entre puestos de salud, centros de salud, hospitales básicos, hospitales generales e institutos de especialización. La ilustración N° 10 también muestra que se tiene una tendencia de crecimiento hasta la gestión 2005 haciendo un total de 2870 establecimientos en este año. Para el año 2006 se tiene 3017 establecimientos de salud en total y para el año 2019 se tiene 5899 establecimientos. Estos datos sugieren que durante el periodo 1997-2005 el número de establecimientos de salud en el país crecieron a un ritmo anual promedio de 2,3%, mientras que durante el periodo 2006-2019 los establecimientos crecieron a una tasa anual promedio de 6,4%.

La evolución en hospitales de 2do nivel fue como sigue: para el año 1997 se tenía 98 hospitales básicos y para el año 2005, éste ascendió a 182 hospitales básicos. Mientras que el año 2006 se contaba con 209 el año 2019 se tenía 226 establecimientos.

De igual manera, en relación a los hospitales de 3er nivel para el año 1997 éstos eran 24 y de especialidad 23, mientras que el año 2005 éstos llegan a 33 hospitales generales y de especialización a 25. Nótese que los hospitales de 3er nivel o de especialidades son los que vendrían a cubrir las necesidades específicas de cada enfermedad y por ende las necesidades de la población materno infantil. El año 2006 se tenían 34 hospitales generales y de

especialidad 23, mientras que el año 2019 éstos eran 45 hospitales generales y de especialización a 30.

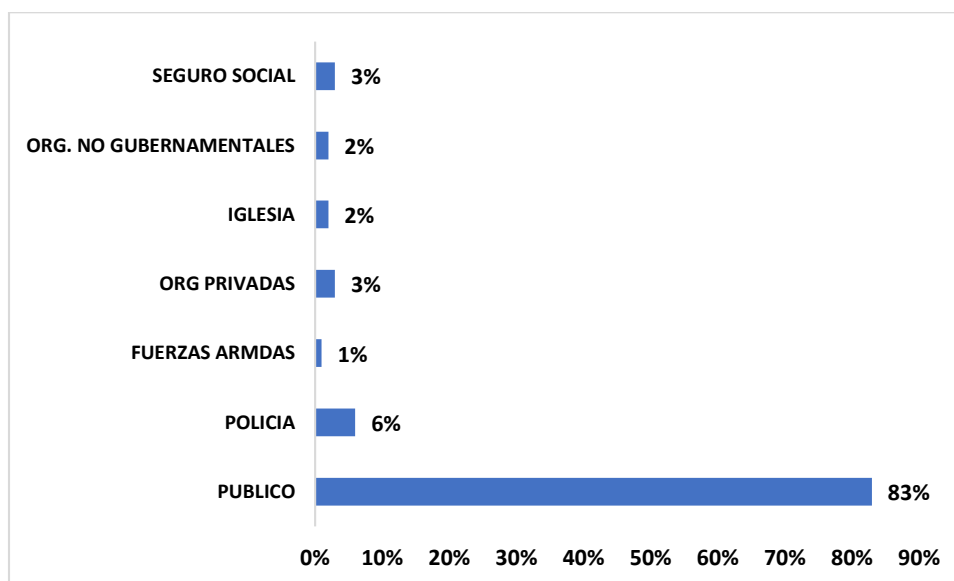
Ilustración N° 10 Crecimiento de Establecimientos de Salud en Bolivia 1997-2019



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Instituto Nacional de Estadísticas 2019

Así mismo también se toma cuenta la composición de los establecimientos de salud, como se observa en la ilustración N°. 11, los establecimientos públicos ascienden al 83% del total de los establecimientos. También se tiene a las organizaciones privadas con el 5.8%, la iglesia también se integra a la salud y su atención con el 2.3%, la policía, en atención a la población con el 0.2%, la asistencia médica que provee. Las Fuerzas Armadas también forman parte de esta composición con el 0.2%, otros interesados en la salud son las Organizaciones no Gubernamentales cuyo propósito desde ya incluidos en sus estatutos que, al crearse, son Instituciones sin fines de lucro y en apoyo a este sector tiene el 3.1%, y por último se encuentran los Seguros Sociales (Cajas) con el 5.7%. de esta manera se puede observar que la atención pública contiene el mayor porcentaje de atención, y sin embargo, aún se nota falencias en este sector.

Ilustración N°. 11 composición de Establecimientos de Salud en Bolivia 1997-2019



Fuente: Elaboración propia en base a datos de SNIS 2019 (Resumen de Gestión)

b) El comportamiento del gasto en salud en el binomio madre-niño

Como se presenta en la Tabla N° 2, el gasto público en el binomio madre-niño se ha incrementado de manera importante en los últimos años. Aunque con mayor intensidad en el periodo 2006-2019. Mientras que el gasto promedio anual en el binomio madre niño fue de 35 millones de bolivianos en el periodo 1997-2005, éste fue de 149 millones de bolivianos en el periodo 2006-2019. De igual manera, mientras que el gasto en el binomio madre niño crecía a un ritmo de 8% anual en el periodo 1997-2005, éste lo hizo al ritmo de 13.5% en el periodo 2006-2019.

Tabla N° 2 Comportamiento del gasto en salud en el binomio madre-niño

(En millones de bolivianos)

	1997-2005	2006-2019
Gasto anual promedio	35.45	148.85
Tasa de crecimiento anual promedio	8%	13.50%

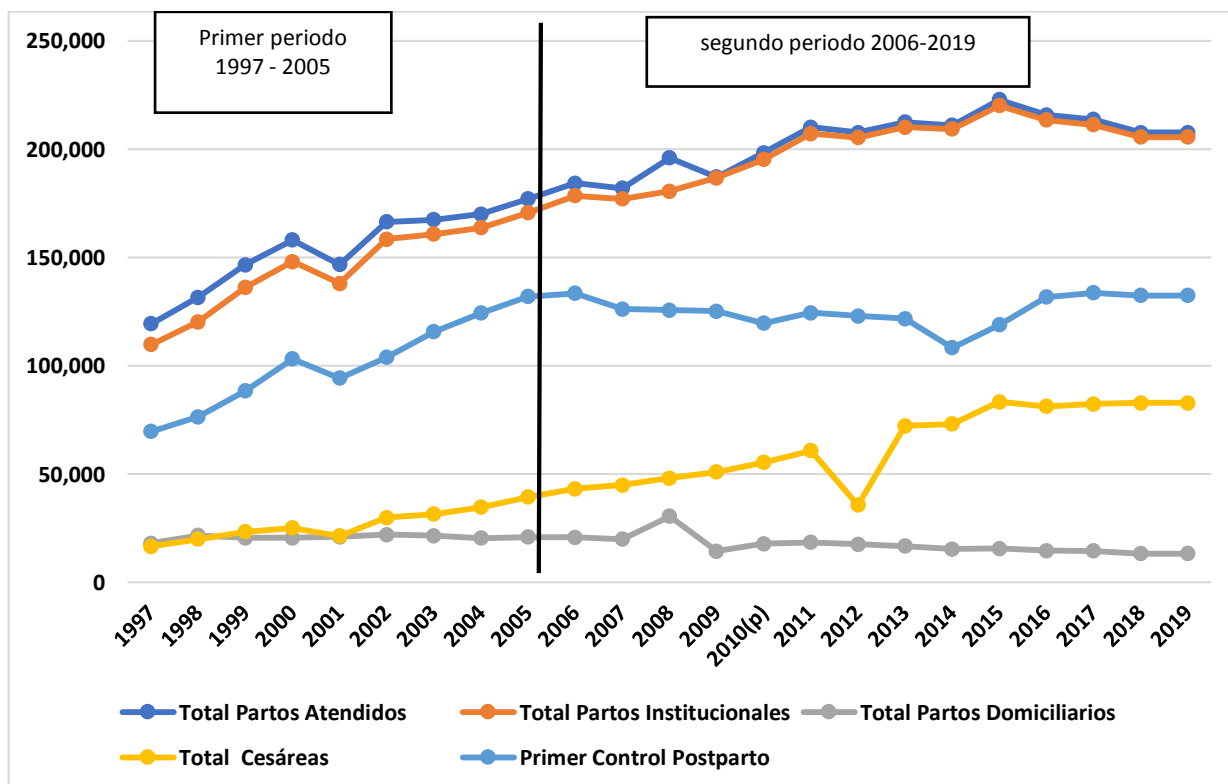
Fuente Elaboración propia con base a datos del Ministerio de Economía y Finanzas publicas 2019

4.1.3 La Mortalidad Materna en Bolivia

a) Atención de Partos

Como se presenta en la ilustración N°. 12, el número de partos atendidos se incrementó de 177.108 en el año 2005 a 215.886 el año 2019. Los partos realizados en establecimientos de salud o institucionales, es decir los atendidos por personal capacitado o médicos el 2005 fueron 170.689, mientras que los que fueron atendidos en domicilios, por parteras o personas entendidas en partos, fueron 20.821. El año 2019 los partos institucionales fueron de 205.680, mientras que 13,360 fueron atendidos en su domicilio por personal de salud o partera adiestrada o capacitada (Instituto Nacional de Estadísticas, 2019)

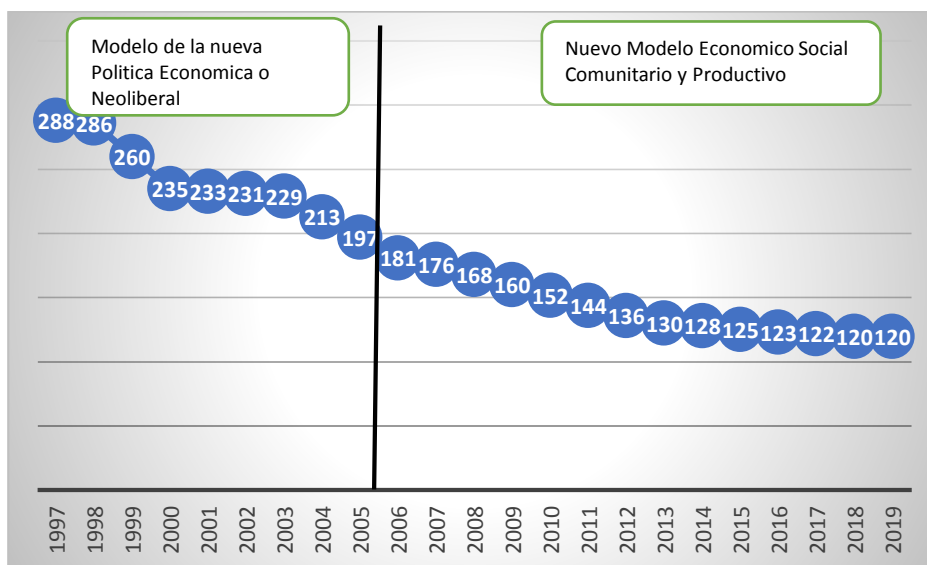
Ilustración N°. 12 Partos y Post partos Atendidos en Bolivia 1997 – 2019



Fuente: Elaboración propia con base a datos de INE 2019

b) La mortalidad materna en Bolivia

Ilustración N°. 13 mortalidad Materna en Bolivia 1997 2019 por cada 100.000 niños nacidos vivos



Fuente: Elaboración propia con base a datos del SNIS reporte informativo 1997 2019

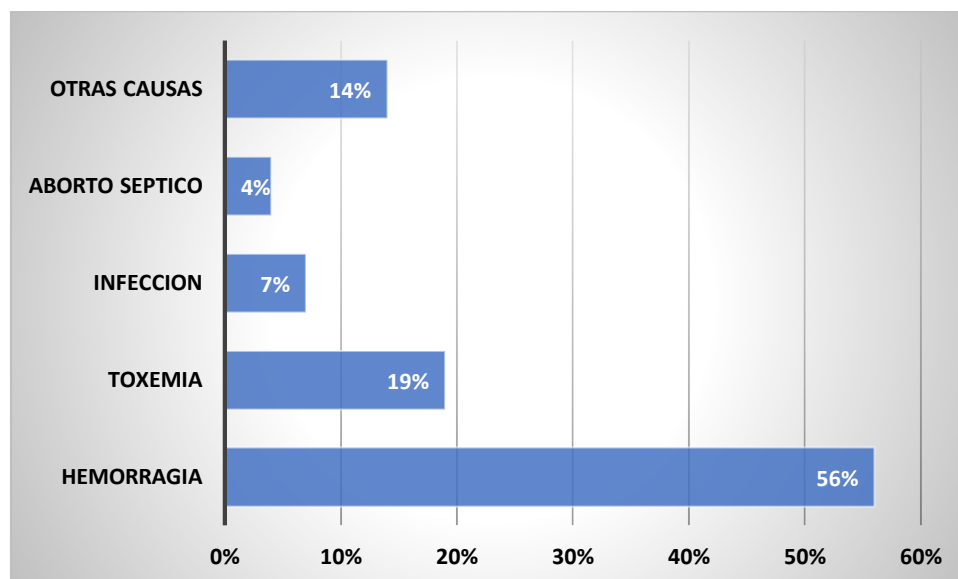
Como se observa en la ilustración N°. 13 precedente, en el primer periodo 1997-2005, se tiene un alto índice de mortalidad materna. Para el año 1997 este índice tiene un valor de 288 por cien mil nacidos vivos, sin embargo, con el seguro social ya vigente desde ese año se puede observar el decrecimiento de este índice llegando al año 2005 a 197 por cien mil nacidos vivos. Esta política se constituye en un avance considerable para la mejora de la salud materna, sin embargo, la falta de conocimiento sobre ese seguro y las coberturas que este tenía eran aún limitadas. Así, las principales causas que pueden explicar este valor es la falta de atención médica a consecuencia de recursos económicos reducidos y el desconocimiento del seguro dentro de la sociedad.

En el periodo 2006-2019, según datos del INE, la mortalidad alcanza un valor de 181 por cien mil nacidos vivos el año 2006 y un valor de 120 mil nacidos vivos para el año 2019. La ampliación en las prestaciones para el niño y la madre, la mejora en el alcance de atención médica y la cobertura con el seguro social, fueron factores que explican este gran descenso. (Instituto Nacional de Estadísticas , 2019)

c) Causas de Mortalidad Materna en Bolivia

Como se explicó anteriormente si bien ha habido una reducción importante en la mortalidad materna en Bolivia, ésta aún es una de las más altas de la región, (Ilustración 14). Entre las causas frecuentes que pueden explicar la mortalidad materna en Bolivia se tiene a: las hemorragias con el 56 %, toxemia el 19%, infección el 7%, aborto séptico el 4%, y por otras causas el 14%, (Ilustración N° 12)

Ilustración N°. 14 causas de la mortalidad Materna en Bolivia 1997 – 2019



Fuente: SNIS 2019

Entre las causas indirectas de muerte materna en Bolivia están el cáncer y el VIH. Mientras que entre las causas externas están los accidentes de tránsito, suicidios y asesinatos que están dentro de los 14%.

Los casos de muertes maternas que ocurren fundamentalmente en el momento del parto o cesárea representan el 40%, mientras que el 30% ocurren durante el embarazo y el restante 30% acontece durante el post parto A nivel nacional, la muerte materna ocurre en un 42% en el domicilio y el 37% en un establecimiento de salud

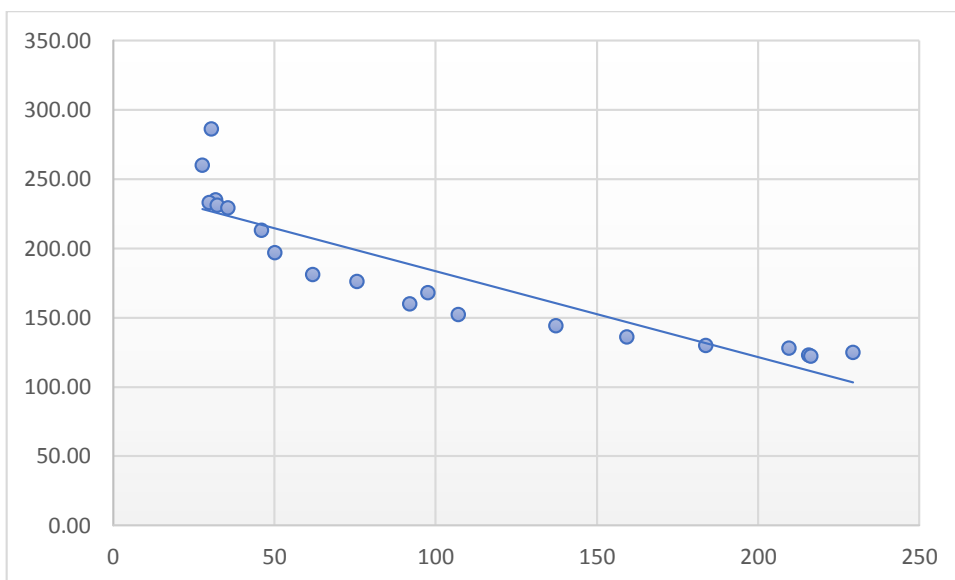
Caracterizando por condición social, se tiene que la mayoría de las mujeres que fallecen en el momento del parto son jóvenes, con baja escolaridad, alta fecundidad, ruralidad y pobreza. Asimismo, el 68% de las muertes maternas ocurre en mujeres con pertenecía étnica.

Por otro lado, se estima que en el país ocurren, aproximadamente, algo más de 8.000 muertes neonatales por año. La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y Potosí, concentran algo más del 80% del número de muertes de neonatos, según el Instituto Nacional de Estadística (INE).

d) La correlación entre el gasto de salud en el binomio madre niño sobre la tasa de mortalidad materna

En la ilustración No. 15, se presenta en el eje Y la mortalidad materna y en el eje X la ejecución del presupuesto de gasto en el binomio madre niño en Bolivia, en el periodo 1997-2019. Como se puede observar existe una relación negativa entre estas dos variables, es decir, que valores altos de mortalidad materna están relacionados con valores bajos de gasto en el binomio madre niño, y viceversa, valores bajos de mortalidad materna están relacionados con valores altos de gasto en el binomio madre niño. El coeficiente de correlación lineal entre estas dos variables calculado es de 0.9, es decir que existe una asociación lineal negativa elevada entre estas dos variables.

Ilustración N°. 15 relación entre la mortalidad materna y el gasto en el binomio madre niño en Bolivia (1997-2019)



Fuente: elaboración propia con base a información del INE 2019

4.1.4 Efectos de la ejecución del presupuesto de Inversión Pública en el binomio madre niño sobre la tasa de mortalidad materna, 1997 – 2019

Para establecer el efecto de la ejecución del presupuesto de inversión pública en salud relacionado a la atención madre niño sobre la mortalidad materna, es necesario recurrir a otras herramientas estadísticas más avanzadas. Dada la estructura de la información con la que se cuenta, el análisis se realiza a través de modelos adecuados a datos de panel, estimando los siguientes tres modelos: modelo combinado (o *pooled*), modelo de efectos fijos y modelo de efectos aleatorios. Como se explica más adelante, los tests convencionales descartan la posibilidad de implementar un modelo de datos de panel dinámico (System-GMM).

La ecuación de estimación tiene la siguiente forma:

$$Y_{it} = \alpha_i + \beta_i * X_{it} + \gamma * Z_{it} + \varepsilon_{it}$$

Dónde:

El subíndice i representa a los departamentos de Bolivia, mientras que el subíndice t describe la dimensión tiempo, medida en años.

Y_{it} = es la variable dependiente, cuantifica la cantidad de fallecimientos de madres, a través del índice de mortalidad materna en el departamento i en el tiempo t .

X_{it} = es la variable independiente de interés, ésta representa el presupuesto ejecutado para la atención madre – niño en el departamento i en el tiempo t .

Z_{it} = es un vector que representa a las variables de control, es decir, variables que también tienen efecto sobre la mortalidad materna pero no son objeto principal de la investigación, las mismas consisten en: variables dicotómicas que capturaran las modificaciones en las políticas de salud (decretos supremos implementados), el Producto Interno Bruto para medir la actividad económica, el nivel de desarrollo, y la economía en general, y el tamaño de la población para medir la carga sobre el sistema de salud. Las variables se encuentran medidas en logaritmos.

El coeficiente β se constituye en el estimador de interés que expresará en qué porcentaje varía la mortalidad materna en Bolivia ante un incremento de 1% en la ejecución presupuestaria para la atención madre-niño.

La base de datos se encuentra en los Anexos, comprende el periodo 1997 – 2019, es decir, un periodo de 22 años, para 9 departamentos, haciendo un total de 198 observaciones para las estimaciones.

La estimación se llevó a cabo con el uso del software Stata, en su versión 15.0

Los detalles técnicos sobre las estimaciones son los siguientes:

- La ventaja de usar datos de panel para las estimaciones es el aumento en la precisión de los parámetros estimados, esto debido al mayor número de observaciones utilizadas al combinar datos de corte transversal con los de series de tiempo. Otra característica importante en ese tipo de estructura de datos es que se puede controlar por características individuales no observables que pudieran causar sesgos en estimaciones con otro tipo de datos.

- El modelo combinado (*pooled*) impone restricciones a los parámetros individuales, al establecer una constante común ($\alpha_1 = \dots = \alpha_i = \alpha$) y un efecto común ($\beta_1 = \dots = \beta_i = \beta$) con respecto a las variables exógenas. Este estimador aplica Mínimos Cuadrados Ordinarios a los datos, como si éstos fuesen de corte transversal. Si el modelo está correctamente especificado y las variables son exógenas, y el tamaño de muestra es grande, entonces sus resultados tienen las propiedades estadísticas deseadas.
- El modelo de Efectos Fijos permite una constante individual para cada individuo (α_i). Así, este modelo permite capturar las características de los individuos que no cambian en el tiempo, reduciendo bastante la posibilidad de sesgo por variable omitida en la estimación. Este modelo es equivalente a estimar la regresión con una variable dicotómica para cada individuo.
- El modelo de Efectos Aleatorios asume que las α_i son variables aleatorias que no están correlacionadas con las variables explicativas. Se supone, además, que esas variables son independientes e idénticamente distribuidas (i.i.d). Si se cumple este supuesto, este modelo tiene buenas propiedades.

Para el análisis sobre la bondad de ajuste del modelo se han considerado aspectos referentes a los supuestos de MCO:

- Se ha verificado la inexistencia de *multicolinealidad*, es decir si las variables explicativas se encuentran linealmente correlacionadas entre ellas. Si este fuera el caso, la precisión de las estimaciones serían dudosas. Para verificar la existencia de este problema en el modelo se ha estimado el “Factor de Inflación de la Varianza”.
- Otro factor que se debe determinar es la existencia de *heteroscedasticidad* en el modelo; es decir si la varianza del error es constante en el modelo, o en términos prácticos si los datos se encuentran homogéneamente distribuidos alrededor de la

recta. En todas las estimaciones se implementan los llamados errores estándar robustos a la heteroscedasticidad de White. Es decir, se calcula la varianza de la estimación como si ya existiese heteroscedasticidad, eliminando la posibilidad de que este afecte a la estimación.

- El modelo de efectos fijos aplicado en el presente trabajo reduce la posibilidad de haber *omitido variables* al controlar automáticamente por cualquier factor que afecte a la mortalidad materna pero que no varíe en el tiempo.

- Otro factor importante es el supuesto de exogeneidad del análisis de regresión. Es, si en el momento t la mortalidad materna puede explicar la ejecución presupuestaria del gasto en el binomio madre niño. Efectivamente, puede darse el caso que los departamentos con mayor tasa de mortalidad materna sean los que más inviertan en el binomio madre niño. En este caso, si aplicamos Mínimos Cuadrados Ordinarios los resultados de las estimaciones serían erróneos (sesgados). Por ello, dado este caso se aplica el método de Variables Instrumentales en lugar de Mínimos Cuadrados Ordinarios. Los instrumentos utilizados son los valores pasados de la ejecución presupuestaria, estas variables como son del pasado ($t-i$) no pueden ser explicados por la mortalidad materna en (t), así cumplen como instrumentos al ser de esta manera “exógenos”. También cumplen como instrumentos al ser “relevantes”, es decir que estos valores pasados de la ejecución presupuestaria en el binomio madre niño en ($t-i$) explican la ejecución presupuestaria en (t).

Los resultados de la estimación se presentan en la Tabla N° 3.

Tabla 3 Estimación del modelo por Variables Instrumentales

Variable dependiente: Log Mortalidad materna	Pooled	Efectos fijos	Efectos Aleatorios
Log Inversión Madre Niño	-0.4*	-0.91**	-0.71**
Log PIB	-0.13	-0.11	-0.07
Log población	0.01**	0.02**	0.01**
Dummy 2006	-0.07***	-0.08**	-0.06***
Ds25265	-0.6	-0.7**	-0.6*
Sumi	-1.13**	-1.75***	-1.41*
C	2.57***	3.33**	6.73***
Número de observaciones	189	189	189
R ² Ajustado	0.41	0.63	0.54
Multicolinealidad (FIV)	6.3	5.6	7.9
Test de no correlación (AR(1))	0.23	0.32	0.14
Test F de instrumentos débiles	24	22	19
Test de Hansen	0.15	0.26	0.21

Fuente: Elaboración propia

(*** significativo al 1%, ** significativo al 5%, *significativo al 1%). Los errores estándar son robustos a la heteroscedasticidad.

Para la interpretación de los resultados de las estimaciones por Variables Instrumentales nos concentraremos en el modelo de efectos fijos ya que es el que tiene supuestos menos restrictivos y mejores propiedades para datos de panel. Nótese sin embargo que la generalidad de los resultados no cambia si consideramos éste o los otros modelos utilizados de datos de panel, pooled, o efectos aleatorios.

- El efecto estimado expresa que en Bolivia: si la ejecución presupuestaria en gastos del binomio madre niño aumenta en 1%, la mortalidad materna disminuye en 0.91%. Es decir, la mortalidad materna es inelástica al gasto en salud del binomio madre niño, por lo tanto, la diferencia no se percibe para notar algún cambio.
- El PIB no tiene un efecto estadísticamente significativo sobre la mortalidad infantil. Es decir, que la situación de la economía en general no explicaría los niveles de mortalidad materna, una vez que se consideran los otros efectos dados por las otras variables del modelo.
- El tamaño de la población tiene un efecto positivo sobre la mortalidad materna, aunque el mismo es pequeño: si la población aumenta en 1%, la mortalidad materna aumenta en 0.01%.
- El coeficiente de la dummy 2006 expresa que la mortalidad materna es menor en 0.08% en el periodo 2006-2019 con respecto al periodo 1997-2005, después de extraer el efecto de las otras variables explicativas del modelo, con una alta significancia.
- Los coeficientes de las variables de política muestran que el DS25256 que refiere al primer seguro de maternidad, disminuyó la mortalidad materna en 0.7% mientras que la política del SUMI disminuyó la mortalidad materna en 1.75%, siendo esta última la variable que expresa un mayor efecto sobre la mortalidad materna.
- En general, los modelos estimados tienen un buen ajuste, ya que el coeficiente de determinación R^2 expresa que el modelo explica el 63% de la variabilidad en la mortalidad materna.
- El valor del estadístico FIV tiene un valor inferior a 10 en todos los casos, sugiriendo que no existe multicolinealidad en el modelo; o sea, que las correlaciones entre las

variables explicativas del modelo no son importantes como para generar imprecisión en la estimación.

- Asimismo, recuérdese que se están utilizando los errores estándar robustos de White, mismos que ya incorporan la heteroscedasticidad en su cálculo, haciendo que ésta ya no sea un problema en la estimación.
- Los valores del test de correlación AR(1) para datos de panel sugieren que no se rechaza la hipótesis de no correlación, al ser todos los valores del p-value mayores a 0.05; es decir, que éste fenómeno no es un problema para los datos utilizados. Así, no es necesario estimar modelos de datos de panel dinámicos (System GMM) y el modelo de efectos fijos y los otros aplicados en esta sección si son pertinentes para los datos.
- Finalmente, los tests para analizar la correcta aplicación de Variables Instrumentales sugieren que este es el caso para los datos analizados. El test F de instrumentos débiles tiene un valor superior a la regla de 15, sugiriendo que los instrumentos utilizados son “relevantes”; vale decir, que los valores pasados de la ejecución presupuestaria en salud del binomio madre niño están altamente relacionados con el valor presente de la ejecución presupuestaria en salud del binomio madre niño. Asimismo, el valor del test de Hansen sugiere que no se rechaza la hipótesis nula de exogeneidad de los instrumentos, los valores p-value mostrados en la tabla son mayores a 0.05.

Dados los resultados explicados anteriormente, el análisis permite concluir que la mortalidad materna es inelástica al gasto en salud del binomio madre niño; es decir, que la elasticidad es menor a uno, o que el efecto es pequeño. Es importante mencionar que es este el resultado que permite validar la hipótesis planteada al inicio de la presente investigación.

Un resultado adicional interesante es que la política del SUMI es la variable que mejor explica la reducción en la mortalidad materna en Bolivia.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y SOLUCIONES PRÁCTICAS

5.1 Conclusiones Generales

Utilizando datos estadísticos, provenientes del Instituto Nacional de Estadística para el periodo 1997-2019 y aplicando técnicas econométricas para datos de panel: modelo pooled (agrupado), modelo de efectos fijos, y modelo de efectos aleatorios, siendo los mismos estimados por el método de Variables Instrumentales y por los resultados alcanzados se concluye que:

- ✓ La ejecución presupuestaria en gastos de salud del binomio madre niño tiene un efecto reducido, pero significativo sobre la mortalidad materna.
- ✓ El PIB no tiene un efecto estadísticamente significativo sobre la mortalidad materna. Mientras que el tamaño de la población tiene un efecto positivo bastante pequeño, 0.01%.
- ✓ La variable que tiene el mayor efecto sobre la mortalidad materna es la política del SUMI. Ésta disminuyó la mortalidad materna en 1.75%.

Dados estos resultados, procedentes de un análisis estadístico riguroso, la presente investigación logra demostrar la hipótesis planteada: “La ejecución del gasto público en el sector salud binomio madre niña ha tenido un efecto pequeño sobre la tasa de mortalidad materna en Bolivia en el periodo 1997-2019.”

5.2 Conclusiones Específicas

O.E.1.1 Analizar el comportamiento de la ejecución del presupuesto en salud en el binomio madre niño Bolivia en el periodo 1997 – 2019.

En base a los resultados presentados en la sección 4.1 se puede concluir que el gasto promedio anual en el binomio madre niño fue de 35 millones de bolivianos en el periodo 1997-2005, y de 149 millones de bolivianos en el periodo 2006-2019. De igual manera, mientras que el gasto en el binomio madre niño crecía a un ritmo de 8% anual en el periodo 1997-2005, éste

lo hizo al ritmo de 13.5% en el periodo 2006-2019, por lo tanto, se puede evidenciar que la inversión fue creciendo con el tiempo, pero también debemos tomar en cuenta el crecimiento demográfico a la fecha también sufrió cambios, por lo tanto, si bien hubo apoyo mediante los seguros básicos aún se considera insuficiente.

O.E.1.2 Analizar el comportamiento de la razón de mortalidad materna en Bolivia en el periodo 1997 – 2019.

De igual manera, en base a los resultados expresados en la sección 4.1, la mortalidad materna disminuyó bastante en Bolivia en los últimos años, aunque sus valores actuales ubican al país entre los peores ubicados en Latinoamérica (antepenúltimos).

En el año 1997 la mortalidad materna tenía un valor de 288 por cien mil nacidos vivos, en el año 2019 ésta tasa disminuyó a 122, siendo el promedio en Latinoamérica de 83 muertes maternas por cien mil nacidos vivos. Entre las principales causas que pueden explicar estos valores se tiene a la falta de atención médica a consecuencia de recursos económicos reducidos y el desconocimiento del seguro de salud dentro de la sociedad.

Es que esa es la característica de los datos de panel, agrega departamentos y tiempo en una sola ecuación. Correr las regresiones por departamento implicaría trabajar con 22 observaciones en el tiempo para cada departamento, lo que es una muestra muy pequeña, y los resultados no serían creíbles por sesgo de tamaño de muestra. Así no se hizo análisis econométrico por departamento. Entonces si bien los datos son por departamento, las conclusiones son a nivel país. Eso es datos de panel, y su virtud es trabajar con una muestra más grande y considerar la heterogeneidad por departamento en una sola ecuación.

5.3 Verificación de la hipótesis

Esta investigación demostró que la ejecución del gasto público en el sector salud binomio madre niño ha tenido un efecto pequeño sobre la tasa de mortalidad en el binomio madre niño en Bolivia durante el periodo de estudio 1997 – 2019.

A pesar de que en el año 1997 la mortalidad materna tenía un valor de 288 por cien mil nacidos vivos y en el año 2019 ésta tasa disminuyó a 122, se observa que Bolivia aún se encuentra muy por encima del promedio a nivel Latinoamérica de 83 muertes maternas por cien mil nacidos vivos. Es necesario notar que las mejoras que ha tenido el sistema de salud en relación a la mortalidad materna, no han logrado generar el impacto suficiente respecto a al tamaño de la inversión que se ha generado año a año.

Entre las principales causas que pueden explicar estos valores se tiene a la falta de atención médica a consecuencia de recursos económicos reducidos y el desconocimiento del seguro de salud dentro de la sociedad.

5.4 Evidencia teórica y aportes de la investigación

El Presupuesto de Inversión Pública se programa priorizando necesidades de la población por medio de la ejecución de Proyectos en función a la planificación y cumplimiento del ciclo de vida de los Proyectos establecido en el reglamento específico del Sistema Nacional de Inversión Pública, mediante la asignación de recursos para la inversión Pública

Sin embargo, como ya dijimos anteriormente para Musgrave cuando habla de la distribución de recursos también plantea la como un factor fundamental la formación del capital humano por esta razón plantea una estructura donde la salud es un bien de consumo e inversión, por lo tanto la asignación de recursos orientados a Proyectos de inversión Pública en el sector salud, no contribuye de manera significativa en la mejora del Sector Salud atención binomio madre niño, debido a que los resultados esperados con relación a la atención binomio madre niño y la disminución de las tasas de mortalidad Materna no llegan a un resultado acorde a las especificación de OMS en relación a América Latina y El Caribe, así mismo podemos concluir respecto al paradigma de Musgrave que la intervención del Estado en este caso no soluciona completamente los problemas sociales dentro de las políticas presupuestarias.

5.5 Solución práctica de la propuesta

5.5.1 Objetivo General

Establecer alianzas estratégicas con la Iglesia y Organizaciones no Gubernamentales de asistencia madre niño, para mejorar las condiciones que inciden en el sector salud materno infantil, a través de concientización preventiva integral en salud y valores.

5.5.2 Metas a Alcanzar de la Propuesta

- Elaborar e implementar un plan integral de salud y valores que garantice una correcta concientización preventiva para el binomio madre niño
- Formular e implantar un plan de prevención de accidentes infantiles que desde una perspectiva intersectorial que abarque los aspectos epidemiológicos, preventivos, educativos y asistenciales que garanticen la atención a los grupos de alto riesgo.
- Incluir en los programas de salud infantil objetivos específicos para eliminar algunas enfermedades prevenibles de acuerdo a cada región
- Concientizar a la juventud para recobrar valores y principios de acuerdo a la región.
- Captación precoz de embarazos, y seguimiento protocolizado del embarazo y parto, mejorando la accesibilidad a la cobertura de una planificación familiar especialmente en los grupos de riesgo, que aseguren la salud madre niño.
- Promover la concientización en forma preventiva en enfermedades como el cáncer de mama y cérvix, buscando una calidad de vida en la madre.
- Incluir como técnica eficaz la prevención de malformaciones congénitas y hereditarias prevenibles.
- Contribuir con la seguridad familiar, a través de la concientización y prevención en la violencia intrafamiliar, maltrato y acoso.

5.5.3 Mecanismos de la Implementación de la Propuesta

Una alianza estratégica para poder avanzar en el tema de salud viene a ser el apoyo mutuo entre en estado, la iglesia y las organizaciones no gubernamentales cada una con el único aporte de contribuir en los aspectos sociales que hoy en día se encuentran deprimidos a consecuencia de la falta de valores morales y abandono de padres a hijos.

La Iglesia

A lo largo de la historia, el mundo ha estado en constante transformación, y Bolivia que forma parte de todo este cambio durante los últimos 12 años ha tenido rápidos y profundo cambios, sobre todo en el crecimiento demográfico lo que ha constituido un andar apresurado en las personas con su diario vivir, siendo uno de los problemas colaterales el abandono disimulado a los niños , la ruptura de muchas familias, los embarazos precoces la falta de comunicación de padres a hijos, y porque no decirlo la falta de valores morales. Siendo el centro de toda sociedad la familia e instituida por la iglesia

Objetivo General

La recuperación de valores morales que apoyen, orienten y satisfagan las necesidades espirituales y de conducta en las personas, hacia una mejor forma de vivir que sea de calidad y calidez.

Metas a alcanzar

- ✓ Concientización de la familia en el medio social al que pertenecemos
- ✓ Contribuir en el núcleo familiar a que en este se aprenda respeto, tolerancia, honestidad, generosidad, responsabilidad, lealtad y perseverancia, entre otros y que a medida que maduremos, comencemos a asumir los valores sociales y a pensar en el respeto a nuestros semejantes.
- ✓ Entender que estamos viviendo una crisis de valores y por lo tanto es una crisis social
- ✓ Confrontar una vida sin ética de valores adecuados, desembocara en la difícil tarea de relacionarse con otras personas
- ✓ Comprender que los valores no solo son personales, sino que repercuten en todos los ámbitos de la sociedad
- ✓ Promover de forma global corrientes donde lo más importante sea la revalorización del ser humano dentro de una sociedad con mejor calidad de vida

Organizaciones no Gubernamentales o Sociales

Cuya principal actividad estará relacionada con la salud de la mujer en las áreas

- Atención a la planificación familiar
- Detección precoz de cáncer ginecológicos
- Guía para la Atención del embarazo parto en un núcleo hospitalario que le dé la garantía de una salud óptima para el niño y la mujer
- Consejo genético y un diagnóstico prenatal

5.5.4 Operacionalización de la propuesta

La vinculación estrecha entre el Estado la iglesia y organizaciones de salud involucradas en la temática, puedan establecer mediante dialogo un fin común a través de acuerdos y apoyo en fortalecimiento, será el primer paso para lograr nuestras metas

ANEXOS
BOLIVIA

		Pres. Prog. Atén. Madre niño	Presupuest o Ejecutado Atén. Madre niño	Inver. Atén. Madre niño	Índice de mortalidad materno infantil	Tasa de mortalida d infantil	Total, Partos Institucionales (2)
D.S. 24303	1997	2.33			288.00	65.50	109,861.00
SNMN	1998	30.44	30.40	25.40	286.00	63.50	120,328.00
	1999	27.60	27.60	23.00	260.00	61.50	136,195.00
d.s. 25265	2000	31.80	31.80	28.80	235.00	60.44	148,161.00
SBS	2001	29.85	29.85	25.80	233.00	58.98	138,042.00
	2002	32.21	32.21	32.21	231.00	57.52	158,555.00
	2003	35.63	35.63	35.00	229.00	56.05	160,882.00
	2004	45.99	45.99	45.50	213.00	54.58	163,842.00
	2005	50.11	50.11	49.00	197.00	53.11	170,689.00
	2006	61.97	61.97	61.00	181.00	51.77	178,631.00
	2007	75.61	75.61	75.00	176.00	50.43	177,142.00
	2008	97.69	97.69	96.00	168.00	49.09	180,695.00
	2009	91.99	91.99	90.00	160.00	44.66	186,903.00
SUMI	2010	107.08	107.08	107.00	152.00	43.41	195,426.00
21/11/200	2011	137.29	137.29	13.00	144.00	42.16	207,291.00
2	2012	159.37	159.37	7.00	136.00	40.94	205,414.00
	2013	183.89	183.89	5.00	130.00	39.76	210,332.00
	2014	209.68	209.68	2.00	128.00	38.61	209,372.00
	2015	229.52	229.52	9.00	125.00	37.50	220,246.00
	2016	215.77	215.77	5.00	123.00	36.40	213,572.00
	2017	216.45	216.45	3.00	122.00	35.50	211,388.00
	2018	224.59	8.00	8.00	120.00	34.20	205,680.00
	2019	97.80	7.00	7.00	120.00	33.50	205,680.00

Elaboración propia INE 1997 - 2019

LA PAZ

	Presupuesto Programado Aten. Madre niño	Presupuesto Ejecutado Aten. Madre niño	Índice de mortalidad materno infantil	Tasa de mortalidad infantil	Total, Partos Institucionales (2)
1997	0.64	0.64		641	25900
1998	8.93	8.93		710	27599
1999	8.19	8.19		639	29988
2000	9.49	9.49	282	710	32809
2001	8.84	8.84		692	34310
2002	9.24	9.24		787	35813
2003	10.12	10.12		703	37233
2004	13.07	13.07		690	38170
2005	14.23	14.23		615	39073
2006	17.62	17.62		601	41288
2007	21.48	21.48		641	39671
2008	27.75	27.75		706	42985
2009	23.43	23.43		683	45039
2010	30.43	30.43		722	46428
2011	39.00	39.00	289	637	48096
2012	45.27	45.27		633	47016
2013	52.25	52.25		722	49106
2014	56.59	56.59		4631	48763
2015	61.98	61.98		589	50929
2016	58.33	58.33		455	47546
2017	59.87	59.87		472	46188
2018	60.94	60.94		549	47300
2019	0.00	0.00		500	48200

COCHABAMBA

	Presupuesto Programado Aten. Madre niño	Presupuesto Ejecutado Aten. Madre niño	Índice de mortalidad materno infantil	Tasa de mortalidad infantil	Total, Partos Institucionales (2)
1997	0.15	0.15		315	14893
1998	5.27	5.27		259	15715
1999	4.77	4.77		373	20825
2000	5.48	5.48	130	456	26527
2001	5.16	5.16		442	27584
2002	5.64	5.64		449	26059
2003	6.27	6.27		455	28872
2004	8.09	8.09		402	28300
2005	8.79	8.79		414	30533
2006	10.90	10.90		402	31867
2007	13.30	13.30		401	31655
2008	17.19	17.19		372	33008
2009	16.18	16.18		415	34646
2010	18.85	18.85		408	35963
2011	24.15	24.15	188	416	38872
2012	28.04	28.04		367	37409
2013	32.36	32.36		409	37536
2014	36.77	36.77		1982	37376
2015	40.24	40.24		350	38958
2016	37.81	37.81		441	38102
2017	38.05	38.05		296	38440
2018	39.37	39.37		301	
2019	0.00	0.00		300	

PANDO

	Presupuesto Programado Aten. Madre niño	Presupuesto Ejecutado Aten. Madre niño	Índice de mortalidad materno infantil	Tasa de mortalidad infantil	Total, Partos Institucionales (2)
1997	0.04	0.04		13	790
1998	0.18	0.18		9	764
1999	0.16	0.16		26	869
2000	0.19	0.19		13	959
2001	0.18	0.18		25	991
2002	0.20	0.20		22	1019
2003	0.23	0.23		14	1065
2004	0.29	0.29		23	1178
2005	0.32	0.32		20	1462
2006	0.39	0.39		29	1723
2007	0.46	0.46		26	1778
2008	0.62	0.62		17	1882
2009	0.57	0.57		15	1909
2010	0.68	0.68		31	2096
2011	0.87	0.87		30	2476
2012	1.01	1.01		24	2372
2013	1.17	1.17		16	2313
2014	2.31	2.31		200	2279
2015	2.52	2.52		28	2399
2016	2.37	2.37		30	2224
2017	2.38	2.38		15	2272
2018	2.47	2.47		16	
2019	0.00	0.00		16	

TARIJA

	Presupuesto Programado Atén. Madre niño	Presupuesto Ejecutado Atén. Madre niño	Índice de mortalidad materno infantil	Tasa de mortalidad infantil	Total, Partos Institucionales (2)
1997	1.38	1.38		128	7146
1998	1.39	1.39		136	7195
1999	1.25	1.25		142	7883
2000	1.44	1.44		163	7977
2001	1.35	1.35		139	7837
2002	1.49	1.49		125	7607
2003	1.68	1.68		109	7527
2004	2.17	2.17		102	7526
2005	2.37	2.37		122	7736
2006	2.93	2.93		125	8061
2007	3.58	3.58		89	8342
2008	4.62	4.62		90	8464
2009	4.35	4.35		84	8962
2010	5.07	5.07		87	9900
2011	6.49	6.49		79	9820
2012	7.54	7.54		118	10164
2013	8.70	8.70		104	10303
2014	10.08	10.08		257	10858
2015	11.03	11.03		75	11249
2016	10.37	10.37		84	10828
2017	10.44	10.44		63	10479
2018	10.83	10.83		83	10265
2019	0.00	0.00		83	10260

CHUQUISACA

	Presupuesto Programado Aten. Madre niño	Presupuesto Ejecutado Aten. Madre niño	Índice de mortalidad materno infantil	Tasa de mortalidad infantil	Total, Partos Institucionales (2)
1997	0.45	0.45		195	8500
1998	2.16	2.16		217	9268
1999	1.95	1.95		217	10166
2000	2.24	2.24		210	11149
2001	2.11	2.11		253	11734
2002	2.12	2.12		243	11960
2003	2.29	2.29		237	12055
2004	2.95	2.95		269	11441
2005	3.22	3.22		265	11981
2006	3.98	3.98		252	11803
2007	4.86	4.86		183	11578
2008	6.27	6.27		212	11654
2009	5.89	5.89		191	11813
2010	6.88	6.88		197	12743
2011	8.82	8.82		161	12293
2012	10.24	10.24		195	12111
2013	11.82	11.82		158	11648
2014	12.05	12.05		1324	11750
2015	13.21	13.21		118	12458
2016	12.47	12.47		150	11632
2017	12.55	12.55		104	10960
2018	13.03	13.03		103	10958
2019	0.00	0.00		104	10958

SANTA CRUZ

	Presupuesto Programado Aten. Madre niño	Presupuesto Ejecutado Aten. Madre niño	Índice de mortalidad materno infantil	Tasa de mortalidad infantil	Total, Partos Institucionales (2)
1997	0.70	0.70		534	33533
1998	6.48	6.48		631	39016
1999	5.86	5.86		607	43073
2000	6.74	6.74		634	43174
2001	6.34	6.34		355	28422
2002	7.65	7.65		584	45612
2003	8.74	8.74		639	47164
2004	11.28	11.28		583	49387
2005	12.30	12.30		554	50160
2006	15.20	15.20		517	52321
2007	18.53	18.53		483	48427
2008	23.96	23.96		633	50443
2009	22.56	22.56		538	51441
2010	26.28	26.28		536	54835
2011	33.67	33.67		601	58672
2012	39.09	39.09		891	60203
2013	45.11	45.11		594	62630
2014	55.51	55.51		618	60366
2015	60.73	60.73		554	66356
2016	57.01	57.01		558	67275
2017	56.68	56.68		549	66452
2018	58.83	58.83		541	66450
2019	0.00	0.00		540	66450

ORURO

	Presupuesto Programado Atén. Madre niño	Presupuesto Ejecutado Atén. Madre niño	Índice de mortalidad materno infantil	Tasa de mortalidad infantil	Total, Partos Institucionales (2)
1997	0.00	0.00		168	5282
1998	1.62	1.62		121	5339
1999	1.46	1.46		123	5799
2000	1.68	1.68		112	7016
2001	1.58	1.58		123	7324
2002	1.57	1.57		142	8007
2003	1.69	1.69		121	6518
2004	2.18	2.18		117	7540
2005	2.37	2.37		172	7994
2006	2.94	2.94		123	8411
2007	3.58	3.58		132	8751
2008	4.63	4.63		173	9031
2009	4.36	4.36		170	9462
2010	5.07	5.07		161	9850
2011	6.49	6.49		143	9877
2012	7.55	7.55		127	10153
2013	8.71	8.71		164	10264
2014	10.33	10.33		815	10640
2015	11.30	11.30		134	10745
2016	10.61	10.61		121	10195
2017	10.70	10.70		102	9909
2018	11.05	11.05		99	9900
2019	0.00	0.00		99	9900

POTOSI

	Presupuesto Programado Aten. Madre niño	Presupuesto Ejecutado Aten. Madre niño	Inver. Aten. Madre niño	Índice de mortalidad materno infantil	Tasa de mortalidad infantil	Total, Partos Institucionales (2)
1997	0.17	0.17			240	8569
1998	3.06	3.06			242	9261
1999	2.77	2.77			230	10184
2000	3.19	3.19			235	11208
2001	3.00	3.00			291	12237
2002	2.87	2.87			296	12733
2003	3.05	3.05			268	12628
2004	3.94	3.94			248	12032
2005	4.29	4.29			236	12610
2006	5.31	5.31			242	13105
2007	6.48	6.48			175	12865
2008	8.37	8.37			239	12468
2009	7.88	7.88			177	13191
2010	9.18	9.18			208	13888
2011	11.76	11.76			208	14194
2012	13.66	13.66			207	14190
2013	15.76	15.76			195	14915
2014	17.22	17.22			3335	14683
2015	18.86	18.86			153	15005
2016	17.76	17.76			136	13998
2017	17.87	17.87			161	14006
2018	18.56	18.56			141	14005
2019	0.00	0.00			141	14005

BENI

	Presupuesto Programado Aten. Madre niño	Presupuesto Ejecutado Aten. Madre niño	Inver. Aten. Madre niño	Índice de mortalidad materno infantil	Tasa de mortalidad infantil	Total, Partos Institucionales (2)
1997	0.14	0.14			145	5900
1998	1.32	1.32			99	6171
1999	1.19	1.19			137	7308
2000	1.36	1.36			133	7342
2001	1.28	1.28			130	7603
2002	1.41	1.41			97	7645
2003	1.56	1.56			81	7820
2004	0.40	0.40			71	8268
2005	2.20	2.20			74	9140
2006	2.72	2.72			67	10052
2007	3.31	3.31			105	10148
2008	4.28	4.28			105	10760
2009	4.03	4.03			79	10441
2010	4.70	4.70			114	10977
2011	6.02	6.02			109	12891
2012	6.98	6.98			117	11796
2013	8.06	8.06			157	11617
2014	8.81	8.81			417	12657
2015	9.64	9.64			147	12147
2016	9.05	9.05			130	11772
2017	9.11	9.11			144	12682
2018	9.46	9.46			128	12680
2019	0.00	0.00			128	12680

Bibliografía

- 2017, I. N. (2017). *Anuario 2017*. Instituto Nacional de Estadística .
- Betanaffi. (s.f.). 1986.
- C, A. E., & Jose, G. p. (1992). *Teoría de la hacienda pública*.
- CID, P. y. (2010). *Análisis del sector salud de Bolivia*. Banco Interamericano de Desarrollo División de la Protección Social .
- Constitución Política del Estado . (2009).
- Decreto Supremo 2426. (2002).
- Decreto supremo 24303. (1996).
- Decreto Supremo 24447. (1996).
- Decreto Supremo 24557. (1997).
- Decreto Supremo 25265. (1998).
- Decreto Supremo 27928. (2004).
- Decreto Supremo 28543 . (2008).
- Decreto Supremo 29824. (2009).
- Decreto Supremo 66. (s.f.).
- Estadística, I. N. (2006). *Anuario 2005*.
- Finanzas Públicas, M. d. (s.f.). Directrices de Formulación Presupuestaria 2020. *Directrices de Formulación Presupuestaria 2020*, 153.
- Hacienda, M. d. (2003). Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública.
- Hacienda, M. d. (2003). Sistema Nacional de Inversión Pública - Normas Básicas. *Sistema Nacional de Inversión Pública - Normas Básicas*, 3.
- (2019). *Instituto Nacional de Estadísticas* .
- (2019). *Instituto Nacional de Estadísticas* .
- Ley 1178. (1990). *Administración y control gubernamental*.
- Ley 1551. (s.f.).
- Ley 2426. (s.f.).
- Ley 475 . (2013).
- Ley 777. (2016).
- Ley de participación popular y descentralizada . (1994).

Ley Marco de autonomias y descentralizacion . (2010).

Ley SUMI . (2002).

Luis, P. M. (2014). *Glosario de terminos en finanzas publicas*.

Oficial, G. (1998). *Seguro Básico de Salud*. La Paz: Gaceta Oficial.

Oficial, G. (2010). *Ley 31 I Marco de Autonomias y Descentralizacion*.

Oficial, G. (2016). Ley 777 SPIE.

Publicas, M. d. (2019). *Informe anual*.

Públicas, M. d. (s.f.). Clasificador 2019.

SIPFE Directrices formulario del presupuesto. (2019).

Sistema Nacional de inversion publica pag 115. (s.f.).

sistema Nacional de inversion publica pag 5. (s.f.).

Unidas, N. (2018). *Informe anual de mortandad en latino america*.

VIPFE Clasificacor presupuestario. (2019). *clasificador de fuentes de financiamiento*.