UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y FINANCIERAS
CARRERA DE ECONOMÍA

TRABAJO DIRIGIDO

"ANÁLISIS Y EVALUACIÓN ECONÓMICOFINANCIERO DEL SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL (SUMI) EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ"

POSTULANTE: ADELA NAVIA MAYTA
TUTOR: Lic. JESÚS LIMPIAS CALANCHA

LA PAZ – BOLIVIA

2008

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

ÍNDICE DEL CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCIÓN 1
JUSTIFICACIÓN 2

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN 4
1.1 ANTECEDENTES 4
1.2 OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN 5
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 5
1.3.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA 5
1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 6
1.4.1 PROBLEMA GENERAL 6
1.4.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS 6
1.5 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS 7
1.5.1 OBJETIVO GENERAL 7
1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 7
1.6 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 8
1.6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN 8
1.6.2 DELIMITACIÓN ESPACIAL Y TEMPORAL 8
1.6.2.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL 8
1.6.2.2 DELIMITACIÓN TEMPORAL 8

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO Y EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL 9
2.1 TEORÍA DE MUSGRAVE SOBRE LA POLÍTICA DEL GASTO, SEGURIDAD SOCIAL Y DESARROLLO 9
2.2 ANÁLISIS DE LA POLÍTICA DEL GASTO EN SALUD 10
2.2.1 EL REPARTO DE LAS RESPONSABILIDADES 11
2.2.2 RELACIÓN ENTRE LOS GOBIERNOS CENTRALES, LOS GOBIERNOS REGIONALES Y MUNICIPALES 11
2.2.2.1 REGULACIÓN 12
2.2.2.2 INCENTIVOS 12
2.2.2.3 LA ADMINISTRACIÓN DE LOS FONDOS 12
2.2.2.4 REPARTO GENERAL DE LOS INGRESOS 12
2.2.2.5 GASTOS FISCALES 12
2.3 INSTRUMENTOS FISCALES DE LA POLÍTICA DE DISTRIBUCIÓN 13
2.4 LA DESIGUALDAD Y LA PROVISIÓN PÚBLICA DE SERVICIOS MÉDICOS 13
2.5 IGUALITARISMO ESPECÍFICO 14
2.6 REFORMAS ADMINISTRATIVAS 14
2.7 SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL 15
2.7.1 OBJETIVOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL 15
2.7.2 PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL 16
2.7.2.1 UNIVERSALIDAD 16
2.7.2.2 SOLIDARIDAD 16
2.7.2.3 INTEGRALIDAD 16

BIBLIOTECA DE ECONOMÍA

2.7.2.4 UNIDAD **16**
2.7.2.5 PARTICIPACIÓN **17**
2.7.2.6 AUTOFINANCIAMIENTO **17**
2.7.2.7 EFICIENCIA **17**
2.8 MARCO LEGAL NORMATIVO **17**
2.8.1 MARCO LEGAL DEL SUMI 19

CAPÍTULO III
SISTEMA SANITARIO **21**
3.1 EL SISTEMA SANITARIO NACIONAL **21**
3.1.1 RESEÑA HISTÓRICA **21**
3.2 PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DEL SECTOR SALUD **22**
3.2.1 BASES DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN **23**
3.3 SEGUROS PÚBLICOS DE SALUD **24**
3.4 MODELO DE GESTIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD **24**

CAPÍTULO IV
DIAGNÓSTICO DEL SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTI L **26**
4.1 CARACTERÍSTICAS **26**
4.2 FINANCIAMIENTO **27**
4.2.1 TESORO GENERAL DE LA NACIÓN **27**
4.2.2 COPARTICIPACIÓN TRIBUTARIA MUNICIPAL **28**
4.2.3 CUENTA ESPECIAL DEL DIALOGO 2000 ..... **28**
4.3 CUENTAS MUNICIPALES DE SALUD **29**
4.4 REMANENTES **30**
4.5 BENEFICIARIOS **30**
4.6 PRESTACIONES DEL SUMI **31**
4.6.1 MUJER EMBARAZADA **32**
4.6.2 MENOR DE CINCO AÑOS **32**
4.6.3 MUJER NO EMBARAZADA **32**
4.6.4 PRESTACIONES EXCLUIDAS **33**
4.7 AFILIACIÓN **33**
4.8 GESTIÓN DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD **34**
4.8.1 MECANISMOS DE COBRO Y PAGO **35**
4.8.2 FORMULARIO DE PRESTACIONES OTORGADAS SUMI **35**

CAPÍTULO V
ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO DESTINADO A S EGUROS PÚBLICOS DE SALUD – SUMI **37**
5.1 COPARTICIPACIÓN TRIBUTARIA MUNICIPAL **37**
5.1.1 DESEMBOLSOS MUNICIPALES 2003 ..... **38**
5.1.1.1 CONCENTRACIÓN DE LOS INGRESOS MUNICIPALES 2003 ..... **39**
5.1.1.2 NIVEL DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA 2003 ..... **41**
5.1.2 DESEMBOLSOS MUNICIPALES 2004 ..... **43**
5.1.2.1 CONCENTRACIÓN DE LOS INGRESOS MUNICIPALES 2004 ..... **44**
5.1.2.2 NIVEL DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA 2004 ..... **46**
5.1.3 DESEMBOLSOS MUNICIPALES 2005 ..... **47**
5.1.3.1 CONCENTRACIÓN DE LOS INGRESOS MUNICIPALES **48**

BIBLIOTECA DE ECONOMÍA

5.1.3.2 NIVEL DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA 49
5.1.4 DESEMBOLSOS MUNICIPALES 2006 51
5.1.4.1 CONCENTRACIÓN DE LOS INGRESOS MUNICIPALES 52
5.1.4.2 NIVEL DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA 2006 54
5.1.5 DESEMBOLSOS MUNICIPALES 2007 55
5.1.5.1 CONCENTRACIÓN DE LOS INGRESOS MUNICIPALES 56
5.1.5.2 NIVEL DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA 2006 57
5.2 DESCONOCIMIENTO Y DEFICIENCIAS EN LA APLICACIÓN DE LA LEY DE ADMINISTRACIÓN PRESUPUESTARIA (2042) Y CLASIFICADORES PRESUPUESTARIOS 60
5.3 EVOLUCIÓN DE FINANCIAMIENTO – CPT 68
5.4 FONDO SOLIDARIO NACIONAL 69
5.5 TESORO GENERAL DE LA NACIÓN 71

CAPÍTULO VI
ANÁLISIS REGIONAL DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS DEL SUMI ... 73
6.1 CONCENTRACIÓN DE GASTOS POR REGIONES 73
6.1.1 ZONA DE LOS VALLES INTERANDINOS DEL NORTE 73
6.1.2 ZONA AMAZÓNICA 74
6.1.3 ZONA DEL ALTIPLANO NORTE 75
6.1.4 ZONA DEL ALTIPLANO SUR 76
6.1.5 ZONA METROPOLITANA 77
6.1.6 ZONA DE LOS VALLES INTERANDINOS DEL SUR 79
6.1.7 ZONA DE LOS YUNGAS 80
6.2 REMANENTES DE LA CUANTA MUNICIPAL DE SALUD -SUMI 81
6.2.1 ZONA DE LOS VALLES INTERANDINOS DEL NORTE 81
6.2.2 ZONA AMAZÓNICA 82
6.2.3 ZONA DEL ALTIPLANO NORTE 83
6.2.4 ZONA DEL ALTIPLANO SUR 84
6.2.5 ZONA METROPOLITANA 84
6.2.6 ZONA DE LOS VALLES INTERANDINOS DEL SUR 85
6.2.7 ZONA DE LOS YUNGAS 86
6.3 NIVEL DE REMANENTES ANUALES 87

CAPÍTULO VII
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 92
CONCLUCIONES 92
RECOMENDACIONES 96
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA 100
ANEXOS 103

BIBLIOTECA DE ECONOMÍA

"ANÁLISIS Y EVALUACIÓN ECONÓMICO FINANCIERO DEL SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL (SUMI) EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ"

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo está dirigido a analizar el comportamiento económico y financiero del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), que es una prioridad de la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP), y tiene como objetivo incrementar la demanda de servicios eliminando la barrera económica. Por esta razón, es importante realizar un análisis y evaluación del financiamiento y ejecución presupuestaria del SUMI, ya que existen problemas de carácter administrativo financiero por parte de los responsables de la cuenta municipal de salud SUMI los cuales obstaculizan los objetivos planeados. Para tal efecto se realizaron estudios y diagnósticos que permitieron profundizar y aclarar temas específicos dentro de la temática del componente SUMI.

En este sentido, el objetivo del presente trabajo es analizar todo lo relacionado con el aspecto económico y financiero del Seguro Universal Materno Infantil para valorar la situación actual y poner en evidencia los avances y las limitaciones que presenta. Inicialmente se realizó el planteamiento general de la investigación que tiene que ver con todos los datos generales de la gestión administrativa del SUMI.

El capítulo 2, hace una Descripción y conceptualizacion del Marco Teórico y el sistema de seguridad social. El capítulo 3 trata del Sistema Sanitario, que sintetiza el proceso de descentralización y reforma de salud que atravesó este sector, proceso por el que se deriva el actual Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) que apunta a un fortalecimiento de la gestión descentralizada y al fortalecimiento de la participación popular, a través de los denominados

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

Directorios Locales de Salud DILOS. La implementación de los seguros públicos de salud y el modelo de gestión.

En el capítulo 4, en el que se describe el diagnóstico del SUMI, detallan las características, las fuentes de financiamiento, a la vez de mencionar cuales son las personas beneficiarias del seguro y los mecanismos de cobro y pago que los establecimientos de salud deben seguir para cobrar por las prestaciones otorgadas a la comunidad.

Los capítulos 5 y 6 se analizan el presupuesto destinado y desembolsado a cada una de las Cuentas Municipales de Salud-SUMI en todos los municipios del departamento de La Paz. Análisis de los montos ingresados a los diferentes municipios y a su vez el nivel de ejecución presupuestaria realizada. También se destaca el nivel y el monto de los remanentes de los ingresos desembolsados que los municipios contraen.

Finalmente y de acuerdo a las conclusiones a las que llegamos, se plantea una propuesta, que trata de un "sistema técnico de seguimiento, evaluación y capacitación administrativa para el nuevo seguro de salud, el Seguro Universal de Salud-SUS" que apunta a la eficiencia en el control de recursos económicos y una capacitación para el personal de salud a través de un organismo gerencial.

JUSTIFICACIÓN

Realizar un análisis económico en el sector Salud es indispensable para promover la eficiencia y la eficacia en la gestión integral de los recursos, analizar los procesos y los costos de los servicios prestados y evaluar los resultados obtenidos de un modo racional en función del costo según su impacto, no sólo sobre la morbilidad y mortalidad, sino también sobre la calidad de la vida. Se torna vital para las políticas de salud disponer de

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

información fiable sobre el financiamiento y el gasto destinado a la salud, a fin de analizar la eficiencia y la evolución del sistema sanitario implantado.

El SUMI como prioridad de la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP), tiene como objetivo incrementar la demanda de servicios eliminando la barrera económica. Razón por la cual es necesario realizar un análisis y evaluación del financiamiento y ejecución presupuestaria del SUMI.

Es vital detectar deficiencias e irregularidades en la administración económica financiera del SUMI para incorporar efectos de eficiencia y eficacia en la gestión integral de los recursos, en función del costo según su impacto.

Analizar y evaluar los recursos para contribuir en el progreso de la organización institucional y fortalecer el proceder económico del presupuesto destinado y el ejecutado ya que conocer los procedimientos y corregir los errores permitiría un mejor uso de los recursos económicos, y un mayor beneficio para la población, en especial de los grupos mas vulnerables de la población (mujeres embarazadas y niños). Para así dar cumplimiento a lo que la Ley N° 1654 de Descentralización Administrativa, cuyas atribuciones para el sector salud son, administrar los recursos económicos y financieros y los bienes de dominio y uso departamental; Administrar, supervisar y controlar, por delegación del gobierno nacional, los recursos humanos y las partidas presupuestarias asignadas al funcionamiento de los servicios personales, en este caso de salud en el marco de las políticas y normas para la provisión de estos servicios; etc. En conformidad a la Ley N° 1178 De Administración y Control Gubernamental, que fiscaliza, norma, regula y sanciona todas las acciones de los funcionarios públicos en el manejo de los recursos técnico-administrativo, humano y económico.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

1.1.ANTECEDENTES

El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) ha sido hasta el momento una prioridad de la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP), es un seguro público de salud 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 al servicio otorgado.

El financiamiento del SUMI proviene de tres fuentes; la primera procede del Tesoro General de la Nación (TGN), para recursos humanos del sector público en salud. La segunda de los Impuestos de Coparticipación Tributaria Municipal para el pago por prestaciones. La última fuente es el Fondo Solidario Nacional cuyos recursos provienen de la cuenta especial del Diálogo Nacional 2000 (Recursos HIPC II de alivio a la deuda externa), que se otorga a demanda, cuando los recursos de Coparticipación Tributaria son insuficientes para cancelar a los establecimientos de salud. Este recurso elimina el pago intermunicipal y entre establecimientos.

El Gobierno Municipal es el responsable de la administración de la Cuenta Municipal de Salud - SUMI para uso exclusivo del financiamiento de las prestaciones del SUMI. Sin embargo, el SUMI en el departamento de La Paz viene enfrentando dificultades en el control administrativo financiero de los recursos desembolsados a los diferentes establecimientos de salud, por parte de los municipios, que sirve para la reposición de medicamentos, materiales y

otros. Razón por la cual es necesario realizar un análisis y evaluación del financiamiento y ejecución presupuestaria del SUMI.

1.2.OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN

Realizar un análisis y evaluación de los recursos económicos y financieros del SUMI para determinar los principales problemas con los que tropieza, contribuyendo en el progreso de la organización institucional y administrativa financiera, a través de medidas efectivas para un proceder racional y eficiente de los recursos económicos destinados a cubrir los gastos por prestaciones que otorga el SUMI, ya que al conocer los procedimientos y poner en evidencia los errores para su posterior corrección, permita un mejor uso de los recursos económicos y un mayor beneficio para la población, en especial de los grupos mas vulnerables de la población (mujeres embarazadas y niños).

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.3.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA

Existen dificultades en la administración de los recursos económicos del SUMI en el departamento de La Paz (utilización indebida de recursos, es decir, existen gastos que no están dentro de las partidas presupuestarias contempladas y aprobadas para la unidad de gestión del SUMI) y del retraso en el desembolso de recursos económicos, por las prestaciones otorgadas, a los diferentes establecimientos de salud, por parte de los gobiernos municipales, los cuales son los responsables de la cuenta municipal de salud SUMI, para reposición y abastecimiento de medicamentos e insumos. Este problema ocasiona desabastecimiento en determinados establecimientos de salud, en que existe esta dificultad, que representa una amenaza para la comunidad.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

Existen casos en que se da una centralización de recursos SUMI, a nivel de Redes de Salud, lo cual esta prohibido por Ley (2426)[1], cada establecimiento debe administrar sus recursos SUMI y hacerse responsable de los mismos en su generación, la fuente de ingreso y la ejecución; a la vez que tiene que identificar claramente por partida presupuestaria y objeto del gasto correspondiente al SUMI.

1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.4.1. PROBLEMA GENERAL:

Deficiencias en la administración financiera e insuficiente control en el desembolso y ejecución de los recursos económicos y financieros del SUMI, originado por los malos manejos administrativos.

1.4.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS:

- **Los remanentes de los medicamentos no están siendo controlados para su reingreso a la farmacia.**

- **Existen distorsiones en informes económicos mensuales presentados por algunos establecimientos lo que ocasiona retrasos en los pagos municipales o desembolsos.**

- **Deficiente aplicación de normas sobre Mecanismos de implementación[2], ocasionan un deficiente funcionamiento de Directorio Local de Salud (DILOS); existiendo retrasos en los desembolso de recursos del SUMI en determinados municipios para su funcionamiento.**

- **Insuficientes fondos para cubrir desembolso para Recursos Humanos.**

[1] **Ley (2426)** Marco legal del Seguro Universal Materno Infantil, Ministerio de Salud y Deportes, Unidad Nacional de Gestión del SUMI, Ley de 21 de noviembre de 2002.

[2] **Capítulo III.- Mecanismos de Implementación; Artículo 6° - Directorio Local de Salud. Libro marco legal del SUMI**

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

- **Insuficiente control social (escasa representatividad de Comités de Vigilancia).**

- **Existen muchas limitaciones de infraestructura y equipamiento que limitan la buena función profesional de los especialistas.**

1.5. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS:

1.5.1. OBJETIVO GENERAL:

Realizar un análisis y evaluación económico y financiero, para establecer los efectos ya sea positivos o negativos de la administración financiera del SUMI y determinar el nivel de resultados positivos que obtendría la sociedad beneficiaria en el departamento de La Paz efectivizando la administración financiera del SUMI.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- **Indagar la existencia de remanentes de los ingresos y analizar mecanismos para una inversión primordial, en beneficio de la comunidad.**

- **Analizar la asignación y ejecución de recursos económicos de la principal fuente de financiamiento, Coparticipación Tributaria Municipal.**

- **Analizar mecanismos para proporcionar una eficiente dotación de recursos económicos para una mejor efectividad de servicios a los diferentes establecimientos de salud.**

- **Identificar la evolución del financiamiento por tipo de fuente.**

- **Identificar los principales rubros de gasto del SUMI. A cuanto ascienden los gastos de los mismos (Medicamentos, insumos, servicios no personales, etc.)**

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

- **Identificar la concentración del gasto departamental.**

1.6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Se define como los pasos a seguir a través de ciertos requisitos y lineamientos que uno se plantea, y siguiendo en orden estos pasos llegar a un problema planteado o a un objetivo designado.

1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Considerando el tipo de análisis que requerirá el presente trabajo se cree conveniente recurrir al método de investigación DEDUCTIVO ya que el análisis se enfocará inicialmente en el presupuesto programado y el ejecutado a nivel departamental, a la vez de realizar un análisis de la mayor y la menor concentración de recursos económicos que se desembolsan a la cuenta municipal de salud de cada municipio para después desglosar el análisis por tipo de fuente de financiamiento, en especial de la principal fuente de financiamiento (Coparticipación Tributaria municipal). También se realizara un estudio de los recursos económicos desembolsados en cada uno de los municipios, desglosado en zonas geográficas.

1.6.2. DELIMITACIÓN ESPACIAL Y TEMPORAL

1.6.2.1. DELIMITACIÓN ESPACIAL

El análisis realizado examinará a los 80 municipios del departamento de La Paz, agrupados en zonas geográficas y que a su vez se desglosan en 14 REDES de salud en todo el departamento.

1.6.2.2. DELIMITACIÓN TEMPORAL

La presente investigación contemplara todo lo relacionado con el aspecto económico del SUMI desde el momento en que entro en vigencia en enero del año 2003 hasta el año 2007.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

2.1 TEORÍA DE MUSGRAVE SOBRE LA POLÍTICA DEL GASTO SEGURIDAD SOCIAL Y DESARROLLO

El papel de la política del gasto en el desarrollo ha sido mucho menos analizado y los datos comparativos son más difíciles de obtener. Sin embargo, al comparar la situación de varios países se obtienen una cierta evidencia con respecto al papel de la renta per capita. Los países con renta baja dirigen una parte mayor de los gastos a los servicios de educación y sanidad. La inversión humana merece particular consideración en el contexto del desarrollo. Los programas de educación y de salud son importantes no solamente como una cuestión de política de crecimiento, sino también por su importante repercusión sobre el modo en el que se distribuirán los beneficios del crecimiento tanto entre los grupos de renta como entre los diversos sectores de la economía. Los estudios nos han mostrado unas tasas de rendimiento de la inversión en educación y sanidad sumamente altas en los países en desarrollo, señalando así la particular importancia de esta clase de formación de capital.

El diseño del sistema de seguridad social plantea el problema de la redistribución entre grupos de renta. Si el sistema se gestionara estrictamente como un seguro, cada persona recibiría beneficios que reflejasen la misma tasa de rendimiento sobre su contribución. A diferencia de este enfoque el sistema ha sido redistributivo desde el comienzo concediendo un tratamiento más favorable a aquellos que obtienen menos renta.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

Los requisitos para el desarrollo económico en los países de baja renta requieren mucho mas de los necesarios para un crecimiento económico continuado en los países comparativamente muy desarrollados. Para conseguir este crecimiento no solamente son precisos la formación de capital (incluyendo la inversión tanto en capital físico como en capital humano) y el progreso tecnológico, sino también determinados cambios en la situación social e institucional, que ha sido a la vez causa y efecto de un bajo nivel de desarrollo económico.

El requisito fundamental del desarrollo económico es una tasa creciente de formación de capital con relación a la expansión demográfica. Tal formación se debería definir ampliamente de modo que incluyera todos los gastos que incrementan la productividad. Particularmente en las primeras fases del desarrollo la inversión en el sector público tiene una importancia crucial. Además la formación de capital incluye la inversión en recursos humanos en forma de educación y formación al igual que en activos físicos. Realmente cuando la productividad humana se ve adversamente afectada por la mala nutrición y las enfermedades, el creciente consumo de alimentos y la provisión de servicios sanitarios y médicos adopta el aspecto de inversión en capital humano. El empleo de recursos con fines de mejorar la productividad puede adoptar una variedad de formas y se ha de determinar la combinación real en el proceso de planificación de los gastos y recursos.

2.2 ANÁLISIS DE LA POLÍTICA DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD.

El gasto público se ha ido incrementando en las últimas décadas debido a su gran importancia y a que el Estado tiene la responsabilidad de incorporar un seguro social como la salud a toda la población.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

2.2.1. EL REPARTO DE LAS RESPONSABILIDADES.

El tema del reparto de competencias y responsabilidades por parte del Estado es de vital importancia, para satisfacer las necesidades de la población. Algunas áreas entre ellas la educación y la asistencia social, etc., en la que los municipios han asumido un papel cada vez más importante, esto supone que la responsabilidad de proveer la mayoría de los servicios públicos también recae sobre ellos.

Los gobiernos, departamentos y los municipios son responsables principalmente de la educación, de las carreteras, de la asistencia sanitaria, etc.

Existe un reparto de responsabilidades entre las prefecturas, los gobiernos y los municipios.

2.2.2 RELACIÓN ENTRE LOS GOBIERNOS CENTRALES, LOS GOBIERNOS REGIONALES Y MUNICIPALES.

La relación entre los gobiernos centrales, los gobiernos regionales y municipales es muy compleja. La reforma administrativa fue resultado de una reforma radical de la vida institucional del estado boliviano con la opción de llevar adelante un proceso de Descentralización Administrativa radical en el ámbito municipal, desconcentrado en el ámbito regional y regulador en el ámbito nacional[3]. Se modificaron los modelos de la gestión pública, que pasaba de un estado benefactor con alto grado de irresponsabilidad a otro que intentaba ser regulador y ordenador de las relaciones sociales, que asignaba responsabilidades y competencias a los tres niveles de administración, incluida la transferencia de recursos, e incorporaba de manera efectiva la participación ciudadana.

[3] Ley 1554, de Descentralización Administrativa, del 21 de abril de 1994.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

2.2.2.1 REGULACIÓN.

Estipula la restricción en la generación de leyes que pueden promulgarse en un país, es decir que los gobiernos regionales y municipales no pueden proclamar normas sin la debida aprobación del gobierno central.

2.2.2.2. INCENTIVOS.

Más importante que los controles directos son los esfuerzos del gobierno central por influir en las medidas que toman los gobiernos regionales y municipales, mediante incentivos financieros.

2.2.2.3. LA ADMINISTRACIÓN DE LOS FONDOS.

Casi todos los fondos de determinados programas provienen del gobierno central. Y lo que hacen los gobiernos regionales o municipales es simplemente administrarlos (reparto de competencias y responsabilidades).

2.2.2.4. REPARTO GENERAL DE LOS INGRESOS

El gobierno central también transfiere recursos a los gobiernos regionales y municipales en forma de financiación incondicionada, que puede utilizarse para cualquier fin social que se requiera. Estas transferencias existen por dos razones; en primer lugar, por la eficiencia que tiene el gobierno central en la recaudación de los impuestos y, en segundo lugar por la riqueza que conllevan algunas regiones, sus bases tributarias potenciales pueden ser diferentes para esto el gobierno central debería dar prioridad a las regiones más pobres.

2.2.2.5. GASTOS FISCALES.

Uno de los mecanismos más importantes con los que cuenta el gobierno central para influir en los presupuestos de los gobiernos

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

regionales y municipales, son los gastos fiscales relacionados con los impuestos sobre la renta de las personas y las sociedades.

2.3 INSTRUMENTOS FISCALES DE LA POLÍTICA DE DISTRIBUCIÓN

R. Musgrave, sostienen que entre los mecanismos fiscales la distribución se instrumenta directamente mediante: 1) un esquema de impuesto-transferencia que combina la imposición progresiva [4] de la renta de las familias con ingresos superiores con una subvención a las de menor renta. La redistribución puede instrumentarse alternativamente mediante: 2) impuestos progresivos utilizados para la financiación de servicios públicos, especialmente de viviendas sociales, educación o salud, que benefician particularmente a las familias de bajos recursos. Finalmente la redistribución puede conseguirse mediante: 3) una combinación de impuestos sobre los bienes adquiridos mayoritariamente por los consumidores de ingresos elevados, junto con una serie de subvenciones a otros productos que son utilizados principalmente por los consumidores de renta baja.

2.4 LA DESIGUALDAD Y LA PROVISIÓN PÚBLICA DE SERVICIO MÉDICOS.

La explicación básica del importante papel que desempeña el Estado en la subvención de los servicios médicos tiene su origen en la preocupación por las consecuencias de las desigualdades. Existe la creencia general de que no debe negarse el acceso a una asistencia médica adecuada a ningún individuo, cualquiera que sea su renta. Si por alguna razón hay que elegir entre tratar a unas personas y no a otras, esta elección no debe basarse en la riqueza sino en otros atributos.

BIBLIOTECA DE ECONOMÍA

[4] Impuesto progresivo se define como aquel en el que la relación entre el impuesto y la renta crece al crecer la renta.

Sin embargo, existe un nuevo énfasis discursivo en la revalorización de la agenda social destinada a superar las inequidades en la cobertura y en el acceso a los servicios entre los distintos estratos sociales. Inequidades que han aumentado como consecuencia de la globalización de las economías y la disminución del gasto público con destino social

2.5 IGUALITARISMO ESPECÍFICO.

Los seguros médicos son diferentes de los demás seguros, porque el derecho a vivir no puede ni debe ser controlado por el mercado.

El sector público realiza ciertas prestaciones de servicios, con carácter universal y gratuito, o fuertemente subvencionado, tales como los servicios de salud y la educación, es decir, los bienes que la sociedad considera por derecho. Y lo hace en vez de realizar simples transferencias, a este procedimiento se lo conoce como "*igualitarismo específico***" denominado por James Tobin[5]. Estas prestaciones requieren la gestión profesional de centros públicos, la supervisión administrativa y un marcó regulatorio que garantice la adecuada provisión de estos servicios.**

2.6 REFORMAS ADMINISTRATIVAS

Un proceso de estas características requiere la participación de numerosos actores, su adecuada interacción y el desarrollo de la capacidad de negociación para la adquisición de consensos que permitan una reforma que cumpla con las aspiraciones de cada una de las partes interviniéntes. La meta final es prevenir y/o evitar las desigualdades innecesarias, evitables e injustas en las condiciones de salud de la población que afectan a los más pobres, grupos de riesgo con enfermedades específicas o que poseen barreras geográficas de acceso a

[5] James Tobin, Premio Novel de Economía, " Sobre el limite del dominio de la desigualdad" 1970

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

los servicios de salud. Básicamente, la reforma está destinada a paliar el efecto de la falta de cobertura de los servicios, tanto en lo que se refiere a población cubierta como a brindar prestaciones efectivas .

2.7 SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

La seguridad social son las medidas destinadas a cubrir los factores de riesgo de una sociedad que son la enfermedad, maternidad, vejez, invalidez, muerte, etc.

El Estado debe ejecutar determinadas políticas sociales que garanticen y aseguren el bienestar de los ciudadanos en determinados marcos , como el de la sanidad, la educación y en general todos los programas posibles de seguridad social. Estos programas gubernamentales, financiados con los presupuestos estatales, deben tener carácter gratuito, en tanto son posibles gracias a fondos procedentes del tesoro público, sufragado a partir de las imposiciones fiscales con que el Estado grava a los propios ciudadanos. En este sentido, el Estado de bienestar no hace sino generar un proceso de redistribución de la riqueza, pues en principio, las clases inferiores de una sociedad son las más beneficiadas por una cobertura social que no podrían alcanzar con sus propios ingresos.

En este sistema se engloban temas como la salud pública, el subsidio al desempleo, o los planes de pensiones y jubilaciones y otras medidas que han ido surgiendo en muchos países , tanto industrializados como en vías de desarrollo desde finales del siglo XIX , para asegurar niveles mínimos de dignidad de vida a todos los ciudadanos e intentar corregir los desequilibrios de riqueza y oportunidades .

2.7.1. OBJETIVOS DEL SISTEMA SEGURIDAD SOCIAL

La Seguridad Social Integral tiene como fin proteger a los habitantes de la República de las contingencias de enfermedades y accidentes, de

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

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, recreación que tiene todo ser humano.

La Seguridad Social debe velar porque las personas que están en la imposibilidad, sea temporal o permanente, de obtener un ingreso, o que deben asumir responsabilidades financieras excepcionales, puedan seguir satisfaciendo sus necesidades, proporcionándoles, a tal efecto, recursos financieros o determinados servicios.

2.7.2. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DEL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

El sistema de seguridad Social Integral se basa en los siguientes principios:

2.7.2.1. 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.

2.7.2.2. Solidaridad:

Es la garantía de protección a los menos favorecidos en base a la participación de todos los contribuyentes al sistema.

2.7.2.3. Integralidad:

Es la garantía de cobertura de todas las necesidades de previsión amparadas dentro del Sistema.

2.7.2.4. Unidad:

Es la articulación de políticas, instituciones, procedimientos y prestaciones, a fin de alcanzar su objetivo.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

2.7.2.5. Participación:

Es el fortalecimiento del rol protagónico de todos los actores sociales, públicos y privados, involucrados en el Sistema de Seguridad Social Integral.

2.7.2.6. Autofinanciamiento:

Es el funcionamiento del sistema en equilibrio financiero y actuarialmente sostenible.

2.7.1.7. 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

2.8 MARCO LEGAL NORMATIVO.

El SUMI se basa por primacía en la Constitución Política del Estado que establece que la salud es un derecho básico por lo tanto es responsabilidad del Estado protegerla y promoverlas bajo las dimensiones de orden colectivo y de un bien individual, el código de salud en Bolivia, la Ley Nº 2426 de 21 de noviembre de 2002 y otras normas conexas de carácter marco y especificas, que legitimizan su institucionalidad, norman su implementación y funcionamiento, asignan responsabilidades, valida sus procedimientos administrativos-técnico médicos, profundiza los procesos de descentralización, privilegia la gestión compartida con participación popular y orienta actividades.

En nuestro país, el código de seguridad social 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. Asegurara la continuación de sus medios de subsistencia y rehabilitación de las personas inutilizadas, propenderá

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

asimismo del mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar" (Constitución política del Estado Boliviano).

Su base jurídica también esta en el Código de seguridad Social que dice "Los regimenes de Seguridad Social se inspiran en los principios de de Universalidad, solidaridad, eficiencia y participación, cubriendo las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez, muerte, paro forzoso, asignaciones familiares …" (Código de Seguridad Social Boliviano)

- **La Ley 1178 de Administración y Control Gubernamental (SAFCO), plantea sistemas de administración pública y control, detalla y define el concepto de responsabilidad del servidor público en las funciones y utilización de los recursos de Estado y la toma de decisiones racionales de los productos de la inversión pública[6].**

- **La Ley 1551 de Participación Popular que transfiere a los gobiernos municipales la propiedad de los diferentes establecimientos de salud ubicados dentro su región[7].**

- **La Ley 1554 de 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[8].**

- **Ley 2028 de Municipalidades, en la cual el gobierno municipal planifica y promueve el desarrollo humano; controla y supervisa el desempeño del**

[6] Ley 1178 (SAFCO), del 20 de julio 1990.
[7] Ley 1551, de Participación Popular, del 20 de abril de 1994.
[8] Ley 1554, de Descentralización Administrativa, del 21 de abril de 1994.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

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[9].

- **Ley 2235 del Diálogo Nacional, donde se destinan el 10% de los recursos HIPC para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en los municipios. Además, establece mecanismos de control social[10].**

- **Ley 2426 del Seguro Universal Materno Infantil, que establece la atención a niños menores de cinco años y a mujeres hasta los seis meses después del parto.**

2.8.1 MARCO LEGAL DEL SUMI

LEY 2426 DEL SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL,

ARTÍCULO 1. (OBJETO)

I. 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:

a) Las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto.

b) Los niños y niñas desde su nacimiento hasta los 5 años de edad.

II. Las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil, cuando corresponda, se adecuarán y ejecutaran mediante la medicina tradicional

[9] Ley 2028, de Municipalidades del 28 de octubre de 1999.
[10] Ley 2235, del Dialogo Nacional 2000, del 31 de julio de 2001.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

Boliviana donde los usos y costumbres de los pueblos indígenas, originarios y campesinos de Bolivia, sea de elección.

III. El Seguro Materno Infantil, es una prioridad de la Estrategia Boliviana de Reducción a la Pobreza.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

CAPÍTULO III

SISTEMA SANITARIO

3.1. EL SISTEMA SANITARIO NACIONAL

3.1.1. RESEÑA HISTÓRICA

El Sistema Boliviano de Salud nace en 1938 con la creación del Ministerio de Higiene y Salubridad, con una estructura organizativa imperfecta, respondiendo al perfil epidemiológico nacional y al enfoque dominante de la época. El financiamiento de la salud se sustentaba de una fuerte cooperación internacional y esto se ve incluso hasta en nuestros días.

Los programas nacionales se organizaban verticalmente y se llamaban Ligas, como las Ligas de Lucha contra la malaria, tuberculosis, etc.

El 12 de diciembre de 1956, sucede la segunda respuesta del Estado para crear un Sistema Boliviano de Salud; se crea y se promulga el Código de la Seguridad Social bajo un enfoque de riesgo. Se buscaba proteger a la población asegurada contra los riesgos de maternidad, enfermedad y riesgos profesionales. Este modelo se funda en tres principios básicos; unidad de gestión, universalidad y solidaridad.

El principio de unidad de gestión no funcionó en el Seguro Social Boliviano porque las presiones sindicales dieron paso a la formación de los Seguros Delegados para algunos sectores productivos, como los ferro viarios. Posteriormente los seguros mineros, petroleros, militares, universitarios, chóferes y otros con presencia en la economía nacional.

El segundo principio, la universalidad, tampoco se cumple, porque básicamente es un seguro urbano y responde a la relación del crecimiento de las fuerzas productivas, donde el patrón es el propio Estado, donde sectores mayoritarios del país como los campesinos que en 1952 representaban aproximadamente al

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

72% de la población boliviana, nunca pudieron tener acceso al Seguro Social, por no tener una relación obrero patronal.

El tercer principio de solidaridad no se cumple, por no existir una unidad de gestión y acceso universal. La solidaridad estaba restringida a las cajas sectoriales.

Más recientemente, en la década de los años 60, se crean las diversas ONG y surgen los seguros o el sistema de medicina privada, producto del aumento del número de profesionales médicos y de las posibilidades que el país ofrece para el desarrollo de estos subsistemas.

Actualmente las políticas públicas de salud se sustentan en la Seguridad Social que cubre al 25% de la población, es decir 2 millones de bolivianos, de los que sólo el 50% (12% del total de la población), acude regularmente y utiliza estos servicios del seguro a corto plazo. El 50% restante, a pesar de estar asegurado, no acude a los servicios por falta de oferta principalmente, o si acude lo hace en los servicios privados.

El sistema público de salud atiende el 34 al 40% de los bolivianos y las ONG juntamente al sector privado atienden del 9 al 10%. Se estima que entre el 9 y el 11% de la población recurre a la automedicación y el resto de la población, aunque cada vez en menor proporción, recurre a la medicina tradicional.

El gasto per cápita en salud en Bolivia es de 7 a 8 $us, mientras que el promedio latinoamericano es de 12 a 13 $us.

Existen cinco barreras de accesibilidad a los servicios de salud, la barrera *económica*, **geográfica, cultural, funcional y de calidad.**

3.2. PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DEL SECTOR SALUD

La administración llevó implícito el sentido de que es una actividad cuyo propósito fundamental es servir a la sociedad. Esa acción de servicio debe y

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

tiene que realizarse en forma conciente y sistemáticamente a través de la aplicación de principios predeterminados.

En Bolivia se ha aplicado durante los últimos años un sistema permanente de innovación de la administración pública. El primer intento serio se inicio con la aprobación en 1990 de la Ley 1178, a la par con todo el proceso de participación popular y la descentralización administrativa y la posterior reforma del poder ejecutivo.

El proceso de descentralización en Bolivia significó la transferencia y delegación de atribuciones de carácter técnico administrativo a 9 prefecturas y 329 gobiernos municipales, permitiendo de esta manera que los gobiernos locales se incorporen de forma dinámica al proceso, adquiriendo importantes responsabilidades en el área social.

3.2.1. BASES DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN

Las bases de este proceso de descentralización fueron:

a. **Creación de gobiernos locales y la ampliación de sus competencias en lo que es el gasto social, para que de manera eficiente puedan satisfacer las necesidades y demandas de su comunidad para su desarrollo socioeconómico.**

b. **La minimización de las brechas de capacidad fiscal interregional, mediante un cambio del sistema de redistribución de los recursos por coparticipación tributaria y la creación del fondo compensatorio departamental y municipal.**

c. **La consiguiente provisión mínima de bienes primarios a toda la población, independientemente de su ubicación geográfica.**

BIBLIOTECA DE ECONOMÍA

d. La participación democrática de todos los habitantes de los diferentes municipios, en las decisiones, en beneficio de sus comunidades.

3.3. SEGUROS PÚBLICOS DE SALUD

El Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN), creado en 1996, durante la primera gestión de Gonzalo Sánchez de Losada; y el Seguro Básico de Salud (SBS), aprobado por el gobierno de Hugo Banzer Suárez, en 1998. 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.

Uno de los criterios de evolución del seguro es el número de prestaciones o servicios médicos que brinda. Mientras que en 1996 el SNMN se inició con 30 prestaciones, en 1998 el SBS incrementó su alcance a 92. Con el SUMI las prestaciones llegaron a 546, además de la promulgación de la Ley de ampliación con 27 prestaciones más[11], con esto el SUMI cubre 573 prestaciones.

3.4. MODELO DE GESTIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El nuevo modelo de gestión que esta en vigencia para todo el Sistema Nacional de Salud, establece cuatro ámbitos de gestión:

- **Ámbito Nacional, Ministerio de Salud y Deportes**

  El Ministerio de Salud y Deportes es el órgano rector y normativo de la gestión en salud a nivel nacional, formula estrategias, políticas, planes y programas nacionales de salud.

[11] Ley 3250, Ampliatoria del SUMI, Eduardo Rodríguez Veltzé, 6 de diciembre de 2005.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

- **Ámbito departamental, Servicio Departamental de Salud dependiente de la prefectura.**

  El SEDES es el articulador de las políticas nacionales y de la gestión municipal, coordina y supervisa la gestión en salud del departamento y es el encargado de cumplir y hacer cumplir la política de salud y normas de orden político en su jurisdicción territorial en sector público.

- **Ámbito Municipal, Directorio Local de Salud (DILOS).**

  El municipio junto al SEDES y la comunidad organizada son responsables de la gestión compartida con participación popular en salud [12].

  El gobierno municipal es el responsable de la administración de las cuentas municipales de salud a través de la gestión compartida de los DILOS.

- **Ámbito Local**

  Correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y brigada móvil como nivel operativo.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

[12] Decreto supremo Nº 26875, Modelo de gestión y Directorio Local de Salud (DILOS).

CAPÍTULO IV

DIAGNÓSTICO DEL SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL

4.1. CARACTERÍSTICAS

El presente diagnostico sobre el Seguro Universal Materno Infantil contempla el periodo 2003 a 2007; el SUMI creado como una Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP) tiene como propósito disminuir de manera sostenible la morbimortalidad materna e infantil, 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 al servicio otorgado.

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 embarazados 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 de edad.

El SUMI beneficia con 546 prestaciones, adicionándole 27 prestaciones mas, establecida en la Ley 3250 que amplia las coberturas del SUMI [13].

[13] Ley 3250, Ampliatoria del SUMI, Eduardo Rodríguez Veltzé, 6 de diciembre de 2005.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

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 prefectura, 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[14].

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 técnico 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[15].

4.2. FINANCIAMIENTO.

El financiamiento del Seguro Universal Materno Infantil está conformado por:

- **Tesoro General de la Nación.**
- **Coparticipación Tributaria Municipal.**
- **Cuenta Especial del Diálogo 2000 (Fondo Solidario Nacional).**

4.2.1. TESORO GENERAL DE LA NACIÓN (TGN)

Los gastos de la partida presupuestaria 10.000 (Servicios Personales) correspondientes al personal del Sistema Público de Salud, que prestará los

[14] Decreto supremo Nº 26875, Modelo de gestión y Directorio Local de Salud (DILOS).
[15] Funciones y atribuciones del DILOS, Articulo 8, Decreto Supremo Nº 26875

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

servicios de este seguro, estarán cubiertos por el Tesoro General de la Nación[16]. Estas partidas serán consignadas en el Presupuesto Anual de la Prefectura 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 comunicarán 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 de servicios personales.

4.2.2. COPARTICIPACIÓN TRIBUTARIA MUNICIPAL

El 10% de los recursos de la Participación Popular (Coparticipación Tributaria Municipal), serán destinados a cubrir el financiamiento de insumos, servicios no personales y medicamentos 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.

4.2.3. CUENTA ESPECIAL DEL DIÁLOGO 2000

El Fondo Solidario Nacional está constituido para otorgar una compensación a aquellos gobiernos municipales cuyos recursos de Coparticipación Tributaria

[16] TGN en virtud a la Ley Nº 1654, Artículo 5, inciso g) hasta el monto consignado para este propósito en el Presupuesto General de la Nación.

BIBLIOTECA DE ECONOMÍA

Municipal sean insuficientes para financiar el Seguro Universal Materno Infantil[17].

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

Si bien la Ley N° 2426 establece que los recursos para el SUMI, son el 10% de 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 y el 10% a partir del 2005.

4.3. CUENTAS MUNICIPALES DE SALUD -SUMI

Las Cuentas Municipales de Salud se utilizaran 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 Diálogo 2000, se usaran 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 Hacienda, los mismos que serán debitados de la cuenta Especial Diálogo 2000.

[17] La Ley 2426 en su Artículo 4, parágrafo II, crea el Fondo So lidario Nacional.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

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

4.4. REMANENTES.

En caso de existir remanentes 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.

A continuación se puede apreciar el monto de remanentes que se registraron en el departamento de La Paz, en cada uno de los años de gestión del SUMI:

Cuadro Nº 1

Remanentes de los Ingresos CPT.

Año	Monto en bolivianos	% Del total de la CMS-SUMI
2003	759.717,36	2,90
2004	10.080.989,77	26,18
2005	10.795.738,49	25,69
2006	41.996.036,84	56,44
2007 Datos preliminares	38.096.161,98	52,09

Fuente: Unidad Departamental de Gestión del SUMI

4.5. 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:

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

- **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.**

4.6. PRESTACIONES DEL SUMI.

El Seguro Universal Materno Infantil brinda servicios de salud fundamentalmente al binomio madre-niño, la demanda de estos servicios se ha ido incrementando aceleradamente.

Cuadro Nº 2

Prestaciones Otorgadas

Año	Cantidad
2003	1.861.783,00
2004	2.849.743,00
2005	2.977.307,00
2006	44.191,00

Fuente: Unidad Departamental de Gestión del SUMI

Como se puede observar en el cuadro, la demanda de servicios de salud se ha incrementando aceleradamente beneficiando primordialmente a la población con escasos recursos.

La mayor parte de estas cantidades corresponden al área urbana, es decir, en el 2003 del total de prestaciones el 62,02% (1.154.690,00) corresponden al área urbana y el restante el área rural (37,98%); en el 2004 fue similar el 60,49% en el área urbana y el 39,51% en el área rural; el 2005 el 59,45% corresponden al área urbana y el 40,55% al área rural.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

Como se puede observar la cantidad de prestaciones registradas en el año 2006 es mínimo debido a que gran parte de los responsables municipales en salud no notificaron este dato a la Unidad Departamental de Gestión del SUMI.

No existen datos en el 2007 ya que los responsables municipales en hacer llegar los informes mensuales correspondientes no notificaron este dato en algunos casos y en otros es erróneo.

Cada uno de estos datos se desagrega en prestaciones otorgadas a niños menores de cinco años y mujeres.

4.6.1. 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.

4.6.2. MENOR DE CINCO AÑOS

El SUMI, prestará asistencia sanitaria a niñas y niños menores de 5 años con atención ambulatoria integral, medicamentos, insumos y reactivos así como servicios complementarios de diagnóstico y tratamientos médico-quirúrgicos y productos naturales tradicionales.

4.6.3. 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 explicitadas en el libro de Paquetes y Prestaciones, estás 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 (papanicolao anual) en toda paciente

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

que acuda al SUMI y tratamiento de lesiones premalignas, contemplando además métodos de anticoncepción voluntaria y libremente consentida[18].

4.6.4. PRESTACIONES EXCLUIDAS

El Seguro Universal Materno Infantil no cubre las siguientes prestaciones:

- **Ortesis prótesis – Ortodoncia,**
- **Cirugía estética,**
- **Quimioterapia, radioterapia y cobaltoterapia,**
- **Transplante 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.**

4.7. AFILIACIÓN

Todos los gobiernos municipales y las organizaciones de base tienen la obligación de promover y facilitar la afiliación de los asegurados del SUMI.

Como constancia al derecho a la salud, al momento de la afiliación y para seguimiento del estado de salud, se entregará a la persona asegurada el carnet de salud de la mujer, para la mujer embarazada hasta los seis meses posteriores al parto y el carnet de salud infantil, para las niñas y niños menores de cinco años.

Los establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud son los encargados de la afiliación gratuita de los asegurados del SUMI. Dichos

[18] Ley 3250, Ampliatoria del SUMI, Eduardo Rodríguez Veltzé, 6 de diciembre de 2005.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

establecimientos remitirá al Gobierno Municipal de su jurisdicción, un informe de los afiliados al SUMI, de forma semestral.

La cantidad de afiliaciones registradas en el departamento alcanzan a:

Cuadro Nº 3

Afiliaciones del SUMI

Año	Cantidad
2003	180.827,00
2004	168.074,00
2005	93.527,00
2006*	33.882,00

Fuente: Unidad Dep. de Gestión del SUMI
*** Dato preliminar**

De estos la mayor cantidad se registra en el año 2003, el primer año de vigencia del SUMI, es notable la disminución de afiliaciones registradas en el año 2005 y parte del 2006; es importante aclarar que en dichos años los datos expuestos constituyen información preliminar.

No existen datos registrados en el año 2007 ya que existen problemas de verificación en los registros de afiliación debido a que existen muchos casos en que las pacientes se registran y afilian en más de un establecimiento de salud.

4.8. GESTIÓN DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

El gobierno municipal con la aprobación del DILOS determinará los procedimiento para reembolsar a los establecimientos de salud por concepto de prestaciones, medicamentos, insumos y reactivos del SUMI.

Los desembozos pueden efectuarse según requerimiento y aprobación del DILOS en:

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

- **Dinero en efectivo o cheque,**
- **Medicamentos, insumos y reactivos,**
- **Mixto.**

4.8.1. MECANISMOS DE COBRO Y PAGO

El pago por las prestaciones otorgadas deberá realizarse única y exclusivamente a cada establecimiento de salud, queda terminantemente prohibido el pago a través de Redes de Salud, gerentes de red u otros. Como tampoco esta permitido la centralización de los recursos, ya que cada establecimiento debe administrar sus propios recursos y hacerse responsable de estos en su generación, fuente de ingreso y ejecución, identificando claramente por partida y objeto de gasto lo correspondiente al SUMI, incluidos los remanentes.

4.8.2. FORMULARIO DE PRESTACIONES OTORGADAS SUMI (FOPOS)

El Formulario de Prestaciones Otorgadas SUMI (FOPOS), es un documento válido y legal donde se consolidan la información acerca de las prestaciones realizadas en un mes. Es el principal documento de cobro y pago; el establecimiento de salud hasta el quinto día hábil de cada mes envía al DILOS los formularios y solicitud de reembolso. El DILOS tienen cinco días hábiles para revisar, aprobar o rechazar la documentación presentada por cada estableciendo. Pasado este tiempo la solicitud se considera aprobada.

Si se devuelve la documentación al establecimiento para su corrección, esta no debe demorar más de 48 horas para su rectificación o corrección necesaria. El gobierno municipal cancela al establecimiento bajo la modalidad estable cida en un periodo no mayor a 10 días hábiles a partir de la fecha de recepción.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

En consecuencia, se evidencia la magnitud en ejecución de los objetivos planteados de incrementar la demanda de servicios, a través de la cantidad de prestaciones que se otorgó a lo largo de estos tres años y medio de vigencia del SUMI y la reducción de la mortalidad materna e infantil.

De acuerdo a los datos expuestos la cantidad de prestaciones otorgadas por el SUMI tiene un efecto ascendente, que ratifica los objetivos planteados por la Unidad de Gestión del SUMI. Es importante aclarar que esta cantidad sería más alta si existiera una mayor cobertura y difusión del SUMI.

En tanto y de acuerdo a la cantidad de remanentes registrados en los municipios, se evidencia que, si bien el seguro no cuenta con problemas de sostenibilidad financiera, no se utilizan eficientemente los recursos que podrían estar orientados a mejoras administrativas del SUMI y de infraestructura en los establecimientos de salud.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

CAPÍTULO V

ANÁLISIS DEL PRESUPUESTO DESTINADO A SEGUROS PÚBLICOS DE SALUD - SUMI.

5.1. COPARTICIPACIÓN TRIBUTARIA MUNICIPAL

Los abonos o transferencias que provienen de los impuestos nacionales se distribuyen de acuerdo a la densidad poblacional de cada municipio en observancia a la Ley Nº 1551 de Participación Popular.

De acuerdo a la Ley Nº 2426 del Seguro Universal Materno Infantil que estipula el 10% de los ingresos por concepto de Coparticipación Tributaria Municipal (CPT)[19], serán destinados a financiar los gastos de insumos, servicios no personales y medicamentos esenciales del Seguro Universal Materno Infantil, que se ha ido incrementando a lo largo de estos últimos cinco años de gestión del SUMI, en especial se puede destacar el comportamiento económico que tuvo en el departamento de La paz, que mostró una considerable evolución en los desembolsos efectuados. Como lo demuestra el siguiente cuadro:

Cuadro Nº 4

DESEMBOLSOS
Coparticipación Tributaria Municipal (CPT)

Año	CPT a nivel Departamental en Bs.	Gradualidad % de la CPT	Desembolsos CPT a la CMS-SUMI en Bs.
2003	373.608.733,29	7%	26.152.611,33
2004	481.347.132,63	8%	38.507.770,61
2005	420.280.955,30	10%	42.028.095,53
2006	744.074.189,10	10%	74.407.418,91
2007*	731.306.034,60	10%	73.130.603,46

Fuente: Unidad Dep. de Gestión del SUMI
*** Datos preliminares hasta el mes de noviembre.**

[19] Decreto Supremo Nº 26874, Articulo 10 (Recursos de la Participación Popular).

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

Como se puede apreciar los desembolsos efectuados se incrementaron de manera sustancial, en todos los años de gestión del SUMI este incremento es altamente significativo principalmente en el año 2006 ya que tuvo una adición de 77,04% de ingresos respecto al 2005, que también tuvo un incremento mínimo de 9,14% al del año 2004 y para el 2006 el incremento fue de 184,51% al del monto desembolsados el año 2003. Es decir, los municipios contaron cada año con más recursos para la prestación de servicios ofrecidos por el SUMI. Se evidencia claramente que el último año será mucho más significativo tomando en cuenta que el dato registrado en el 2007 es preliminar.

Claro que este incremento tiene que ver con la gradualidad con la que se depositaron los recursos del SUMI a las cuentas municipales de salud anualmente, es decir, que los ingresos por la Coparticipación Tributaria Municipal, se otorgaron el 7% en el año 2003, 8% en el 2004 y a partir del 2005 el 10%.

También se puede evidenciar que del total de ingresos anuales destinados al departamento, estos se distribuyen a los 80 municipios que existen en La Paz, quienes ejecutan los recursos de la cuenta municipal de salud en donde se depositan los recursos del SUMI.

5.1.1. DESEMBOLSOS MUNICIPALES - 2003.

En el año 2003, los ingresos por Coparticipación Tributaria Municipal desembolsados fueron del 7% mensual, como ya habíamos mencionado anteriormente estos alcanzaron a 26.152.611,33 bolivianos y fueron destinados a financiar exclusivamente al SUMI, para cubrir principalmente las prestaciones otorgadas en los distintos establecimientos de salud del departamento.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

La distribución de estos ingresos para los 75 municipios existentes en ese año, se realizó de acuerdo al número de habitantes existentes en cada municipio del departamento.

Gran parte de estos recursos fueron destinados al municipio urbano de La Paz, con 8.824.730,66 bolivianos, es decir el 33,74% de los recursos de CPT. Por el contrario el municipio que menos recursos percibe es el municipio rural de Nazacara que recibió 2.970,66 bolivianos, es decir el 0,011% del total. Entre estos dos valores existe un rango de 8.821.760 bolivianos, esto es una diferencia muy elevada, pero como ya se había mencionado, se debe a la consistencia de la población en el departamento.

Pero si diferenciamos al departamento en área urbano y rural, observaremos que El Alto y La Paz (área urbana) se llevan la mayor cantidad de estos recursos es decir el 61,39% (16.054.979 bolivianos).

El área rural tiene el 38,61% del total, es decir 10.097.632,33 bolivianos, a la vez el municipio que tiene el mayor nivel de desembolsos es el municipio de Achacachi con un 7,77% (784.287,33 bolivianos) del total de ingresos del área rural y el monto mínimo como ya se había mencionado corresponde al municipio de Nazacara, seguido de Chacarilla con un ingreso de 17.419,66 bolivianos.

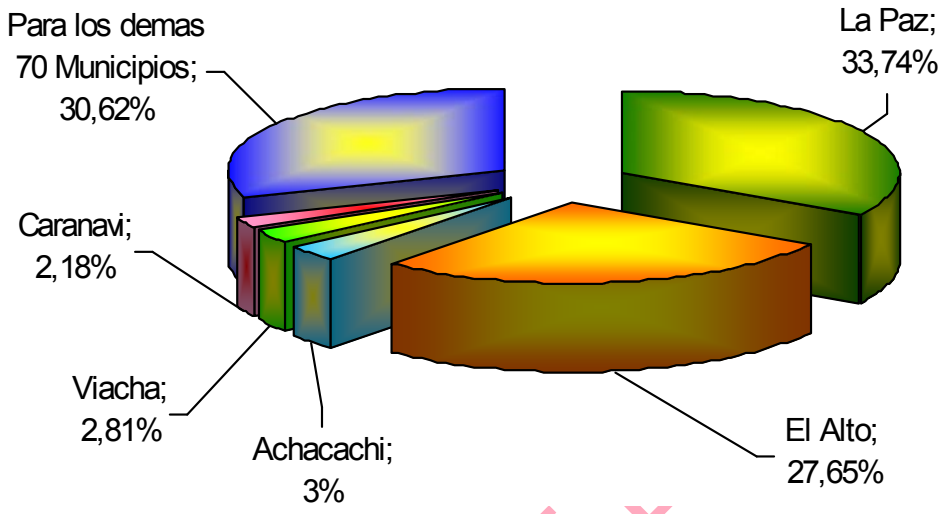
5.1.1.1. CONCENTRACIÓN DE LOS INGRESOS MUNICIPALES CPT DESTINADOS AL SUMI -2003.

Este análisis nos servirá para determinar cuáles son los municipios en los que se concentra la mayor cantidad de los recursos de la Coparticipación Tributaria Municipal.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

Gráfico N° 1

CONCENTRACIÓN DE LOS INGRESOS MUNICIPALES CPT DESTINADOS AL SUMI-2003



Fuente: Elaboración propia en base a datos propor cionados por la UDGS.

Como se puede apreciar la mayor cantidad de recursos destinados al departamento son para los municipios de La Paz y El Alto , debido a que en cada una de estas dos ciudades del departamento se encuentra la mayor cantidad de habitantes.

A continuación se realiza una desagregación de los municipios que mayor y menor recursos perciben:

BIBLIOTECA DE

Cuadro Nº 5

MAYOR Y MENOR NIVEL DE CONCENTRACIÓN
INGRESOS COPARTICIPACIÓN TRIBUTARIA MUNICIPAL

Año 2003 7% de la CPT		Municipio	Valor en bolivianos	% CPT
Mayor Concentración de Ingresos	1º	La Paz	8.824.730,67	33,74
	2º	El Alto	7.230.248,33	27,65
	3º	Achacachi	784.287,33	3,00
	4º	Viacha	735.775,33	2,81
	5º	Caranavi	569.034,67	2,18
Menor Concentración de Ingresos	1º	Nazacara	2.970,67	0,01
	2º	Chacarilla	17.419,67	0,07
	3º	W.Ballivian	18.434,33	0,07
	4º	Catacora	19.300,33	0,07
	5º	Tito Yupanqui	24.618,67	0,09

Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la UDGS.

Realizando un análisis entre los municipios que mayor y menor recursos perciben, se observa que la mayor concentración de los recursos de CPT va dirigido hacia los municipios de La Paz, El Alto, Achacachi, Viacha y Caranavi; que llegan a 69,38% del total destinado a cubrir las prestaciones del SUMI. Por el contrario, los municipios que menos recursos perciben son los municipios de Nazacara, Chacarilla, Waldo Ballivián, Catacora y Tito Yupanqui que no pasa del 0,32% del total (26.152.611,33 bolivianos).

5.1.1.2. NIVEL DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA - 2003.

El total desembolsado el 2003, a la cuenta municipal de Salud SUMI fue de 26.152.611,33 bolivianos, del cual se ejecutó 25.392.893,98 bolivianos, es decir el 97,10%. Cerca de la totalidad de recursos del SUMI destinados al departamento.

Claro que a nivel municipal esto difiere porque no todos los municipios lograr on ejecutar el total de los recursos de CPT. Algunos de los municipios lograron

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

ejecutar de manera limitada, sin embargo existen municipios que excedieron sus gastos hasta más del cien por ciento. Como vemos en el siguiente cuadro:

Cuadro Nº 6

NIVELES DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA SUMI DE LA CUENTA MUNICIPAL DE SALUD

Año 2003		Municipio	Desembolso Municipal en Bs.	Valor en Bs. Ejecución de la CMS	Valor % Ejecución de la CMS
Mayor Nivel de Ejecución	1º	Coroico	136.126,67	323.481,84	237,63
	2º	La Paz	8.824.730,67	12.764.035,16	144,64
	3º	Irupana	126.626,00	148.331,66	117,14
	4º	La Asunta	200.414,00	228.743,50	114,14
	5º	San B. Ventura	69.002,33	77.205,16	111,89
Menor Nivel de Ejecución	1º	Chacarilla	17.419,67	69,00	0,40
	2º	Viacha	735.775,33	127.592,68	17,34
	3º	Calacoto	98.092,67	19.265,90	19,64
	4º	Comanche	42.982,00	9.066,70	21,09
	5º	S. P. Curahuara	90.138,33	19.781,64	21,95

Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la UDGS.

Como se puede apreciar en el cuadro el municipio de Coroico es el que más ejecución presupuestaria alcanzó en este año, excede sus recursos y llega al 237,63% de gastos, seguido de La Paz que llega a un 145% de ejecución presupuestaria anual, al igual que Irupana, La Asunta y San Buena Ventura que tienen un comportamiento similar de ejecución; esto debido a la gran demanda de prestaciones que tuvieron estos municipios.

A diferencia de los municipios de Chacarilla, Viacha, Calacoto, Comanche y San Pedro de Curahuara, que tienen un porcentaje de ejecución mínimo, especialmente el municipio de Chacarilla que sólo ejecutó el 0,40% del total de los recursos desembolsados a la cuenta municipal de salud de su municipio.

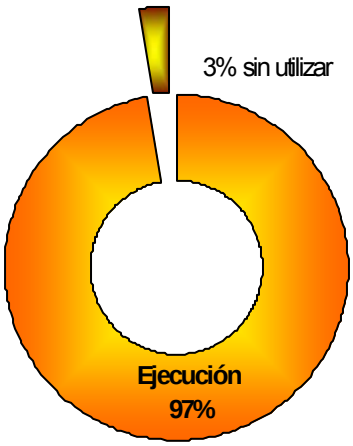
BIBLIOTECA DE ECONOMIA

Como se indicó anteriormente el porcentaje total de ejecución del monto total del departamento alcanzó a 97,10%, pero como expresa el cuadro expuesto anteriormente existen municipios que lograron una ejecución limitada y otros que tuvieron una ejecución extraordinaria, los mismos que para cubrir su déficit tendrán que recurrir a otra fuente de financiamiento como el Fondo Solidario Nacional.

En el siguiente gráfico se observa el nivel de ejecución presupuestaria realizada a nivel departamental el año 2003:

Gráfico N° 2

EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA SUMI
A NIVEL DEPARTAMENTAL - 2003



Fuente: Elaboración propia basada en datos proporcionados de la UDGS.

El año 2003 fue positivo ya que se logro ejecutar cerca del cien por cien de los recursos destinados al SUMI.

5.1.2. DESEMBOLSOS MUNICIPALES - 2004

Como ya se había mencionado el monto de desembolsos no era fijo sino gradual es decir el 7% en el año 2003 y para el año 2004 se aprobó el 8% mensual, alcanzando a 38.507.770,61 bolivianos.

De estos recursos, Nazacara es el que menos cantidad de recursos obtiene 4.374,26 bolivianos y obviamente el municipio de La Paz tiene la mayor cantidad de recursos SUMI (12.996.547,17 bolivianos).

Si desagregamos el departamento en rural y urbano; en el área rural el municipio que mayores ingresos tiene es Achacachi con 1.155.053,09 bolivianos, y el menor sigue siendo para Nazacara.

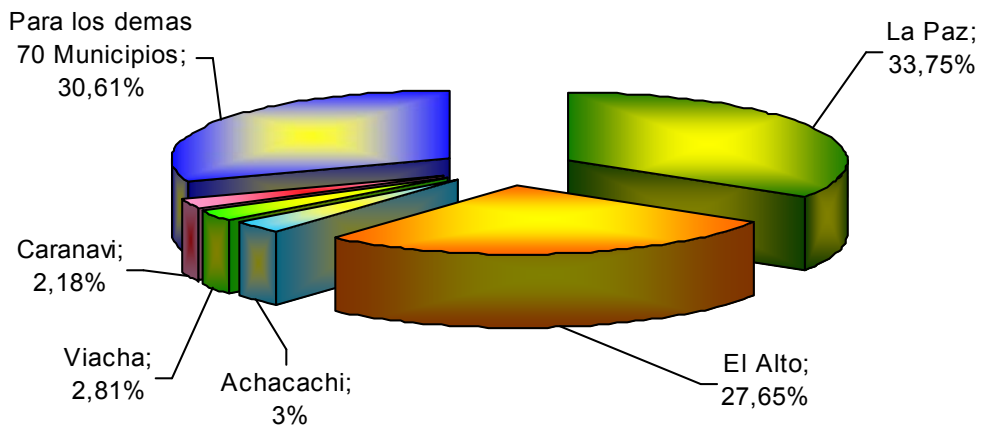
Se puede evidenciar que la mayor parte de los desembolsos son destinados al área urbana (La Paz y El Alto) con 23.644.832,15 bolivianos, es decir el 61,40% y los restantes 38,60% cubren las prestaciones otorgadas en los municipios rurales.

5.1.2.1. CONCENTRACIÓN DE LOS INGRESOS MUNICIPALES CPT. DESTINADOS AL SUMI -2004.

La concentración de los ingresos esta relacionado con la concentración de la densidad población existente en cada uno de los municipios, como podemos apreciar en el siguiente gráfico la ciudad de La Paz y El Alto son los que mas recursos perciben por tener la mayor cantidad de habitantes.

Gráfico Nº 3

CONCENTRACIÓN DE LOS INGRESOS MUNICIPALES CPT DESTINADOS AL SUMI-2004



Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la UDGS.

FACULTAD DE ECONOMIA

Lo contrario pasa en área rural en los que 70 municipios tienen que dividirse menos del total que recibe la ciudad de La paz, esto debido a que en estos municipios la densidad poblacional en mínima.

A continuación se divide a los municipios que mayor y menor recursos perciben:

Cuadro Nº 7

MAYOR Y MENOR NIVEL DE CONCENTRACIÓN INGRESOS COPARTICIPACIÓN TRIBUTARIA MUNICIPAL

Año 2004 8% de la CPT		Municipio	Valor en bolivianos	% CPT
Mayor Concentración de Ingresos	1º	La Paz	12.996.547,17	33,75
	2º	El Alto	10.648.284,98	27,65
	3º	Achacachi	1.155.053,09	3,00
	4º	Viacha	1.083.607,58	2,81
	5º	Caranavi	838.041,37	2,18
Menor Concentración de Ingresos	1º	Nazacara	4.374,26	0,01
	2º	Chacarilla	25.656,68	0,07
	3º	W.Ballivian	27.146,93	0,07
	4º	Catacora	28.425,00	0,07
	5º	Tito Yupanqui	36.255,65	0,09

Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la UDGS.

Se puede evidenciar que la mayor concentración de ingresos va destinado a La Paz, El Alto, Achacachi, Viacha y Caranavi, los mismos llegan a 26.721.534,2 bolivianos, es decir el 69,39% del total (38.507.770,61 bolivianos).

También es evidente que la menor concentración de recursos son captados por los municipios de Nazacara, Chacarilla, Waldo Ballivián, Catacora, Tito Yupanqui con el 0,32% del total departamental.

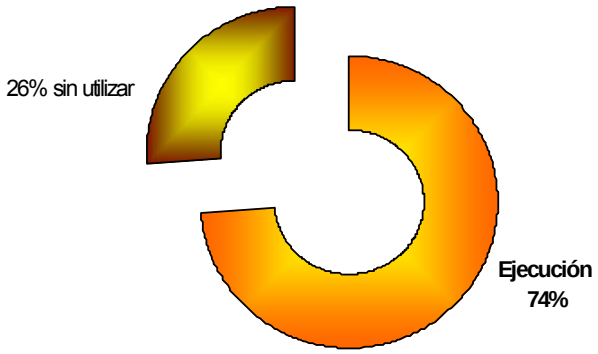
BIBLIOTECA DE ECONOMIA

5.1.2.2. NIVEL DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA -2004.

En el año 2004 los desembolsos crecieron a 38.507.770,61 bolivianos, esto significa un mayor nivel de desembolsos destinados a los municipios. De estos desembolsos sólo ejecutaron 28.426.780,84 bolivianos, los que son equivalentes a 73,82%.

Gráfico Nº 4

EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA SUMI A NIVEL DEPARTAMENTAL - 2004



Fuente: Elaboración propia basada en datos proporcionados de la UDGS.

En el siguiente cuadro se puede observar los niveles máximos y mínimos de ejecución que se realizaron en este año (2004):

Cuadro Nº 8

NIVELES DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA SUMI DE LA CUENTA MUNICIPAL DE SALUD

Año 2004		Municipio	Desembolso Municipal en Bs.	Valor en Bs. Ejecución de la CMS	Valor % Ejecución de la CMS
Mayor Nivel de Ejecución	1º	Coroico	200.478,42	251.418,00	125,41
	2º	La Paz	12.996.547,17	14.109.792,30	108,57
	3º	La Asunta	295.155,64	309.703,60	104,93
	4º	Palos Blancos	273.447,84	272.824,50	99,77
	5º	Guanay	464.704,65	453.206,50	97,53
Menor Nivel de Ejecución	1º	Puerto Perez	136.354,91	20.272,00	14,87
	2º	Achocalla	247.548,51	36.813,00	14,87
	3º	Calacoto	144.463,87	22.555,74	15,61
	4º	Chacarilla	25.656,68	4.167,00	16,24
	5º	Umala	156.999,78	25.836,00	16,46

Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la UDGS.

BIBLIOTECA DE

Es evidente que el municipio de Coroico es el que mayor ejecución presupuestaria ha desarrollado en el año 2004 alcanzando un 125,41% de ejecución, este nivel excesivo de gastos se debe a que en este municipio existe el Hospital de Coroico y la gente de municipios vecinos se dirige a este hospital para ser atendidos y no asiste a su municipio por falta de establecimientos de salud. A causa de esto se incrementa considerablemente la demanda de prestaciones de SUMI en el municipio de Coroico.

Si bien el municipio de Coroico es el que posee mayor ejecución presupuestaria, la ejecución de La Paz no deja de ser significativa ya que viene seguidamente de Coroico con casi similar nivel (108,57%), los demás municipios que se aproximan al límite o exceden sus ingresos.

A diferencia de los municipios que tienen limitada ejecución presupuestaria, como Puerto Pérez, Achocalla, Calacoto, Chacarilla y Umala, que no llegan ni al 20% de ejecución de los recursos SUMI.

5.1.3. DESEMBOLSOS MUNICIPALES - 2005

A partir de este año se incrementan cinco municipios más al departamento de La Paz, totalizando 80, los cuales también tienen acceso por Ley a este seguro público de salud. Y obviamente a participar de los desembolsos otorgados por la CPT. Para cubrir los gastos principalmente en medicamentos para el SUMI.

La forma gradual con la que se han realizado los desembolsos se sustituye por el porcentaje invariable acordado del 10% a partir del 2005. De esta forma, los recursos a cubrir por las prestaciones otorgadas del SUMI se elevan a 42.028.095,53 bolivianos; de estos la mayor parte va destinado al área urbana, 25.806.410,39 bolivianos, es decir el 61,40%.

El área rural sólo llega a percibir 16.221.685,14 bolivianos, de estos desembolsos el más alto lo adquiere el municipio de Achacachi 1.258.778,05

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

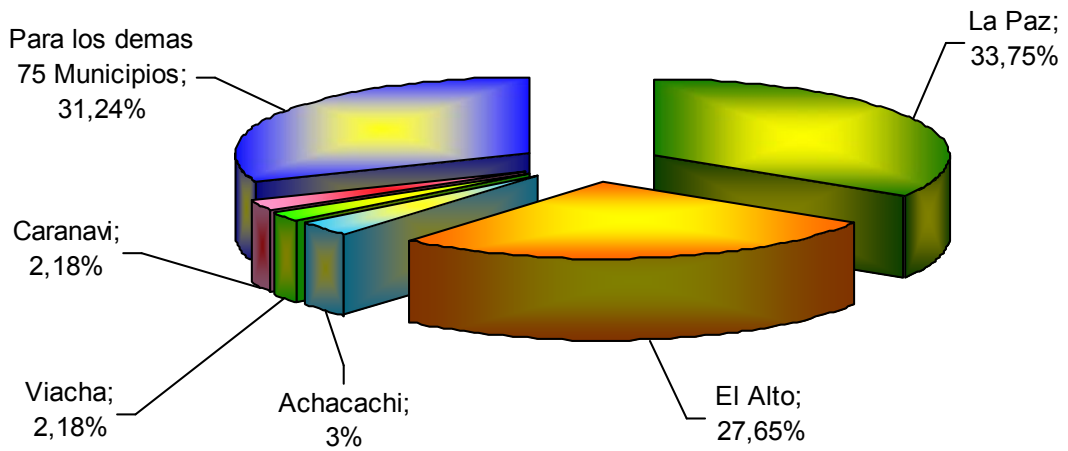
bolivianos, y el desembolso mas limitado desde el lanzamiento y vigencia del SUMI es para el municipio de Nazacara con 4.777,17 bolivianos, es decir sólo el 0,01% del total (42.028.095,53 bolivianos).

5.1.3.1 CONCENTRACIÓN DE LOS INGRESOS MUNICIPALES CPT. DESTINADOS AL SUMI -2005.

Como se puede observar en el gráfico la mayor cantidad de recursos va destinado hacia el área urbana del departamento seguido de los municipios de Achacachi, Viacha y Caranavi.

Gráfico Nº 5

CONCENTRACIÓN DE LOS INGRESOS MUNICIPALES CPT DESTINADOS AL SUMI-2005



Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la UDGS.

Solo el 31,24% (13.129.577,04 bolivianos) del total destinado al departamento de La Paz son para los demás 75 municipios existentes.

Cuadro Nº 9

MAYOR Y MENOR NIVEL DE CONCENTRACIÓN
INGRESOS COPARTICIPACIÓN TRIBUTARIA MUNICIPAL

Año 2005 10% de la CPT		Municipio	Valor en bolivianos	% CPT
Mayor Concentración de Ingresos	1º	La Paz	14.184.673,80	33,75
	2º	El Alto	11.621.736,59	27,65
	3º	Achacachi	1.258.778,05	3,00
	4º	Viacha	916.777,99	2,18
	5º	Caranavi	914.654,03	2,18
Menor Concentración de Ingresos	1º	Nazacara	4.774,17	0,01
	2º	Chacarilla	28.001,24	0,07
	3º	W.Ballivian	29.628,33	0,07
	4º	Catacora	31.023,17	0,07
	5º	Tito Yupanqui	39.570,03	0,09

Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la UDGS.

Como podemos observar la concentración de ingresos por concepto de Coparticipación Tributaria Municipal, tiene el mismo efecto que en años anteriores, la mayor parte es destinado hacia los municipios de La Paz, El Alto Achacachi Viacha y Caranavi, que de un total de 42.028.095,53 bolivianos, perciben el 43,17% es decir, 18.144.076,33 bolivianos, A diferencia de los municipios de Nazacara, Chacarilla, W. Ballivián, Catacora y Tito Yupanqui quienes son, los que menos recursos de Coparticipación Tributaria captan, llegando sólo a 0,31% del total anual destinado al departamento.

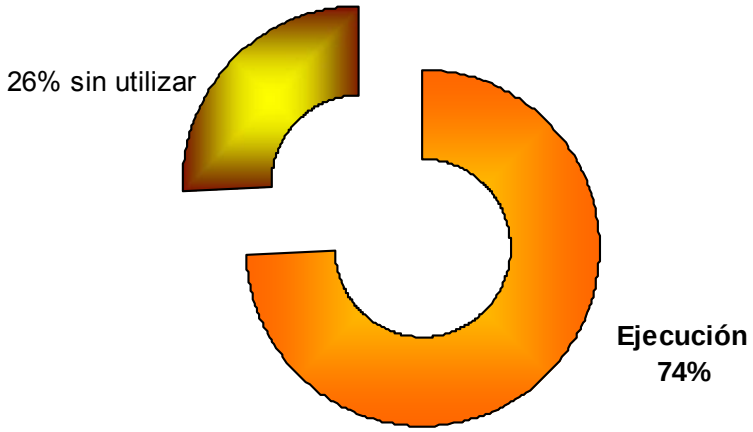
5.1.3.2 NIVEL DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA -2005.

El departamento de La Paz constituido por 80 municipios tuvo un ingreso de 42.028.095,53 bolivianos, de estos sólo se ejecutaron 74,31%, esto quiere decir, 31.232.357,04 bolivianos del total anual.

BIBLIOTECA DE ECONOMÍA

Gráfico Nº 6

EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA SUMI
A NIVEL DEPARTAMENTAL - 2005



Fuente: Elaboración propia basada en datos proporcionados de la UDGS.

Como observaremos en el siguiente cuadro los municipios que mayor nivel de ejecución tuvieron son los municipios de Coroico, La Paz, Palos Blancos, La Asunta y Chulumani; también es evidente que el municipio que tuvo mayor ejecución, desde el lanzamiento del SUMI, es Coroico que en este año ejecutó el 127,50%, de 218.806,82 bolivianos, es decir se excede en 27,50% de los recursos SUMI.

A diferencia del municipio de Palca que sólo ejecutó un 11,41% de su total (253.638,35 bolivianos), seguido de Achocalla (11,56%) al cual se desembolso 270.178,24 bolivianos.

BIBLIOTECA DE ECO

Cuadro Nº 10

NIVELES DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA SUMI DE LA CUENTA MUNICIPAL DE SALUD

Año 2005		Municipio	Desembolso Municipal en Bs.	Valor en Bs. Ejecución de la CMS	Valor % Ejecución de la CMS
Mayor Nivel de Ejecución	1º	Coroico	218.806,82	278.987,23	127,50
	2º	La Paz	14.184.673,80	16 213 270,11	114,30
	3º	Palos Blancos	299.739,95	324.333,50	108,20
	4º	La Asunta	322.139,58	338.379,30	105,04
	5º	Chulumani	236.097,61	242.280,50	102,62
Menor Nivel de Ejecución	1º	Palca	253.638,35	28.932,00	11,41
	2º	Achocalla	270.178,24	31.221,20	11,56
	3º	Calacoto	157.672,47	22.924,60	14,54
	4º	Umala	171.351,29	26.443,50	15,43
	5º	Viacha	916.777,99	141.673,00	15,45

Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la UDGS.

De acuerdo al cuadro expuesto los municipios que menos ejecución presupuestaria efectuaron, se debe a diferentes factores como la falta de establecimientos de salud en los municipios; falta de información (la gente en el área rural no sabe que es el SUMI y que beneficios brinda).

5.1.4. DESEMBOLSOS MUNICIPALES -2006

En el año 2006 los desembolsos alcanzaron a 74.407.418,91 bolivianos, monto que es el más significativo en comparación con los demás años que los recursos de SUMI ingresan a las cuentas municipales de salud de cada municipio del departamento.

La distribución porcentual de estos recursos se realizó como en años pasados (De acuerdo a la cantidad poblacional); La mayor parte es destinada al área urbana que llega a 45.688.208,50 bolivianos, y para el área rural 28.719.210,41 bolivianos, Es decir, el 61,40% y el 38,60% respectivamente.

BIBLIOTECA DE ECONOMÍA

Debido a que la población se ha incrementando considerablemente, se puede destacar el caso del área urbana (El Alto y La Paz) en que existe la mayor concentración de habitantes del departamento y por consiguiente demandan mayor cantidad de recursos.

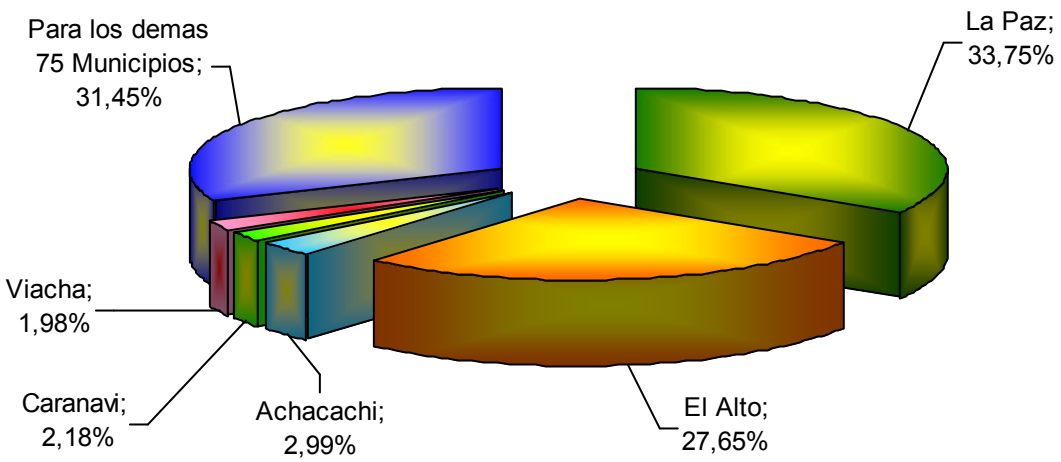
En el caso del área rural esto es diferente ya que los recursos por concepto de CPT. Percibidos son mínimos, ya que estos 78 municipios tienen una concentración mínima de habitantes. En especial el municipio de Nazacara que percibe menor cantidad de recursos de sólo 8.452,35 Bolivianos, es decir, el 0,01% del total.

5.1.4.1 CONCENTRACIÓN DE LOS INGRESOS MUNICIPALES CPT. DESTINADOS AL SUMI -2006.

El siguiente gráfico representa el nivel de concentración de recursos desembolsados en los municipios del departamento de La Paz:

Gráfico Nº 7

CONCENTRACIÓN DE LOS INGRESOS MUNICIPALES CPT DESTINADOS AL SUMI-2006



Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la UDGS.

Como se puede apreciar solo el 31,45% del total va destinado para 75 municipios de los 80 existentes en el departamento de La Paz, es decir, de 74.407.418,98 bolivianos solo 23.401.133,27 bolivianos se divide entre estos 75 municipios y el restante 68,55% son para La Paz y El Alto en su mayoría seguido de Achacachi, Caranavi y Viacha.

En el siguiente cuadro se pone de manifiesto la mayor y menor concentración de recursos destinados a los municipios del departamento:

Cuadro Nº 11

MAYOR Y MENOR NIVEL DE CONCENTRACIÓN
INGRESOS COPARTICIPACIÓN TRIBUTARIA MUNICIPAL

Año 2006 10% de la CPT		Municipio	Valor en bolivianos	% CPT
Mayor Concentración de Ingresos	1º	La Paz	25.112.843,12	33,75
	2º	El Alto	20.575.365,38	27,65
	3º	Achacachi	2.227.696,36	2,99
	4º	Caranavi	1.619.322,66	2,18
	5º	Viacha	1.475.064,23	1,98
Menor Concentración de Ingresos	1º	Nazacara	8.452,35	0,01
	2º	Chuma	406.563,82	0,55
	3º	Chacarilla	49.574,06	0,07
	4º	W. Ballivian	52.454,70	0,07
	5º	Catacora	54.923,90	0,07

Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la UDGS.

Es evidente que en toda la vigencia del SUMI la mayor cantidad de ingresos provenientes de Coparticipación Tributaria van destinados a los municipios de La Paz, El Alto, Achacachi, Caranavi y Viacha debido a que en estos municipios, existe mayor población y necesitan mayores recursos. A diferencia de los municipios de Nazacara, Chuma, Chacarilla, W. Ballivián y Catacora,

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

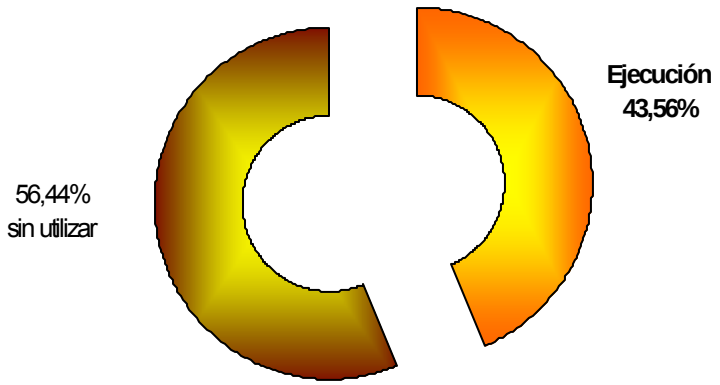
que son los que captan menores ingresos de todo el departamento, ya que sólo representa 0,27% del total destinado al departamento.

5.1.4.2 NIVEL DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA -2006

A continuación se grafica el nivel de ejecución presupuestaria del Seguro a nivel departamental:

Gráfico Nº 8

EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA SUMI
A NIVEL DEPARTAMENTAL - 2006



Fuente: Elaboración propia basada en datos proporcionados de la UDGS.

En este año la ejecución presupuestaria se realizó en forma limitada, es decir, sólo 32.411.382,07 Bolivianos, de un total de 74.407.418,91 bolivianos, sólo el 43,56%. Existe el caso del municipio de Mecapaca que no entrego información sobre la ejecución presupuestaria de los recursos del SUMI de su municipio, mismo que es uno de los problemas con los que tropieza la Unidad de Gestión del SUMI en la ciudad de La Paz.

El municipio que menos gasto realizó es Palca con una ejecución de sólo 1,56% es decir 7.017,5 bolivianos, de un total de 449.046,84 bolivianos, y la mayor ejecución presupuestaria registrada fue del municipio de San Buena Ventura con 220.777,8 bolivianos, (112,43%) de un total de 196.365,02 bolivianos, es decir para este municipio los ingresos de la cuenta municipal de salud

BIBLIOTECA

provenientes del SUMI no cubrieron todos los requerimientos para la prestación de servicios y tuvieron un déficit de 12,43%.

Cuadro Nº 12

NIVELES DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA SUMI DE LA CUENTA MUNICIPAL DE SALUD

Año 2006		Municipio	Desembolso Municipal en Bs.	Valor en Bs. Ejecución de la CMS	Valor % Ejecución de la CMS
Mayor Nivel de Ejecución	1º	S.B.Ventura	196.365,02	220.777,80	112,43
	2º	Ixiamas	178.067,64	198.286,14	111,35
	3º	La Asunta	570.322,60	508.408,70	89,14
	4º	Coroico	387.380,06	320.453,20	82,72
	5º	La Paz	25.112.843,12	19.197.608,42	76,45
Menor Nivel de Ejecución	1º	Palca	449.046,84	7.017,50	1,56
	2º	S.Callapa	256.385,61	15.497,50	6,04
	3º	Umala	303.363,81	23.155,53	7,63
	4º	P.Pampa	199.625,62	20.331,00	10,18
	5º	Chacarilla	49.574,06	5.205,5	10,50

Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la UDGS.

5.1.5. DESEMBOLSOS MUNICIPALES -2007

Hasta noviembre de este año se desembolsaron 73.130.603,46 bolivianos lo cual es un monto muy representativo considerando que es u n dato preliminar, por lo que se puede suponer que el monto total de la gestión 2007 será mayor al del año 2006 ya que el monto registrado hasta el momento es muy aproximado al de la gestión 2006.

De estos recursos la mayor parte va destinado hacia el áre a urbana los cuales llegan ha 44.904.208,26 es decir 61,40% y la asignación para el área rural es de 28.226.395,20 bolivianos que representa el 38,60%.

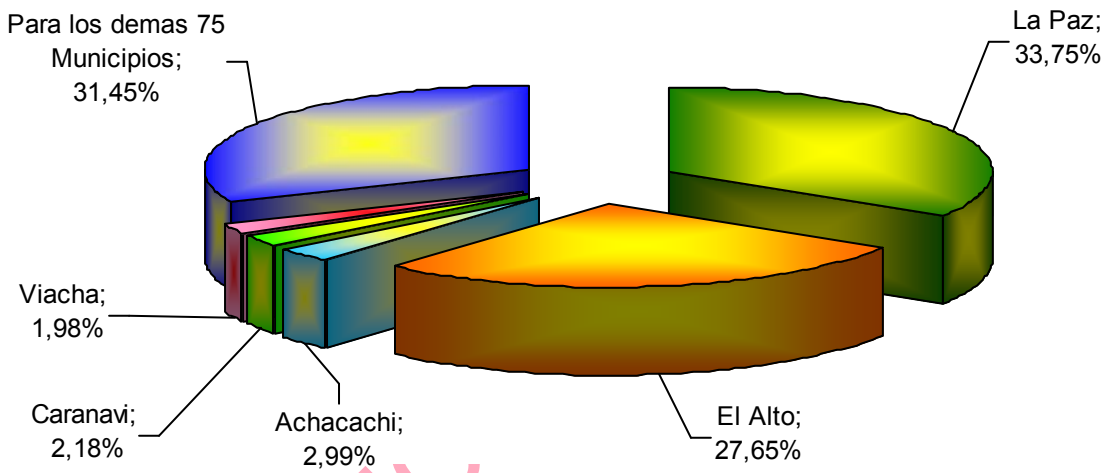
BIBLIOTECA DE ECONOMIA

5.1.5.1. CONCENTRACIÓN DE LOS INGRESOS MUNICIPALES CPT. DESTINADOS AL SUMI -2007.

El siguiente gráfico representa el nivel de concentración de recursos SUMI desembolsados en los municipios del departamento de La Paz hasta el mes de noviembre:

Gráfico Nº 9

CONCENTRACIÓN DE LOS INGRESOS MUNICIPALES CPT DESTINADOS AL SUMI-2007



Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la UDGS.

Se evidencia la gran cantidad de recursos desembolsados en las cuentas municipales de salud de los municipios urbanos de La Paz y El Alto seguido de los municipios rurales de Achacachi, Caranavi y Viacha los cuales representan el 68,55% del total destinado al departamento hasta el mes de noviembre.

Por el contrario los restantes 75 municipios del área rural son cubiertos por solo el 31,45%, especialmente el municipio de Nazacara que solo representa el 0,01% del total destinado al departamento.

BIBLIOTECA

Cuadro Nº 13

MAYOR Y MENOR NIVEL DE CONCENTRACI ÓN INGRESOS COPARTICIPACIÓN TRIBUTARIA MUNICIPAL

Año 2007* 10% de la CPT		Municipio	Valor en bolivianos	% CPT
Mayor Concentración de Ingresos	1º	La Paz	24.681.911,98	33,75
	2º	El Alto	20.222.296,28	27,65
	3º	Achacachi	2.189.469,55	2,99
	4º	Caranavi	1.591.535,45	2,18
	5º	Viacha	1.449.752,40	1,98
Menor Concentración de Ingresos	1º	Nazacara	8.307,31	0,01
	2º	Chacarilla	48.723,34	0,07
	3º	W.Ballivian-	51.554,56	0,07
	4º	Catacora	53.981,49	0,07
	5º	Tito Yupanqui	68.853,68	0,09

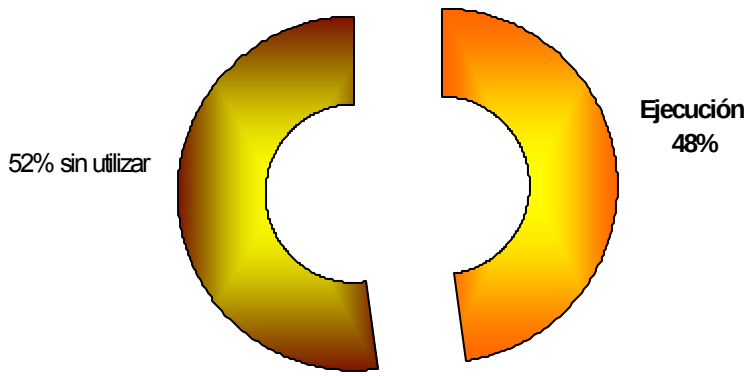
Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la UDGS.
***Datos preliminares**

5.1.5.2. NIVEL DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA -2007

El siguiente gráfico representa el nivel de ejecución presupuestaria realizada a nivel departamental.

Gráfico Nº 10

EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA SUMI A NIVEL DEPARTAMENTAL - 2007



Fuente: Elaboración propia basada en datos proporcionados de la UDGS.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

Hasta el décimo primer mes del año 2007 la ejecución presupuestaria no es muy positiva debido a que no se ejecuto ni el 50% del total destinado al departamento. Como se puede apreciar en el gráfico la ejecución presupuestaria solo representa el 48% y el restante 52% son recursos que no son utilizados conforme el propósito del SUMI.

Es importante tomar en cuenta que la información presentada corresponde a datos preliminares y que existen municipios que no presentaron la información económica mensual respecto a la ejecución presupuestaria de su municipio.

La ejecución presupuestaria registrada hasta noviembre del 2007 solo representa 35.034.441,48 bolivianos de un total de 73.130.603,46 bolivianos destinados a todo el departamento; es importante tomar en cuanta que no todos los municipios ejecutan sus recursos de forma similar, al contrario existen municipios que sobrepasan sus recursos como en el caso del municipio de S.B.Ventura que tuvo una ejecución presupuestaria de 111,19%, por el contrario el municipio de Ayo Ayo tuvo una ejecución presupuestaria tan limitada de solo 5,85% del total de los recursos desembolsados a la cuenta municipal de salud de su municipio. Al igual que este municipio hay muchos otros que no llegan a ejecutar ni el 50% de los recursos destinados a cubrir este seguro de salud y otros que sobrepasan sus recursos, los cuales se destaca a continuación:

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

Cuadro Nº 14

NIVELES DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA SUMI DE LA CUENTA MUNICIPAL DE SALUD

Año 2007*		Municipio	Desembolso Municipal en Bs.	Valor en Bs. Ejecución de la CMS	Valor % Ejecución de la CMS
Mayor Nivel de Ejecución	1º	S.B. Ventura	192.995,29	214.597,30	111,19
	2º	Ixiamas	175.012,01	180.816,50	103,32
	3º	La Asunta	560.536,08	474.031,10	84,57
	4º	Guanay	358.673,22	299.141,90	83,40
	5º	Chulumani	410.819,23	327.508,20	79,72
Menor Nivel de Ejecución	1º	Ayo Ayo	217.201,41	12.709,00	5,85
	2º	Sapahaqui	357.459,90	29.543,00	8,26
	3º	S. Callapa	251.986,17	23.063,60	9,15
	4º	Ichoca	212.783,44	20.518,00	9,64
	5º	Chacarilla	48.723,34	5.082,00	10,43

Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la UDGS.
***Datos preliminares**

Por tanto, se deduce que desde que entró en vigencia el SUMI, el área que más recursos percibe por concepto de Coparticipación Tributaria Municipal es el área urbana La Paz y El Alto, por la gran densidad poblacional existente, seguido del municipio rural de Achacachi al que también se le destinan una considerable cantidad de recursos.

Claro que en términos de ejecución presupuestaria el municipio que más ejecución realizó es Coroico que desde la implementación del SUMI, rebasó sus ingresos, es decir, que tuvo un gran déficit financiero para cubrir sus gastos ya que incluso en el 2003 alcanzó un déficit de 137,63%. Seguido del municipio de La Paz que también tuvo déficit financiero.

En promedio a nivel departamental la ejecución presupuestaria el 2003 fue de 97,10% es decir que fue positivo dentro de los objetivos planteados del SUMI de

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

incrementar la demanda de servicios. En el 2004 la ejecución sólo alcanzó el 73,82%, el 2005 sólo el 74,31%, en el año 2006 la ejecución llegó a tan sólo 43,56% y hasta noviembre del año 2007 existió una ejecución de 47,91% claro que hay que considerar que este dato es preliminar.

Es también evidente que no todos los municipios utilizan sus recursos de manera integra ya que existen municipios como Chacarilla que en casi todos los años de vigencia del SUMI, tuvo baja ejecución presupuestaria llegando sólo a 10% de ejecución de los recursos desembolsados a su cuenta municipal.

De acuerdo a los datos expuestos anteriormente sobre ingresos municipales, se puede destacar la concentración de recursos económicos que son destinados al municipio de La Paz; seguido por el municipio de El Alto. A diferencia de los municipios que perciben recursos limitados como por ejemplo Nazacara, Chacarilla, Catacora, Tito Yupanqui, Chuma y Waldo Ballivián; claro que esto se debe a que estos municipios tienen un nivel de población baja.

5.2 DESCONOCIMIENTO Y DEFICIENCIAS EN LA APLICACIÓN DE LA LEY DE ADMINISTRACIÓN PRESUPUESTARIA (2042) Y CLASIFICADORES PRESUPUESTARIOS POR PARTE DE LOS RESPONSABLES EN LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA CUENTA MUNICIPAL DE SALUD- SUMI.

Una de las grandes dificultades con las que tropieza el SUMI para determinar eficientemente el nivel de ejecución presupuestaria es el desconocimiento y deficiencias en la aplicación de la Ley de Administración Presupuestaria (2042)[20] y clasificadores presupuestarios por parte de los responsables en la administración de los recursos de la cuenta municipal de salud - SUMI.

[20] Ley de Administración Presupuestaria, del 21 de diciembre de 1999, promulgado por el presidente Hugo Banzer Suaréz.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

La Ley de Administración y Control Gubernamental (1178) en su Artículo 1º regula los sistemas de Administración y de Control de los recursos del Estado, con el objeto de ejecutar y controlar la captación y el uso eficaz y eficiente de los recursos públicos para el cumplimiento y ajuste oportuno de las políticas, los programas, la prestación de servicios y los proyectos del sector público, a la vez de disponer de información útil, oportuna y confiable, asegurando la razonabilidad de los informes y estados financieros; además de lograr que el servidor público, sin distinción de jerarquía, tenga plena responsabilidad por sus actos rindiendo cuenta no sólo de los objetivos a que se destinaron los recursos públicos que le fueron confiados, sino también de la forma y resultado de su aplicación, Como también desarrollar la capacidad administrativa del servidor público para impedir, identificar y comprobar el manejo incorrecto de los recursos del Estado.

Todas las entidades públicas tienen la obligación de elaborar y presentar informes sobre la ejecución presupuestaria, cada una de las entidades públicas tienen la obligación de presentar al Ministerio de Hacienda la información que requiera para el seguimiento y evaluación de la ejecución física y financiera del presupuesto institucional, así como para el seguimiento y supervisión del endeudamiento, dentro de los plazos que dicho Ministerio establezca. La información sobre la ejecución presupuestaria de las entidades públicas sobre ingresos, gastos e inversión pública, debe enviarse mensualmente hasta el 10 del mes siguiente al de ejecución, a la Dirección General de Contaduría[21]

Y de acuerdo a la Ley 2042 sobre la Presentación de Estados de Ejecución Presupuestaria Mensuales, establece que todas las municipalidades deben presentar un resumen sobre la ejecución presupuestaria mensual en medio impreso, por rubros de recursos y partidas de gasto institucionales y en medio magnético a la dirección general de contaduría dependiente del Viceministerio

[21] **Artículo 11º de la Ley de Administración Presupuestaria (2042).**

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

de presupuesto y contaduría, hasta el día 10 del mes siguiente al mes de ejecución[22].

Otra dificultad que sufre el SUMI son las omisiones en los manejos de la cuenta municipal de salud- SUMI a causa de deficiencias o desconocimientos sobre la aplicación de la Ley de Administración Presupuestaria (2042) y clasificadores presupuestarios, lo que ocasiona que la mayoría de los municipios del departamento no desagregue en la ejecución presupuestaria de los recursos económicos de la Cuenta Municipal de Salud -SUMI por partidas presupuestaria; sino que limitan la información proporcionando como dato único sólo la cantidad total de los recursos económicos ejecutados y no se sabe que porcentaje del total ejecutado ha sido invertido en cada una de las partidas presupuestarias autorizadas para el funcionamiento del SUMI, las cuales se indican a continuación:

Cuadro N° 15

PARTIDAS PRESUPUESTARIAS AUTORIZADAS PARA EL SUMI

PARTIDA	*NOMENCLATURA*
241 00	**Edificios y Equipos**
243 00	**Otros Gastos por Concepto de M. y Reparación**
253 00	**Comisiones y Gastos Bancarios**
256 00	**Imprenta**
257 00	**Capacitación al Personal**
311 00	**Alimentos y Bebidas para personas**
331 00	**Hilados y Telas**
332 00	**Confecciones Textiles**
342 00	**Productos Químicos y Farmacéuticos**
345 00	**Productos de Minerales no Metálicos y Plásticos**

[22] **Decreto Supremo N° 27848, Artículo 4°.**

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

346 00	**Productos Metálicos**
348 00	**Herramientas Menores**
391 00	**Material de Limpieza**
393 00	**Utensilios de Cocina y Comedor**
394 00	**Instrumental Menor Médico Quirúrgico**
397 00	**Útiles y Materiales Eléctricos**
398 00	**Otros Repuestos y Accesorios**
422 30	**Otras const. y mejoras de Bienes de Do. Priv.**
422 40	**Sup. de construcción de Bines de Do. Priv.**
423 10	**Const. y Mejoras de Bienes de Do. Púb.**
423 20	**Sup. de Construcción de Bines de Do. Público**
431 00	**Equipos de oficina y Muebles**
433 00	**Equipo de Transporte, Tracción y Elevación**
434 00	**Equipo Médico y de Laboratorio**

Fuente: UDGS.

Como podemos observar todas estas partidas son las autorizadas por el Ministerio de Hacienda para la ejecución presupuestaria de los recursos de la Cuenta Municipal de Salud-SUMI. Pero como se había mencionado las deficiencias o desconocimientos de los municipios sobre la aplicación de la Ley de Administración Presupuestaria (2042) y clasificadores presupuestarios, impiden determinar eficientemente el nivel de ejecución presupuestaria que ejerce el SUMI en cada una de sus gestiones de vigencia, diferenciando los montos de recursos gastados en grupos de mayor y menor influencia que precisa el SUMI dentro de sus gastos establecidos a través de sus partidas presupuestarias determinadas.

La mayoría de los municipios del departamento de La Paz no realizan la presentación de Estados de Ejecución Presupuestaria Mensuales, como lo establece el Decreto Supremo Nº 27848 en su Artículo 4º[23], que las municipalidades deben elaborar y presentar informes sobre la ejecución presupuestaria mensual en medio impreso, por rubros de recursos y partidas

[23] De la Ley 2042 de Administración Presupuestaria.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

de gasto institucionales y en medio magnético hasta el día 10 del mes siguiente al mes de ejecución. En la administración del SUMI esto no es acatado, la mayoría de los municipios si bien presentan la ejecución de sus recursos estos informes son incompletos ya que sencillamente se limitan a proporcionar sólo y únicamente el monto del total gastado.

Como se establece en la ordenanza para cada gestión, son aprobados por ley los Clasificadores Presupuestarios que son de uso obligatorio para todas las entidades del Sector Público, establecidos por los artículos 3° y 4° de la Ley 1178 de Administración y Control Gubernamental, para la formulación, las modificaciones y registro de la ejecución presupuestaria de cada gestión anual. En el caso específico del SUMI para el uso y registro de sus recursos la desagregación de la ejecución presupuestaria está clasificada por objeto de gasto y esta destinada a separar todos los gastos por partidas ya establecidas.

El problema es que los responsables de la Cuenta Municipal de Salud - SUMI no aplican esta disposición en la elaboración de los informes mensuales en los que tienen que ser entregados a la Unidad Departamental de gestión del SUMI (UDGS), para su posterior emisión de información al Ministerio de Salud y a las respectivas entidades pertinentes, para su posterior evaluación.

Desde el año 2005 existe una limitada cantidad de municipios que elaboraron y entregaron sus informes de ejecución presupuestaria de acuerdo a lo establecido por ley, de un total de 80 municipios en el departamento, sólo el 18,75% cumplieron de manera satisfactoria, es decir, sólo 16 municipios de todo el departamento, los mismos que a continuación se detallan:

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

Cuadro Nº 16

MUNICIPIOS QUE ELABORARON Y ENTREGARO N SUS INFORMES DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

2005	
	MUNICIPIO
1	**Palos Blancos**
2	**Mocomoco**
3	**Carabuco**
4	**Puerto Acosta**
5	**Achacachi**
6	**Tacacoma**
7	**Tipuani**
8	**Guanay**
9	**Teoponte**
10	**Mapiri**
11	**Chulumani**
12	**Tihuanacu**
13	**San Pedro de Curahuara**
14	**Caranavi**
15	**La Paz**
16	**El Alto**

Fuente: UDGS.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

Los municipios restantes entregaron esta información de manera muy incompleta, en la que sólo se registran los gastos realizados en la partida 342 00 Productos Químicos y Farmacéuticos y de manera limitada en algunas otras partidas de gasto. Una gran parte de los municipios sólo mandan como dato único el total gastado sin disgregar los gastos ejecutados, esto impide realizar una evaluación eficiente.

En los años 2006 y 2007 la información que los municipios proporcionan es incompleta ya que envían registrando sólo el total gastado del desembolsó que se realizó de la cuenta municipal de salud SUMI y existe un desconocimiento

del porcentaje ejecutado en cada una de las partidas presupuestarias establecidas. El porcentaje de municipios que sí enviaron de manera satisfactoria su información presupuestaria son mínimos 27,5% de un total de 80 municipios, dentro de estos se encuentran los municipios urbanos de La paz y El Alto aunque este último de forma incompleta.

Cuadro Nº 17

MUNICIPIOS QUE ELABORARON Y ENTREGARON SUS INFORMES DE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

2006	
	MUNICIPIO
1	Palos Blancos
2	Mocomoco
3	Carabuco
4	Puerto Acosta
5	Achacachi
6	Tacacoma
7	Tipuani
8	Guanay
9	Teoponte
10	Mapiri
11	Sorata
12	Pucarani
13	Caranavi
14	Coroico
15	Coripata
16	La Asunta
17	Irupana
18	Taraco
19	Corocoro
20	Colquiri
21	La Paz
22	El Alto

Fuente: UDGS.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

Los datos expuestos nos reflejan las deficiencias administrativas que arrastra el SUMI, ya que la información sobre la ejecución financiera municipal que elaboran los responsables de la administración de los recursos SUMI en su municipio, es insuficiente.

Este problema puede atribuirse a la falta de programas de información, capacitación e incentivos al personal administrativo, los cuales repercuten en la deficiente aplicación de la Ley de Administración Presupuestaria (2042) y en el empleo de los clasificadores presupuestarios por parte de los responsables en la administración de los recursos de la cuenta municipal de salud - SUMI.

Es importante disponer de información completa, confiable, útil y oportuna sobre la ejecución presupuestaria, para la evaluación del cumplimiento de la gestión pública, en este caso para la evaluación del impacto y los beneficios que el SUMI presta como seguro de salud.

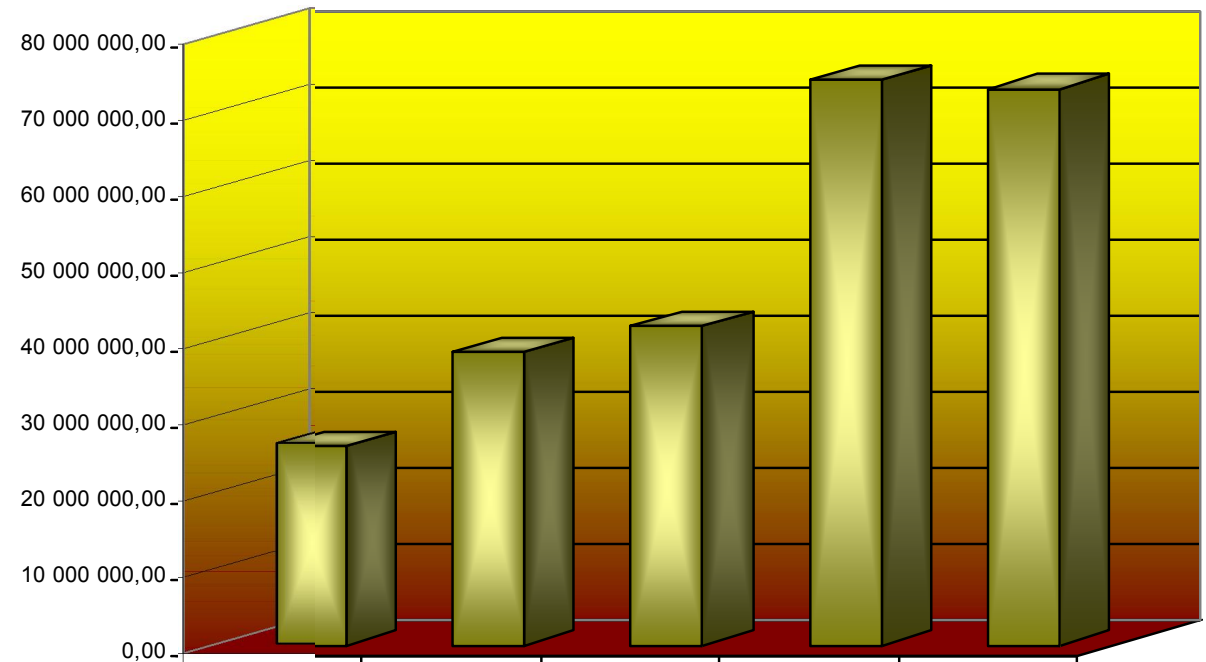
BIBLIOTECA DE ECONOMIA

5.3. EVOLUCIÓN DEL FINANCIAMIENTO – COPARTICIPACIÓN TRIBUTARIA MUNICIPAL.

La magnitud de la evolución del financiamiento por concepto de Coparticipación tributaria municipal tuvo un gran nivel de crecimiento, reflejado en los grandes incrementos de recursos económicos destinados a las prestaciones del SUMI en cada uno de estos años , los mismos que ingresan a la cuenta municipal de salud de cada municipio del departamento. A continuación la grafica de la evolución anual del financiamiento.

Gráfico N° 11

EVOLUCIÓN ANUAL DEL FINANCIAMIENTO COPARTICIPACIÓN TRIBUTARIA MUNICIPAL



	2003	2004	2005	2006	2007*
Monto en Bs.	26 152 611,33	38 507 770,61	42 028 095,53	74 407 418,91	73 130 603,46

Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la UDGS.
***Datos preliminares (hasta noviembre).**

Como se puede apreciar los desembolsos efectuados a las cuentas municipales de salud se incrementaron substancialmente en cada uno de los años de vigencia del SUMI, los incrementos porcentuales reflejados en el año 2004

respecto al 2003 fue de 47,24%, es decir, que existió un incremento de 12.355.159,28 Bs. respecto a los desembolsos efectuados en el año 2003; posteriormente el incremento porcentual reflejado el 2005 respecto al 2004 fue de 9,14% alcanzando un incremento de 3.520.324,92 Bs. y finalmente en el año 2006 existió un incremento de 32.379.323,45 Bs. Respecto al 2005 existiendo un incremento porcentual de 77,04%. No se puede establecer el incremento porcentual que existirá en el año 2007 pero se prevé que superara al 2006.

Los ingresos provenientes de la Coparticipación Tributaria crecieron de manera importante, como se observa en el cuadro los incrementos en los desembolsos son muy significativos especialmente si comparamos el monto desembolsado el 2006 respecto al del 2003, en el que existió un incremento porcentual de 184,51%.

5.4. FONDO SOLIDARIO NACIONAL

El Fondo Solidario Nacional ha sido creado para otorgar una compensación a aquellos gobiernos municipales, cuyos recursos de la Participación Popular (Coparticipación Tributaria Municipal) acumulados, son insuficientes para financiar el SUMI.

Hasta el 10% de los recursos de la Cuenta Especial del Dialogo Nacional 2000 se destinaran al Fondo Solidario Nacional para cubrir los insumos, servicios no personales y medicamentos esenciales del SUMI de los municipios cuyos recursos de Participación Popular destinados al mismo se hayan utilizado completamente.

En el caso del departamento de La Paz los municipios que registraron una elevada ejecución presupuestaria son los que accedieron al Fondo Solidario Nacional:

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

Cuadro Nº 18

FSN año 2003

Municipio	En bolivianos
Coroico	153.650,00
El Alto	280.676,00
La Paz	4.666.588,00
Palos Blancos	19.258,00
Quime	5.614,00

Fuente: Reforma de Salud.

Como se puede apreciar los municipios que accedieron al Fondo Solidario Nacional fueron cinco, de los cuales el municipio de La Paz es el que más recursos captó, el 91,04% de un total de 5.125.786,00 bolivianos.

Cuadro Nº 19

FSN año 2004

Municipio	En bolivianos
La Paz	2.077.540,00
Coroico	53.155,00

Fuente: Reforma de Salud.

Los desembolsos por el Fondo Solidario Nacional en el año 2004 alcanzaron a 2.130.695,00 solicitados por los municipios de La Paz y Coroico, de estos el municipio de La Paz adquirió el 97,51% y la mínima diferencia fue conferida al municipio de Coroico 2,49%.

Cuadro Nº 20

FSN año 2005

Municipio	En bolivianos
La Paz	3.458.004,00
Coroico	30.000,00

Fuente: Reforma de Salud.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

En el año 2005, los desembolsos por parte del FSN fueron similares al del 2004 ya que de sólo los municipios de La Paz y Coroico solicitaron y adquirieron estos recursos; de estos, gran parte va dirigida al municipio de La Paz (99,14%).

Es importante destacar la gran concentración de recursos del FSN solicitada por el municipio de La Paz debido a la gran demanda social.

En el año 2006 no existe información confiable acerca del monto desembolsado por el Fondo Solidario Nacional debido a cambios en la estructura organizativa del SUMI.

5.5. TESORO GENERAL DE LA NACIÓN.

El Tesoro General de la Nación financia la totalidad del costo de los recursos humanos, que sean requeridos para la implementación del Seguro Universal Materno Infantil.

Los recursos humanos son asignados de acuerdo a la cantidad de la población. El gasto público en salud durante el periodo 1995-2002 registró un comportamiento ascendente, con un importante cambio entre 1997 y 1999, por la implementación de los seguros públicos de salud, y con la ampliación de estos seguros de salud (SUMI) la oferta de servicios creció y consecuentemente los recursos humanos. La inadecuada dotación y falta de capacitación de los Recursos Humanos (parte administrativa) es uno de los problemas con que tropieza el SUMI. La concentración de los mismos en los centros urbanos y la alta rotación de recursos humanos que existe son variables que repercuten negativamente y dificultan los objetivos programados del SUMI.

En consecuencia y ratificando que el SUMI cuenta con sostenibilidad financiera, no se utilizan eficientemente los recursos ya que como se indicó anteriormente en la mayoría de los municipios rurales del departamento, la

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

utilización de los recursos de la Coparticipación Tributaria Municipal es parcial, es decir que existe una baja ejecución financiera .

Pero también existen municipios que exceden sus gastos entre ellos La Paz que excede cuantiosamente sus recursos y Coroico en el que incluso llega a duplicar sus gastos en relación a sus ingresos; y para cubrir estos déficit tuvieron que acceder al Fondo Solidario Nacional, que sólo otorga recursos previa solicitud.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS REGIONAL DE LOS RECURSOS ECONÓMICOS DEL SUMI

6.1. CONCENTRACIÓN DE GASTOS POR REGIONES.

Para realizar un análisis integral de los recursos SUMI, dividiremos al departamento por zonas geográficas, ya que el departamento de La Paz está caracterizado por su gran diversidad geográfica y climática.

6.1.1. ZONA DE LOS VALLES INTERANDINOS DEL NORTE.

Esta zona tropical en la región norte del departamento comprende los municipios de Apolo, Pelechuco, Curva, G. J. J.Perez, Mocomoco, Ayata, Chuma, Aucapata, Tacacoma, Sorata, Combaya, Guanay, Quiavaya, Tipuani, Teoponte y Mapiri; de estos se destaca el municipio de Guanay, que percibió un monto mayor de recursos SUMI en los años 2003 (315.538,33 bolivianos) y 2004 (464.704,65 bolivianos); el año 2005 y 2006 Sorata es el que más recursos SUMI percibió, alcanzan a 342.688,37 bolivianos, el año 2005 y 599.320,01 bolivianos el año 2006. Por el contrario del municipio de Curva en toda la vigencia del SUMI es el municipio de la región que menos recursos percibe.

En el siguiente cuadro se tiene el detalle total de los montos desembolsados y ejecutados de la región:

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

Cuadro Nº 21

PRESUPUESTO DESEMBOLSADO Y EJECUTADO
ZONA DE VALLES INTERANDINOS DEL NORTE .

En bolivianos	2003	2004	2005	2006	2007*
Desembolsado	1.529.612,33	2.231.113,09	2.445.763,30	4.437.854,95	4.361.702,62
Ejecutado	971.281,32	1.222.450,10	1.130.382,60	1.457.097,70	1.730.759,50
% de Ejecución	63,5%	54,8%	46,22%	32,833%	39,68%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la UDGS.
***Datos preliminares (hasta noviembre).**

El porcentaje de ejecución en esta región, en el primer año de vigencia del SUMI fue de 63,5%, en el 2004 de 54,8%; en el año 2005 la ejecución fue bajando a 46,2%, el año 2006 la ejecución de recursos SUMI sólo alcanzó a 32,83% y en el 2007 la región tuvo una ejecución presupuestaria de 39,68% del total departamental.

Totalizando el presupuesto destinado a esta región, en todos los años de vigencia alcanza un total de 15.006.046,29 bolivianos, de los que sólo se efectuaron 6.511.971,22 bolivianos, es decir que sólo se ejecutó el 43,34%.

6.1.2.ZONA AMAZÓNICA.

La zona amazónica del departamento conformada por dos municipios (Ixiamas y San Buena Aventura) es la parte que menos recursos SUMI recibe por concepto de Coparticipación Tributaria, los cuales sólo alcanzan la suma de 1.279.288,42 bolivianos, la cual fue distribuida en los distintos años de gestión del SUMI, que tuvo una ejecución presupuestaria altamente positivo de 104,05%.

Como observamos en el siguiente cuadro los montos desembolsados a la región son los más bajos que se registran en todo el departamento, sólo representan el 0,5% del total, de los cuales, en el año 2003 la ejecución de estos recursos

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

alcanzaron a 108,9%, es decir, tuvo una ejecución mayor de 8,9%; en el año 2004 la ejecución alcanzó el 91,34%; para el año 2005 ejecutaron un 92,80%, el 2006 la ejecución de sus ingresos para este seguro de salud llego a 111,91% y para el 2007 la ejecución llego a 107,45%, esto demuestra la falta de ingresos para esta zona.

Cuadro Nº 22

PRESUPUESTO DESEMBOLSADO Y EJECUTADO
ZONA AMAZÓNICA

En bolivianos	2003	2004	2005	2006	2007*
Desembolsado	131.576,33	193.778,46	211.493,67	374.432,66	368.007,3
Ejecutado	143.301,33	177.001,05	196.286,90	419.063,94	395.413,8
% de Ejecución	108,91%	91,342%	92,80%	111,92%	107,45%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la UDGS.
***Datos preliminares (hasta noviembre).**

6.1.3.ZONA DEL ALTIPLANO NORTE.

Integrada por los municipio de Pto. Acosta, Ancoraimes, Achacachi, Batallas, Pto.Perez, Guaqui, S.P. de Tiquina, Carabuco, Pucarani, Laja, Tiahuanacu, Desaguadero, Copacabana, Tito Yupanqui y Taraco. De los cuales el municipio de Tito Yupanqui es el que menos recursos obtuvo en todos los años de actividad del SUMI sólo alcanzó un total de 239.353,75 bolivianos; de un total de 27.042.801,24 bolivianos, destinados a la región; de los cuales sólo alcanzó a ejecutar el 21,78%. Por otra parte al municipio de Achacachi se le destinó 3.115.708,65 bolivianos, el más elevado en la región, de los cuales sólo se ejecutó el 51,49%.

La ejecución presupuestaria en la región fue mínima, sólo 7.554.872,98 bolivianos, (27,94%). De un total de 27.042.801,24 bolivianos, los cuales se detallan a continuación:

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

Cuadro Nº 23

PRESUPUESTO DESEMBOLSADO Y EJECUTADO
ZONA DEL ALTIPLANO NORTE

En bolivianos	2003	2004	2005	2006	2007*
Desembolsado	2.800.942,33	4.138.431,37	4.504.782,64	7.866.818,69	7.731.826,21
Ejecutado	1.138.915,29	1.268.222,46	1.373.619,80	1.851.447,55	1.922.667,88
% de Ejecución	40,66	30,65	30,49	23,53	24,87

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la UDGS.
***Datos preliminares (hasta noviembre).**

De estos montos el porcentaje de ejecución fue de 40,66% (2003); 30,64% (2004); 30,50% (2005); 23,53% el 2006 y 24,87% el 2007.

6.1.4.ZONA DEL ALTIPLANO SUR.

La zona del altiplano sur es el que más municipios del departamento integra (Collana, Calamarca, Colquencha, Ayo Ayo, Patacamaya, Umala, Stgo. Machaca, Catacora, Comanche, Caquiaviri, Corocoro, W.Ballivian, Calacoto, S. Callapa, Charaña, Chacarilla, S.P.Curahuara, Papel Pampa, Villa Aroma, Nazacara, J. de Machaca y S.A. de Machaca). Esto no quiere decir que se le destina una gran cantidad de recursos , al contrario, es una de las regiones que menos nivel de desembolsos percibe .

El monto total de desembolsos alcanzó a 18.557.380,04 bolivianos de los cuales sólo se ejecutaron 5.091.105,63 bolivianos, es decir, el 27,43%. Esta ejecución se realizó como se detalla a continuación:

Cuadro Nº 24

PRESUPUESTO DESEMBOLSADO Y EJECUTADO
ZONA DEL ALTIPLANO SUR

En bolivianos	2003	2004	2005	2006	2007*
Desembolsados	1.755.138,00	2.584.832,21	3,087.026,03	5.613.353,87	5.517.029,93
Ejecutados	719.585,63	844.199,37	987.148,90	1.352.385,03	1.187.786,70
% de Ejecución	41,01	32,66	31,98	24,09	21,53

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la UDGS.
***Datos preliminares (hasta noviembre).**

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

En el año 2003 sólo se ejecutó el 41,01%, el 2004 el 32,66%; el 2005 el 31,98%; el año 2006 24,09% y para el año 2007 la ejecución presupuestaria fue de 21,53% (datos preliminares).

De todos estos municipios el que más recursos percibe es Villa Aroma con 2.900.571,58 bolivianos ejecutando una mínima parte 22,98% y el que menos capta es Nazacara con 28.878,76 bolivianos realizando una ejecución presupuestaria de 33,86%.

6.1.5.ZONA METROPOLITANA

La zona metropolitana comprendida por los municipios de El Alto, La Paz, Viacha, Palca, Achocalla y Mecapaca, para los cuales se destinan la mayor cantidad de recursos del SUMI, por ser la zona con mayor densidad poblacional, los cuales siguen a continuación:

Cuadro Nº 25

PRESUPUESTO DESEMBOLSADO Y EJECUTADO
ZONA METROPOLITANA

En bolivianos	2003	2004	2005	2006	2007*
Desembolsado	17.247.702,00	25.401.409,90	27.457.676,04	48.463.624,97	47.631.999,00
Ejecutado	19.999.682,09	22.328.392,35	24.778.473,01	23.722.476,02	25.867.267,08
% de Ejecución	115,96	87,90	90,24	48,95	54,31

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la UDGS.
***Datos preliminares (hasta noviembre).**

Como podemos observar los desembolsos son los más considerables en relación a las demás regiones del departamento, en los cinco años de vida del SUMI alcanzó a 166.202.411,91 bolivianos, con una ejecución de 116.696.290,55 bolivianos, es decir, el 70,21%.

De esta cantidad la mayor parte se lleva La Paz y El Alto (85.800.706,74 bolivianos y 70.297.931,56 bolivianos respectivamente), de los cuales la

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

ejecución presupuestaria en cada uno de los años de vigencia sigue a continuación:

Cuadro N° 26

PRESUPUESTO DESEMBOLSADO Y EJECUTADO
EL ALTO

En bolivianos	2003	2004	2005	2006	2007*
Desembolsado	7.230.248,33	10.648.284,98	11.621.736,59	20.575.365,38	20.222.296,28
Ejecutado	6.942.197,75	7.860.730,78	8.329.954,70	4.165.300,90	7.670.462,08
% de Ejecución	96,02	73,82	71,68	20,24	37,93

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la UDGS.
***Datos preliminares (hasta noviembre).**

Cuadro N° 27

PRESUPUESTO DESEMBOLSADO Y EJECUTADO
LA PAZ

En bolivianos	2003	2004	2005	2006	2007*
Desembolsado	8.824.730,67	12.996.547,17	14.184.673,80	25.112.843,12	24.681.911,98
Ejecutado	12.764.035,16	14.109.792,30	16.213.270,11	19.197.608,42	17.726.867,88
% de Ejecución	144,64	108,57	114,30	76,45	71,82

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la UDGS.
***Datos preliminares (hasta noviembre).**

Como podemos observar los datos de los años 2006 y 2007 sobre la ejecución presupuestaria es extremadamente limitada principalmente en El Alto no porque no se realizaron prestaciones sino porque los establecimientos de salud no notificaron la información económica requerida (Uno de los problemas del SUMI).

En el caso de La Paz la ejecución presupuestaria es muy considerable ya que como se puede observar supera a lo desembolsado; en el 2003 que es el año con más ejecución presupuestaria se reportó un 144,64%, 108,67% el 2004, 114,30% el 2005, el 2006 se reportó una ejecución de 76,45% y el 2007 se ejecutaron 71,82% del total (información preliminar, debido a que algunos

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

establecimientos de salud no entregaron información económica correspondiente).

El municipio que menos recursos captó en todos los años de vigencia de este seguro es Mecapaca con 1.274.318,46 bolivianos, de los cuales sólo se ejecutaron 9,99% (127.295,50 bolivianos). En los años 2006 y 2007 no se reportaron ejecución presupuestaria.

6.1.6.ZONA DE LOS VALLES INTERANDINOS DEL SUR:

Comprendida por los municipios de Sapahaqui, Cairoma, Luribay, Malla, Yaco, Cajuata, Licoma Pampa, Quime, Ichoca, Colquiri, Inquisivi en los cuales se desembolso y ejecuto los siguientes montos:

Cuadro Nº 28

PRESUPUESTO DESEMBOLSADO Y EJECUTADO
VALLES INTERANDINOS DEL SUR

En bolivianos	2003	2004	2005	2006	2007*
Desembolsado	1.148.300,33	1.691.157,01	1.845.758,71	3.267.769,51	3.211.695,18
Ejecutado	611.673,82	681.697,46	677.694,30	1.026.995,10	976.948,00
% de Ejecución	53,27	40,31	36,72	31,43	30,42

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la UDGS.
***Datos preliminares (hasta noviembre).**

Se puede observar que esta región del departamento la ejecución presupuestaria no es muy significativo, sólo alcanza a 53,27% (2003); 40,31% (2004); 36,72% (2005), 31,43% en el año 2006 y 30,42% el 2007.

Del total de desembolsos destinados a la zona de los valles interandinos del sur (11.164.680,74 bolivianos) sólo se ejecutó 3.975.008,68 bolivianos, es decir sólo se notifico una ejecución de 35,60%.

El municipio Licoma Pampa es la que recibió menos recursos, 296.245,76 bolivianos, de estos sólo se ejecutó 34,20%.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

6.1.7. DE LOS YUNGAS.

Integrada por ocho municipios (La Asunta, Palos Blancos, Irupana, Chulumani, Yanacachi, Coroico, Coripata y Caranavi) para los cuales se desembolsó en toda la vigencia del SUMI un total de 14.973.891,19 bolivianos y se ejecutaron el 75,72%. Los montos desembolsados efectuados en cada año son los siguientes:

Cuadro Nº 29

PRESUPUESTO DESEMBOLSADO Y EJECUTADO
ZONA DE LOS YUNGAS

En bolivianos	2003	2004	2005	2006	2007*
Desembolsado	1.539.340,00	2.267.048,57	2.475.595,14	4.383.564,26	4.308.343,22
Ejecutado	1.808.454,50	1.904.818,05	2.088.751,53	2.581.916,73	2.953.598,52
% de Ejecución	117,48	84,02	84,37	58,90	68,56

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la UDGS.
***Datos preliminares (hasta noviembre).**

Como se puede observar los desembolsos tienen una tendencia ascendente y se puede decir que la ejecución presupuestaria en esta región del departamento es positiva, como observamos, el año del lanzamiento del SUMI (2003) es cuando más ejecución presupuestaria se registro alcanzando a un 117,48%; en los siguientes dos años alcanzó el 84,02% y 84,37%, y para los años 2006 y 2007 se logró ejecutar 58,90% y 68,56% respectivamente.

El municipio con máximo nivel de desembolsos es Caranavi obteniendo un total de 5.532.588,18 bolivianos, de los cuales se ejecutó el 71,23%. Por el contrario, de Yanacachi que sólo ejecutó 44,68% de un total de 459.668,94 bolivianos.

Por tanto, el nivel de desembolsos efectuados a las regiones difiere en gran medida. La región amazónica es la que menos recursos percibe en promedio sólo representa 0,5% del total desembolsado a todo el departamento. Al contrario de la región metropolitana, que logra percibir la mayor cantidad de los recursos de Coparticipación Tributaria Municipal como es el caso del municipio

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

de La Paz que capta el 33,75% del total departamental y aun así le es insuficiente y está obligado a solicitar financiamiento para cubrir su déficit, al Fondo Solidario Nacional.

6.2. REMANENTES DE LA CUENTA MUNICIPAL DE SALUD - SUMI

De acuerdo a la Ley Nº 2426, los remanentes deberán ser invertidos en infraestructura sanitaria, saneamiento básico o programas especiales de seguros de salud.

Como es sabido los recursos destinados al SUMI han sido suficientes y hasta se puede decir que en algunos casos excesivos, ya que existen municipios que no han logrado ejecutar ni el 50% de los recursos destinados a cubrir este seguro.

Los municipios de las distintas regiones que registraron remanentes por concepto de Coparticipación Tributaria Municipal son descritos en el siguiente cuadro:

6.2.1 ZONA DE LOS VALLES INTERANDINOS DEL NORTE .

Cuadro Nº 30

REMANENTES DE LOS INGRESOS DE CPT
ZONA DE LOS VALLES INTERANDINOS DEL NORTE

Año	REMANENTES	%
2003	558.331,01	36,50
2004	1.008.662,99	45,21
2005	1.315.380,70	53,78
2006	2.980.757,25	67,17
2007*	2.630.943,12	60,32

Fuente: UDGS
***Datos preliminares (hasta noviembre).**

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

Como podemos observar el año del lanzamiento del SUMI es la gestión que más ejecución hubo y por consiguiente resultaron menos remanentes. La zona de los valles interandinos del norte es una de las regiones en la que más remanentes se reporto, en especial en los últimos años de gestión. La gran concentración de remanentes de los recursos SUMI representa algo negativo para la población ya que los directos beneficiarios del seguro (madres y niños) no gozan de esta ventaja por diferentes factores como ser el desconocimiento del seguro, situación que se refleja mas en el área rural.

6.2.2 ZONA AMAZÓNICA.

La región amazónica abarcada por los municipios de Ixiamas y San B. Ventura; de los cuales el 2003 registró un nivel negativo de remanente es decir que los recursos por concepto de Coparticipación Tributaria le fueron insuficientes.

En el año 2004 esta situación se fue regulando, obteniendo un nivel razonable de remanente al igual que en el 2005, sin embargo el año 2006 el nivel ejecutado fue mayor y en consecuencia no se obtuvieron remanentes, al igual que en el año 2007 ya que excedieron sus recursos en 7,45% del total desembolsado hasta noviembre de este año.

Cuadro Nº 31

REMANENTES DE LOS INGRESOS DE CPT
ZONA AMAZÓNICA

Año	Remanentes	%
2003	-11.725,00	-8,91
2004	16.777,41	8,66
2005	15.206,77	7,19
2006	-44.631,28	-11,92
2007*	-27.406,50	-7,45

Fuente: UDGS
***Datos preliminares (hasta noviembre).**

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

Esta situación representa datos positivos para la gestión administrativa del SUMI ya que se esta aprovechando al máximo los recursos destinados al seguro, en beneficio del binomio madre –niño.

Los municipios que registraron insuficiencia de recursos, tienen el derecho por Ley a solicitar mayor financiamiento para cubrir este saldo al Fondo Solidario Nacional (Cuenta especial del Diálogo 2000).

6.2.3 ZONA DEL ALTIPLANO NORTE.

En esta región se puede evidenciar que la cantidad de remanentes es considerablemente alto, ya que la mayor parte de los recursos destinados al SUMI no han sido utilizados.

Cuadro Nº 32
REMANENTES DE LOS INGRESOS DE CPT
ZONA DEL ALTIPLANO NORTE

Año	Remanentes	%
2003	1.662.027,04	59,34
2004	2.870.208,91	69,35
2005	3.131.162,84	69,51
2006	6.015.371,14	76,47
2007*	5.809.158,33	75,13

Fuente: UDGS
***Datos preliminares (hasta noviembre).**

Este efecto negativo alcanzó un mayor nivel a partir del año 2004 y el 2005 (cerca del 70%), es decir, que sólo se utilizó un poco mas del 30% de los recursos SUMI, para los años 2006 y 2007 la cantidad de remanentes es excesivamente alto ya que la población sólo se benefició con un 23,53% y 24,86% respectivamente, de los recursos destinados a cubrir las prestaciones otorgadas a la comunidad de esta región. Es decir que de un total de 27.042.801,24 bolivianos destinados a la región en todos los años de gestión del SUMI el 72,06% son remanentes.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

Una de las razones por la que existe este efecto negativo es por que la gente no sabe que beneficios le brinda el SUMI o por la dispersión de los centros de salud respecto a los hogares de las familias.

6.2.4 ZONA DEL ALTIPLANO SUR.

Esta región concentra la mayor cantidad de municipios, de los cuales el municipio de Villa Aroma es que reportó mayor cantidad de remanentes (72,20%) de los recursos de Coparticipación Tributaria Municipal).

Como podemos apreciar en el cuadro la gran cantidad de remanentes existentes en la región es sorprendente ya que no llegaron a ejecutar ni el 50% de los recursos.

Cuadro Nº 33

REMANENTES DE LOS INGRESOS DE CPT
ZONA DEL ALTIPLANO SUR

Año	Remanentes	%
2003	1.035.552,37	59,00
2004	1.740.632,84	67,34
2005	2.099.877,13	68,02
2006	4.260.968,84	75,91
2007*	4.329.243,23	78,47

Fuente: UDGS.
***Datos preliminares (hasta noviembre).**

El altiplano sur registró a lo largo de la vida del SUMI un promedio en remanentes de 67,56%, que evidencia la baja cobertura que tiene el SUMI como seguro público de salud en esta región.

6.2.5 ZONA METROPOLITANA

Esta región es la más poblada del departamento y por consiguiente es la que más prestaciones otorgaron a la comunidad a nivel departamental, lo que se deriva en un nivel bajo de remanentes en los primeros años de gestión.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

Cuadro Nº 34

REMANENTES DE LOS INGRESOS DE CPT
ZONA METROPOLITANA

Año	Remanentes	%
2003	-2.751.980,09	-15,96
2004	3.073.017,55	12,10
2005	2.679.203,03	9,76
2006	24.741.148,95	51,05
2007*	21.764.731,92	45,69

Fuente: UDGS.
***Datos preliminares (hasta noviembre).**

El primer año de vigencia del SUMI la cantidad de prestaciones otorgas rebasó, existiendo una insuficiencia financiera de 2.751.980,09 bolivianos (-15,96%). Destacando al municipio de La Paz que realizó una ejecución presupuestaria de 119,66% hasta el año 2005, es decir, que obtuvo remanentes negativos.

Para el 2004 y 2005 hubo una regularización y los remanentes obtenidos fueron razonables en comparación a las demás regiones del departamento.

En los años 2006 y 2007 se reportaron niveles altos de remanentes, pero esto no se debe a que no existieron atenciones, sino a que los municipios no entregaron los reportes mensuales correspondientes de la ejecución presupuestaria realizada (problema administrativo del SUMI), como es el caso de El Alto, Achocalla y Mecapaca que no reportaron información presupuestaria.

6.2.6 ZONA DE LOS VALLES INTERANDINOS DEL SUR

Como en demás regiones del departamento la mayoría obtuvieron gran cantidad de remanentes, la zona de los valles interandinos del sur también reportó un nivel alarmante de remanentes.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

Cuadro Nº 35

REMANENTES DE LOS INGRESOS DE CPT
ZONA DE LOS VALLES INTERANDINOS DEL SUR

Año	Remanentes	%
2003	536.626,51	46,73
2004	1.009.459,55	59,69
2005	1.168.064,41	63,28
2006	2.240.774,41	68,57
2007*	2.234.747,18	69,58

Fuente: UDGS.
***Datos preliminares (hasta noviembre).**

Este efecto se puede evidenciar notablemente a partir del año 2005 en que sólo se utilizó el 36,72% del total destinado a cubrir las prestaciones proyectadas a otorgar a la población beneficiaria, similar situación se verifico en los años 2006 y 2007.

6.2.7 ZONA DE LOS YUNGAS.

Esta región es una de las que se ejecutó gran parte de los recursos SUMI en beneficio de la comunidad. Y no se reportaron gran cantidad de remanentes en especial en los primeros años del seguro.

Cuadro Nº 36

REMANENTES DE LOS INGRESOS DE CPT
ZONA DE LOS YUNGAS

Año	Remanentes	%
2003	-269.114,50	-17,48
2004	362.230,52	15,98
2005	386.843,61	15,63
2006	1.801.647,53	41.10
2007*	1.354.744,70	31,44

Fuente: UDGS.
***Datos preliminares (hasta noviembre).**

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

Como se observa los remanentes en el año 2003 tiene un nivel negativo, de 269.114,50 bolivianos (-17,48%) es decir que existió gran demanda de servicios por parte de la población. Se destaca el municipio de Caranavi y Coroico, los cuales superaron el nivel del presupuesto destinado a cubrir el servicio.

En los años 2004 y 2005 se obtuvieron niveles relativamente admisibles de remanentes de los recursos, los años 2006 y 2007 se detectó un alto nivel de remanentes.

6.3 NIVEL DE REMANENTES ANUALES.

En síntesis los remanentes de los ingresos que se registraron anualmente son los siguientes valores:

Cuadro N° 37
REMANENTES ANUALES

Año	En bolivianos
2003	759.717,36
2004	10.080.989,77
2005	10.795.738,49
2006	41.996.036,84
2007*	38.096.161,98

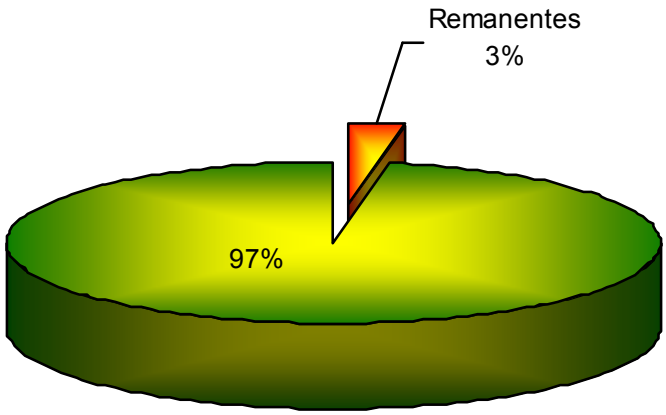
Fuente: UDGS.
***Datos preliminares (hasta noviembre).**

El nivel de remanentes que se registró anualmente es relevante principalmente en los últimos años de gestión de SUMI.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

Gráfico Nº 12

Nivel de Remanentes 2003

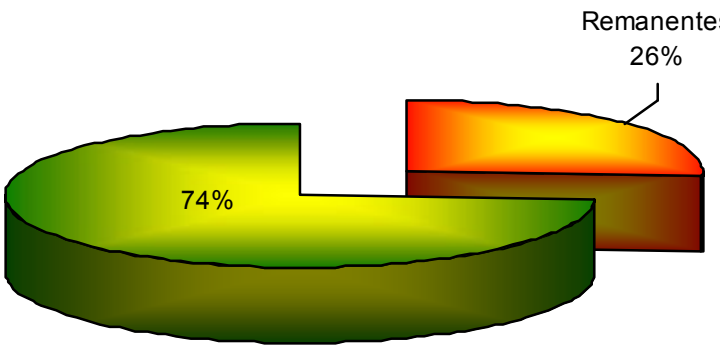


Fuente: Elaboración propia en base a datos de la UDGS.

Como se puede apreciar en esta primera gestión de vigencia del SUMI los recursos para cubrir las prestaciones del seguro fueron aproximadamente exactos, los remanentes que se registraron fueron mínimos , es decir que se utilizo casi la totalidad de los recursos en la prestación de servicios. Es necesario considerar que en este primer año de vigencia del seguro el financiamiento destinado fue del 7%.

Gráfico Nº 13

Nivel de Remanentes 2004



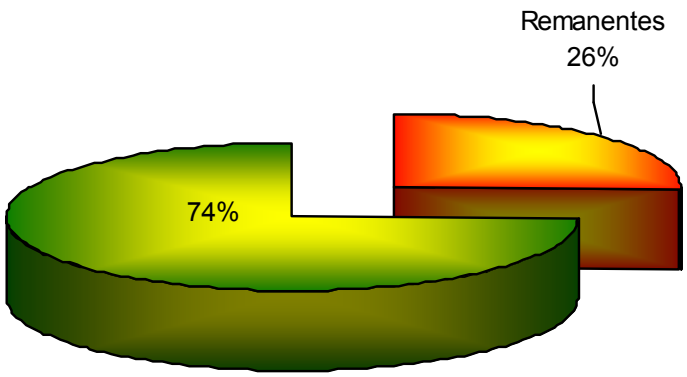
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la UDGS.

Para el año 2004 los desembolsos se incrementaron al 8% mensual de la Coparticipación Tributaria y se logró un gran incremento de recursos los cuales no han sido ejecutados en su totalidad como se había previsto, esto se deriva en un mayor nivel de remanentes, como se observa en el gráfico, los remanentes alcanzan a un 26% del total de recursos, indicando el bajo nivel de prestación de servicios.

Para el año 2005 los remanentes registrados fueron similares al del año 2004 contemplando que desde esta gestión se destinará mayor cantidad de recursos de la Coparticipación Tributaria (10%), como podemos apreciar en el gráfico el nivel de remanentes alcanzados llego aproximadamente al 26%.

Gráfico Nº 14

Nivel de Remanentes 2005



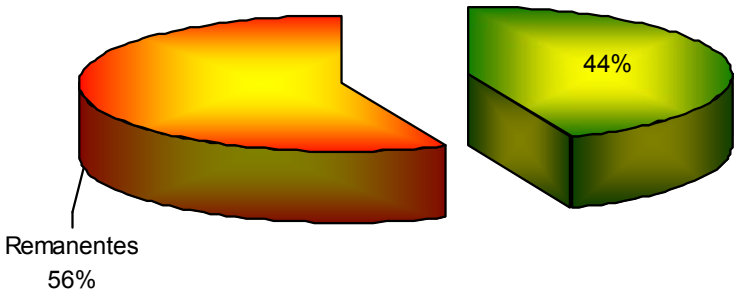
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la UDGS.

En el año 2006 los remanentes registrados son considerablemente altos, como podemos apreciar en el gráfico, por lo cual se puede deducir el bajo nivel de ejecución presupuestaria, lo que refleja un limitado nivel de prestación de servicios otorgados a la comunidad beneficiaria.

BIBL... CONOMIA

Gráfico Nº 15

Nivel de Remanentes 2006

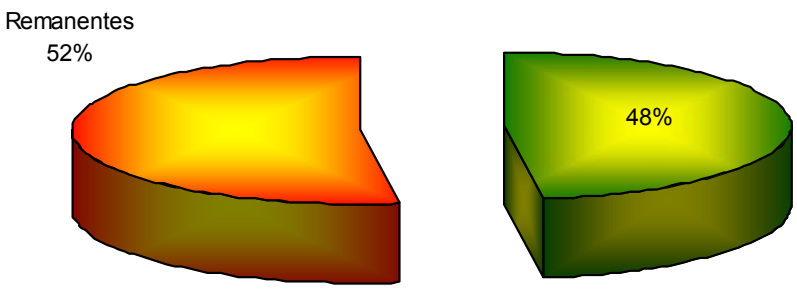


Fuente: Elaboración propia en base a datos de la UDGS.

Para el año 2007 la situación es similar ya que el nivel de remanentes que se registro es alto al igual al del año 2006, claro que hay que destacar que este dato es preliminar.

Gráfico Nº 16

Nivel de Remanentes 2007
(Hasta Noviembre)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la UDGS.

En consecuencia se puede señalar que los recursos destinados al SUMI son suficientes y como en el caso del año 2006 y 2007 exagerados, ya que como se puede observar en el gráfico los remanentes son mayores que la cantidad de recursos utilizados para atender a la población beneficiaria, esto puede deberse a diferentes factores, entre las más importantes se destaca la falta de cobertura e información, la gente no se dirige a los establecimientos de salud porque no sabe que es el SUMI y que beneficios le brinda; principalmente en el área rural, la falta de información acerca de los beneficios del SUMI es una gran limitación por la que tropieza este seguro.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

- ☑ **Realizado el estudio pertinente con relación a la existencia de remanentes de los ingresos, se concluye que los recursos destinados al SUMI han sido suficientes y hasta se puede decir, en algunos casos, excesivos ya que existen municipios que sólo ejecutaron el 50% de los recursos destinados a cubrir este seguro de salud. En cada uno de los años de vigencia del SUMI dejaron un valor considerable de remanentes excepto en el año del lanzamiento, en que los remanentes representaron sólo un 3%, sin embargo en los años próximos 2004 y 2005 los remanentes llegaron al 26% en cada uno de los años y para los años 2006 y 2007 los remanentes alcanzaron un nivel alto de 56 % y 52% respectivamente, demostrando la suficiencia y sostenibilidad financiera que tienen el SUMI.**

- ☑ **Como se evidenció los desembolsos efectuados por concepto de Coparticipación Tributaria se incrementaron de manera substancial en todos los años de gestión del SUMI, este incremento en la asignación de recursos es altamente significativo principalmente en el año 2006 ya que existió un incremento porcentual en los ingresos desembolsados de 77% respecto al año 2005, año en el que obtuvieron incrementos mínimos de 9% respecto al año 2004 y finalmente los incrementos porcentuales en los ingresos desembolsados de el año 2004 son de 47% respecto al año 2003, es importante destacar la asignación de recursos en el año 2007 ya que hasta noviembre de dicho año el monto desembolsado es similar al del total del año 2006, lo que lleva ha anticipar que los desembolsos del 2007 será mucho mayor que años pasados, es decir, todos los municipios del departamento adquirieron en cada uno de los años más recursos para la prestación de servicios ofrecidos por el SUMI. Claro que esta asignación progresiva se deriva del aumento poblacional que tiene el departamento en**

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

cada uno de sus municipios, de acuerdo a la Ley de Participación Popular. También se debe a la gradualidad con la que se depositaron los recursos del SUMI a las cuentas municipales de salud anualmente, es decir, que los ingresos por la Coparticipación Tributaria Municipal, otorgadas en el año 2003 fue de 7%, 8% en el 2004 y a partir del 2005 el 10%.

- ☑ **Se evidencia la limitada ejecución presupuestaria del seguro en casi toda su vigencia, exceptuando el año del lanzamiento que tuvo un nivel de ejecución presupuestaria de 97%, que fue positivo dentro de los planes programados, manifestándose así el beneficio social que trajo el SUMI a la comunidad, sin embargo en los años siguientes, la ejecución presupuestaria fue limitada, especialmente en los años 2006 y 2007 en los que registra una ejecución presupuestaria de sólo 44% y 48% respectivamente, lo que refleja la ineficiencia en la administración de los recursos, al no existir políticas de orientación, difusión y capacitación al personal administrativo, además que no existen campañas de información a la comunidad sobre los beneficios que le ofrece el SUMI para aprovechar satisfactoriamente los recursos económicos destinados a este seguro de salud.**

- ☑ **La falta de mecanismos eficientes para la dotación de recursos económicos a los establecimientos de salud en los municipios ocasiona un desabastecimiento en los centros de salud, debido a los retrasos en los desembolsos, lo cual repercute negativamente a los objetivos del SUMI ya que teniendo suficientes recursos no se los puede utilizar eficaz y efectivamente debido a las dificultades existentes en la administración financiera del SUMI.**

- ☑ **Con respecto a la evolución del financiamiento, el cual ha ido creciendo considerablemente durante toda la vigencia del SUMI, por la gradualidad en su distribución anual de los ingresos, esta evolución refleja la sostenibilidad financiera que atraviesa este seguro de salud en el corto y mediano plazo y**

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

como se indicó anteriormente los desembolsos no llegan a ejecutarse al 100%, e incluso se llegan a obtener recursos excesivos como remanentes, para el mantenimiento de los establecimientos de salud, lo cual es negativo, ya que si bien es cierto que es importante tener establecimientos de salud en conveniente estado, los recursos del SUMI tienen un objetivo principal de cubrir las prestaciones otorgadas a la comunidad.

- ☑ **La limitada capacitación o el desconocimiento de los procedimientos adecuados para la elaboración efectiva de los informes periódicos de ejecución presupuestaria que presentan cada uno de los municipios a la Unidad Departamental de Gestión de SUMI, ocasiona que no se pueda evaluar de manera eficiente la ejecución presupuestaria de los recursos por rubros o partidas presupuestarias, haciendo limitada la información y que sólo se puede contar como dato único el total ejecutado, ocasionando un desconocimiento de la cantidad porcentual se invierte en cada uno de los suministros necesarios como ser enseres, servicios no personales y medicamentos esenciales y otros instrumentos y servicios vinculados exclusivamente con las prestaciones del SUMI.**

- ☑ **Gran cantidad de los recursos económicos del SUMI se concentra en el área urbana, es decir los municipios de La Paz y El Alto, reuniendo la mayor parte de los recursos destinados a todo el departamento los cuales llegan al 61% del total desembolsado en cada uno de los años transcurridos. Lo que lleva ha señalar que en estos dos municipios se concentra la mayor cantidad de población a nivel departamental. Al contrario de los demás municipios del área rural que perciben el restante 39%.**

- ☑ **Realizado el análisis evaluación económico y financiero, se establece que existen efectos negativos en la administración financiera del SUMI, no existe un control efectivo de la ejecución presupuestaria y de los procedimientos**

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

administrativos, existe un desconocimiento sobre los procedimientos a seguir en la rendición de cuentas, además del deficiente seguimiento que ejercen las organizaciones sociales de base comprometidas con el modelo de gestión del SUMI. Se debe promover campañas de capacitación con el objeto de ejecutar y controlar la captación y el uso eficaz y eficiente de los recursos públicos para el cumplimiento y ajuste oportuno de las políticas, los programas, la prestación de servicios y los proyectos del Sector Público a la vez de disponer de información útil, oportuna y confiable asegurando la razonabilidad de los informes y estados financieros. Para así poder brindar un mejor servicio a la comunidad beneficiaria, a través de una mayor cobertura y el aprovechamiento de los recursos económicos y humanos en el incremento de prestación de servicios.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

RECOMENDACIONES

- ☑ **Son evidentes las dificultades con las que atraviesa el SUMI para un funcionamiento adecuado en las comunidades, tales como la falta de seguimiento, apoyo, capacitación y fortalecimiento, pero también hay que reconocer el casi nulo conocimiento sobre las instancias públicas y espacios políticos y sociales por parte de nuestras organizaciones ciudadanas que cumplen un papel muy importante en la planificación, promoción y gestión de programas y proyectos en salud. Es importante plantear un plan de fortalecimiento y capacitación al personal en salud y a la sociedad civil. Proporcionar al personal administrativo asistencia técnica para la aplicación adecuada de procedimientos administrativos para el control de los recursos económicos, a la vez de propiciar el seguimiento social de la ejecución de los recursos del SUMI en los establecimientos de salud y los municipios, a través de apoyo técnico a todos los actores involucrados con el SUMI para su fortalecimiento.**

- ☑ **Es importante crear sistemas informativos, que posibiliten un trabajo mas eficiente, realizando una información de mayor cobertura, así como de mejor calidad, beneficiando a toda la comunidad, viabilizando que los recursos destinados a cubrir el SUMI cumplan su objetivo de brindar un servicio social gratuito a la comunidad y dejar de lado el desconocimiento sobre los beneficios del seguro especialmente en el área rural a través de la asistencia sanitaria; contribuyendo en la disminución de las tasas de mortalidad materna e infantil.**

- ☑ **La fragmentación del mando de los recursos humanos tiene efectos negativos en la gestión pública del SUMI ya que si bien el DILOS y los gerentes de red están a cargo de la planificación municipal y el logró de resultados de gestión de la red de salud, para lo cual el aporte del personal de salud es fundamental, los mismos recaen en deficiencias por la insuficiencia o mala distribución de recursos humanos debido a la falta de**

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

políticas de administración del personal y a la falta de capacitación e información al personal médico y administrativo sobre la utilización de instrumentos técnico-administrativos. Por lo mismo, es necesario campañas de capacitación e información y desarrollar políticas de incentivos para el personal, que permita motivar a los recursos humanos a cumplir con todos los objetivos programados por el SUMI, para efectivizar la labor del personal de acuerdo a los requerimientos del municipio para su beneficio.

- ☑ **El Ministerio de Salud y las prefecturas a través de los SEDES cuenta con una Unidad Departamental de Gestión para un funcionamiento adecuado del SUMI, pero esta únicamente se limita a la difusión y la capacitación restringida a las capitales de provincias y no así a las comunidades y cantones alejados, esto se deriva en un desconocimiento de los pobladores sobre los beneficios gratuitos que le brinda este seguro de salud y como consecuencia no acuden a la asistencia sanitaria, lo que se puede reflejar en la baja ejecución presupuestaria que tiene el SUMI en la mayoría de los municipios rurales. Para esto es necesario campañas de información, educación y capacitación a la comunidad en general y también al personal; a la vez de fortalecer, apoyar y operativizar la Unidad Departamental de Gestión del SUMI.**

- ☑ **Existe una escasa implementación de mecanismos de participación y control social a nivel municipal en el sistema de gestión del SUMI, a pesar de la existencia de un marco legal, normativa emitida para el Seguro Universal Materno Infantil Ley Nº 2426. Pero como se sabe no son suficientes, por lo que es preciso diseñar procesos administrativos que sean fiscalizados permanentemente por la comunidad. Por lo que es de vital importancia la implementación de un sistema técnico de seguimiento, evaluación y capacitación administrativa, para así dar cumplimiento a la Ley y dejar de lado la ineficiencia administrativa en la administración del SUMI.**

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

- ☑ **De acuerdo a la limitada organización administrativa que atraviesa el actual seguro de salud SUMI, se propone incorporar un seguimiento, técnico administrativo para el nuevo seguro de salud, el SEGURO UNIVERSAL DE SALUD (SUS), con el fin de llevar adelante un proceso real de gestión pública y seguimiento municipal para la administración de los recursos económicos destinados al nuevo seguro de salud, mediante mecanismos administrativos que sean fiscalizados permanentemente, no sólo por la autoridad sino especialmente por la ciudadanía. Se propone crear un ORGANISMO GERENCIAL DE SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y CAPACITACIÓN ADMINISTRATIVA PARA EL SUS. Este organismo implementará con los municipios rurales un sistema integrado de información presupuestaria y financiera que permitirá que los municipios cuenten con información oportuna y real del comportamiento presupuestario y financiero de todos los recursos destinados a cubrir los gastos del SUS y la inversión de sus remanentes en infraestructura, saneamiento básico o programas especiales de seguros de salud. De la misma manera a los estatutos dispuestos para el SUMI de acuerdo a partidas de gasto elegibles según Resolución Ministerial N° 522 y Resolución Ministerial N° 262. Para que así las autoridades tomen decisiones oportunas para mejorar los servicios de salud en sus municipios y comunidades.**

  - **El objetivo de crear un Organismo Gerencial de Seguimiento, Evaluación y Capacitación Administrativa es crear un procedimiento administrativo eficiente para la ejecución de los recursos económicos y financieros del SUS que coadyuve a mejorar la calidad de atención de los Servicios de Salud materno e infantil y contribuya en la disminución de las tasas de mortalidad materna e infantil, especialmente en zonas vulnerables. A la vez de Plantear Mecanismos de supervisión, seguimiento y fiscalización administrativa financiera; promover la participación de la sociedad civil en procesos de planificación a través de un sistema técnico de seguimiento, evaluación y capacitación administrativa que pondrá énfasis**

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

en la capacitación de representantes municipales, es decir, Comités de Vigilancia, los cuales con el actual seguro de salud no desempeñan una labor muy eficiente debido a que no conocen sus facultades ni atribuciones porque muchos de estos representantes son gente con un pobre nivel de instrucción que les impide actuar de forma razonable para cuidar el interés colectivo; además de capacitar y organizar al personal de los establecimientos de salud para el mejoramiento de la calidad en la atención; Capacitación técnica administrativa a DILOS (Directorio Local de Salud); Transmitir y promover las capacidades de ejecución administrativa y de operacionalización efectiva, sobre todo de los DILOS de los Gobiernos Municipales pequeños, las Gerencias de red y también de los establecimientos de salud.

- **Este organismo gerencial implementará con los municipios rurales un sistema integrado de información presupuestaria y financiera que permitirá que los municipios cuenten con información oportuna y real del comportamiento presupuestario y financiero de todos los recursos destinados a cubrir los costes del SUS. Para que las autoridades tomen decisiones oportunas para mejorar los servicios de salud en sus municipios y comunidades.**

☑ **Es importante contar con este organismo gerencial de seguimiento, evaluación y capacitación administrativa para el SUS, con el propósito de dar cumplimiento al ámbito legal en lo que respecta a los recursos económicos por tipo de fuente de financiamiento para una ejecución y supervisión eficiente, ya que este organismo gerencial de seguimiento será específicamente para el nuevo seguro de salud SUS.**

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

REFERENCIA BIBLIOGRÁFIC A

Joseph E. Stiglitz, *"La economía del Sector Público",* **Antoni Bosch (ed.), M. Esther Tabasco y Luís Zahoria (Trad.), tercera edición, Universidad de Alcalá.**

Richard A. Musgrave y Peggy B. Musgrave. *"Hacienda publica teoría y aplicada",* **McGraw-Hill (ed.); Juan francisco Corona Ramón y Juan Carlos Costas (trad.); quinta edición.**

George Gray Molina, "*El futuro de la participación ciudadana"*, **Friedrich Ebert Stiftung, Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (FES - ILDIS), La Paz-Bolivia, septiembre 2002.**

Marcelo Varnoux Garay. *"El Estado que necesitamos, el Estado que queremos",* **Friedrich Ebert Stiftung, Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (FES - ILDIS); Carlos Toranzo Roca (coor.), La Paz-Bolivia.**

Libro Marco Legal, "*Ley 2426. Ley del Seguro Universal Materno Infantil***", Ministerio de Salud y Deportes, Unidad Nacional de Gestión d el SUMI; Lic. Edwin Ramos Bustillos (Ed.); reimpresión abril 2006.**

"Manual de Procesos Administrativos"; **Ministerio de Salud y Deportes, Unidad Nacional de Gestión del SUMI; Lic. Edwin Ramos Bustillos (Elab. y Ed.) tercera edición, marzo 2006.**

Modulo de Inducción, *"Implementación del Modelo de Gestión, Redes de Salud, DOLOS, SUMI, SNUS."* **Ministerio de Salud y Deportes, Unidad Nacional de Gestión del SUMI; Lic. Edwin Ramos Bustillos (Ed.); segunda edición, abril 2006.**

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

"La Salud Pública en el Marco de la Descentralización", **Red de Análisis Fiscal, Ministerio de Hacienda, La Paz – Bolivia.**

"Estadísticas Fiscales", **Lic. Gonzalo Calisaya Gómez (Director General de Contaduría); Unidad de Información y Estadísticas; Ministerio de Hacienda; La Paz _ Bolivia, 2006.**

"Anuario estadístico en Salud, 2003-2004-2005"; **Sistema Nacional de Información en Salud – SNIS**

"Paquetes y prestaciones del SUMI", **Ministerio de Salud y Deportes, Unidad Nacional de Gestión del SUMI; Lic. Edwin Ramos Bustillos (Ed.); tercera edición, abril 2006.**

Dr. Dante Ergueta Jiménez, "*Adecuación de las normas básicas del Sistema de Administración de Bienes y Servicios del sector salud "***; La Paz- Bolivia, 2005.**

Republica de Bolivia. *"Ley 1178. Administración y Control Gubernamental" 20* **de julio de 1990. Gaceta Oficial.**

Republica de Bolivia. *"Ley 1551. Ley de Participación Popular"*, **20 de abril 1994. Gaceta oficial.**

Republica de Bolivia. *"Ley 2235. Ley del Dialogo 2000"* **31 de julio de 2001. Gaceta oficial.**

Republica de Bolivia. *"D. S. 23318-A. Reglamento de la Responsabilidad por la función pública";* **3 de noviembre de 1992. Gaceta oficial.**

BIBLIOTECA DE ECONOMIA

Republica de Bolivia. *"D. S. 24447. Reglamentación Complementaria de las leyes de participación Popular y Descentralización Administrativa"* **, 20 de diciembre de 1996. Gaceta oficial.**

Ministerio de salud y Deportes, *"Resolución Biministerial 005. Reglamento del Fondo Solidario Nacional."* **8 de julio de 2003.**

"Diccionario de Términos Económicos, Financieros y sociales , Juan E. Pabon Pérez, Ramiro G. Villareal Díaz, Primera edición, 2000.

BIBLIOTECA DE ECONOMIA