

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y
FINANCIERAS**

CARRERA DE ECONOMÍA



TESIS DE GRADO

**“Evaluación de los recursos de Coparticipación
Tributaria destinados al Seguro Universal Materno
Infantil (SUMI) y el impacto en el desarrollo de la
salud caso: Gobierno Autónomo Municipal de
Viacha”**

POSTULANTE : Lucia Gabriela Mollericona Alarcón
DOCENTE TUTOR : Lic. Humberto Palenque Reyes
DOCENTE RELATOR : Lic. Boris Quevedo Calderón

**LA PAZ – BOLIVIA
2014**

AGRADECIMIENTOS:

Agradecer a DIOS por guiar cada uno de mis pasos y darme la fuerza y sabiduría necesaria para salir adelante, por poner en mi camino a las personas idóneas y en el momento preciso para apoyarme en la realización de este objetivo.

A mis padres y hermanos que me brindaron todo el apoyo, fuerza y cariño necesario para poder culminar esta etapa tan importante de mi vida.

Al Lic. Humberto Palenque R. por asesorarme a lo largo de la realización del presente trabajo y por compartir sus conocimientos conmigo.

Al Lic. Boris Quevedo por su tiempo y sabiduría.

A Andrea Bedregal y Karina Moreno, dos grandes amigas que me apoyaron incondicionalmente en todo momento.

Al Gobierno Autónomo Municipal de Viacha, a la Ing. Cojintos y el Lic. Durán, que me brindaron la toda la información adecuada para la realización del presente trabajo.

Y a todos mis amigos y amigas que indirectamente fueron partícipes con su apoyo y cariño.

DEDICATORIA:

A mis papás Enrique y Gabriela, quienes me apoyaron en todo momento. Muchas gracias por su esfuerzo, dedicación, comprensión pero por sobre todo... por confiar en mí.

A mis hermanos Rommel y Mario, gracias por estar conmigo y apoyarme siempre! son el mejor regalo que la vida pudo haberme dado.

A José Luis, por demostrarme que en todo momento puedo contar con él y ser parte fundamental de este presente trabajo, además de ser lo más importante, especial y amado para mí.

A 嵐 (Jun, Nino, Onho, Aiba y Sho), por acompañarme en todos los momentos de esta larga travesía... su música siempre fue una fuente inspiración y motivación para seguir adelante.

A todos ellos este proyecto, que sin ellos no hubiese podido ser.

INDICE

RESUMEN.....	1
CAPITULO I.....	3
1.1. ANTECEDENTES.....	3
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	7
1.5. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS.....	8
1.5.1. Objetivo General.....	8
1.5.2. Objetivos Especificos.....	8
1.6. METODOLOGÍA.....	9
1.7. HIPÓTESIS.....	9
1.7.1. Variables.....	9
1.8. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
1.8.1. Delimitación Temporal.....	10
1.8.2. Delimitación Espacial.....	10
CAPÍTULO II LA SALUD PÚBLICA EN BOLIVIA.....	12
2.1. EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DEL SECTOR DE SALUD.....	12
2.2. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN BOLIVIA.....	13

2.2.1. Reseña Histórica.....	13
2.2.2. Composición del Sistema Nacional de Salud.....	17
2.2.3. Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.....	18
2.2.4. El Modelo de atención se Salud Familiar Comunitaria Intercultural.....	18
2.2.5. La Gestión de la Salud.....	20
2.2.6. Ámbitos de la Gestión Pública de la Salud.....	20
2.2.7. Niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.....	21
2.3. SEGUROS PÚBLICOS DE SALUD.....	22
2.3.1. El Seguro de Salud Público en Bolivia.....	22
2.3.2. El Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN).....	23
2.3.3. El Seguro Básico de Salud (SBS).....	24
2.3.4. El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).....	27
CAPÍTULO III GENERALIDADES DEL SUMI.....	29
3.1. EL SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL (SUMI).....	29
3.1.1. Características.....	29
3.1.2. Recursos.....	30
3.1.3. Cuentas Municipales de Salud.....	32
3.1.4. Remanentes.....	33
3.1.5. Beneficiarios.....	34

3.1.6. Prestaciones del SUMI.....	34
3.1.7. Prestaciones SUMI 2003 – 2013.....	37
3.1.8. Afiliación.....	38
3.1.9. Administración de recursos en los Establecimientos de Salud.....	38
3.1.10. Mecanismos de Cobro y Pago.....	39
3.1.11. Formulario de Prestaciones Otorgadas del SUMI (FOPOS).....	39
CAPÍTULO IV.....	41
4.1 MARCO TEÓRICO.....	41
4.1.1. Política del Gasto destinado a la Seguridad Social y Desarrollo.....	41
4.1.2. Análisis de la Política del Gasto Público en Salud.....	42
4.1.3. Instrumentos fiscales de la Política de Distribución.....	45
4.1.4. La desigualdad y la provisión pública de servicios médicos.....	45
4.1.5. Igualitarismo específico.....	46
4.1.6. Reformas administrativas.....	46
4.1.7. Sistema de Seguridad Social.....	47
4.2. MARCO CONCEPTUAL.....	49
4.2.1. Descentralización.....	49
4.2.2. Autonomía.....	49
4.2.3. Gobierno Autónomo Municipal.....	50

4.2.4. Plan Nacional de Desarrollo.....	50
4.2.5. Plan de Desarrollo Municipal (PDM).....	51
4.2.6. Plan Operativo Anual (POA).....	51
4.2.7. Presupuesto Municipal.....	52
4.2.8. Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza.....	52
4.2.9. Política Social.....	54
4.2 MARCO NORMATIVO.....	54
4.2.1. Marco Normativo del proceso de Descentralización vinculado al Sector Salud de los Gobiernos Autónomos Municipales.....	54
4.2.2. Marco Normativo del SUMI.....	58
CAPÍTULO V EL SUMI EN EL GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE VIACHA.....	63
5.1. ANTECEDENTES.....	63
5.1.1. Fundación.....	63
5.1.2. Historia.....	63
5.1.3. Ubicación Geográfica.....	64
5.1.4. Población.....	68
5.2. ANÁLISIS DE LOS RECURSOS DESTINADOS POR LEY AL SUMI EN EL GAM DE VIACHA.....	71
5.2.1. Coparticipación Tributaria.....	71

5.2.2. Transferencias Anuales al SUMI.....	78
5.2.3. Remanentes y Saldos de Caja y Bancos del SUMI.....	79
5.2.4. Destino del gasto dentro del Programa 20 “Servicios de Salud”	82
5.3. INDICADORES DE SALUD EN EL GAM DE VIACHA.....	86
5.3.1. Estructura.....	86
5.3.2. Acceso y Cobertura de Niños Menores de 5 años.....	96
5.3.4. Mortalidad y morbilidad Materno e Infantil.....	100
CAPÍTULO VI MARCO PRÁCTICO.....	104
6.1. MARCO PRÁCTICO.....	104
6.1.1. Evaluación de Impacto.....	104
6.1.2. Modelo del SUMI con administración de resultados.....	105
6.2. Métodos de Evaluación.....	107
6.2.1. Tipos de experimentos o diseños metodológicos.....	108
6.2.1.1. Diseño experimental.....	108
6.2.1.2. Diseños cuasi-experimentales.....	109
6.2.1.3. Diseños no experimentales.....	110
6.3. Evaluación Cualitativa.....	111
6.4. Evaluación Cuantitativa.....	113
6.4.1. Índice de Salud.....	113

6.4.1.1. Marco Macro Nacional.....	115
6.4.1.2. Marco Micro o Municipal.....	116
6.4.2. Diseño Cuasi-experimental aplicado al SUMI.....	116
CAPÍTULO VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	120
7.1. CONCLUSIONES.....	120
7.2. RECOMENDACIONES.....	122
BIBLIOGRAFÍA.....	123

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO N° 1: PRINCIPALES CARÁCTERÍSTICAS DEL SUMI

CUADRO N° 2: REMANENTES DE LA CUENTA MUNICIPAL DE SALUD – SUMI
2003 – 2013

CUADRO N° 3: POBLACIÓN BENEFICIARIA AL QUE ESTA DIRIGIDO EL SUMI
EN EL GAM DE VIACHA 2003 – 2013

CUADRO N° 4: PRESTACIONES DEL SUMI OTORGADAS EN EL GAM DE
VIACHA 2003 – 2013

CUADRO N° 5: PRINCIPALES NUEVAS PRESTACIONES DEL SUMI

CUADRO N° 6: LÍMITES TERRITORIALES DEL GOBIERNO AUTÓNOMO
MUNICIPAL DE VIACHA

CUADRO N° 7: DISTRITOS MUNICIPALES DEL GOBIERNO AUTÓNOMO
MUNICIPAL DE VIACHA, ANTES Y DESPUÉS DE SU DIVISIÓN

CUADRO N° 8: POBLACIÓN DEL GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE
VIACHA, SEGÚN CENSOS 2001 Y 2012

CUADRO N° 9: POBLACIÓN Y PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE ACUERDO AL
SEXO DEL GAM DE VIACHA, SEGÚN CENSOS 2001 Y 2012

CUADRO N° 10: ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN SEGÚN GRANDES
GRUPOS DE EDAD DEL GAM DE VIACHA, CENSOS 2001 Y 2012

CUADRO N° 11: GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE VIACHA SUMI 2003 –
2013

CUADRO N° 12: EJECUCIÓN DE GASTOS DEL SUMI 2003 – 2013

CUADRO N° 13: REMANENTES Y SALDOS DE CAJA Y BANCOS DE LA CUENTA MUNICIPAL DE SALUD – SUMI 2003 – 2013

CUADRO N° 14: EJECUCIÓN DE GASTOS DEL PROGRAMA 20 "SERVICIOS DE SALUD" 2003 – 2013

CUADRO N° 15: TIPO Y ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

CUADRO N° 16: NÚMERO DE AMBIENTES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE SEGUNDO NIVEL "HOSPITAL MUNICIPAL VIACHA"

CUADRO N° 17: NÚMERO DE AMBIENTES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL DEL GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE VIACHA

CUADRO N° 18: NÚMERO DE AMBIENTES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL DEL GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE VIACHA

CUADRO N° 19: RECURSOS HUMANOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL GAM DE VIACHA

CUADRO N° 20: GASTOS EN SERVICIOS PROFESIONALES Y OTROS EN EL GAM DE VIACHA 2003 – 2013

CUADRO N° 21: INDICADORES DE SALUD – DEMOGRÁFICOS

CUADRO N° 22: ACCESO Y COBERTURA DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL GAM DE VIACHA PERIODO 2003 – 2013

CUADRO N° 23: INDICADORES DE SALUD – DEMOGRÁFICOS DE MUJERES EN EDAD FERTIL

CUADRO N° 24: ACCESO Y COBERTURA DE MUJERES EN EDAD FERTIL PERIODO 2003 – 2013

CUADRO N° 25: TASA DE MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL DEL GAM DE VIACHA POR DISTRITOS, SEGÚN CENSO 2001

CUADRO N° 26: TASA DE MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL DEL GAM DE VIACHA 2001 Y 2013

CUADRO N° 27: INDICADORES DE MORBILIDAD INFANTIL SEGÚN CENSO 2001 Y GAM DE VIACHA 2013

CUADRO N° 28: INDICE DE SALUD DEL GAM DE VIACHA METODOLOGÍA OPS APLICADO A LOS SERVICIO DE SALUD MUNICIPALES

CUADRO N° 29: MUESTRO DE INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS Y PRESTACIONES EN EL SUMI GRUPOS DE CONTROL Y EXPERIMENTAL

CUADRO N° 30: ESTADÍSTICOS INDIVIDUALES DE BENEFICIARIOS Y PRESTACIONES EN EL SUMI GRUPOS DE CONTROL Y EXPERIMENTAL

CUADRO N° 31: MATRIZ DE COVARIANZAS DE BENEFICIARIOS Y PRESTACIONES EN EL SUMI GRUPOS DE CONTROL Y EXPERIMENTAL

CUADRO N° 32: MATRIZ DE CORRELACIONES DE BENEFICIARIOS Y PRESTACIONES EN EL SUMI GRUPOS DE CONTROL Y EXPERIMENTAL

CUADRO N° 33: RESULTADOS DE TRATAMIENTO DE BENEFICIARIOS Y PRESTACIONES EN EL SUMI GRUPOS DE CONTROL Y EXPERIMENTAL

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1: GAM DE VIACHA – ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN, SEGÚN GRANDES GRUPOS DE EDAD, CENSOS 2001 Y 2012

GRÁFICO N° 2: RECURSOS DE COPARTICIPACIÓN TRIBUTARIA – SUMI GESTIONES 2003 – 2013

GRÁFICO N° 3: EJECUCIÓN DE GASTOS DEL SUMI 2003 – 2013

GRÁFICO N° 4: PARTICIPACIÓN DE LOS RECURSOS EN EL PROGRAMA 20 “SERVICIOS DE SALUD” ACUMULADO 2003 – 2013

GRÁFICO N° 5: TRANSFERENCIAS DEL SUMI EN RELACIÓN A LAS TRANSFERENCIAS DE COPARTICIPACIÓN TRIBUTARIA GESTIONES 2003 – 2013

GRÁFICO N° 6: REMANENTES Y SALDOS DE CAJA Y BANCOS DE LA CUENTA MUNICIPAL DE SALUD – SUMI GESTIONES 2003 – 2013

GRÁFICO N° 7: GASTOS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y REFACCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL GAM DE VIACHA 2003 – 2013

GRÁFICO N° 8: DESTINO DEL GASTO PROGRAMA 20 “SERVICIOS DE SALUD” ACUMULADO 2003 – 2013

GRÁFICO N° 9: DESTINO DEL GASTO POR OBJETO DE GASTO EN EL PROGRAMA 20 “SERVICIOS DE SALUD” ACUMULADO 2003 – 2013

GRÁFICO N° 10: GASTO CORRIENTE DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE VIACHA GESTIONES 2003 – 2013

GRÁFICO N° 10: ORGANIGRAMA DE LA RED N° 6 DE SALUD GAM DE VIACHA

GRÁFICO N° 11: GAM DE VIACHA – TASA DE MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL 2001 Y 2013

GRÁFICO N° 12: DIMENSIONES DEL IMPACTO DE LOS PROGRAMAS SOCIALES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN

GRÁFICO N° 13: CADENA DE RESULTADOS PLANIFICADO PARA LA APLICACIÓN DEL SUMI EN EL MUNICIPIO DE VIACHA

GRÁFICO N° 14: COMPARACIÓN CUANTITATIVA DEL SUMI EN EL GAM DE VIACHA – PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y POBLACIÓN BENEFICIARIA

GRÁFICO N° 15: COMPARACIÓN CUANTITATIVA DEL SUMI EN EL GAM DE VIACHA – PRESUPUESTO VIGENTE, EJECUTADO Y PORCENTAJE DE EJECUCIÓN

GRÁFICO N° 16: ÍNDICE DE SALUD DEL GAM DE VIACHA PERIODO 2001 – 20013

ÍNDICE DE MAPAS

MAPA N° 1: MAPA DE BOLIVIA, DEPARTAMENTO DE LA PAZ, PROVINCIA INGAVI Y GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE VIACHA

MAPA N° 2: LÍMITES TERRITORIALES DEL GAM DE VIACHA

MAPA N° 3: DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE 1er. Y 2do. NIVEL EN EL GAM DE VIACHA

MAPA N° 4: CLASIFICACIÓN INDICE DE SALUD MUNICIPAL (ISM)

RESUMEN

A partir del año 1994, con la aprobación de la Ley de Participación Popular; se da inicio al proceso de descentralización administrativa del país y la consecuente redistribución de los recursos del Nivel Central hacia las diferentes regiones, otorgando a los municipios competencias en la provisión de bienes y servicios y la facultad de autogobierno con participación social.

La municipalización del país, responde a nuevas formas de alcanzar el desarrollo integral, enfrentando la pobreza y mejorando el nivel y calidad de vida de las y los bolivianos, que se enmarcó en el Plan General de Desarrollo Económico y Social (PGDES) y la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP), identificando las necesidades en salud, educación y saneamiento básico.

La salud materna e infantil ha sido una de las preocupaciones mayores en los países en vías de desarrollo como el nuestro, por los altos niveles de mortalidad materna e infantil, hecho que derivó en planes, programas y políticas estatales a favor de madres, niños y niñas, como son los seguros gratuitos de salud, cuyo objetivo es eliminar las barreras económicas que impiden el acceso a los servicios de salud.

En nuestro país, el proceso de aseguramiento del binomio madre - niño tiene tres momentos: en 1996 se crea el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN); entre 1997 y 2002 como parte de la EBRP se implementa el Seguro Básico de Salud (SBS) y finalmente en noviembre de 2002, se crea el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) bajo la Ley N° 2426.

A partir de la creación del SUMI, se ha garantizado la atención médica gratuita de las madres en el periodo de gestación y de los niños y niñas hasta los cinco años, lo cual ha permitido reducir los elevados índices de mortalidad y morbilidad materno e infantil, eliminando la barrera económica para el acceso pleno en salud.

Esta política ha significado la unión de esfuerzos del Nivel Central del Estado y los Gobiernos Municipales Autónomos (GAM's), que si bien afrontaron problemas en un inicio, especialmente en el proceso de su implementación, sobre todo en el área rural; ha logrado su consolidación. En este contexto, a 11 años de su creación es importante evaluar sus virtudes e identificar sus desafíos para que llegue a constituirse en un modelo de salud, que sienta las bases del Sistema Único de Salud establecido en el Artículo 18 de la Constitución Política del Estado.

CAPITULO I

1.1. ANTECEDENTES

El sector salud en nuestro país da un paso fundamental con la promulgación del Código de Salud en el año 1978, que marcó el inicio de una serie de planes y políticas públicas que han ido evolucionando, haciéndose cada vez más descentralizadas y participativas. En 1979 se estableció el Sistema Nacional de Salud, compuesto por el Sector Público, la Seguridad Social y el Sector Privado.

Para el año 1996 el Ministerio de Salud y Bienestar Social lanzó el Plan de Salud, con el fin de fortalecer el sistema de salud y asegurar el acceso universal a los servicios individuales, familiares y comunitarios de atención primaria.

Con el Plan de Salud se inicia el proceso de aseguramiento para el binomio madre-niño que a pesar de no constituirse en un esquema de aseguramiento como tal, es un programa de atención materna e infantil gratuita, que tuvo un primer impulso durante el periodo 1993-1996, con la creación del “*Plan Vida*” que buscaba la reducción acelerada de la mortalidad materna, perinatal y de niños y niñas.

El año 1996 se crea el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN) y el Comité Nacional por una Maternidad Segura, proporcionando servicios de salud gratuitos a mujeres embarazadas y a niños menores de 5 años y con el fin de reducir en un 50% el número de muertes maternas y de niños menores de cinco años debidas a neumonía y diarrea; bajo la premisa de que reducir las barreras económicas mejoraría el acceso y aumentaría la utilización de servicios de salud.

El SNMN se financiaba con fondos municipales, recursos del Tesoro General de la Nación (TGN) y de la cooperación internacional, originalmente cubría 26 prestaciones de salud que luego fueron expandidas a 32 que incluían cuidados

prenatales, trabajo de parto y nacimiento, cuidados post parto, cesáreas, eclampsia¹ y otras emergencias obstétricas, así como cuidados al recién nacido, asfixia neonatal, neumonía, sepsis² y diarrea entre otras.

Entre 1997 y 2002 la preocupación de los países se concentra en la reducción de la pobreza, proceso que es acompañado por los denominados alivios de la deuda externa y financiamiento externo. En Bolivia deriva en el conocido “Diálogo Nacional”, que plantea la “Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP)” de la cual forma parte el “Plan Estratégico de Salud de Lucha Contra la Pobreza” y el proyecto de Reforma de Salud, con la consiguiente creación del Seguro Básico de Salud (SBS).

En 1998 el SNMN fue reemplazado por el SBS, el cual aumentó a 92 las prestaciones cubiertas por el programa, incluyendo complicaciones del recién nacido, enfermedades de transmisión sexual, cuidados post aborto, y algunos servicios dirigidos a la población general y financiados por programas nacionales (malaria, tuberculosis y cólera), también incluía algunas pruebas de laboratorio, transferencia de pacientes referidas como resultado de emergencias obstétricas y visitas del personal de salud a comunidades rurales sin establecimientos de salud. No sólo amplió el conjunto de prestaciones sino que además extendió su provisión a todas las mujeres en edad reproductiva y también aumentó la base de proveedores, incorporando a toda la Seguridad Social y a proveedores sin fines de lucro.

¹ La eclampsia es la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo en una mujer después de la vigésima semana de gestación, el parto o en las primeras horas de puerperio sin tener relación con afecciones neurológicas.

² La sepsis es una enfermedad que pone en riesgo la vida. La causa suele ser una respuesta del cuerpo a una infección bacteriana, el sistema inmunológico termina trabajando de más y esto no permite que las funciones de la sangre sean realizadas con normalidad. El resultado es la formación de pequeños coágulos sanguíneos que bloquean el flujo de la sangre a los órganos vitales causando la insuficiencia de los mismos. Los bebés, los ancianos y las personas con sistemas inmunológicos debilitados tienen mayor probabilidad de presentar una sepsis.

Por último, en noviembre de 2002 se promulga la Ley N° 2426 del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI). A partir de su creación se mantuvieron los objetivos para reducir la mortalidad materna e infantil, aumentando la utilización de servicios de salud, también se introdujeron cambios sustanciales al sistema incorporando servicios de alta complejidad al conjunto de prestaciones provisto, distinguiéndose de esta manera de los programas previos que se concentraban principalmente en cuidados básicos de salud.

El conjunto de beneficios se extendió a todos los servicios de salud institucionales existentes, volviéndolos disponibles para todas las mujeres embarazadas y hasta los tres niveles de servicios de salud del sistema público, el Seguro Social y de establecimientos privados designados como proveedores, todos ellos organizados en redes de salud de nivel municipal.

El SUMI (Seguro Universal Materno Infantil)

Con la implementación del SUMI también se ha buscado fortalecer los procesos de descentralización y la participación de organizaciones civiles en la administración de salud a través de la implementación de Directorios Locales de Salud (DILOS) y de redes sociales, siendo la participación municipal fundamental en el financiamiento de fármacos, insumos y exámenes de laboratorio así como también en el pago a los proveedores de salud participantes por los fármacos, insumos y hospitalizaciones. No olvidemos que el equipamiento y la infraestructura de salud es competencia exclusiva de las Entidades Territoriales Autónomas (ETA's).

El SUMI no sólo incrementó los recursos asignados a nivel municipal (a 10% de los recursos de Coparticipación Tributaria), también creó un Fondo Nacional de Redistribución, financiado con 10% de la Cuenta Especial del Diálogo Nacional (HIPC II), que no se distribuyen a las municipalidades sobre una base per cápita,

sino están disponibles para aquellas cuyos recursos son insuficientes para cubrir las necesidades de salud de la población elegible.

Los recursos financieros destinados para este programa de salud provienen de las siguientes tres fuentes: *de transferencias del TGN*, que financian los recursos humanos del subsistema público de salud, del Seguro Social y otros establecimientos afiliados al programa, *de recursos de Coparticipación Tributaria* (7% en 2003, 8% en 2004 y 10% a partir de 2005) de cada Gobierno Autónomo Municipal (GAM) que se usa para el pago de beneficios y *del Fondo Nacional de Redistribución*.

La utilización de los servicios institucionales de salud materna e infantil cubiertos por el programa aumentó con la implementación del SUMI, entre los años 1994 y 2003 el porcentaje de madres aumentó de 3.6% a 53.4%, siendo la mayor tasa de crecimiento que concentró especialmente al quintil³ de menores ingresos, que representa el mayor número de personas excluidas de los servicios de salud⁴, asimismo, se mostró un incremento en la utilización de atención del parto por personal entrenado, logrando aumentar su cobertura de 5,3% a 21,1%⁵.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La implementación de planes, programas y políticas destinados a la prestación de servicios públicos a lo largo de la historia del Sistema Nacional de Salud (SNS), a través de precios subvencionados destinados a las madres en etapas de

³ Según el Instituto Nacional de Estadísticas – INE, un quintil se utiliza principalmente para definir sectores socio-económicos según ingreso per cápita familiar, es decir, según el total de dinero que aporta el o los integrantes de un hogar, dividido por el número de miembros de éste. Permite diferenciar a la población por nivel de ingreso según integrantes de la familia. Cada quintil corresponde a un 20% de la población siendo el primer quintil el que posee menores ingresos.

⁴ Unidad de Análisis de Políticas Económicas - UDAPE – Organización Panamericana de la Salud - OPS/Organización Mundial de la Salud - OMS, 2004

⁵ UDAPE - UNICEF, 2006. Evaluación de Impacto de los Seguros de Maternidad y Niñez en Bolivia 1989 – 2003. p 46 – 48.

gestación y de los niños y niñas menores de 5 años, todavía mostraron barreras económicas que impedían el acceso de la población.

En el período de 1994 – 2003, la disminución de las tasas de mortalidad materna registrada estaban relacionadas con el aumento en su cobertura; sin embargo, aún subsistieron dos preocupaciones: en los últimos años la tasa de aumento de la cobertura ha estado disminuyendo y la brecha de equidad entre el medio urbano y rural, indígenas y no indígenas y entre los ricos y pobres todavía permanece alta.

Según los datos del Ministerio de Salud, en el año 2003 la cobertura de partos institucionales fue de 55% en los municipios más ricos, comparado con 41% en los más pobres y de acuerdo a la encuesta MECOVI⁶, en 2001 el 20% del quintil más pobre tenía acceso a la atención del parto por personal entrenado, comparado con 89% del quintil más rico.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Bajo estos antecedentes, se encuentra un problema: ¿Cuál será el impacto de los recursos de Coparticipación Tributaria destinados al Seguro Materno Infantil – SUMI, en el desarrollo y atención de la salud en el municipio de Viacha?

1.4. JUSTIFICACIÓN

El Seguro Universal Materno Infantil – SUMI al ser una prioridad de la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP) tiene como objetivo incrementar la demanda de servicios eliminando las barreras económicas, por esta razón es necesario realizar una evaluación de los recursos que están destinados al mismo.

⁶ Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial (BM) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) 1996. “Programa para el Mejoramiento de las Encuestas y Medición de Condiciones de Vida en América Latina y el Caribe” (MECOVI),

A su vez se podrá realizar un análisis de la eficiencia y la eficacia en la gestión integral de los recursos, analizando los procesos y los costos de los servicios prestados y también evaluar los resultados obtenidos según su nivel de impacto a través de la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad que han sido una gran preocupación de este sector, para que de esta manera se pueda disponer de información fiable que permita analizar la evolución de este sistema sanitario puesto en vigencia desde la gestión 2003.

1.5. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo General

Demostrar que los recursos destinados al Seguro Universal Materno Infantil – SUMI beneficiaron el desarrollo de la salud en el Municipio de Viacha.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Analizar la asignación y ejecución de los recursos económicos de la principal fuente de financiamiento, Coparticipación Tributaria.
- Identificar los principales partidas de gasto del SUMI y a cuánto ascienden los mismos (medicamentos, insumos, servicios no personales, etc.) de acuerdo a los remanentes y Saldos de Caja y Bancos de la Cuenta Municipal de Salud – SUMI.
- Conocer la evolución de los beneficiarios que reciben la prestación de servicios del SUMI, en lapso del tiempo de estudio.
- Indicar las características que tienen los Establecimientos de Salud de 1er. y 2do. Nivel del Gobierno Autónomo Municipal de Viacha, donde se prestan servicios a los beneficiarios del SUMI.
- Conocer los órganos encargados de la gestión sectorial y gestión compartida, y su manejo en el proceso de descentralización del sector salud.

- Comparar el progreso de las tasas de mortalidad y morbilidad materno – infantil, que se registraron en el Municipio de Viacha.

1.6. METODOLOGÍA

Para el desarrollo de la presente investigación se utilizará el método *deductivo*, que va de lo general a lo particular. Este método parte de los datos generales aceptados como valederos, para deducir por medio del razonamiento lógico, varias suposiciones, es decir; parte de verdades previamente establecidas como principios generales, para luego aplicarlo a casos individuales y comprobar así su validez.

De esta manera el estudio se enfocara en el presupuesto inicial programado y el ejecutado a nivel municipal en el Programa de Salud y de la actividad del SUMI, donde se realizará un análisis de la mayor y la menor concentración de recursos económicos presupuestados para luego desglosar el análisis por tipo de financiamiento (recursos de Coparticipación Tributaria) y el destino del gasto.

1.7. HIPÓTESIS

“La asignación de recursos de Coparticipación Tributaria destinados a la implementación del Seguro Universal Materno Infantil – SUMI como parte de la política de reducción de la pobreza, han permitido mejorar el desarrollo de la salud en el Gobierno Autónomo Municipal de Viacha.”

1.7.1. Variables

1.7.1.1. Variable Dependiente

Ev_Sal_t = Evaluación de Impacto del SUMI en el Desarrollo de la Salud del GAM de Viacha

1.7.1.2. Variables Independientes

Ind_Sal_t = Índice de Salud Municipal

Copart_t = Coparticipación Tributaria

Prest_Serv_t = Prestación de Servicios

Morbilidad_t = Morbilidad

Mortalidad_t = Mortalidad

1.8. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.8.1. Delimitación Temporal

La presente investigación abarcará desde el periodo 2003 – 2013, que estudiaría el proceso de implementación y desarrollo del Seguro Universal Materno Infantil – SUMI, enfocándose en la utilización de los recursos destinados por Ley en el desarrollo de la Salud (tasa de mortalidad materno – infantil y morbilidad) del Gobierno Autónomo Municipal (GAM) de Viacha.

1.8.2. Delimitación Espacial

El campo de investigación estará establecido en el Municipio de Viacha, que es la primera sección y capital de la Provincia Ingavi del Departamento de La Paz y está conformada por las siguientes secciones: Viacha, Tiahuanaco, Guaqui, Taraco, Desaguadero, Jesús de Macha y San Andrés de Machaca, se encuentra localizado a 32 km. de distancia de la ciudad de La Paz. La ciudad de Viacha se halla situada entre las coordenadas 16°40' en latitud sur y 68°20' en latitud oeste. A una altura de 3850 m. sobre el nivel del mar. (Como se puede observar en el mapa N° 1)

El principal ingreso al municipio es a través de la carretera El Alto – Viacha (Ruta 19 de la red fundamental) y el tiempo de viaje desde la ciudad de El Alto hasta el municipio es de aproximadamente 45 minutos. Anteriormente, conformaba una extensión territorial de 4.380,33Km² conjuntamente a los actuales municipios de San Andrés y Jesús de Machaca, a partir de la división su territorio tienen una extensión de 1.120,86Km².

En la actualidad la ciudad de Viacha está conformada por zonas y urbanizaciones agrupadas en cinco distritos (1, 2, 3, 6 y 7), de los cuales los distritos 1, 2 y 7 son prominentemente urbanos y en el área rural al distrito 3 con 63 comunidades y a el distrito 6 (urbano-rural en la carretera Viacha – El Alto), cada uno de ellos cuenta con un Sub Alcalde, asimismo, la parte urbana del GAM de Viacha ofrece a sus habitantes diversidad de actividades, culturales, sociales, deportivas y comerciales.

El municipio de Viacha también es parte de la Región Metropolitana (está compuesta por la ciudad de La Paz, El Alto y los Gobiernos Autónomos Municipales (GAM's) de Laja, Achocalla, Mecapaca, Palca y Pucarani); de acuerdo con el último Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2012 realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) cuenta con una población de 80.724 habitantes y estaría catalogado como un municipio Categoría⁷ “D”, del cual el 57.4% vive en el área urbana (ciudad de Viacha) que se incrementó debido a que los distritos colindantes a la ciudad de El Alto formaron una sola mancha urbana.

⁷ Las cuatro categorías definidas para los municipios en base a su población son: Municipios Categoría “A” con población menor a 5.000 habitantes; Categoría “B” con población entre 5.001 y 15.000 habitantes; Categoría “C” con población entre 15.001 y 50.000 habitantes y Categoría “D” con población mayor a 50.000 habitantes.

CAPÍTULO II LA SALUD PÚBLICA EN BOLIVIA

2.1. EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DEL SECTOR DE SALUD

Desde 1990, en nuestro país se ha estado aplicando la modernización de la administración pública a través de la aprobación de la Ley N° 1178, de Administración y Control Gubernamentales (SAFCO), el proceso de la participación popular y descentralización administrativa; y la posterior reforma del Poder Ejecutivo.

Este proceso de descentralización significó la transferencia y delegación de atribuciones de carácter técnico - administrativo a 9 Prefecturas (actuales Gobernaciones) y 316 Gobiernos Municipales (al presente 339 Gobiernos Autónomos Municipales - GAM's⁸), permitiendo que de esta manera se incorporen de forma dinámica al proceso a través de importantes responsabilidades más que todo en el área social.

Las bases de este proceso fueron: la creación de Gobiernos Locales y la ampliación de sus competencias en materia de gasto social, para que de manera eficiente puedan satisfacer las demandas de su comunidad, el cambio en el régimen de redistribución de los recursos de Coparticipación Tributaria y la creación del Fondo Compensatorio Departamental, así como la participación democrática de todos los habitantes en las decisiones.

A la par de este proceso de descentralización; también se dio paso a la descentralización en el Sector de la Salud Pública en las siguientes áreas funcionales:

⁸ Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, Viceministerio de Presupuesto y Contabilidad Fiscal. “Directrices y Clasificadores Presupuestarios 2014”. Editora Hermenca Ltda. Año 2013.

- *Rector Normativo*, que proporciona políticas, estrategias, programas nacionales y normas técnicas para la gestión de la salud.
- *Financiamiento*, de recursos humanos, infraestructura y equipamiento provistos en el Plan Operativo Anual de cada Municipio.
- *Oferta de servicios*, a través de los Seguros Públicos y otros que se dan a conocer a la población mediante programas nacionales, cursos y talleres.
- *Provisión de servicios*, mediante medicamentos e insumos médicos.
- *Control Social*, mediante la gestión contributiva y autogestión en salud a través de los Comités de Vigilancia y Bases Municipales.

2.2. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN BOLIVIA

2.2.1. Reseña Histórica

En 1938, se creó el Ministerio de Higiene y Salubridad que adquiere una dimensión nacional bajo un modelo de connotación territorialista municipal y el concepto de red de servicios; siendo su primera forma de organización los Hospitales Generales en cada Departamento, en torno del cual se construyeron las Asistencias Públicas en las ciudades capitales y posteriormente en las zonas rurales con nombres como: Hospitales Provinciales, Centros de Salud, etc.

Al principio la gestión en salud estaba a cargo de la Iglesia Católica, que históricamente le había dado origen y forma a la administración de los servicios; donde el municipio intervenía como proveedor de los requerimientos para mantener el funcionamiento de los establecimientos de salud. En estos periodos el Sistema Nacional de Salud (SNS) estaba representado por la estructura Sanitaria Pública.

En el año 1978, entró en vigencia el Código de Salud sustentado en los principios de atención primaria en salud; y el SNS estaba compuesto por: el Sector Público, la Seguridad Social y el Sector Privado. En 1979, se había logrado sistematizar una propuesta basada en la estructuración de un modelo de atención en seis niveles:

- *Nivel I o Unidad de Cobertura*, identifica al promotor de Salud.
- *Nivel II o Unidades Básicas*, identifica al Puesto Sanitario
- *Nivel III o de Área*, identifica al Centro de Salud.
- *Nivel IV o de Distrito*, identifica al Centro de Salud Hospital de Distrito.
- *Nivel V o Regional*, identifica al Hospital Regional.
- *Nivel VI o Nacional*, identifica al Hospital Especializado.

La administración del sistema pasó a ser responsabilidad del Estado, a través del Ministerio del ramo que se llamaba Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. En los años 1982 a 1985, se realizaron movilizaciones populares de vacunación las cuales se extendieron con menor fuerza hasta 1993, las líneas estratégicas eran: la gestión social, la descentralización bajo la forma de regionalización, la atención a la madre y al niño; y el plan "Hacia un Sistema Nacional De Salud Integrado y Descentralizado".

En el año 1984, se plantea una revisión del modelo desarrollado en 1979 y se lo reestructura en base a tres niveles de gerencia y de atención:

- *Nivel I o Local*, identifica como Estructura Gerencial al Distrito Sanitario y de Servicios al Área de Salud con el Centro de Salud y el Hospital de Distrito.
- *Nivel II o Regional*, identifica como Estructura Gerencial y de Servicios, al Hospital regional.

- *Nivel III o Nacional*, identifica como Estructura Gerencial y de Servicios al Hospital Especializado o Instituto.

Este modelo sirvió de soporte estructural y técnico para la implementación del Plan Integral de Actividades en Áreas de Salud (PIAAS) que cambió la ideología curativa del sistema por una visión preventivo promocional en la atención de la salud y permitió la participación comunitaria en el que hacer de la misma. En 1990, se plantea como política de gobierno, la estructuración del SNS a los Subsectores Público, Seguridad Social, Privados con y sin fines de lucro.

El año 1994, sucede un hecho trascendental porque desaparece el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública y se plantea la desestructuración del SNS; en este periodo el Ministerio de Desarrollo Humano, se organiza como cabeza superestructural para la formulación de políticas sociales y entra en vigencia la Secretaría Nacional de Salud encargada de establecer los procesos normativos en la atención de salud.

La Secretaría Nacional de Salud, posteriormente pasa a convertirse en el Ministerio de Salud Tradicional y en este contexto plantea un nuevo modelo de Sistema Boliviano de Salud que intentó ser diferente, pero no consideraba el contexto histórico y la cultura institucional forjada en años, haciendo de esta manera énfasis en cambiar de nombre a las estructuras existentes, que intentar una propuesta técnica real.

Posteriormente se restableció el ministerio del ramo como: Ministerio de Salud y Bienestar Social, que buscaba la integración estructural de los diferentes subsectores en base a un modelo descentralizado con énfasis en la medicina familiar e incorporando tareas propias relacionadas al deporte. En los periodos de 1997 - 2003, se lanzó el Plan de Salud Estratégico de Salud con el fin de asegurar el acceso universal a servicios individuales, familiares y comunitarios de atención primaria.

Dentro de este plan se fueron implementado sucesivamente tres Estrategias de Extensión de la Protección Social en Salud (EPSS) para la población materna e infantil: el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN), el Seguro Básico de Salud (SBS) y el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), así como estrategias transversales para mejorar la calidad de atención y la asignación de recursos de salud, donde los actores involucrados son los beneficiados con una participación activa del Municipio y la comunidad.

Como parte de las estrategias se diseñó el Programa Ampliado de Inmunizaciones I – II (PAI I - II), logrando en una primera fase la introducción de más vacunas y financiamiento del Estado para su sostenibilidad y reducción de la mortalidad materno-infantil. La segunda fase (2001-2005) se inició con el objetivo de tocar aspectos de equidad en base a la implementación del Programa de Extensión de Coberturas (EXTENSA) para llegar a todas las poblaciones marginadas geográficamente, con pobreza extrema, carentes de servicios y/o personal de salud, llevando la asistencia planificada por regiones a través de las Brigadas de Salud (BRISAS).

En la actualidad, través del Plan de Desarrollo Sectorial 2006 - 2010 “Movilizados por el derecho a la salud y la vida” el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) ha garantizado el derecho a la salud desmercantilizando el SNS cambiando al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural – SAFCI, que se establece como eje del sistema de salud en los ámbitos local, municipal, departamental y nacional impulsando la interculturalidad, la participación comunitaria, la integralidad y la intersectorialidad con el protagonismo de las organizaciones sociales territoriales y los otros sectores.

2.2.2. Composición del Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud bajo la regulación del Ministerio de Salud y Deportes (MSD)⁹ y está conformado por:

- *Sistema Público de Salud*, que a nivel nacional está encabezado por el MSD y es el encargado de la normativa e implementación de políticas nacionales que tiendan a mejorar los indicadores de salud del país; a nivel departamental, las Gobernaciones (Ex-Prefecturas) son los responsables de la administración de los recursos humanos y a nivel municipal los Gobiernos Autónomos Municipales (GAM's) son los responsables de administrar los establecimientos de salud de forma general y de la capacitación de los recursos humanos, el mantenimiento de los equipos médicos, la adquisición de suministros e insumos médicos, pago de servicios no personales, mantenimiento y construcción de infraestructura.
- *Seguro Social de Corto Plazo*, constituido por las Cajas de Salud donde se prestan servicios de salud y dependen de la Dirección General de Previsión Social del MSD. El Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) es la instancia de coordinación, control y supervisión de las Cajas de Salud.
- *Subsector Iglesia e Instituciones Privadas*, Este subsector está conformado por la Iglesia Católica y algunas instituciones privadas que cuentan con establecimientos de salud. Forman parte del SNS a partir de la firma de convenios entre con el Estado.
- *Subsector ONG (Organizaciones No Gubernamentales)*: Está constituido por organizaciones que prestan servicios de atención primaria en salud con financiamiento que proviene de recursos externos.

⁹ Bolivia, Federación de Asociaciones Municipales de Bolivia. “Carpeta Municipal de Salud/ Federación de Asociaciones Municipales de Bolivia”. La Paz: OPS/OMS, 2003

2.2.3. Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural

El Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural¹⁰ es el conjunto de todas las instituciones de salud académica y tradicional, de las naciones y pueblos indígena, originario, campesino y otros; tiene por objetivo el bienestar colectivo expresado en el paradigma del vivir bien, con acceso gratuito de la población a los servicios de salud de forma universal, equitativo, intracultural (autoestima, conciencia de identidad cultural), intercultural, participado y con control social.

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI, está enmarcada dentro del Plan de Desarrollo Sectorial y tiene el objetivo principal de eliminar la exclusión social en salud, reconociendo que éste es un derecho social y económico de todas las bolivianas y todos los bolivianos, donde los problemas de salud se resolverán en la medida en que se tomen acciones sobre sus determinantes a partir del involucramiento de los actores en la toma de decisiones sobre la gestión de la salud, en el marco del respeto, aceptación y valoración de todas las medicinas existentes en nuestro país.

2.2.4. El Modelo de atención se Salud Familiar Comunitaria Intercultural

El modelo de atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio¹¹.

¹⁰ Resolución Ministerial N° 0737 de 21 de abril de 2009, Reglamento de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, Artículo 2° SISTEMA ÚNICO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL.

¹¹ Decreto Supremo N° 29601 de 11 de junio de 2008, Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI. Artículo 5°.

El modelo de atención tiene las siguientes características:

- La atención en salud independientemente de su nivel de complejidad, está organizada en redes de servicios de salud para garantizar continuidad de la atención hasta la resolución de los problemas.
- El establecimiento en su primer nivel de complejidad (atención primaria en salud) es la puerta de ingreso al sistema de salud, y el modelo de atención SAFCI es la respuesta a las necesidades y problemas de salud.
- El trabajo del equipo de salud incluye acciones en el establecimiento y en la comunidad. Estas acciones son de promoción, información, comunicación, prevención, tratamiento y rehabilitación con enfoque integral e intercultural.
- Articula la atención de la medicina biomédica y la tradicional, como un elemento fundamental de calidad de atención. Responsabilidad territorial, asegurando la gestión y atención en salud de acuerdo a los principios de la salud familiar comunitaria intercultural.
- El equipo de salud es multidisciplinario, generando un trabajo de desarrollo de su propia formación profesional, pero además realiza labor coordinada y sistemática con otras profesiones.

Es operacionalizado en las redes de servicios de los establecimientos de salud, de manera integral e intercultural, abarcando no sólo la enfermedad, sino a la persona en su ciclo de vida, su alimentación, su espiritualidad y cosmovisión, así como su salud mental y todo lo relacionado con el espacio socioeconómico, cultural y geográfico, de donde provienen el/la usuario/a, la familia y la comunidad.

La prestación de servicios se da en relación con el equipo de salud, el usuario y la familia de forma horizontal, cuya interacción es de respeto a la cosmovisión, mediante la comunicación fluida, preferentemente en el idioma del usuario, y

aceptando la decisión de éste en relación a su salud y los procedimientos médicos de diagnóstico, tratamiento y prevención, académicos o tradicionales.

2.2.5. La Gestión de la Salud

La gestión de la salud se la entiende como la toma de decisiones en procesos de planificación y administración sobre el uso interrelacionado de los recursos, para un mejor aprovechamiento en torno a determinados objetivos. Este proceso de gestión se denomina “compartido” cuando la sociedad civil se involucra en la toma de decisiones.

2.2.6. Ámbitos de la Gestión Pública de la Salud

El modelo de gestión en salud vincula la participación social con los niveles de gestión estatal en salud y las instancias de concertación sobre temas de salud en 4 ámbitos de gestión¹²:

- *El Ministerio de Salud y Deportes (MSD)*, es el órgano rector y normativo de la gestión de salud a nivel nacional, responsable de formular la estrategia, política, planes y programas nacionales, así como dictar normas que rigen el SNS.
- *El Servicio Departamental de Salud (SEDES)*, es el máximo nivel de gestión de salud del Departamento; el cual articula las políticas nacionales y municipales, coordinando y supervisando la prestación de los servicios de salud en permanente coordinación con los GAM's.
- *El Directorio Local de Salud (DILOS)*, es la máxima en el nivel de gestión Municipal y se encarga de vigilar el cumplimiento de la política nacional de

¹² Decreto Supremo N° 26959 de 21 de diciembre de 2003. Modelo de Gestión y Directorio Local de Salud (DILOS). Artículo 2.

salud, la implementación del SUMI y la aplicación de programas que tengan prioridad para el municipio. Cada DILOS está conformado por el Alcalde Municipal o su representante (quien preside el DILOS), el Director Técnico del SEDES o su representante, y el presidente del Comité de Vigilancia o su representante.

- *Las Redes de Salud*, existen dos tipos: a) la Red Municipal de Salud, que cuenta con establecimientos de Primer Nivel y alguno de mayor nivel de complejidad y b) la Red Departamental de Salud, conformada por varias redes municipales y establecimientos de Tercer.
- *Nivel Local*¹³, es la unidad básica, administrativa y operativa del Sistema de Salud, ejecutor de prestación de servicios integrales e interculturales a la persona, familia y comunidad y responsable de la gestión compartida de la salud.

2.2.7. Niveles de atención del Sistema Nacional de Salud

Los servicios de salud se encuentran organizados en tres niveles:

- *Primer nivel*; son los puestos sanitarios, centros de salud, consultorios y policlínicos que realizan promoción y prevención de la salud, consulta externa e internación de tránsito (incluye emergencias).
- *Segundo nivel*; son los hospitales básicos que realizan atenciones de las cuatro especialidades básicas: pediatría, ginecología y obstetricia, medicina interna y cirugía. Hospitalizan pacientes de las cuatro especialidades y de emergencias, desarrollan investigaciones y actividades docentes de pre y post grado.

¹³ Decreto Supremo N° 29601 de 11 de junio de 2008. Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI. Inciso a), Artículo 15° ESTRUCTURA ESTATAL.

- *Tercer nivel:* Son los complejos hospitalarios que atienden todas las especialidades y sub-especialidades, y los institutos que son capaces de resolver los problemas de salud más complejos (Instituto del Tórax, Instituto Oftalmológico, Instituto Boliviano de Biología de la Altura - IBBA, Instituto Nacional de Salud Ocupacional - INSO, etc.), mismos que también realizan investigaciones especializadas.

2.3. SEGUROS PÚBLICOS DE SALUD

2.3.1. El Seguro de Salud Público en Bolivia

Las altas tasas de mortalidad de madres y de niños y niñas menores de cinco años registrados en nuestro país, han llevado a los gobiernos a implementar políticas públicas orientadas a su disminución; convirtiéndose en una obligación del Estado el proveer a la sociedad de servicios públicos de salud, mejorar la situación nutricional de los menores y ampliar las coberturas de vacunación.

La implementación de estas políticas contaba con servicios públicos de salud y precios subvencionados, pero las barreras económicas que impedían el acceso de la población a esos servicios no habían desaparecido; por tal motivo se vio por conveniente implementar una política de aseguramiento con prestaciones gratuitas que cubría las principales atenciones médicas y garantizaba el acceso a los establecimientos de salud de las madres, los niños y niñas.

El proceso de aseguramiento del binomio madre-niño tuvo su primer impulso durante el periodo de 1993 – 1996, con la creación del “Plan Vida” que buscaba una reducción acelerada de la mortalidad materna, perinatal y de niños y niñas. En 1996, se crea el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN) y el Comité Nacional por una Maternidad Segura.

Entre los años 1997 y 2002, se promueve la reducción de la pobreza acompañado por alivios de la deuda externa y financiamientos internacionales. Dentro de esta etapa se realiza el Diálogo Nacional y se plantea la “Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP)”, creándose el “Plan Estratégico de Salud de Lucha Contra la Pobreza” y a partir del proyecto de Reforma de Salud, el Seguro Básico de Salud (SBS) y en noviembre de 2002 se promulga la Ley N° 2426 del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).

2.3.2. El Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN)

El Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN)¹⁴ entró en vigencia a partir del 1 de julio de 1996 y fue creado a partir de la necesidad de contar con un seguro nacional que cubra los servicios médicos del binomio madre – niño y se enmarque dentro la normativa de las Leyes de Participación Popular, de Descentralización Administrativa y del Sistema Nacional de Salud.

La población objetivo eran todas las mujeres gestantes que recibían atención médica, quirúrgica, farmacéutica, análisis básico de laboratorio y hospitalaria durante el embarazo, el parto, el puerperio y las emergencias obstétricas; y los niños y niñas menores de cinco años, que obtenían asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en caso de las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA's) y las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA's).

Los Directorios Locales de Salud (DILOS) de cada Municipio, eran los encargados de su administración inicialmente ofrecieron un total de 26 prestaciones que luego se incrementarían a 39 y serían suministradas en forma obligatoria y gratuita por todos los Establecimientos de Salud Pública, el Seguro Social y por establecimientos pertenecientes a ONG's o la Iglesia que se hayan inscrito previamente al seguro mediante convenio.

¹⁴ Decreto Supremo N° 24303 de 24 de mayo de 1996. Seguro nacional de Maternidad y Niñez. Artículo 1° CREACIÓN.

El Decreto Supremo N° 24303, disponía que cada Municipio debía destinar el 3.2%¹⁵ del 90% de los recursos de Coparticipación Tributaria asignados a inversiones en la Cuenta Municipal denominada Fondo Local Compensatorio de Salud, y estaban destinados a cubrir los costos de medicamentos, insumos y la hospitalización, también formaban parte de esta cuenta los recursos de créditos y de donaciones de origen externo, que se utilizaban para infraestructura, equipamiento, capacitación, seguimiento y evaluación del seguro.

Los recursos humanos eran remunerados por el Tesoro General de la Nación (TGN) y su administración estaba a cargo de las Prefecturas; el Control Social se encargaba de la provisión de las prestaciones junto a los Comités de Vigilancia y de las Organizaciones Territoriales de Base (OTB) y los DILOS actuaban como agentes de verificación y control de los recursos de Coparticipación Tributaria.

El SNMN estuvo en vigencia hasta diciembre de 1998 y fue la primera experiencia nacional en la implementación de los seguros públicos de salud en Bolivia con participación de los Gobiernos Municipales en su financiamiento.

2.3.3. El Seguro Básico de Salud (SBS)

El Seguro Básico de Salud (SBS)¹⁶ se pone en vigencia a partir del 1 de enero de 1999 y mantiene las mismas consideraciones del SNMN respecto de la protección

¹⁵ Decreto Supremo N° 24303 de 24 de mayo de 1996. Seguro Nacional de Maternidad y Niñez. Parágrafo II., Artículo 4° FINANCIAMIENTO El Seguro Nacional de Maternidad y Niñez se financiará de la siguiente manera:

- II. Recursos de contraparte Municipal equivalentes al 3% del 90% de los recursos de Participación Popular (Coparticipación Tributaria), que serán destinados a cubrir los costos de insumos y medicamentos del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, definidos en el reglamento correspondiente (...).

¹⁶ Decreto Supremo N° 25265 de 31 de diciembre de 1998. Seguro Básico de Salud. Artículo 1° CREACIÓN Se crea el Seguro Básico de Salud, con los alcances y características previstas en el presente Decreto Supremo.

del binomio madre-niño, buscando mejorar las condiciones de vida de la población en condiciones de pobreza y determinar que es obligación del Estado, el brindar servicios de salud bajo criterios de equidad, universalidad y solidaridad.

El SBS pretendía generar el acceso universal de las prestaciones esenciales en salud con mayor énfasis en el área rural de forma promocional, preventiva y curativa; que ayuden a disminuir las altas tasas de mortalidad materna e infantil. La población objetivo estaba compuesta por todos los habitantes del país y se dividían en tres grupos: niñez, mujeres y población en general, con la finalidad de otorgar prestaciones adecuadas a cada uno de estos.

El número de prestaciones alcanzaba a 92, y estaban dirigidos a las principales causas de la mortalidad materna e infantil y las más importantes de morbilidad en el país; entre ellas el tratamiento de la malaria, la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual. Los responsables administrativos estaban compuestos por el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) a Nivel Central, los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) a nivel departamental, y las Alcaldías a nivel municipal.

El financiamiento estaba compuesto por el 6.4% del 85% de los recursos de Coparticipación Tributaria depositados en la Cuenta Municipal denominada Fondo Local Compensatorio de Salud (FLCS), y se destinaban a cubrir los costos de reposición de medicamentos, insumos y materiales (excluyendo vacunas, jeringas y otros insumos esenciales provistos por el Nivel Central), de las consultas externas, hospitalización, exámenes auxiliares, viáticos y carburantes destinados a la atención en comunidades rurales sin servicios de salud y de transporte de pacientes en casos de emergencia obstétrica.

Asimismo, formaban parte del financiamiento los saldos del FLCS del SNMN, los recursos del TGN destinados al pago de la planilla del personal de salud que estaban administrados por las Prefecturas y también los recursos de cooperación

bilateral, multilateral, de instituciones u organismos, aportados en especie o efectivo que eran asignados por los Municipios para el pago de servicios básicos, mantenimiento, inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud.

En 1998, se eliminaron los DILOS quedando como entes fiscalizadores del uso de recursos en los establecimientos de salud provenientes del pago por prestaciones a los Gobiernos Municipales. Se creó el Certificado Agregado de Prestaciones Otorgadas (CAPO) como el único instrumento válido para el cobro de las prestaciones del SBS, con el objetivo de simplificar la transacción de cobro y pago entre los establecimientos de salud y los Gobiernos Municipales.

En el caso de los establecimientos del Sector Público no era necesario emitir factura ni pagar impuestos por la transacción, pero para las Cajas de Salud y otros prestadores adscritos debían acompañar el CAPO con la factura correspondiente. También, se creó el CAPO de cobro intermunicipal que contemplaba el pago de un Municipio por la atención brindada a un ciudadano de su jurisdicción en un establecimiento de otra jurisdicción.

El SBS incorporó incentivos económicos en las tarifas de las prestaciones del parto y la planificación familiar, con el objeto de lograr un impacto positivo en la reducción de la mortalidad materna, además de otorgar liquidez a los establecimientos de salud, puesto que el reembolso era superior al costo de reposición de medicamentos e insumos establecidos en los protocolos de atención.

2.3.4. El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)

El SBS fue reemplazado por el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)¹⁷ y entra en vigencia a partir del 1 de enero de 2003; el cual es distinto al SBS y no debe ser considerado como su continuación; la principal diferencia se plasma en el carácter universal del SUMI, al contrario del SBS que estaba focalizado a la población de escasos recursos.

Los grupos beneficiados de las prestaciones brindadas por el SUMI, son todas las mujeres en edad fértil y las embarazadas desde el inicio de la gestación hasta seis meses posteriores al parto, y los niños y las niñas hasta los cinco años de edad, de nacionalidad boliviana o extranjeros con visa de residencia en el país. A diferencia del SBS, el SUMI ya no cubre la atención a la población en general por enfermedades como la malaria, tuberculosis, cólera y enfermedades de transmisión sexual.

La implementación del SUMI representó un incremento en el número de prestaciones, de 192 con las que se inició a 547 prestaciones protocolizadas de acuerdo a cinco paquetes distintos: a) *Mujer Embarazada*; b) *Neonatología*; c) *Pediatría*; d) *Odontología*; y e) *Laboratorio, Gabinete e Imagenología, Servicios de Sangre y Traumatología*; y determina que los establecimientos de salud deben brindar cualquier otra prestación no incluida siempre que no se encuentre en la lista de exclusiones.

El SUMI está compuesto por el 10%¹⁸ del total de los recursos de Coparticipación Tributaria depositados en la Cuenta Municipal de Salud – SUMI, destinados a la

¹⁷ Ley N° 2426 de 21 de noviembre de 2002, del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI). Artículo 1° OBJETO.

¹⁸ Resolución Biministerial N° 003 de 25 de junio de 2003, Reglamento de la Cuenta Municipal de Salud – SUMI. Artículo 3° ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS La Cuenta Municipal de Salud – SUMI administra los siguientes recursos:

compra de insumos, suministros, medicamentos esenciales y el pago de servicios no personales; y si estos eran insuficientes para financiar los ítems citados, la Ley N° 2235¹⁹ determina que el seguro podrá acceder hasta un 10% de los recursos del Fondo Solidario Nacional y el TGN corre con la totalidad del pago del costo de los recursos humanos.

Asimismo, establece que los saldos no utilizados del SBS serán destinados al mejoramiento de la infraestructura sanitaria. Se creó el Formulario de Prestaciones Otorgadas (FOPO) que permite realizar los cobros de paquetes de prestaciones brindadas por los establecimientos de salud de los Gobiernos Municipales. El FOPO es similar al CAPO que se utilizó durante el SBS. Cada paquete contiene un grupo de prestaciones que suelen ser otorgadas de acuerdo a su incidencia.

Existen tres modalidades de pago: pago en efectivo, en especie o pago mixto. El pago en efectivo consiste en la cancelación del monto equivalente al número de paquetes de prestaciones otorgadas; el pago en especie o pago mixto se refiere a la reposición de los medicamentos e insumos utilizados en dichas prestaciones.

I. Recursos de Coparticipación tributaria Municipal, de acuerdo a la siguiente asignación:

- a) 7% en la gestión 2003 para cubrir las prestaciones del SUMI.
- b) 8% en la gestión 2004 para cubrir las prestaciones del SUMI.
- c) 10% a partir de la gestión 2005 para cubrir las prestaciones del SUMI.

¹⁹ Ley N° 2235 de 31 de julio de 2001, del Diálogo 2000. Artículo 10° RECURSO PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA El 10% de los recursos de la Cuenta Especial Diálogo 2000, se destinara al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud pública, según la realidad, priorización y decisión de cada Municipio, dentro del Plan de Desarrollo Municipal y la Programación de Operaciones Anual, a través de la inversión en las siguientes áreas:

- a. Mantenimiento de la infraestructura del sector de salud pública;
- b. Equipamiento, que incluye inversiones en medios de transporte, equipos y sistemas de informática y telemedicina;
- c. Adquisición de insumos; y,
- d. Capacitación de los recursos humanos.

CAPÍTULO III GENERALIDADES DEL SUMI

3.1. EL SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL (SUMI)

3.1.1. Características

El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) es un componente de la *Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza* (ERP) e instrumento principal para el cumplimiento de las *Metas de Desarrollo del Milenio*, fue creado en el año 2003 con el objetivo de reducir la mortalidad y morbilidad de las madres, los niños y las niñas, a través de la utilización de servicios de salud materno-infantiles de alta complejidad y el conjunto de prestaciones existentes, distinguiéndose de esta manera de los seguros anteriores que se concentraban principalmente en cuidados básicos de salud.

El conjunto de prestaciones está destinado a los dos grupos más vulnerables y se brindan en los establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención del Sector Público y del Seguro Social de Corto Plazo (COSSMIL, Caja Bancaria Estatal de Salud, Caja de Salud de la Banca Privada, Seguro Social Universitario, Caja Nacional de Salud, Caja Petrolera, Caja CORDES, Caja del Servicio Nacional de Caminos, SINEC y seguros delegados) así como en Institutos Nacionales de investigación y normalización de todo el territorio nacional.

El SUMI brinda los servicios de salud a la mujer embarazada desde el inicio de la gestación hasta los seis meses posteriores al parto, y al niño (a) menor de cinco años a través de la atención ambulatoria integral, la hospitalización, exámenes complementarios de diagnóstico (laboratorio, rayos X, etc.), tratamientos médicos

y quirúrgicos y también medicamentos²⁰. Detalle de prestaciones se encuentra más adelante de la presente investigación (Cuadro N° 5).

CUADRO N° 1: PRINCIPALES CARÁCTERÍSTICAS DEL SUMI

Característica	Categoría
Tipo	Atención materno-infantil gratuita
Forma de Financiamiento	Financiamiento público
Origen de los fondos	Impuestos generales Otros Ingresos: fuentes extra presupuestarias (PPAE II)
Modo de distribución del riesgo	Basado en ingresos
Administración y nivel administrativo	Nacional - Subnacional - Ministerio de Salud Local Gobierno Local
Grado de selectividad	Focalizado: Mujeres embarazadas o hasta seis meses después del parto y niños menores de 5 años
Quién tiene derecho a cobertura	Individuo
Condición de acceso	Atributo específico: prueba de edad/ prueba de nacimiento/ prueba de embarazo
Grado de cobertura	Complementaria
Provisión	Principalmente Pública

Fuente: Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas – UDAPE y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF, 2006.

Elaboración: Propia

3.1.2. Recursos

3.1.2.1. Tesoro General de la Nación

Los recursos del Tesoro General de la Nación (TGN)²¹ financiarán la totalidad del costo de los recursos humanos del Sector de Salud, que sean requeridos para la implementación del SUMI.

²⁰ Bolivia, Federación de Asociaciones Municipales de Bolivia. “Carpeta Municipal de Salud/ Federación de Asociaciones Municipales de Bolivia”. La Paz: OPS/OMS, 2003. Pág. 40.

²¹ Ley N° 2426 de 21 de noviembre de 2002, del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI). Inciso a), Artículo 3° FUENTES.

El TGN se encarga de cubrir el pago de salarios correspondientes al personal del Sistema Nacional de Salud en el nivel Municipal, a través de la transferencia de fondos a los SEDES y que están asignadas en el Plan Operativo Anual (POA) de cada gestión de las Gobernaciones (Ex-Prefecturas) de cada Departamento.

3.1.2.2. Coparticipación Tributaria

Se destinará el 10%²² de los recursos de Participación Tributaria (Coparticipación Tributaria Municipal), para el financiamiento de insumos, servicios no personales, medicamentos esenciales del SUMI. El Gobierno Nacional, establecerá mecanismos que garanticen la estabilidad y seguridad para la transferencia regular de estos recursos a los Gobiernos Municipales.

Asimismo, estos recursos pueden destinarse para la construcción y mejoramiento de la infraestructura sanitaria, de acuerdo a necesidades locales y el pago por el servicio de las prestaciones otorgadas en establecimientos y brigadas móviles de salud de cada jurisdicción municipal.

3.1.2.3. Cuenta Especial del Diálogo Nacional 2000 (HIPC II)

Se podrán utilizar hasta un 10%²³ de los recursos de la Cuenta Especial Diálogo 2000 para el financiamiento de insumos, servicios no personales y medicamentos esenciales del SUMI, cuando los recursos de la Participación Popular, sean insuficientes.

²² Ley N° 2426 de 21 de noviembre de 2002, del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI). Inciso b), Artículo 3° FUENTES.

²³ Ley N° 2426 de 21 de noviembre de 2002, del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI). Inciso c), Artículo 3° FUENTES y Parágrafo I., Inciso b), Artículo 4° CUENTAS MUNICIPALES DE SALUD Y FONDO SOLIDARIO NACIONAL.

Los recursos del “Fondo Solidario Nacional” provenientes de la Cuenta Especial Diálogo 2000, se usarán para compensar a aquellos municipios, una vez que se haya utilizado el 10% de los recursos de Coparticipación Tributaria Municipal.

3.1.3. Cuentas Municipales de Salud

Las Cuentas Municipales de Salud²⁴, se utilizarán para atender, única y exclusivamente las prestaciones del SUMI 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 Coparticipación Tributaria.
- El 10% de los recursos del “Fondo Solidario Nacional” (FSN) provenientes de la Cuenta Especial del Diálogo 2000, cuando los recursos de Coparticipación Tributaria sean insuficientes y pueden ser utilizados por cualquier municipio, según la necesidad y el requerimiento.

Para acceder al Fondo Solidario Nacional, los Directorios Locales (DILOS) realizarán su requerimiento al Ministerio de Salud y Deportes, quien realizará el abono correspondiente en la Cuenta Municipal de Salud – SUMI, en un plazo no mayor a 30 días calendario²⁵.

Los recursos de las Cuentas Municipales de Salud cubren los gastos en insumos, servicios no personales y medicamentos esenciales de las prestaciones del SUMI; son debitados automáticamente por el TGN para que los GAM's realicen el pago de las prestaciones a la Gerencia de Red, luego de la correspondiente presentación de los Formularios de Prestaciones del SUMI (FOPOS), se prohíbe

²⁴ Ley N° 2426 de 21 de noviembre de 2002, del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), Parágrafos I y II, Artículo 4° CUENTAS MUNICIPALES DE SALUD Y FONDO SOLIDARIO NACIONAL.

²⁵ Decreto Supremo N° 26874 de 21 de diciembre de 2002, Reglamento de Prestaciones y Gestión del SUMI. Parágrafo VI, Artículo 11° RECURSOS DE LA CUENTA ESPECIAL DIÁLOGO 2000.

su uso para el pago de servicios personales, estipendios, viáticos y otros que no estén contempladas en la Ley N° 2426.

3.1.4. Remanentes

Los remanentes son los recursos sobrantes de las prestaciones financiadas para la atención del SUMI, es decir que si no se realiza la entrega del paquete de prestaciones completa al usuario porque no lo requiere, entonces pueden haber remanentes; los cuales pueden ser invertidos por los establecimientos de salud en infraestructura sanitaria (incorporación de bienes inmuebles, mobiliario, equipo y medios de transporte para el desarrollo de acciones de salud), saneamiento básico y seguros de salud.

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

**CUADRO N° 2: REMANENTES DE LA CUENTA MUNICIPAL DE SALUD - SUMI
2003 - 2013
(Expresado en Bolivianos)**

Gestión	Remanentes	% Del Total de la CMS - SUMI
2003	759.717,36	49,26%
2004	913.253,24	49,79%
2005	1.390.359,51	62,70%
2006	1.408.686,55	47,87%
2007	1.000.593,80	40,13%
2008	1.173.266,80	41,73%
2009	1.395.863,14	43,59%
2010	1.232.025,25	31,37%
2011	1.923.801,00	55,31%
2012	2.091.977,45	66,20%
2013	2.393.953,60	68,61%
Total	15.683.497,70	50,60%

*Fuente: Dirección Financiera del GAM de Viacha
Elaboración: Propia.*

3.1.5. Beneficiarios

Los beneficiarios del SUMI son todos los bolivianos, bolivianas y extranjeros con visa de residencia en el país y pertenezcan al grupo poblacional al que está dirigido este seguro, que son:

- Las mujeres embarazadas desde el inicio de su gestación, hasta los seis meses posteriores al parto.
- Los niños y las niñas desde el nacimiento hasta los cinco años de edad.
- Y todas las mujeres en que se encuentren en edad fértil.

CUADRO N° 3: POBLACIÓN BENEFICIARIA AL QUE ESTA DIRIGIDO EL SUMI EN EL GAM DE VIACHA 2003 - 2013

Gestión	Niños(as) hasta los 5 años	Mujeres en edad fértil	Total Población Beneficiaria
2003	6.814	16.543	23.357
2004	7.011	17.022	24.033
2005	7.214	17.514	24.728
2006	7.423	18.020	25.443
2007	7.638	18.641	26.279
2008	7.859	19.180	27.039
2009	8.086	19.735	27.821
2010	8.320	20.306	28.626
2011	8.561	20.893	29.454
2012	9.711	21.480	31.191
2013	9.992	22.101	32.093
Total	88.629	211.435	300.064

Fuente: Gobierno Autónomo Municipal de Viacha

Elaboración: Propia

3.1.6. Prestaciones del SUMI

El SUMI brinda servicios de salud fundamentalmente a la mujer embarazada desde el inicio de la gestación hasta los seis meses posteriores al parto, y al

menor de cinco años, a través de la atención ambulatoria integral, la hospitalización, exámenes complementarios de diagnóstico (laboratorio, rayos X, etc.) y tratamientos médicos y quirúrgicos, así como provee los medicamentos.

CUADRO N° 4: PRESTACIONES DEL SUMI OTORGADAS EN EL GAM DE VIACHA 2003 – 2013

Gestión	Cantidad de Prestaciones otorgadas
2003	37.357
2004	38.010
2005	40.582
2006	42.298
2007	44.086
2008	45.350
2009	47.892
2010	49.917
2011	52.027
2012	54.226
2013	57.011

Fuente: Gobierno Autónomo Municipal (GAM) de Viacha.

Elaboración: Propia

3.1.6.1 Principales Causas de la Mortalidad Materna e Infantil²⁶

Las principales causas de la mortalidad materna son:

- Hemorragias de la primera mitad del embarazo.
- Desnutrición proteica que causa pre-eclampsia y eclampsia.
- Sepsis.
- Anemia.
- Alto riesgo obstétrico.

²⁶ Definida en la normativa del SUMI.

Las principales causas de mortalidad infantil son:

- Diarrea
- Neumonía
- Desnutrición
- Septicemia
- Perinatales
- Enfermedades inmunoprevenibles (tuberculosis, poliomielitis, difteria, tétanos, parotiditis, etc.)

3.1.6.2. Mujer Embarazada y Menor de Cinco Años

El SUMI proporcionará, otorgará y prestará asistencia sanitaria, a la mujer embarazada hasta los seis meses posteriores al parto; y a las niñas y los niños menores de 5 años, la atención ambulatoria integral, hospitalización, medicamentos, insumos y reactivos así como servicios complementarios de diagnóstico y tratamientos médico-quirúrgicos y productos naturales tradicionales.

3.1.6.3. Mujer no Embarazada

Con la ampliación de las coberturas del SUMI²⁷, las prestaciones y costos para la atención de la mujer hasta los 60 años, y los jóvenes hasta los 21 años (sólo patologías comunes), están enmarcados en las políticas de salud vigentes y definidas específicamente por el Ministerio de Salud y Deportes, así mismo guardan estrecha relación con la maternidad segura en las mujeres en edad fértil y la obligatoriedad de prevención del cáncer de cuello uterino (a través del Papanicolaou anual) a toda paciente que acuda al SUMI y el tratamiento de lesiones pre-malignas contemplando además la aplicación de métodos de anticoncepción voluntaria y libremente consentida.

²⁷ Ley N° 3250 de 6 de diciembre de 2005, de la Ampliación de las Coberturas del SUMI. Artículo 1

3.1.7. Prestaciones SUMI 2003 – 2013

El SUMI en la gestión 2003 empezó con 192 prestaciones para la atención de la mujer embarazada, así como para neonatología, pediatría y laboratorio, en agosto del año 2012 contaba con 616 atenciones y en septiembre de 2013 aumentó a 762, esto con el objetivo de bajar los índices de mortalidad materno-infantil y beneficiar a mujeres que no cuentan con un seguro en cualquiera de las Cajas.

Las 762 nuevas prestaciones se dividen en 592 prestaciones ambulatorias y de internación, 110 pruebas de laboratorio (análisis para determinar tipos de enfermedades en las embarazadas o feto), 46 pruebas de gabinete (ecografías, biopsias y otros), además de 14 servicios en los bancos de sangre.

CUADRO N° 5: PRINCIPALES NUEVAS PRESTACIONES DEL SUMI

1. Accidente vascular encefálico	28. Leucemia linfoblástica aguda
2. Angina de pecho inestable	29. Luxación
3. Artritis	30. Masoterapia
4. Bloqueo peridural	31. Método del ritmo
5. Bloqueo raquídeo o espinal	32. Mordedura viuda negra
6. Colectomía laparoscópica	33. Papiloma
7. Complicaciones del chagas	34. Parálisis facial periférica
8. Consulta odontológica	35. Síndrome congénito deficiencia yodo
9. Desprendimiento de retina	36. Síndrome de Guillain Barré
10. Electroterapia	37. Traslado de emergencia
11. Enfermedad inflamatoria	38. Traumatismo intracraneal
12. Estrabismo no especificado	39. Ventilación mecánica en neonatos
13. Once tipos de fisioterapia	40. Elisa para diferentes patologías
14. Gingivitis ulcero necrotizante	41. Pruebas rápidas para enfermedades
15. Glaucoma	42. Tamisaje hipotiroidismo
16. Hanta virus	43. Colonoscopia
17. Hemodiálisis casos agudos	44. Extracción cuerpo extraño
18. Hemotórax traumático	45. Prueba rápida para dengue
19. Hidroterapia	46. Prueba rápida para malaria
20. Hipertiroidismo	47. Prueba rápida para hepatitis B
21. Huevo muerto retenido	48. Serología para Leishmania
22. Influenza	49. Devolvulación endoscópica
23. Insuficiencia cardiaca recién nacido	50. Terapia de hemorragia digestiva
24. Cinco tipos de intoxicación	51. Tránsito intestinal
25. Kinesiología	52. Punción biopsia guiada por ecografía
26. Labio leporino	53. Cultivo para tuberculosis
27. Lavado gástrico recién nacido	

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes – 2013

Elaboración: Propia

3.1.8. Afiliación

La afiliación constituye el proceso de registro en los Seguros Públicos de Salud, siendo esta responsabilidad de los GAM's y las Organizaciones de Base como componentes de la planificación y el desarrollo humano sostenible para vivir bien²⁸ y son a su vez, los encargados de promover y facilitar la misma a todos los asegurados del SUMI; la reglamentación, tanto del procesos de afiliación como la aplicación de su sistema integrado de información, será establecida por el Ministerio de Salud y Deportes.

Al momento de la afiliación y para el 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 después del parto y el Carnet de Salud Infantil para las niñas y niños menores de cinco años.

3.1.9. Administración de recursos en los Establecimientos de Salud

La gestión de los recursos económicos en los establecimientos de salud, se realiza a través de los GAM's y con la aprobación del DILOS, los mismos que determinarán los procedimientos para reembolsar a los establecimientos de salud por concepto de prestaciones, medicamentos, insumos y reactivos del SUMI.

Asimismo, el GAM puede efectuar desembolsos según requerimiento y aprobación del DILOS en:

- Pago en Efectivo, cheque o transferencia.
- Pago en medicamentos, insumos y reactivos,

²⁸ Decreto Supremo N° 29601 de 11 de junio de 2008. Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI, Disposiciones Abrogatorias y Derogatorias, Parágrafo II: Se deroga el Parágrafo I del Artículo 2° del Decreto Supremo N° 26874 de 21 de diciembre de 2002.

- Pago Mixto: en efectivo, cheque o transferencia y medicamentos insumos o reactivos.

3.1.10. Mecanismos de Cobro y Pago

El pago de las prestaciones otorgadas, se realizará única y exclusivamente por medio de cada establecimiento de salud quedando terminantemente prohibido el pago a través de las Redes de Salud, los Gerentes de Red u otros; de la misma manera no está permitido la centralización de los recursos puesto que cada establecimiento debe administrar sus propios recursos y hacerse responsable de su generación y ejecución, identificando claramente la partida de gasto correspondiente al SUMI y a los remanentes.

3.1.11. Formulario de Prestaciones Otorgadas del SUMI (FOPOS)

El Formulario de Prestaciones Otorgadas SUMI (FOPOS) contiene información consolidada de las prestaciones realizadas en un mes por el SUMI; a través de los establecimientos de salud de cualquier nivel de atención y en coordinación con el DILOS; realizan la posterior cancelación y conciliación contra la presentación del FOPOS por parte del GAM, con la finalidad de mantener la liquidez para la adquisición de medicamentos, insumos y reactivos, así como cubrir otros gastos establecidos en el SUMI, considerándolo como el principal documento de cobro y de pago.

Los mecanismos de cobro y pago se desarrollan de la siguiente manera: los establecimientos de salud tienen hasta el quinto día hábil de cada mes para enviar al DILOS los formularios y solicitud de reembolso; los mismos, tienen cinco días hábiles para revisar, aprobar o rechazar la documentación y pasado ese tiempo la solicitud se considera aprobada.

Si se devuelve la documentación al establecimiento para su corrección, éste no debe demorar más de 48 horas para su rectificación o corrección necesaria, posteriormente el DILOS en cinco días hábiles enviará al GAM de su jurisdicción el original del FOPOS y la documentación de respaldo correspondiente y el GAM cancelará al establecimiento bajo la modalidad establecida, en un periodo no mayor a 10 días hábiles a partir de la fecha de recepción.

CAPÍTULO IV

4.1 MARCO TEÓRICO

4.1.1. Política del Gasto destinado a la Seguridad Social y Desarrollo

El papel de la política del gasto público en el desarrollo ha sido mucho menos analizado y lo que ha ocasionado que los datos comparativos sean más difíciles de obtener; sin embargo, al comparar la situación de varios países, se obtiene una cierta evidencia con respecto al papel cumple la *renta per cápita*. Los países con una renta baja destinan la mayor parte de sus gastos en los servicios de educación y salud y sanidad.

Estos programas de educación y de salud son importantes, no solamente como una cuestión de política de crecimiento, sino también por la importante repercusión que tienen 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, por lo que la inversión humana merece una particular consideración en el contexto del desarrollo.

Algunos estudios han mostrado que las tasas de rendimiento de inversión en educación, salud y sanidad son sumamente altas en los países en desarrollo, señalando de esta manera la importancia que tiene esta clase de formación de capital. El diseño del sistema de seguridad social a través de los seguros de salud, indica que cada persona recibiría beneficios que reflejasen la misma tasa de rendimiento sobre su contribución pero a diferencia de este enfoque, el sistema ha sido redistributivo desde el comienzo concediendo un tratamiento más favorable a aquellos que obtienen menos renta.

Dentro los requisitos para el desarrollo económico en los países con renta baja son mucho más de los necesarios de los países ya 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 salud y educación 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.

4.1.2. Análisis de la Política del Gasto Público en Salud

Haciendo un análisis del gasto público se puede evidenciar que 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 de salud a toda la población.

4.1.2.1. 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 salud, 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 salud, del saneamiento básico, etc. Existe un reparto de responsabilidades entre la Administración Central, las Prefecturas (actuales Gobernaciones) y los Gobiernos Autónomos Municipales.

4.1.2.2. Relación entre los gobiernos centrales, los gobiernos regionales y municipales

La relación entre la Administración Central, los Gobiernos Autónomos Departamentales (Gobernaciones) y Municipales es muy compleja. La reforma administrativa fue resultado de una reforma radical en la vida institucional del Estado boliviano, llevando adelante un proceso de descentralización administrativa radical desde el ámbito municipal, pasando a una desconcentración en el ámbito regional y regulado a través del ámbito nacional²⁹.

Se modificaron los modelos de gestión pública, que pasaba de un Estado benefactor con un alto grado de irresponsabilidad a otro que intentaba ser regulador y ordenador de las relaciones sociales, donde asignaba responsabilidades y competencias a los tres niveles de administración, incluida la transferencia de recursos, e incorporaba de manera efectiva la participación ciudadana.

²⁹ Ley 1554, de Descentralización Administrativa, del 21 de abril de 1994.

4.1.2.3. Regulación

Estipula la restricción en la generación de leyes que pueden promulgarse en un país, es decir que los Gobiernos Autónomos Departamentales y Municipales no pueden proclamar normas sin la debida aprobación del Nivel Central del Estado.

4.1.2.4. La Administración de los Fondos

Casi todos los fondos de determinados programas provienen del Gobierno Central. Y lo que hacen los Gobiernos Autónomos Departamentales y Municipales es simplemente administrarlos (reparto de competencias y responsabilidades).

4.1.2.5. Reparto general de los ingresos

El Nivel Central del Estado también transfiere recursos a los Gobiernos Autónomos Departamentales 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 con llevan algunas regiones, sus bases tributarias potenciales pueden ser diferentes donde el Gobierno Central debería dar prioridad a las regiones más pobres.

4.1.2.6. Gastos Fiscales

Uno de los mecanismos más importantes con los que cuenta la Administración Central para influir en los presupuestos de los Gobiernos Autónomos Departamentales y Municipales, son los gastos fiscales relacionados con los impuestos sobre la renta de las personas y las sociedades.

4.1.3. Instrumentos fiscales de la Política de Distribución

Richard Musgrave, en las funciones de hacienda pública establece tres funciones fiscales: la asignación óptima de los recursos, la distribución equitativa de la renta y el crecimiento económico estable (estabilización).

En cuestión de la distribución, esta se instrumenta directamente mediante: 1) un esquema de impuesto transferencia que combina la imposición progresiva³⁰ 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.

4.1.4. La desigualdad y la provisión pública de servicios 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.

³⁰ 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.

4.1.5. Igualitarismo específico

Los seguros salud 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, de carácter universal y gratuito, o fuertemente subvencionado, 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 Tobin³¹.

Estas prestaciones requieren la gestión profesional de centros públicos, la supervisión administrativa y un marco regulatorio que garantice la adecuada provisión de estos servicios.

4.1.6. 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 intervinientes.

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,

³¹ James Tobin, Premio Nobel de Economía, “ Sobre el límite del dominio de la desigualdad” 1970

grupos de riesgo con enfermedades específicas o que poseen barreras geográficas de acceso 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.

4.1.7. 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.

4.1.7.1. Objetivos del Sistema de Seguridad Social

La Seguridad Social Integral tiene como fin proteger a los habitantes de un país de las contingencias de enfermedades y accidentes, de cualquier otro riesgo que

pueda ser objeto de previsión social, así como de las cargas derivadas de la vida familiar y las necesidades de vivienda, 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.

4.1.7.2. Principios fundamentales del Sistema de Seguridad Social

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

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

4.2. MARCO CONCEPTUAL

4.2.1. Descentralización

La descentralización es la transferencia de las responsabilidades de planificación, administración, y obtención y asignación de recursos desde el Nivel Central de gobierno a:

- Unidades locales de los ministerios u organismos del gobierno central.
- Unidades u ámbitos subordinados al gobierno
- Instituciones o corporaciones públicas semi-autónomas
- Organizaciones del sector privado

Bolivia ha ingresado al proceso de descentralización a partir de la promulgación de las leyes de Participación Popular y de Descentralización Administrativa. La primera estableció el ámbito urbano rural de las secciones de provincia como base territorial de los municipios, a los cuales se les proporcionó recursos además de nuevas atribuciones y competencias. La segunda transfirió y delegó al nivel departamental atribuciones de carácter técnico administrativo.

4.2.2. Autonomía

El término autonomía proviene del griego *autor* “por sí mismo” y *nomos* “Ley”, que significa la facultad o el atributo del que gozan ciertas entidades públicas u organismos públicos para estructurar y dirigir su administración, gobernarse por sí mismas y determinar su propia línea de conducta.

La autonomía por tanto es la cualidad gubernativa que adquiere una entidad territorial de acuerdo a las condiciones y procedimientos establecidos, que implica la igualdad jerárquica o de rango constitucional entre entidades territoriales autónomas, la elección directa de sus autoridades por las ciudadanas y los ciudadanos, la administración de sus recursos económicos y el ejercicio de

facultades legislativas, reglamentaria, fiscalizadora y ejecutiva por sus órganos de gobierno autónomo, en el ámbito de su jurisdicción territorial y de las competencias y atribuciones establecidas.

4.2.2.1. Autonomía Municipal

La autonomía municipal consiste en la potestad normativa, fiscalizadora, ejecutiva, administrativa y técnica ejercida por el gobierno municipal en el ámbito de su jurisdicción territorial y de las competencias establecidas por ley que impulsen el desarrollo económico local, humano y desarrollo urbano a través de la presentación de servicios públicos a la población, así como coadyuvar al desarrollo rural.

4.2.3. Gobierno Autónomo Municipal

El Gobierno Autónomo Municipal (GAM) está constituido por un Concejo Municipal con facultad deliberativa, fiscalizadora y legislativa municipal en el ámbito de sus competencias y un Órgano Ejecutivo, presidido por la Alcaldesa o el Alcalde, encargado de gobernar y administrar el municipio con el fin principal de cumplir con las competencias establecidas por la Constitución Política del Estado.

4.2.4. Plan Nacional de Desarrollo

Un Plan Nacional de Desarrollo (PND), es una herramienta de gestión que promueve el desarrollo social en un determinado territorio. De esta manera, sienta las bases para atender las necesidades insatisfechas de la población y mejorar la calidad de vida de todos los ciudadanos, a través de un proyecto diseñado por las autoridades estatales, que delimita sus políticas y estrategias.

Por lo general, el PND tiene una duración de más de un año, para que el gobierno tenga el tiempo suficiente de implementar las medidas que considera

necesarias para el desarrollo social y que las soluciones que se ofrece logren mantenerse en el tiempo y sean sostenibles, para que de esta manera la población no requiera de la asistencia social sino que pueda mantenerse con sus propios medios, promoviendo la autosuficiencia de la gente.

4.2.5. Plan de Desarrollo Municipal (PDM)

El Plan de Desarrollo Municipal (PDM), es un instrumento de gestión y acción para el desarrollo local, cuyos lineamientos están ligados a la planeación nacional y departamental, y están enfocados a facilitar a los gobiernos autónomos municipales el ejercicio de su función de gobierno y la administración del desarrollo.

Es el principal lineamiento para que el municipio, concebido como una comunidad organizada y activamente participativa, con capacidad política, jurídica y administrativa, deba integrarse al desarrollo nacional como orden de gobierno que revierta la inercia industrializadora y revitalice sus funciones, atendiendo su autonomía administrativa y financiera.

4.2.6. Plan Operativo Anual (POA)

El Plan Operativo Anual (POA) para los GAM's, es el instrumento de la gestión municipal que le permite identificar los objetivos y las metas, recursos a asignar, programar el cronograma de ejecución, identificar responsables para el desarrollo de las operaciones e indicadores de eficiencia y eficacia que se llevaran a cabo durante un año calendario. En nuestro país el mismo debe articular sus objetivos estratégicos de mediano y corto plazo con: el Plan Nacional de Desarrollo y los objetivos estratégicos de la Agenda Patriótica del Bicentenario y los Planes de Desarrollo Municipal.

Los POA's elaborados por los GAM's deben ser entregados al Nivel Central del Estado para que éste lo agregue y consolide en el Presupuesto General del Estado (PGE), que es enviado a la Asamblea Legislativa Plurinacional para su tratamiento y posterior aprobación mediante Ley.

4.2.7. Presupuesto Municipal

El Presupuesto Municipal es una herramienta de control en el cual se estiman los ingresos que se esperan recaudar y los gastos que se realizarán durante el año, asimismo, debe responder a la capacidad económica, financiera y las políticas o líneas de acción aprobadas por la Máxima Autoridad Ejecutora, considerando la integralidad y articulación de los procesos de planificación, programación inversión y presupuesto, incorporando los mecanismos de participación y control social en el marco de la transparencia fiscal.

4.2.8. Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza

Dentro del periodo comprendido entre 1994-1997, se definieron políticas de transformación del Estado a través de acciones de promoción social y corrección de inequidades regionales tales como: la Reforma Educativa, la Participación Popular, la distribución del Bono Solidario (BONOSOL) y la Reforma de la Salud. En 1997, se inició la lucha contra la pobreza con la convocatoria al Diálogo Nacional del cual surgió un programa basado en cuatro pilares fundamentales: "Dignidad, Equidad, Oportunidad e Institucionalidad".

La sistematización de los resultados del Diálogo Nacional ofreció las bases para la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP) y permitió disponer de los recursos del Alivio a la Deuda Externa (HIPC³² I - II) que son utilizados para

³² Los países altamente endeudados, en inglés Heavily Indebted Poor Countries – HIPC, conforman un grupo que se beneficia de la llamada iniciativa HIPC creada por el G8 para aquellos países con alta deuda pública.

educación, salud, saneamiento básico, obras sociales e infraestructura, en las poblaciones de menores recursos y ejecutados desde los Municipios.

La EBRP se desarrolla en el contexto de una economía de mercado y reconoce la necesidad de mantener la estabilidad de las variables macroeconómicas, así como necesario atender en forma simultánea los problemas de *exclusión social, inequidad y pobreza*; este último considerado como uno de los problemas más severos que afecta a la democracia y gobernabilidad en nuestro país.

La pobreza estaba definida como la falta de oportunidades para la generación de ingresos, los bajos logros educativos, los elevados niveles de mortalidad y morbilidad, así como la carencia de servicios básicos. El Estado pretendía reducirla, a través de un mayor crecimiento económico que genere mejores condiciones para promover el desarrollo humano que a su vez permitiría un mejor acceso al mercado y el progreso de las capacidades productivas, mediante la provisión de servicios básicos públicos, aumento de la protección y seguridad ciudadana.

Para la preservación el capital humano y su productividad se cuidaría la salud población; la atención de los más pobres debía ser prioritaria por presentar un mayor riesgo de enfermedad, puesto que la generación de sus ingresos depende exclusivamente del trabajo físico y el costo monetario de enfrentar una enfermedad puede estar fuera del alcance de sus recursos, así como mejorar la calidad y el acceso de servicios de educación y de salud; se transferiría a los Gobiernos Municipales la facultad de administrar, supervisar y controlar los recursos humanos y los sueldos en los sectores de educación y de salud.

Entre 1997 - 2001 el Sector Salud incorporó dentro el objetivo del Plan Estratégico de Salud la construcción del Sistema Nacional de Salud con acceso universal, en base a la atención primaria, la medicina familiar y comunitaria, el escudo epidemiológico, el seguro básico, el seguro social de corto plazo, la promoción de

municipios saludables y con participación y control social; convirtiendo las políticas del sector en políticas de Estado.

4.2.9. Política Social

La política social es un conjunto de acciones institucionales orientadas a fines racionales con el bienestar de poblaciones vulnerables, con el crecimiento económico y la legitimidad política.

Sus directrices, orientaciones, criterios y lineamientos conducen a la preservación y elevación del bienestar social, procurando que los beneficios del desarrollo alcancen a todas las capas de la sociedad con la mayor equidad.

4.2 MARCO NORMATIVO

4.2.1. Marco Normativo del proceso de Descentralización vinculado al Sector Salud de los Gobiernos Autónomos Municipales

4.2.1.1. Constitución Política del Estado

En los Artículos 158 y 164 de la Constitución Política del Estado (CPE) de 1995 derogada y abrogada, se establece el derecho fundamental a la vida, la salud y la seguridad, así como la obligación de defender el capital humano, protegiendo la salud de la población y disponiendo de las normas relativas a la salud pública que tienen carácter coercitivo y obligatorio.

Y es a partir de la actual CPE promulgada el 7 de febrero de 2009, que la consolidación de la demanda social y sectorial iniciada en el año 2000 por el acceso universal a la salud considerándolo como un derecho universal y de responsabilidad del Estado, así como la existencia de un Sistema Único de Salud (SUS) con una mayor participación y control social, y más financiamiento, que las

asambleas pre-constituyentes de salud orientaron directamente el texto constitucional de tal manera que se establece:

La Salud como Derecho Fundamental

Donde todas las personas tienen derecho a la salud y el Estado garantizará la inclusión y el acceso a la salud sin exclusión ni discriminación alguna. El SUS será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social; se basará en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad a través políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

Acceso Universal, Sistema Único y Financiamiento de la Salud

El Estado a través de todos sus niveles protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud. El SUS incluirá la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, porque la misma se constituye en una función suprema y de primera responsabilidad financiera, asimismo se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Para garantizar el acceso al seguro universal de salud, se controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud regulados mediante Ley.

4.2.1.2. Ley N° 2028 de Municipalidades

La Ley N° 2028 de 28 de octubre de 1999, de Municipalidades; establece que cada Municipalidad y su Gobierno Municipal (GM) tienen como finalidad contribuir a la satisfacción de las necesidades colectivas, y garantizar la integración y

participación de los ciudadanos en la planificación y el desarrollo humano sostenible del Municipio. Las competencias en materia de salud de los GM en esta Ley fueron derogadas y las mismas están establecidas en la Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Báñez” vigente a la fecha.

4.2.1.3. Ley de Participación Popular

La Ley N° 1551 de 20 de abril de 1994, de Participación Popular, otorga a los Gobiernos Municipales la responsabilidad de orientar acciones dirigidas a fortalecer la gestión de salud tanto en los aspectos técnicos como administrativos; para tal motivo son responsables de la capacitación, fiscalización y supervisión de los recursos humanos, además de proponer o ratificar a las autoridades de salud.

Se constituye en propietario de la infraestructura sanitaria de primer, segundo y tercer nivel y dentro de sus atribuciones podrá construir nueva infraestructura en salud, deporte, caminos vecinales y saneamiento básico. También es parte de la administración, conservación y control del equipamiento, mobiliario, suministros, medicamentos, alimentos de los servicios de salud y todos los bienes que son de su propiedad.

Otras atribuciones que contribuyen a mejorar el acceso a los servicios son las defensorías de la Niñez y Adolescencia que están destinados a defender y proteger a los niños, niñas y adolescentes, la dotación y construcción de nueva infraestructura en salud, deporte, caminos vecinales y saneamiento básico, mantenimiento de caminos secundarios, responder a peticiones, representaciones y actos de control social de las OTB's³³ y Comité de Vigilancia.

³³ Las OTB's son las Organizaciones Territoriales de Base.

4.2.1.4. Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”

La Ley N° 031 de 19 de julio de 2010, Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”, establece que los Gobiernos Autónomos Municipales (GAM’s), tienen los fines de promover y garantizar el desarrollo integral, justo, equitativo y participativo del pueblo boliviano, a través de la formulación y ejecución de políticas, planes, programas y proyectos concordantes con la planificación del desarrollo nacional.

Asimismo, favorecer la integración social de sus habitantes bajo los principios de equidad e igualdad de oportunidades, garantizando el acceso de las personas a la educación, la salud y al trabajo, respetando su diversidad, sin discriminación y explotación, con plena justicia social y promoviendo la descolonización.

Dentro el campo de las competencias establecidas en el temán de Salud para los GAM’s están: formular y ejecutar participativamente el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal, implementar el Sistema Único de Salud en su jurisdicción, en el marco de sus competencias, administrar la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención organizados en la Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

De la misma forma, dotarán a los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de su jurisdicción: servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, infraestructura sanitaria, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso, también están facultados para crear la instancia máxima de gestión local de la salud y establecer el componente de atención de salud haciendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en las comunidades urbanas y rurales.

4.2.1.5. Ley del Diálogo Nacional 2000

La Ley N° 2235 de 31 de julio de 2001, del Diálogo Nacional 2000, con el fin de cubrir el déficit de ítems acumulados hasta el año 2001 de personal docente del servicio de educación y del personal médico y paramédico del servicio de salud pública crea el *Fondo Solidario Municipal para la Educación Escolar y Salud Públicas*.

Este fondo establece que los recursos destinados al mejoramiento de la calidad de los Servicios de Salud Pública de la Cuenta Especial Diálogo 2000 pueden ser invertidos en las áreas de mantenimiento de la infraestructura del sector, equipamiento, adquisición de insumos y capacitación de los recursos humanos, dentro del Plan de Desarrollo Municipal y el Plan Operativo Anual, también cubrirán el déficit del sector de salud pública. La selección del personal médico y paramédico que cubrirán esos ítems se realizará en el Comité Local de Selección.

4.2.2. Marco Normativo del SUMI

4.2.2.1. Ley del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)

La Ley N° 2426 de 21 de noviembre de 2002, del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), está dirigido a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación, hasta los 6 meses posteriores al parto y a los niños y niñas, desde su nacimiento hasta los 5 años de edad

El financiamiento del SUMI está compuesto por recursos del Tesoro General de la Nación (TGN) que financiarán la totalidad del costo de los recursos humanos, que sean requeridos para su implementación, 10% de los recursos de la Coparticipación Tributaria (CT) para el financiamiento de insumos, servicios no personales y medicamentos esenciales y hasta un 10% de la Cuenta Especial

Diálogo 2000 para el financiamiento de insumos, servicios no personales y medicamentos cuando los recursos de la CT sean insuficientes.

El Fondo Solidario Nacional (FSN) está creado para otorgar una compensación a aquellos GAM's cuyos recursos de CT no alcancen para financiar el SUMI y se asignarán a partir del requerimiento que anualmente que realice el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) al Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP), los cuáles serán debitados de la Cuenta Especial Diálogo 2000 y deberán ser registrados en el presupuesto del MSD.

La asignación mensual del FNS a los GAM's será abonada en las Cuentas Municipales de Salud según los montos requeridos para atender la compensación señalada y definida por el MSD. En caso de existir remanentes de los recursos establecidos que financian la atención del SUMI, el GAM deberá destinarlos a inversión en infraestructura sanitaria y saneamiento básico o programas especiales en Seguros de Salud y en caso de existir remanentes en el FSN deberán devolverlos a la Cuenta del Diálogo 2000 para su correspondiente reasignación.

4.2.2.2. Decreto Reglamento de Prestaciones y Gestión del SUMI

El Decreto Supremo N° 26874 de 21 de Noviembre De 2002, Reglamento de Prestaciones y Gestión del SUMI, establece que el SUMI brinda servicios de salud a la mujer embarazada desde el inicio de la gestación hasta los seis meses posteriores al parto y al menor de cinco años, a través de la atención ambulatoria integral, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamientos médicos y quirúrgicos; asimismo, además de proveer insumos, medicamentos esenciales y productos naturales tradicionales.

Las prestaciones del SUMI se proveen exclusivamente en el territorio nacional, con carácter obligatorio y coercitivo en todos los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención del Sector Público y del Seguro Social

de corto plazo, así como en los Institutos Nacionales de Investigación y Normalización, en caso de que las instituciones privadas con y sin fines de lucro e iglesias, realicen actividades del SUMI deben firmar convenios marco con el Ministerio de Salud y Deportes y convenios específicos con el DILOS que corresponde.

Los recursos de Coparticipación Tributaria destinados al financiamiento del SUMI serán abonados automáticamente por el TGN a través del Banco Central de Bolivia a la respectiva Cuenta Municipal de Salud – SUMI y será responsabilidad del GAM su administración para uso exclusivo del financiamiento de las prestaciones del SUMI que será bajo reglamentación.

4.2.2.3. Decreto Supremo del Sistema Nacional de Salud

El Decreto Supremo N° 26875 de 21 de Diciembre de 2002, del Sistema Nacional de Salud, está definido como el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan Servicios de Salud y establece cuatro ámbitos de gestión: el Nacional, correspondiente al MSD, el Departamental, correspondiente al Servicio Departamental de Salud (SEDES) dependiente de la Prefectura (actual Gobernación), el Municipal, correspondiente al Directorio Local de Salud (DILOS) y el Local, correspondiente a los Establecimientos de Salud en su área de influencia y brigada móvil como nivel operativo.

Los DILOS en cada Municipio se constituyen como la Máxima Autoridad en la gestión compartida con la Participación Popular de Salud, y se encarga del cumplimiento de la Política Nacional de Salud, la implantación del SUMI y la aplicación de programas priorizados por el Municipio, además de garantizar la prestación de todos los servicios de salud, el desarrollo de programas de atención integral y el SUMI,

Dentro del marco del ejercicio del derecho a la salud, basado en la interculturalidad, la equidad de género y la inclusión social promueven y gestionan programas y proyectos de Cooperación Técnica y Financiera para la provisión de Servicios de Salud, que son elaborados, suscritos y evaluados con el Gerente de Red.

4.2.2.4. Decreto del Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI

El Decreto Supremo N° 29601 de 11 de junio de 2008, del Modelo de Atención y Gestión en Salud, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), tiene por objeto establecer el Modelo de atención y de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI.

El objetivo del nuevo modelo es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria; reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social en la toma de decisiones en la gestión de la salud; brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad y respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, que contribuyan en la mejora de las condiciones de vida de la población.

El modelo de atención SAFCI, es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio.

Para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de la población, se crean las Redes de Servicios, que están conformadas por un conjunto de establecimientos y servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel que pueden pertenecer a uno o varios Municipios, siendo la puerta de ingreso a la Red

de Servicios el establecimiento de primer nivel y la atención de emergencias y urgencias serán la excepción.

Existe un Coordinador responsable-técnico de la coordinación en los tres niveles de atención de la Red de Servicios y cuenta con un equipo técnico conformado al menos por un Profesional en Salud Pública, un Estadístico y un Conductor. La remuneración y gastos operativos del Coordinador y su Equipo estarán a cargo de la Prefectura correspondiente, a través del SEDES.

La estructura operativa del Modelo SAFCI está constituida por todos los recursos comunitarios e institucionales, que contribuyen a mejorar el nivel de salud de las familias de su área de influencia y fundamentada en las necesidades de la misma. Desarrollará servicios integrales de salud (promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de las personas, familias y comunidades en el ámbito de su jurisdicción).

El responsable técnico-administrativo del funcionamiento de la Red Municipal SAFCI, depende orgánica y funcionalmente del GAM y es responsable del cumplimiento de la planificación municipal de salud a través de compromisos de gestión. El perfil del responsable municipal de salud corresponde a un profesional de las ciencias de la salud, ciencias económicas y financiera o de ciencias sociales con experiencia en salud.

CAPÍTULO V EL SUMI EN EL GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE VIACHA

5.1. ANTECEDENTES

5.1.1. Fundación

La Provincia Ingavi fue creada el 18 de noviembre de 1842 y el Municipio de Viacha como su capital, y es a partir de la Ley de 5 de diciembre de 1906 en la presidencia de Ismael Montes cuando se eleva a Viacha a rango de Ciudad, el cual posee sitios turísticos como la iglesia pre-colonial de San Agustín ubicado en la plaza principal donde se encuentra la Virgen de Letanías, imagen diminuta del tamaño del dedo pulgar.

5.1.2. Historia

El Gobierno Autónomo Municipal (GAM) de Viacha es la Primera Sección de la Provincia Ingavi, connotada provincia del Departamento de La Paz aquella que en su época fue cuna de la importante civilización *Aymara* como de los *Urus*, fue parte del señorío *Aymara de Paca-Jacques*, hoy provincia Pacajes, al cual legó un extenso territorio en el Altiplano Boliviano.

La Provincia Ingavi, según documentos oficiales gubernamentales fue creada mediante un Decreto Supremo del 18 de noviembre de 1842, a objeto de solemnizar la *Batalla de Ingavi*, asimismo en dicho decreto en el Artículo Segundo establece que su Capital se trasladará al pueblo, que en adelante se titulará *Villa Viacha*.

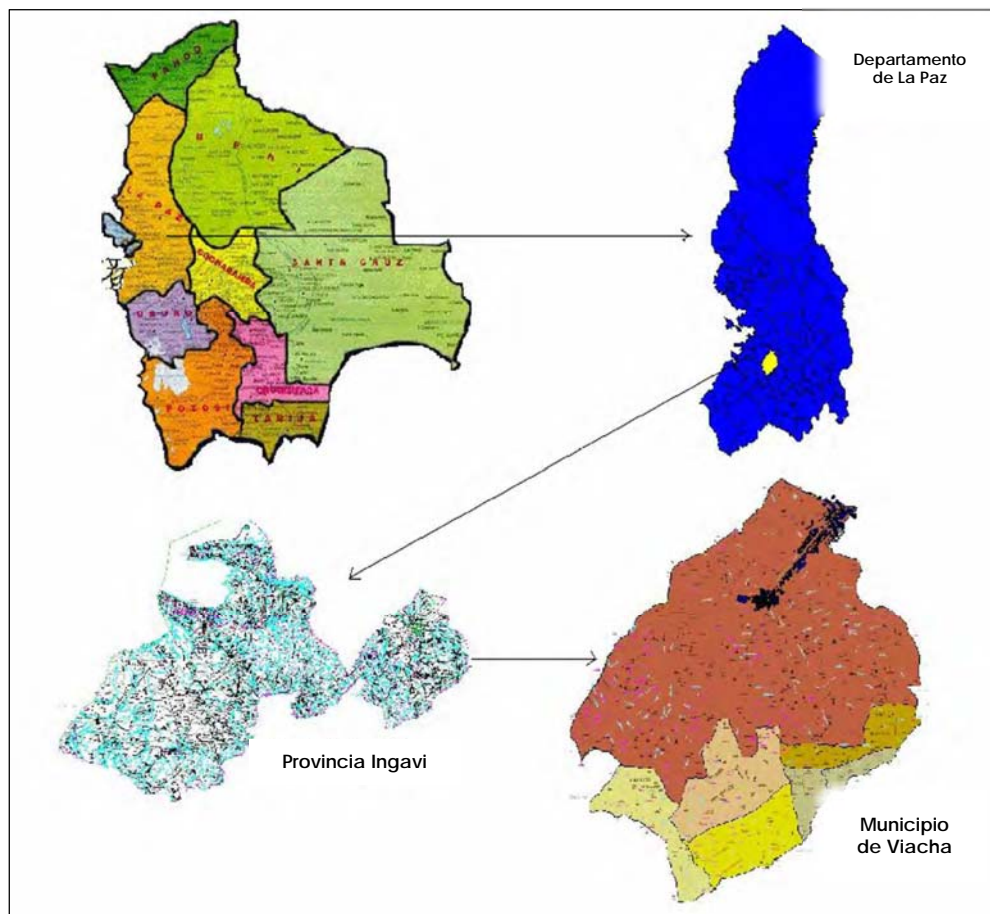
La incógnita de su nombre, escarbando en lo profundo del *Aymara* seguro relacionará el nombre con la *Wilancha*, ritual en el que se ofrendan animales a la

Pachamama, o con la “wila” por la sangre derramada en las batallas por la independencia.

5.1.3. Ubicación Geográfica

El GAM de Viacha es la Primera Sección de la Provincia Ingavi, del Departamento de La Paz, tiene como capital a la Ciudad de Viacha donde se encuentra la sede del GAM y forma parte del complejo Metropolitano del Departamento de La Paz, junto a los municipios de El Alto, La Paz, Achocalla, Palca, Mecapaca y Laja.

MAPA N° 1: MAPA DE BOLIVIA, DEPARTAMENTO DE LA PAZ, PROVINCIA INGAVI Y GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE VIACHA



Fuente y Elaboración: Plan de Desarrollo Municipal GAM de Viacha 2012 - 2016

Se encuentra en el área geográfica del Altiplano Sur del Departamento de La Paz, la misma es una llanura alta entre los 3500 a 4500 metros sobre el nivel del mar (msnm) que se extiende entre Bolivia y Perú, entre las Cordilleras Oriental y Occidental, cuyas direcciones corren paralelamente a la costa del Océano Pacífico. El municipio de Viacha geográficamente se halla comprendida entre los 16° 30' a 16° 56' de latitud Sur y 68° 8' a 68° 30' de longitud Oeste.

Los límites territoriales que presenta el Municipio en los cuatro puntos cardinales son:

CUADRO N° 6: LÍMITES TERRITORIALES DEL GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE VIACHA

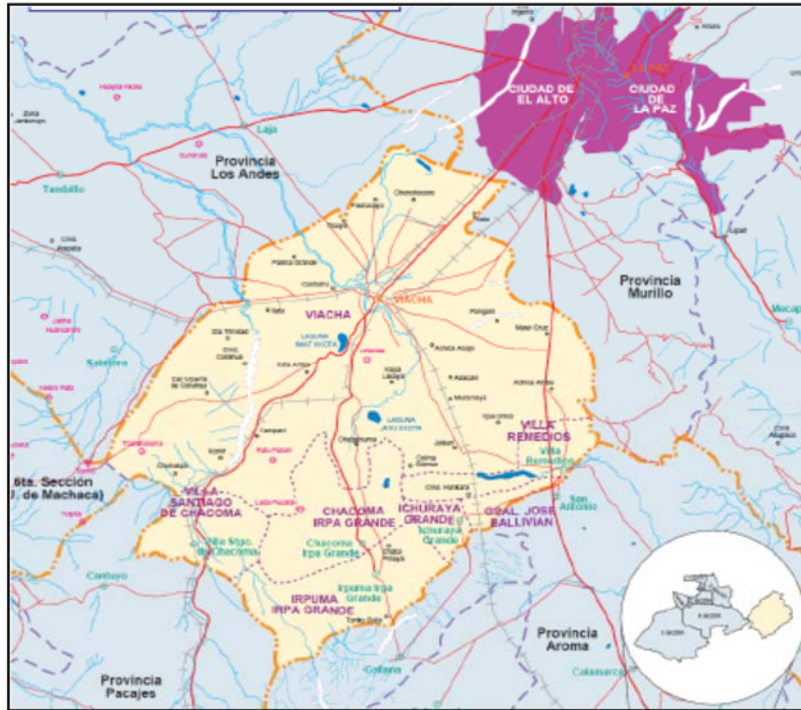
Puntos Cardinales	Secciones Municipales Límitrofes
Al Este:	5ta Sección Municipal (El Alto)
	3ra Sección Municipal (Achocalla)
	4ta Sección Municipal (Calamarca)
	7ma Sección Municipal (Collana)
Al Oeste:	4ta Sección Municipal (Comanche)
	5ta Sección Municipal (S. de Machaca)
	2da Sección Municipal (Laja)
Al Norte:	2da Sección Municipal (Laja)
	5ta Sección Municipal (El Alto)
Al Sur:	7ma Sección Municipal (Collana)
	4ta Sección Municipal (Comanche)

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal GAM de Viacha 2012 – 2016

Elaboración: Propia

La extensión de toda la provincia Ingavi es de 5.410 Km², y se encuentra dividida actualmente en 7 Gobiernos Autónomos Municipales (GAM's); anterior a esta división, el GAM de Viacha poseía una extensión de 4.380,33 Km² debido a que los actuales GAM's de San Andrés y Jesús de Machaca formaban parte de Viacha; luego de la división, el área geográfica municipal se redujo a 1.120,86 km², ocupando el 20,7% del territorio provincial.

MAPA N° 2: LÍMITES TERRITORIALES DEL GAM DE VIACHA



Fuente y Elaboración: PDM Gobierno Autónomo Municipal de Viacha 2012 - 2016

Actualmente la jurisdicción del Municipio, cuenta con 5 distritos (1, 2, 3, 6 y 7); de los cuales los distritos 1, 2 y 7 son prominentemente urbanos, el distrito 6 urbano rural y el Distrito 3 rural, cada uno de ellos con su respectivo Sub Alcalde y mantienen el orden distrital establecido en el año 1998.

CUADRO N° 7: DISTRITOS MUNICIPALES DEL GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE VIACHA, ANTES Y DESPUÉS DE SU DIVISIÓN

Distritos	1998	2005
Distrito 1 Zona Este	Si	Si
Distrito 2 Zona Oeste	Si	Si
Distrito 3 Marka Viacha	Si	Si
Distrito 4 Jesús de Machaca	Si	No
Distrito 5 San Andrés de Machaca	Si	No
Distrito 6 Parcial Arriba	Si	Si
Distrito 7 Zona Norte	Si	Si

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal GAM de Viacha 2007 – 2011

Elaboración: Propia

El GAM de Viacha en su distribución geográfica cuenta con zonas tanto urbanas como rurales, donde el área urbana de Viacha tiene una extensión aproximada de 1.120,86 Km², que se distribuyen entre los Distritos 1, 2, 6 y 7; y junto a las ciudades de La Paz, El Alto y los municipios de Laja, Achocalla, Mecapaca, Palca y Pucarani forman parte de la región “Metropolitana del Departamento de La Paz”, asimismo el área rural está conformada por las 63 comunidades originarias, que se agrupan en 9 Markas, y conforman la *Central Agraria Marka Viacha*; las cuales están conformado por las siguientes comunidades:

- **Marka Irpa Chico:** Jalsuri, Callisaya, Pan de Azúcar, Canaviri, Muroamaya, Villa Arriendo, Colina Blanca, Puente Arriba, Pocohota, Villa Remedios.
- **Marka Achica:** Achica Arriba, Llajmapampa, Masocruz, Pongoni, Villa Santa Chacoma, Achica Baja.
- **Marka Batallas De Ingavi:** Surusaya, Challajahuira, Choquenaira, Santa Rosa De Limani, Batalla de Ingavi, Granja Convento, Mamani, Chonchocoro, Charahuayto, Checachata, Viliroco y Humachua.
- **Marka Contorno:** Pacharaya, Sequechuro, Pallina Chico, Pallina Grande, Contorno Arriba, Contorno Bajo, Contorno Centro, Contorno Pallcoso, Pallina Centro, Contorno Letanías, Sequejahuira.
- **Marka Coniri:** Coniri Uncasuca, San Vicente De Collagua, Villa Ponguini, Quinamaya, Coniri Alto Chañojagua.
- **Marka Irpa Grande:** Toncopugio, Irpuma Grande, Chacoma Irpa Grande, Tacagua, Chuquiñuma Irpa Grande, Copalacaya, Mollojagua, Chojñapujio.
- **Marka Villa Santiago De Chacoma:** Villa Santiago De Chacoma, Chusñupa, Jequeri Rosapata, Chacoma Alta.
- **Marka Jacha Hilata:** Hilata San Jorge, Hilata Santa Trinidad, Hilata Arriba, Hilata Centro.

- **Marka Villa Ancara:** Ancara, Villa Ancara, Hichuraya Grande, Hichuraya Alta.

5.1.4. Población

La población existente en el GAM de Viacha de acuerdo a datos finales del Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2012, proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y enmarcado en el Decreto Supremo N°2078 de 13 de agosto de 2014³⁴, es de 80.724 habitantes; sin embargo, según los últimos datos proporcionados por el Municipio de Viacha para la gestión 2013 cuentan con una población actual de 83.161 habitantes.

CUADRO N° 8: POBLACIÓN DEL GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE VIACHA, SEGÚN CENSOS 2001 Y 2012

Departamento, Provincias y Secciones	CENSO 2001	CENSO 2012
Primera Sección - Viacha	46.596	80.724

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas – CENSOS 2001 y 2012

Elaboración: Propia

* La población del CENSO 2001 sólo considera los actuales 5 Distritos (1, 2, 3, 6 y 7) del GAM de Viacha.

La población del GAM de Viacha aumentó en estos últimos 12 años, de 46.596 habitantes del CNPV de 2001 (no incluye la población de los GAM's de San Andrés y Jesús de Machaca recientemente creados) a más de 80.724 habitantes para el último censo de la gestión 2012, lo que indicaría que habría crecido en un 57,72% respecto al anterior censo.

³⁴ Según el Artículo Único.- La información del Censo Nacional de Población y Vivienda 2012, contenida en la base de datos versión final aprobada por el Instituto Nacional de Estadística - INE a través de la Resolución Administrativa N° DGE/080/2014, de 30 de junio de 2014, constituye la información oficial sobre población del Estado Plurinacional de Bolivia.

En el siguiente cuadro se presenta la estructura de acuerdo al sexo, población y porcentaje de población para el periodo 2001 – 2012 del GAM de Viacha, el cual hace referencia al crecimiento de la población femenina respecto la masculina, de 23.119 habitantes equivalente al 49,62% en 2001, a 41.029 habitantes equivalente al 50,83% para la gestión 2012, mostrando de esta manera que la población masculina es ligeramente menor en 1,21% a la femenina.

CUADRO N° 9: POBLACIÓN Y PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE ACUERDO AL SEXO DEL GAM DE VIACHA, SEGÚN CENSOS 2001 Y 2012

CENSO 2001			CENSO 2012		
Sexo	Población	% Población	Sexo	Población	% Población
Hombre	23.477	50,38%	Mujer	41.029	50,83%
Mujer	23.119	49,62%	Hombre	39.695	49,17%
Total	46.596	100,00%	Total	80.724	100,00%

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas – CENSOS 2001 y 2012

Elaboración: Propia

El cuadro N° 8 muestra un análisis de la estructura de la población según edad, que se basa en la distribución de la población en grandes grupos de edad del GAM de Viacha. En los estudios de población se señala que una población es “joven” cuando la proporción de menores de 15 años alcanza a alrededor de 40% respecto a la población total y los mayores de 65 años, constituyen menos del 5%. Una población “vieja” tiene, en general, una proporción de menores de 15 años cercana a 20% de la población total y una proporción de personas de edad avanzada cercana o mayor a 10% de la población total.

Según el cuadro, nos demuestra que la población del GAM de Viacha tiene una estructura “joven” por el significativo porcentaje de personas de menores de 15 años y el menor porcentaje de personas de 65 y más años. En la gestión 2001, los menores de 15 años alcanzaron un porcentaje de alrededor del 40% de la población total y las personas de 65 años o más de edad en ningún caso llegaron a constituir el 10% de la población total. Sin embargo en el año 2012 el porcentaje de menores

de 15 años disminuye a cerca de 30% y el de mayores de 65 años disminuye a 6,66%.

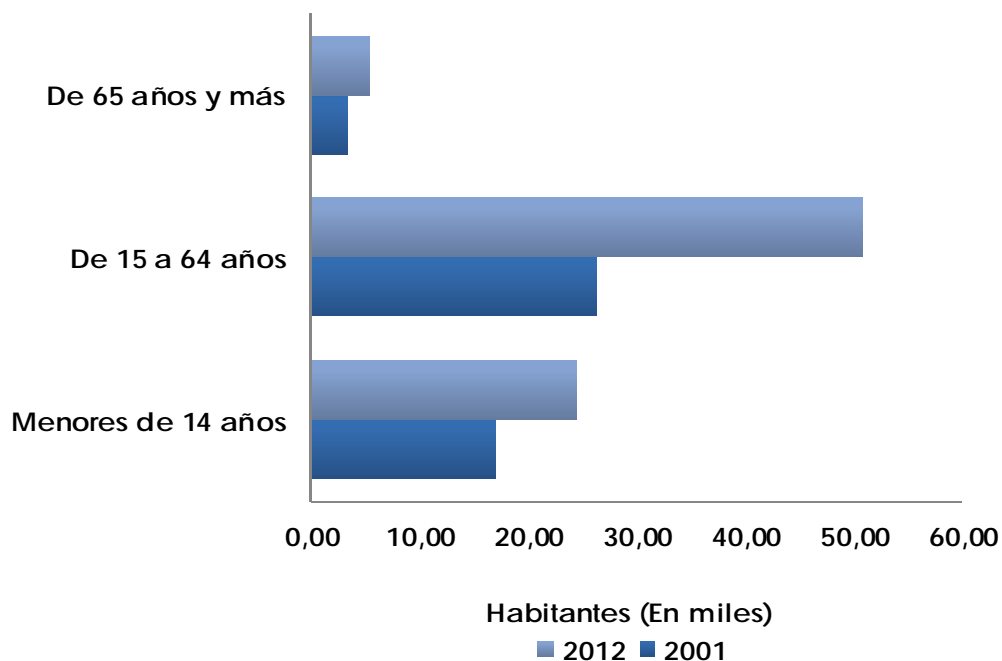
CUADRO N° 10: ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN SEGÚN GRANDES GRUPOS DE EDAD DEL GAM DE VIACHA, CENSOS 2001 Y 2012

Grupos de Edad	2001	% Pob. 2001	2012	% Pob. 2012
Menores de 14 años	17.048	36,59%	24.434	30,27%
De 15 a 64 años	26.251	56,34%	50.912	63,07%
De 65 años y más	3.297	7,08%	5.378	6,66%

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE)

Elaboración: Propia

**GRÁFICO N° 1
GAM DE VIACHA – ESTRUCTURA DE LS POBLACIÓN, SEGÚN GRANDES GRUPOS DE EDAD, CENSOS 2001 Y 2012**



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE)

Elaboración: Propia

5.2. ANÁLISIS DE LOS RECURSOS DESTINADOS POR LEY AL SUMI EN EL GAM DE VIACHA

5.2.1. Coparticipación Tributaria

Los recursos de la Coparticipación Tributaria (CT), son las transferencias que realiza el Tesoro General de la Nación provenientes de los Ingresos Nacionales (impuestos) y que están destinados para el cumplimiento de las competencias establecidas por ley. Los GAM's perciben el 20% de la recaudación efectiva de las rentas nacionales, y los mismos se distribuyen en función del número de habitantes de cada jurisdicción municipal, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 1551 de Participación Popular.

Asimismo, la Ley N° 2426, del Seguro Universal Materno Infantil – SUMI, indica que los GAM's deben destinar el 10% de los recursos percibidos por concepto de CT, para cubrir los gastos en insumos, servicios no personales y medicamentos esenciales, vinculados exclusivamente con las prestaciones del SUMI que son otorgados en establecimientos y centros de salud de cualquier nivel al que pertenezcan.

5.2.1.1. Presupuesto para las Gestiones 2003 – 2013

El GAM de Viacha para cada ejercicio fiscal presupuesta como un gasto específico el 10% de los recursos de Coparticipación Tributaria (CT), al Seguro Universal Materno Infantil – SUMI, que entró en vigencia desde el año 2003 y está destinado al financiamiento de insumos, servicios no personales y medicamentos esenciales vinculados exclusivamente con las prestaciones del SUMI.

Este presupuesto como se puede apreciar en el Cuadro N° 10, se ha ido incrementando a lo largo de estos últimos once años de gestión del SUMI, pudiéndose destacar el comportamiento económico y poblacional que tuvo en el

GAM de Viacha, mismo que mostró una considerable evolución en los Techos Presupuestarios de los recursos de CT para cada gestión.

**CUADRO N° 11: GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE VIACHA
SUMI 2003 – 2013
(En Bolivianos)**

Gestión	Presupuesto Inicial (Coparticipación Tributaria)	SUMI
2003	10.243.598	717.052
2004	11.114.699	889.176
2005	12.819.316	1.281.932
2006	10.546.463	1.054.646
2007	14.011.411	1.401.141
2008	16.476.247	1.647.625
2009	22.571.968	2.257.197
2010	18.679.392	1.867.939
2011	21.607.824	2.160.782
2012	22.248.985	2.224.898
2013	27.310.571	2.731.057
Total	187.630.474	18.233.445

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas Públicas – MEFP

Elaboración: Propia

5.2.1.2. Evolución de los recursos asignados al SUMI

El grafico N° 2, muestra la evolución de los recursos destinados al Seguro Universal Materno Infantil – SUMI proveniente de los recursos de Coparticipación Tributaria (CT) desde los años 2003 al 2013 en el municipio de Viacha, mismos que para la gestión 2003 empezaron con 0,72 millones de bolivianos equivalentes al 7%³⁵ del techo presupuestario de CT, el 2004 0,89 millones de bolivianos

³⁵ Resolución Biministerial N° 003 de 25 de junio de 2003, Reglamento de la Cuenta Municipal de Salud – SUMI. Artículo 3° ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS La Cuenta Municipal de Salud – SUMI administra los siguientes recursos:

- I. Recursos de Coparticipación tributaria Municipal, de acuerdo a la siguiente asignación:
 - a) 7% en la gestión 2003 para cubrir las prestaciones del SUMI.

equivalentes al 8%, y es a partir del 2005, que el porcentaje del 10% se hizo continuo hasta la gestión 2013 en el cual se presupuestaron 2,73 millones de bolivianos que están destinados para cubrir las prestaciones del SUMI.

CUADRO N° 12: PRINCIPALES PRESTACIONES DEL SUMI UTILIZADAS EN EL GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE VIACHA

1. Consulta prenatal	18. Várices
2. Anemia y embarazo	19. Hemorroides
3. Emesis del embarazo	20. Infección urinaria
4. Atención del parto y del recién nacido por personal de salud en el servicio	21. Atención al Recién Nacido
5. Atención del parto por personal de salud en domicilio	22. Infecciones locales del Recién Nacido
6. Inducción y/o conducción de parto (embarazo post término y fetomuerto)	23. Consulta externa integral al Recién Nacido (menores de cinco años) y la Atención Integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia clínico
7. Desgarro de cuello uterino post parto	24. Uretritis y cistitis aguda
8. Anticoncepción en el post parto	25. Cólico renal
9. Consulta del puerperio	26. Reanimación del Recién Nacido
10. Consulta posparto hasta los seis meses después del parto e interconsulta con otras especialidades	27. Tratamiento pre referencial (Atención Integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia neonatal)
11. Prevención de las hemorragias de la primera mitad del	28. Heridas
12. Tuberculosis (consulta y tratamiento)	29. Troboplebitis superficial
13. Rubéola	30. Faringoamigdalitis aguda
14. Varicela	31. Asma bronquial
15. Sarcoptosis	32. Colposcopia
16. Rabia	33. Contusiones

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas Públicas – MEFP

Elaboración: Propia

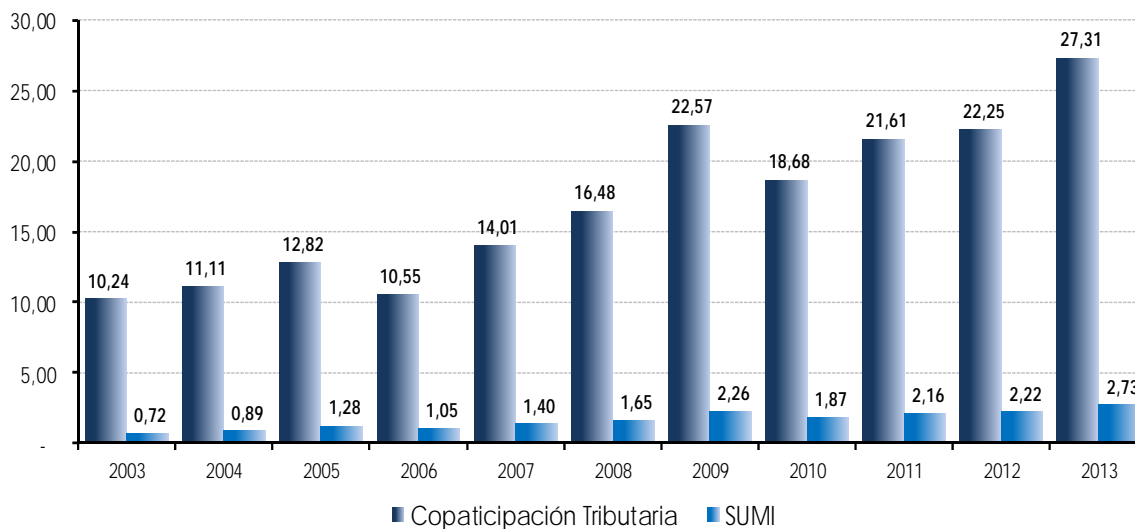
Asimismo, cabe señalar que en anteriores gestiones el presupuesto de las Entidades Territoriales Autónomas (ETA's) no estaba considerado en el Presupuesto General del Estado (PGE), conforme a lo establecido en el Artículo 321³⁶ de la Constitución Política del Estado (CPE) de 07 de febrero de 2009. Por esta razón el GAM de Viacha financiaba con otras fuentes y organismos las prestaciones del SUMI, mismas que se verán reflejadas en la ejecución.

b) 8% en la gestión 2004 para cubrir las prestaciones del SUMI.

c) 10% a partir de la gestión 2005 para cubrir las prestaciones del SUMI.

³⁶ Constitución Política del Estado de 07 de febrero de 2009, Artículo 321° I. La administración económica y financiera del Estado y de todas las entidades públicas se rigen por su presupuesto.

GRÁFICO N° 2
RECURSOS DE COPARTICIPACIÓN TRIBUTARIA – SUMI
GESTIONES 2003 – 2013
(En Millones de Bolivianos)



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas Públicas – MEFP

Elaboración: Propia

*7% en la Gestión 2003 para cubrir las prestaciones SUMI

**8% en la Gestión 2004 para cubrir las prestaciones SUMI

***10% a partir de la Gestión 2005 hasta la Gestión 2013 para cubrir las prestaciones SUMI

5.2.1.3. Ejecución Presupuestaria

La ejecución presupuestaria, es el registro de aquellos recursos efectivamente captados, recaudados u obtenidos durante el ejercicio de cada gestión fiscal (ejecución de los ingresos), cotejados con el registro contable de los gastos devengados (compromiso con obligación jurídica de pago) durante la misma gestión (ejecución de gastos).

Para la ejecución de gastos destinados al pago de las prestaciones del SUMI dentro del período 2003 – 2013 en el presupuesto del GAM de Viacha, se consideró sólo el Presupuesto Vigente y el Ejecutado de aquellos recursos que estaban registrados en el programa 20 “Servicios de Salud” y la actividad 002 “Seguro Universal Materno Infantil - SUMI”, la ejecución presupuestaria total del

SUMI de los últimos 11 periodos tuvo un promedio de 50,4%, como indica el siguiente cuadro:

**CUADRO N° 12: EJECUCIÓN DE GASTOS DEL SUMI 2003 - 2013
(Expresado en Bolivianos)**

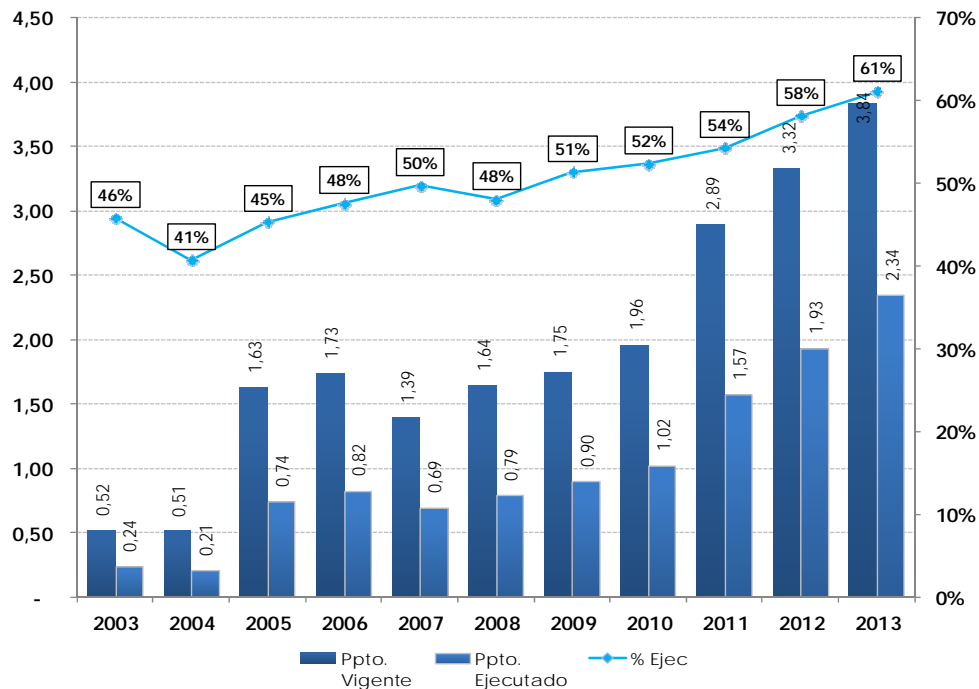
Gestión	Ppto. Vigente	Ppto. Ejecutado	% Ejec
2003	517.052,00	236.620,00	45,8%
2004	511.176,00	207.922,76	40,7%
2005	1.628.759,91	738.400,50	45,3%
2006	1.732.783,85	824.097,30	47,6%
2007	1.393.172,60	692.193,20	49,7%
2008	1.641.865,40	788.598,60	48,0%
2009	1.747.479,22	896.494,32	51,3%
2010	1.955.210,33	1.023.185,08	52,3%
2011	2.893.618,00	1.569.817,00	54,3%
2012	3.324.029,00	1.932.051,55	58,1%
2013	3.836.011,00	2.342.057,00	61,1%
Total	21.181.157,31	11.251.437,31	50,4%

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas Públicas – MEFP

Elaboración: Propia

Como se aprecia en el cuadro N° 12, la ejecución presupuestaria en los primeros seis años de implementación del SUMI no superaron el 50%, esto debido a diferentes factores, entre las que tuvieron mayor incidencia serían los conflictos de gobernabilidad que generaron inestabilidad en la gestión municipal, vale decir que no se desarrollaron con normalidad en las actividades del municipio.

GRÁFICO N° 3
EJECUCIÓN DE GASTOS DEL SUMI 2003 – 2013
 (En Millones de Bolivianos y Porcentaje)



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas Públicas – MEFP

Elaboración: Propia

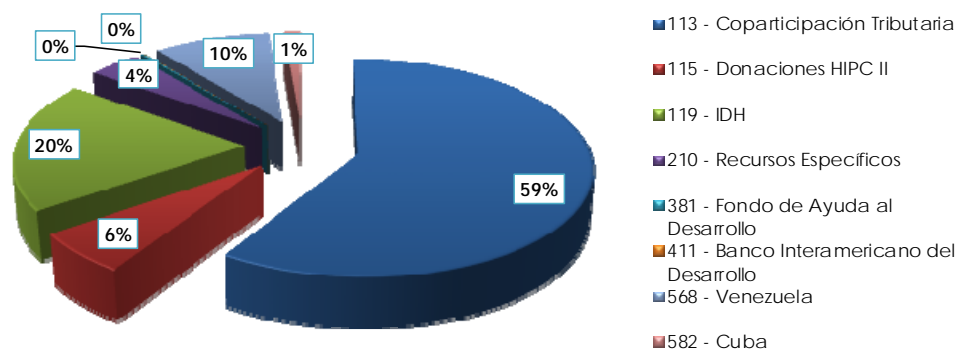
En el gráfico N° 3, se puede ver que la ejecución presupuestaria de los 11 años de gestión del SUMI en el GAM de Viacha, asimismo se desprende que en el año 2003 inicia con Bs236.620.- de ejecución presupuestaria y en el año 2004 desciende a un monto de Bs207.922,76, que luego paulatinamente se iría incrementando hasta el año 2013 llegando a un monto de Bs2.342.057.- que estaría influenciado por la ampliación de las prestaciones otorgadas.

Esta ejecución deficiente de gastos destinados al SUMI estaría compuesta por varios factores, entre ellas se encontraría la forma de cómo se realizaba la asignación de recursos y el desconocimiento por parte de los beneficiarios a cerca del concepto, características e información de las prestaciones que brinda el SUMI posiblemente porque la campaña de lanzamiento tuvo corta duración y no llegó a todos los lugares dentro el municipio.

Según información proporcionada por el GAM de Viacha, en la gestión 2003 dentro el presupuesto del programa de salud, todavía se continuaba cancelando deudas del Seguro Básico de Salud a los diferentes Centros y Postas de Salud, previa presentación de los Certificados Agregados de Prestaciones Otorgadas, de aquellos montos devengados al mes de diciembre de 2002, por otro lado el techo presupuestario del 7% de los recursos de CT destinados al SUMI, no estaban considerados en su totalidad, lo que indicaría una ejecución menor al 50%.

Otro de los factores para que la ejecución de los primeros años del SUMI no llegue ni al 50% en el municipio de Viacha, es que en los años 2004 a 2008 no presupuestaban el porcentaje establecido de acuerdo a la Ley N° 2426, y además el pago de las prestaciones también estaban cubiertas con otras fuentes y organismos financiadores como indica el gráfico N° 4, en el cual aparte del 59% perteneciente a CT, el 41% estaba compuesto por recursos del Impuesto Directo a los Hidrocarburos, de Donaciones HIPC II, del Fondo de Ayuda al Desarrollo (España), de la República Bolivariana de Venezuela y de Cuba.

GRÁFICO N° 4
PARTICIPACIÓN DE LOS RECURSOS EN EL PROGRAMA 20 “SERVICIOS DE SALUD” ACUMULADO 2003 – 2013
(En Porcentaje)



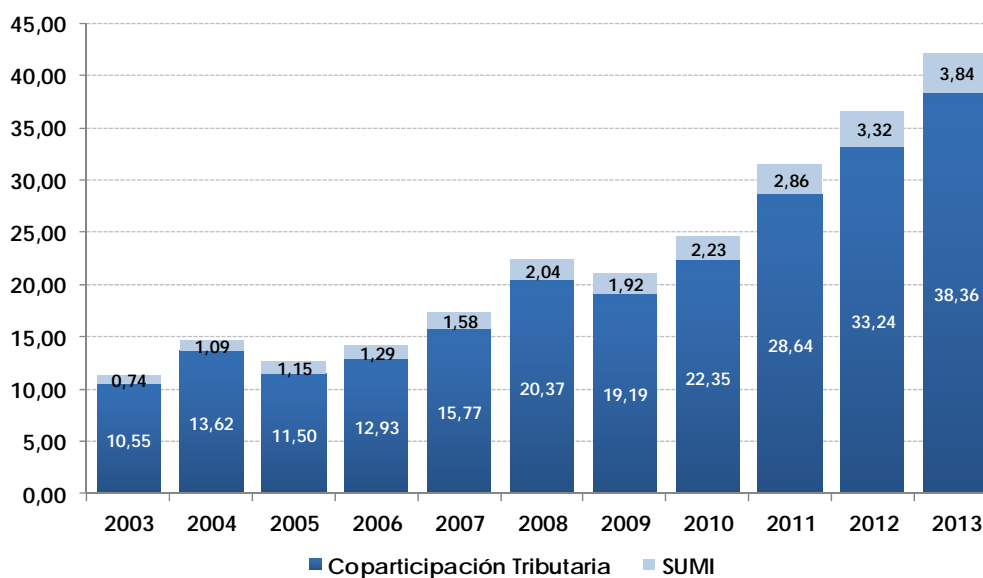
Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas Públicas – MEFP

Elaboración: Propia

5.2.2. Transferencias Anuales al SUMI

Los recursos de Coparticipación Tributaria, de acuerdo a lo establecido en la Ley de Participación Popular N° 1551, el 20% de los ingresos nacionales están destinados a los GAM's, los cuales se distribuyen en función al número de habitantes que existen en cada uno de ellos. En este sentido, de acuerdo a la clasificación municipal por población el GAM de Viacha es uno de los municipios considerado de Categoría “D”, por lo que el ingreso que perciben por este concepto tiene un impacto significativo en el presupuesto del GAM.

GRÁFICO N° 5
TRANSFERENCIAS DEL SUMI EN RELACIÓN A LAS TRANSFERENCIAS DE
COPARTICIPACIÓN TRIBUTARIA GESTIONES 2003 – 2013
(En Millones de Bolivianos)



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas Públicas – MEFP

Elaboración: Propia

De acuerdo al gráfico N° 5, los desembolsos realizados desde el Nivel Central del Estado por concepto de Coparticipación Tributaria (CT) a la Cuenta Municipal habilitada para el financiamiento del SUMI en el GAM de Viacha, el año 2003 fue del 7% anual, equivalente a 0,74 millones de bolivianos de los 10,55 millones de

bolivianos que se transfirieron en la cuenta de CT, en el 2004 al igual que la gestión anterior, la transferencia aumentó a 8% que era igual a 1,09 millones de bolivianos de los 13,62 millones de bolivianos transferidos a CT.

Y es a partir del año 2005, donde la transferencia de recursos al SUMI es del 10% el cual para esa gestión era equivalente a 1,15 millones de bolivianos de los 11,50 de CT, los mismos que se irían incrementando hasta llegar para la gestión 2013 a 3,84 millones de bolivianos de los 38,36 millones de bolivianos destinados a CT.

5.2.3. Remanentes y Saldos de Caja y Bancos del SUMI

Los remanentes del SUMI, están conformados por los recursos sobrantes de las prestaciones otorgadas del SUMI, es decir que si no se realiza la entrega del paquete de prestaciones de manera completa al usuario porque este no lo requiere, la diferencia se convertiría en remanente.

Los Saldos de Caja y Bancos, son los montos existentes de saldos de cuentas corrientes fiscales de los GAM's (y otras instituciones Estatales) y los saldos en caja al final de cada gestión fiscal, los cuales sólo se podrán incorporar al presupuesto de recursos de la siguiente gestión una vez que los mismos se determinen al cierre del ejercicio presupuestario correspondiente, y podrán ser utilizados para financiar los gastos aprobados o para incrementar el total del presupuesto de gastos.

En el cuadro N° 13, se puede apreciar los Saldos de Caja y Bancos y los remanentes del SUMI en el GAM de Viacha, los mismos que indican que el total de remantes registrados de las gestiones 2003 a 2013 es de 15.683.497,70 millones de bolivianos equivalentes al 50,6% de total de Saldos de Caja y Bancos de la Cuenta Municipal de Salud – SUMI, que para las mismas gestiones registró 31.099.601,40 millones de bolivianos.

**CUADRO N° 13: REMANENTES Y SALDOS DE CAJA Y BANCOS
DE LA CUENTA MUNICIPAL DE SALUD – SUMI
2003 - 2013
(Expresado en Bolivianos y en Porcentaje)**

Gestión	Remanentes	Saldos de Caja y Bancos - CMS SUMI	% Del Total de la CMS-SUMI
2003	759.717,36	1.542.362,49	49,26%
2004	913.253,24	1.834.366,66	49,79%
2005	1.390.359,51	2.217.385,21	62,70%
2006	1.408.686,55	2.942.774,47	47,87%
2007	1.000.593,80	2.493.152,69	40,13%
2008	1.173.266,80	2.811.508,78	41,73%
2009	1.395.863,14	3.202.561,30	43,59%
2010	1.232.025,25	3.927.950,56	31,37%
2011	1.923.801,00	3.478.328,78	55,31%
2012	2.091.977,45	3.159.972,69	66,20%
2013	2.393.953,60	3.489.237,77	68,61%
Total	15.683.497,70	31.099.601,40	50,60%

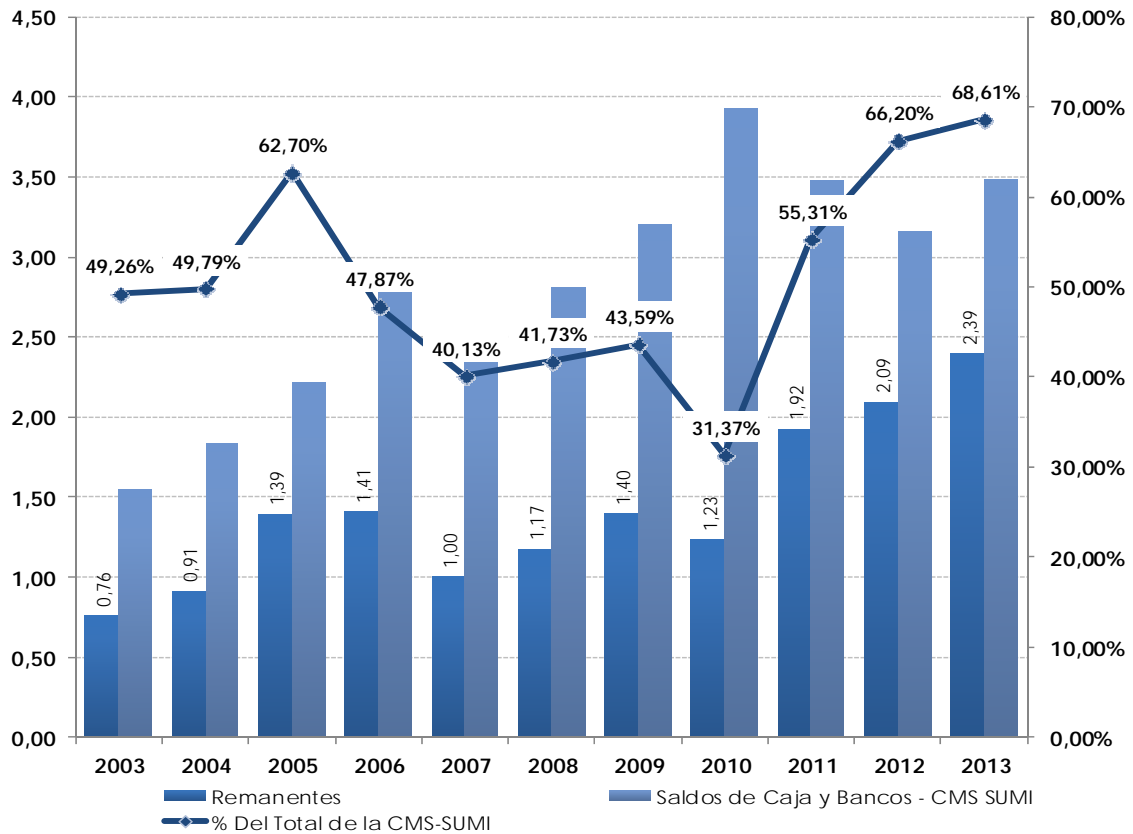
Fuente: Dirección Financiera GAM de Viacha

Elaboración: Propia

El municipio de Viacha para la inscripción de los Saldos de Caja y Bancos y los remanentes de la Cuenta Municipal de Salud (CMS) – SUMI, hasta la gestión 2012 los presentaban en el Reformulado del Presupuesto General del Estado de cada gestión (otro factor que influenciaría en la baja ejecución) considerando la proyección de saldos en cuentas bancarias al 31 de diciembre de cada gestión y en función a la ejecución presupuestaria programada, sin embargo a partir del año 2013 su incorporación podía realizarse a partir del primer día hábil de la gestión fiscal hasta el 31 de diciembre.

El gráfico N° 6, muestra la evolución de los Saldos de Caja y Bancos y remanentes del SUMI, donde los remanentes para las gestiones 2003, 2004, 2006 a 2010 son menores al 50% del total de la CMS – SUMI, y en para los años 2005, 2011 a 2013 casi alcanzaron el 70%. Estos recursos el GAM de Viacha en cada gestión fiscal los destinaba a inversión en infraestructura sanitaria y saneamiento básico.

GRÁFICO N° 6
REMANENTES Y SALDOS DE CAJA Y BANCOS DE LA
CUENTA MUNICIPAL DE SALUD – SUMI
GESTIONES 2003 – 2013
(En Millones de Bolivianos y Porcentaje)



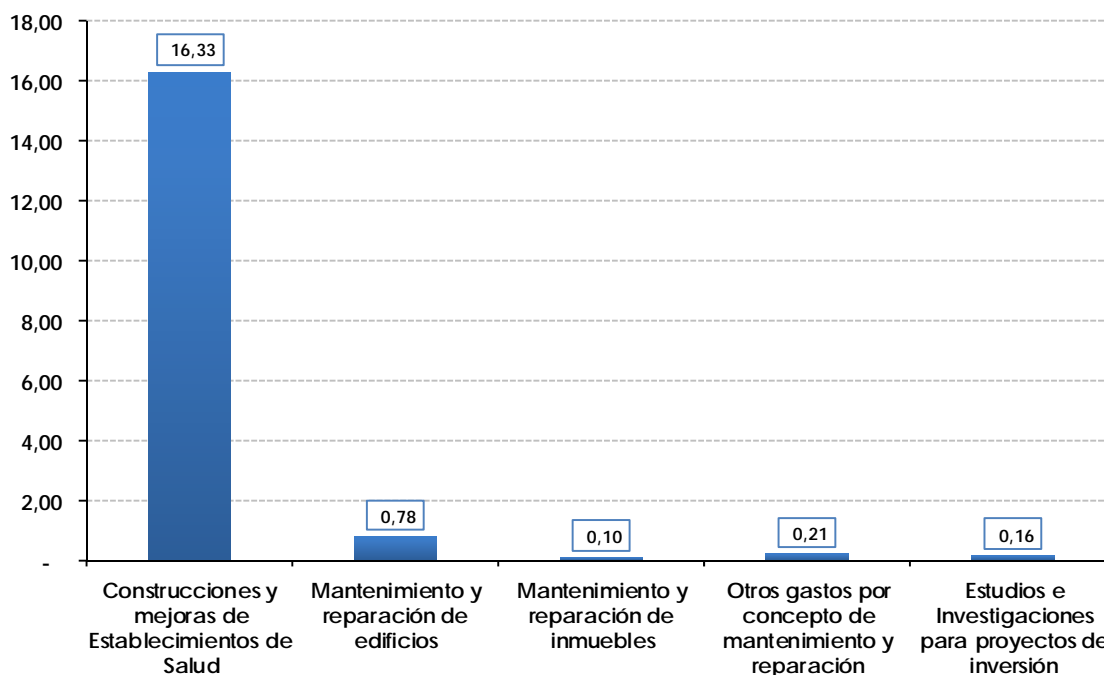
Fuente: Dirección Financiera GAM de Viacha
 Elaboración: Propia

El municipio de Viacha desde 2003 – 2013 a destinado 16,33 millones de bolivianos para nuevas construcciones y mejoras de establecimientos de salud (al inicio de la implementación del SUMI en el año 2003 contaba con cuatro centros de salud de 1er. Nivel y para el año 2013 ya cuenta con diez establecimientos de salud de los cuales uno es de 2do. Nivel).

El resto de gastos a los que se refiere el gráfico N° 7, fueron programados para el mantenimiento y refacción de los centros y puestos de salud por cerca de 1,09 millones de bolivianos, asimismo, se realizaron los respectivos estudios e

investigaciones de los terrenos para la construcción de los nuevos establecimientos de salud.

GRÁFICO N° 7
GASTOS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y REFACCIÓN
DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL GAM DE VIACHA 2003 – 2013
(Expresado en Bolivianos)



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas Públicas – MEFP
Elaboración: Propia

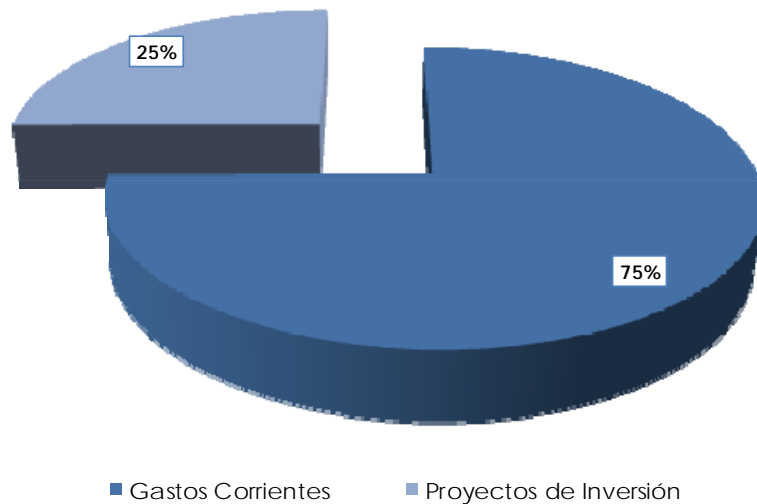
5.2.4. Destino del gasto dentro del Programa 20 “Servicios de Salud”

Entre el 2003 y 2013 el municipio programó en el presupuesto inicial del programa 20 “Servicios de Salud” aproximadamente Bs45.690.218.-, y como se indicó en un acápite anterior los Saldos de Caja y Bancos y los remanentes del SUMI se los inscribía dentro el mismo programa, los cuales al igual que en el presupuesto inicial podían estar destinados a Gasto Corriente o de Capital (Inversión Pública).

En el gráfico N° 8, el GAM de Viacha de acuerdo al presupuesto vigente del periodo 2003 – 2013 muestra que el destino del gasto por tipo de gasto dentro del

programa de salud está destinando un 25% a proyectos de inversión (gasto de capital) y el 75% a gasto corriente.

GRÁFICO N° 8
DESTINO DEL GASTO PROGRAMA 20 “SERVICIOS DE SALUD”
ACUMULADO 2003 – 2013
(En Porcentaje)



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas Públicas – MEFP

Elaboración: Propia

El cuadro N° 14, indica la ejecución del gasto en el programa de salud del GAM de Viacha de acuerdo a la Inversión Pública (Gasto de Capital) y al Gasto Corriente, el porcentaje ejecutado del Total del Presupuesto alcanza un 57% de ejecución para el periodo 2003 – 2013 equivalente a 59,56 millones de bolivianos, si se realiza el mismo análisis el porcentaje de ejecución en inversión pública (gasto de capital) es de 62% igual a 14,75 millones de bolivianos y en gasto corriente alcanza un 56% de ejecución equivalente a 44,81 millones de bolivianos.

**CUADRO N° 14: EJECUCIÓN DE GASTOS DEL
PROGRAMA 20 "SERVICIOS DE SALUD"
2003 – 2013
(Expresado en millones de Bolivianos)**

Gestión	Inversión Pública			Gasto Corriente			Total Presupuesto		
	Vigente	Ejecutado	% Ejec	Vigente	Ejecutado	% Ejec	Vigente	Ejecutado	% Ejec
2003	0,96	0,43	45%	2,23	1,06	47%	3,19	1,49	47%
2004	1,15	0,65	57%	2,10	1,13	54%	3,25	1,78	55%
2005	0,41	0,24	60%	2,48	1,52	61%	2,89	1,77	61%
2006	3,06	1,98	65%	6,31	2,70	43%	9,37	4,68	50%
2007	4,65	3,39	73%	8,54	4,82	56%	13,19	8,20	62%
2008	1,56	1,16	74%	7,58	3,73	49%	9,14	4,90	54%
2009	1,35	0,90	67%	9,00	4,95	55%	10,35	5,85	57%
2010	1,74	0,99	57%	9,25	5,39	58%	11,00	6,38	58%
2011	3,22	1,79	56%	8,71	5,08	58%	11,94	6,87	58%
2012	2,48	1,49	60%	10,35	7,20	70%	12,83	8,69	68%
2013	2,61	1,72	66%	11,77	7,23	61%	14,38	8,95	62%
Total	23,19	14,75	62%	78,33	44,81	56%	101,52	59,56	57%

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas Públicas – MEFP

Elaboración: Propia

En el gráfico N° 9, muestra el destino del gasto del municipio de Viacha que ha presupuestado en el programa de salud en el periodo 2003 a 2013, donde ha destinado el 53% al grupo de gasto 20000 “Servicios no Personales”³⁷ que está conformada por el gasto en bienes y servicios destinados principalmente a la adquisición de materiales y suministros, pago de servicios básicos, pago de alquileres, mantenimiento y reparaciones entre otros.

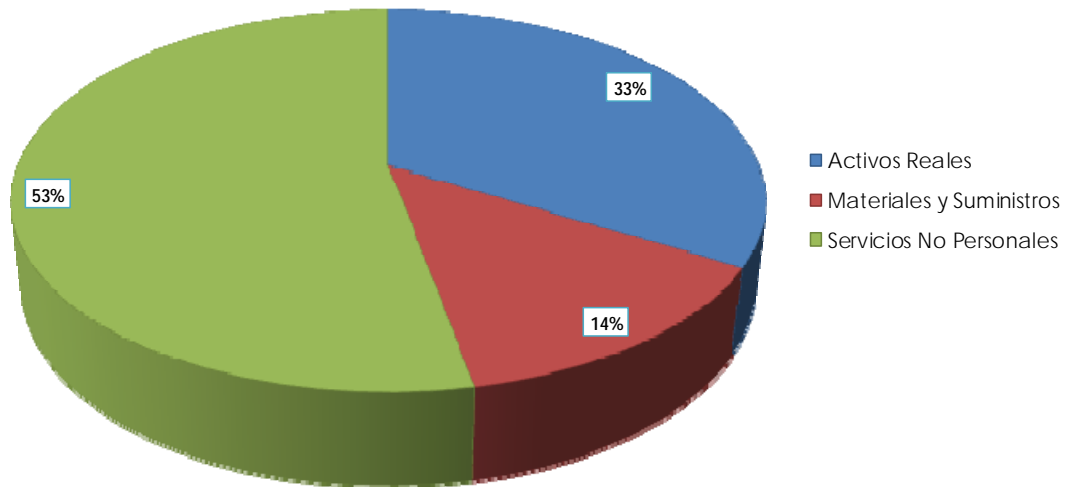
El 33% pertenece al grupo de gasto 30000 “Materiales y Suministros”³⁸ que comprende la adquisición de artículos, materiales y bienes, y el 14% al grupo de

³⁷ “20000 Servicios no Personales” definido en las Directrices y Clasificadores Presupuestarios 2014, como gastos para atender los pagos por la prestación de servicios de carácter no personal, el uso de bienes muebles e inmuebles de terceros, así como por su mantenimiento y reparación. Incluye asignaciones para el pago de servicios profesionales y comerciales prestados por personas naturales o jurídicas y por instituciones públicas o privadas.

³⁸ “30000 Materiales y Suministros” definido en las Directrices y Clasificadores Presupuestarios 2014, como la adquisición de artículos, materiales y bienes que se consumen o cambian de valor durante

gasto 40000 “Activos Reales”³⁹, que son gastos para la adquisición de bienes duraderos, construcción de obras, compra de maquinaria y equipos.

GRÁFICO N° 9
DESTINO DEL GASTO POR OBJETO DE GASTO EN EL
PROGRAMA 20 “SERVICIOS DE SALUD” ACUMULADO 2003 – 2013
(En Porcentajes)

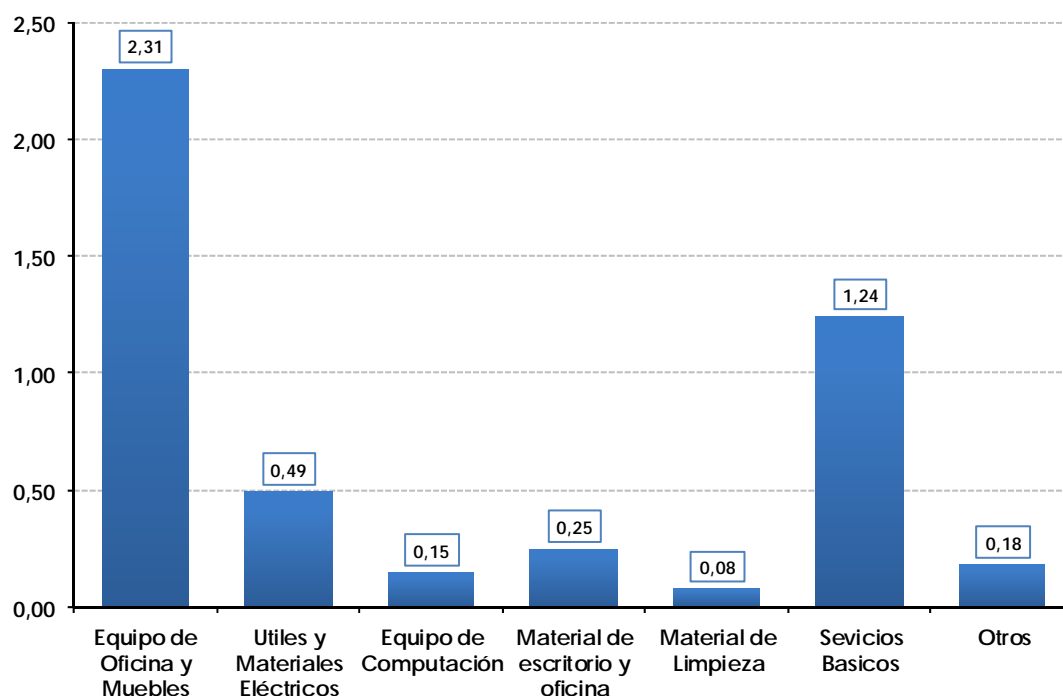


Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas Públicas – MEFP
Elaboración: Propia

la gestión. Se incluye los materiales que se destinan a conservación y reparación de bienes de capital.

³⁹ “40000 Activos Reales” definido en las Directrices y Clasificadores Presupuestarios 2014, como gastos para la adquisición de bienes duraderos, construcción de obras por terceros, compra de maquinaria y equipo y semovientes. Se incluyen los estudios, investigaciones y proyectos realizados por terceros y la contratación de servicios de supervisión de construcciones y mejoras de bienes públicos de dominio privado y público, cuando corresponda incluirlos como parte del activo institucional. comprende asimismo los activos intangibles.

GRÁFICO N° 10
GASTO CORRIENTE DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
DEL GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE VIACHA
GESTIONES 2003 – 2013
(Expresado en Millones de Bolivianos)



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas Públicas – MEFP

Elaboración: Propia

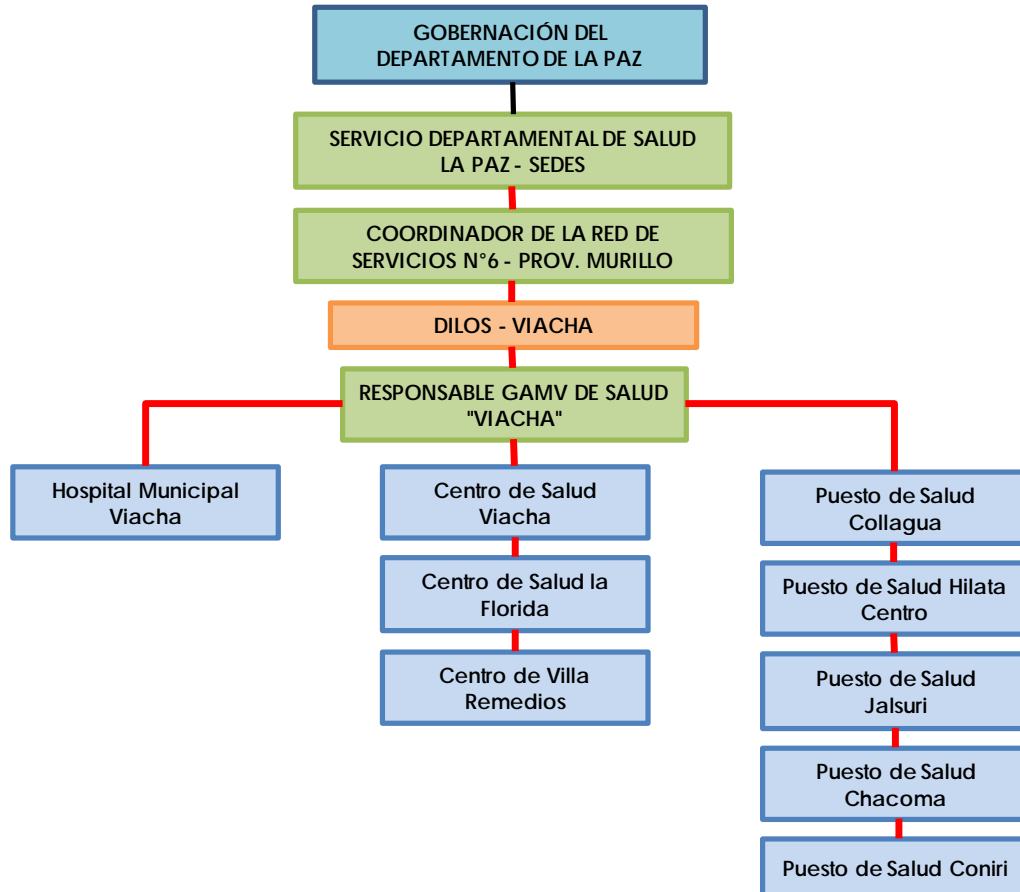
5.3. INDICADORES DE SALUD EN EL GAM DE VIACHA

5.3.1. Estructura

5.3.1.1. Estructura Organizacional

La Red Municipal de Salud del GAM de Viacha está conformada de acuerdo a lo establecido en el Decreto Supremo N° 29601, del Modelo de Atención y Gestión en Salud, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), siendo su estructura la siguiente:

GRÁFICO N° 10
ORGANIGRAMA DE LA RED N° 6 DE SALUD
GAM DE VIACHA



Fuente: Plan de Desarrollo Municipal 2012 – 2016 GAM de Viacha

5.3.1.2. Infraestructura y Equipamiento

El GAM de Viacha al inicio de la implementación del SUMI en el año 2003 contaba con cuatro establecimientos de salud de 1er. Nivel, sin embargo hasta la gestión 2013 se crearon seis nuevos establecimientos de salud, de los cuales cinco son de 1er. Nivel y el Hospital Municipal de Viacha que es de 2do. Nivel conforme se describe en el cuadro N° 15, mismo que detalla el tipo de establecimiento de salud, el nombre y el nivel al que pertenece:

CUADRO N° 15: TIPO Y ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

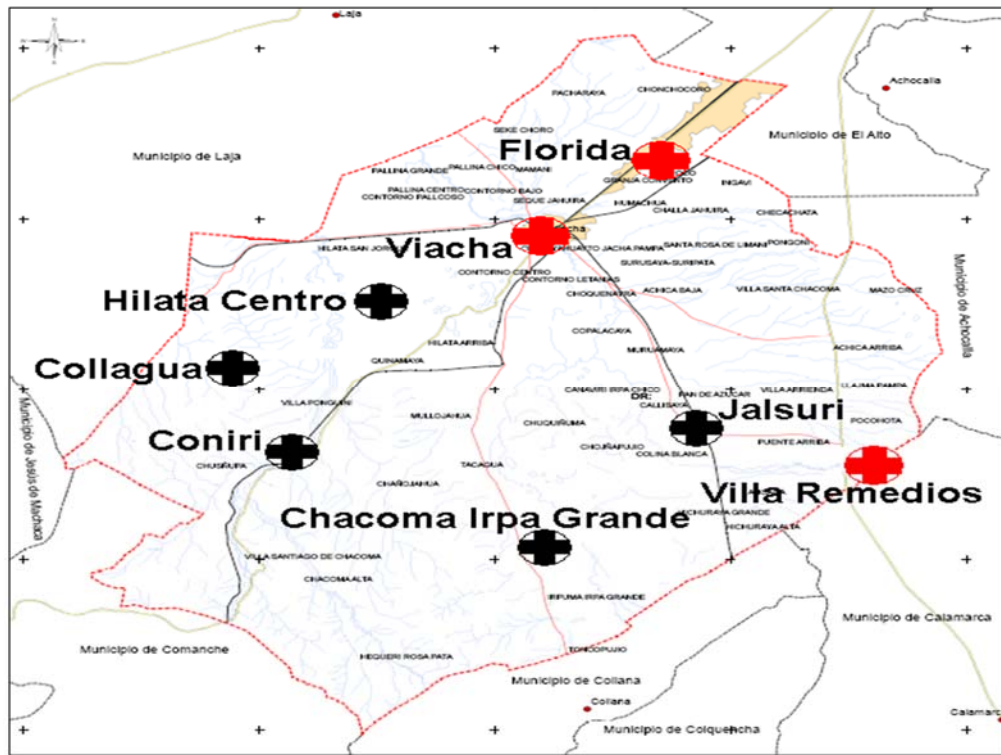
Tipo	Establecimiento de Salud	Nivel
Hospital	Hospital Municipal de Viacha	2do. Nivel
Centro de Salud	C.S. Viacha	1er. Nivel
Centro de Salud	C.S. Florida	1er. Nivel
Centro de Salud	C.S. Villa Remedios	1er. Nivel
Centro de Salud	C.S. Jalsuri	1er. Nivel
Puesto de Salud	P.S. Coniri	1er. Nivel
Puesto de Salud	P.S. Hilata Centro	1er. Nivel
Puesto de Salud	P.S. Chacoma (Irpa Grande)	1er. Nivel
Puesto de Salud	P.S. Collagua	1er. Nivel
Centro de Salud	C.S. Tilata	1er. Nivel

Elaboración: propia en base a datos del GAM de Viacha.

*Establecimiento de 1er. Nivel: Centros de Salud y Puestos de Salud. En 2006 incluye además Centros de Salud con Camas.

*Establecimientos de 2do. Nivel (Hospital Básico) y 3er Nivel (Hospital General e Instituto Especializado).

MAPA N° 3: DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE 1er. Y 2do. NIVEL EN EL GAM DE VIACHA



Fuente: Gobierno Autónomo Municipal (GAM) de Viacha.

- **Hospital Municipal Viacha**

El Hospital Municipal Viacha fue creado en el año 2008 y está ubicado en el Distrito 1, entre las principales comunidades que atiende se encuentran: Sequechuro, Mamani, Mollojahuá, Granja Convento, Humachua, Surusaya, Charahuayto, Achica Baja, Pongoni, Villa Santa Chacoma, Llajmapampa.

Sin embargo, es importante mencionar que por el nivel que tiene el mencionado hospital la atención no se limita a las comunidades indicadas sino a todo el municipio de Viacha. Asimismo han logrado hacer funcionar como establecimiento de salud de 2do. Nivel con especialistas ASSO⁴⁰ en las especialidades de Cardiología, de Pediatría, de Otorrinolaringología, de Traumatología y de Médico Internista. Las características de infraestructura con las que cuenta el Hospital Municipal Viacha se describe en el cuadro siguiente:

⁴⁰ Los especialistas ASSO, son médicos que cumplieron con el Servicio Social Obligatorio (ASSO) y están facultados para brindar atención médica especializada en municipios y provincias del Departamento de La Paz, luego de haber recibido sus memorándums de designación especializada por el Servicio Departamental de Salud - SEDES La Paz.

**CUADRO N° 16: NÚMERO DE AMBIENTES
DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE SEGUNDO NIVEL
"HOSPITAL MUNICIPAL VIACHA"**

Cantidad de Ambientes	Funcionalidad del Ambiente	Cantidad de Ambientes	Funcionalidad del Ambiente
5	Consultorio Medico	1	Sala de reuniones
1	Emergencias	1	Dirección
1	Odontología	1	PAI
1	Nutrición	1	Sala de reuniones
3	Enfermería	1	Auditórium
1	Farmacia	1	Sala de Informática
11	Baños	1	Cocina
2	Sala de espera	1	Ecografía
1	Laboratorio	1	Radiología
1	Comedor	1	Servicio Trabajo Social
1	Estadística	1	Recaudaciones
1	Recepción	1	Archivo
1	Sala de esterilización	2	Quirófano
2	Sala de parto	1	Recuperación
8	Sala de Internación	1	Terapia Intermedia
9	Pasillo	1	Neonatología
Total 66 Ambientes			

Fuente: Gobierno Autónomo Municipal (GAM) de Viacha

Elaboración: Propia

- **Centro de Salud Viacha**

El Centro de Salud Viacha se encuentra ubicado en el Distrito 2 y fue creado en 1990, presta servicios a la ciudad de Viacha y atiende a las siguientes comunidades: Pallina Grande, Contorno Bajo, Contorno Pallcoso, Contorno Centro, Contorno Arriba, Contorno Letanías, Choquenaira, Copalacaya, Canaviri, Chojñapujio, Chuquiñuma, Mollojahuá.

- **Centro de Salud Florida**

El Centro de Salud Florida fue instituido en el 2008 y atiende a la población de los distritos 6, 7 y algunas comunidades del Distrito 3 como ser: Santa Rosa de

Limani, Chicachata, Viliroco, Batalla de Ingavi, Challajahuira, Chonchocoro, Pacharaya.

- **Centro de Salud Villa Remedios**

El Centro de Salud Villa Remedios fue fundado en el año 2007, se encuentra ubicado en el Distrito 3 y presta servicios a las siguientes comunidades: Pocota, Villa Remedios, Hichuraya Alta, Hichuraya Baja, Ancara, Villa Ancara, Achica Arriba, Masocruz.

- **Puesto de Salud Jalsuri**

El Puesto de Salud Jalsuri fue creado en 1980 y atiende las comunidades de: Jalsuri, Callisaya, Muruamaya, Pan De Azúcar, Villa Arriendo, Puente Arriba, Colina Blanca.

- **Puesto de Salud Coniri**

El Puesto de Salud Coniri se creó en el año 1972 y se encuentra ubicada en el Distrito 3 del municipio de Viacha, las comunidades que son: Coniri Uncasaca, Villa Ponguini, Coniri Alto Chañojahuira, Villa Santiago de Chacoma, Jequeri, Chacoma Alta.

- **Puesto de Salud Hilata Centro**

EL Puesto de Salud Hilata Centro se fundó en 1978 y está ubicada en el Distrito 3, las comunidades a las que presta servicios son: Pallina Chico, Pallina Centro, Quinamaya, Hilata Arriba, Hilata Centro, Hilata Santa Trinidad, Hilata San Jorge.

- **Puesto de Salud Chacoma (Irpa Grande)**

El Puesto de Salud Chacoma se creó en el año 2000 y se encuentra situada en el Distrito 3, las comunidades asistidas son: Irpuma Irpa Grande, Toncopugio, Chacoma Irpa Grande, Tacagua.

- **Puesto de Salud Collagua**

El Puesto de Salud Collagua se instituyó en la gestión 2008 y permite atender a las siguientes comunidades: San Vicente de Collagua y Chusñupa.

- **Centro de Salud Tilata**

El Centro de Salud Tilata presta atención a toda la población del Distrito 7 y fue inaugurada el 23 de julio pero entra en funcionamiento a partir del 21 de septiembre de 2012, siendo éste uno de los centros de más reciente creación.

A continuación los cuadros N° 17 y 18, indican los ambientes y número de ambientes de los establecimientos de primer nivel del GAM de Viacha:

CUADRO N° 17: NÚMERO DE AMBIENTES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL DEL GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE VIACHA

C.S. Viacha		C.S. Florida		C.S. Villa Remedios		C.S. Jalsuri	
Cant. Amb.	Funcionalidad del Ambiente	Cant. Amb.	Funcionalidad del Ambiente	Cant. Amb.	Funcionalidad del Ambiente	Cant. Amb.	Funcionalidad del Ambiente
1	Odontología	1	Odontología	1	Odontología	1	Odontología
1	Farmacia	1	Farmacia	1	Farmacia	1	Farmacia
2	Consultorio Médico	3	Consultorio Médico	1	Consultorio Médico	1	Consultorio Médico
2	Baños	5	Baños	2	Baños	1	Baños
1	Sala de espera	1	Sala de espera	1	Sala de espera	1	Sala de espera
	Laboratorio		Laboratorio		Laboratorio		Laboratorio
1	Enfermería	1	Enfermería	1	Enfermería	1	Enfermería
	Estadística		Estadística		Estadística		Estadística
1	Recepción	1	Recepción	1	Recepción		Recepción
	Sala de esterilización		Sala de esterilización		Sala de esterilización		Sala de esterilización
1	Sala de parto	1	Sala de parto	1	Sala de parto	1	Sala de parto
1	Sala de Internación	1	Sala de Internación	2	Sala de Internación		Sala de Internación
1	Pasillo	1	Pasillo	1	Pasillo		Pasillo
	Hall de Ingreso	1	Hall de Ingreso	1	Hall de Ingreso		Hall de Ingreso
1	Dirección	1	Dirección	1	Dirección		Dirección
1	PAI	1	PAI	1	PAI		PAI
1	Sala de reuniones	1	Sala de reuniones	1	Sala de reuniones		Sala de reuniones
1	Depósito	1	Depósito	1	Depósito	1	Depósito
Total 16 Ambientes		Total 21 Ambientes		Total 17 Ambientes		Total 8 Ambientes	

*Fuente: Gobierno Autónomo Municipal (GAM) de Viacha
Elaboración: Propia*

CUADRO N° 18: NÚMERO DE AMBIENTES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL DEL GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE VIACHA

P.S Coniri		P.S. Hilata Centro		P.S. Chacoma (Irpa Grande)		P.S. Collagua	
Cant. Amb.	Funcionalidad del Ambiente	Cant. Amb.	Funcionalidad del Ambiente	Cant. Amb.	Funcionalidad del Ambiente	Cant. Amb.	Funcionalidad del Ambiente
	Odontología	1	Odontología		Odontología		Odontología
	Farmacia	1	Farmacia		Farmacia	1	Farmacia
1	Consultorio Médico	1	Consultorio Médico	1	Consultorio Médico	1	Consultorio Médico
1	Baños	1	Baños	2	Baños	1	Baños
1	Sala de espera		Sala de espera	1	Sala de espera	1	Sala de espera
	Laboratorio		Laboratorio		Laboratorio		Laboratorio
1	Enfermería		Enfermería	1	Enfermería	1	Enfermería
	Estadística		Estadística		Estadística		Estadística
	Recepción		Recepción		Recepción		Recepción
	Sala de esterilización		Sala de esterilización		Sala de esterilización		Sala de esterilización
	Sala de parto	1	Sala de parto		Sala de parto	1	Sala de parto
	Sala de Internación	1	Sala de Internación	1	Sala de Internación		Sala de Internación
	Pasillo		Pasillo		Pasillo	1	Pasillo
	Hall de Ingreso		Hall de Ingreso	1	Hall de Ingreso		Hall de Ingreso
	Dirección		Dirección		Dirección		Dirección
1	PAI		PAI	1	PAI	1	PAI
	Sala de reuniones		Sala de reuniones		Sala de reuniones		Sala de reuniones
	Depósito	1	Depósito	1	Depósito	1	Depósito
Total 5 Ambientes		Total 7 Ambientes		Total 9 Ambientes		Total 9 Ambientes	

Fuente: Gobierno Autónomo Municipal (GAM) de Viacha

Elaboración: Propia

Los establecimientos de salud de primer y segundo nivel del municipio de Viacha, cuentan con los servicios de agua potable, energía eléctrica y alcantarillado, asimismo respecto a los medios de transporte el Hospital Municipal Viacha y los Centros de Salud Viacha y Florida cada uno de ellos cuenta con una ambulancia, los Centros y Puestos de Salud Viacha Jalsuri, Coniri, Hilata Centro, Chacoma y Collagua tienen a una motocicleta.

5.3.1.3. Recursos Humanos

El cuadro N° 19 señala el personal con el que cuentan todos los establecimientos de salud del GAM de Viacha, del mismo modo cabe señalar que además de contar con personal de planta también existen algunos que cuentan con personal de apoyo como: el Hospital Municipal Viacha en contabilidad, limpieza y lavandería; el Centro de Salud Florida portería, chofer y personal administrativo (farmacéutico); el Centro de Salud Viacha en portería, chofer y personal administrativo (farmacéutico y personal de admisiones) y el Centro de Salud Villa Remedios en portería.

CUADRO N° 19: RECURSOS HUMANOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL GAM DE VIACHA

Recursos Humanos	Hospital Municipal	C.S. Florida	C.S. Viacha	C.S. Villa Remedios	P.S. Coniri	P.S. Jalsuri	P.S. Chacoma	P.S. Hilata	P.S. Collagua	Total Red Municipal
N° de Médicos Generales	6	2	2	1						11
N° de Licenciadas de Enfermería										0
N° de Auxiliares de Enfermería		3	4	1	1	1	1	1	1	13
N° de Odontólogos	2	1	1							4
N° de Ginecólogos-Obstetras	1									1
N° de Cirujanos	1									1
N° de Pediatras										0
N° de Anestesiólogos										0
N° de Médicos Internistas/Fam.	1									1
N° de Biotecnologías	2									2
N° de Radiólogos	1									1
N° de Farmacéuticos	3	1	1							5
N° Personal de apoyo		2	3	1	1					7
N° de Administrativos			1							1
TOTAL	17	9	12	3	2	1	1	1	1	47

Fuente: Gobierno Autónomo Municipal (GAM) de Viacha

Elaboración: Propia

Asimismo, el cuadro N° 20 muestra los gastos que el municipio de Viacha destina para el personal que trabaja en los establecimientos de salud, sean estos de 1er. o

2do. Nivel dentro del periodo 2003 – 2013, en el cual se pueden ver los que están destinados para la compra de calzados y prendas de vestir que complementan los uniformes de los médicos, los destinados a los cursos de capacitación que brindan a los pobladores, los gastos en refrigerio y pasajes cuando la atención brindada es en zonas rurales, así como el pago a los consultores (personal eventual) que proporcionan su apoyo en los centros de salud.

CUADRO N° 20: GASTOS EN SERVICIOS PROFESIONALES Y OTROS EN EL GAM DE VIACHA 2003 - 2013 (Expresado en Bolivianos)

Servicios Profesionales y Otros	Monto en Bs.
Gastos especializados por atención médica	35.337.374,37
Consultores	5.949.102,57
Capacitación del Personal	12.334,50
Otros Servicios No Personales	7.760,00
Gastos por refrigerios	435.287,34
Pasajes	6.120,00
Prendas de Vestir	133.683,70
Calzados	7.456,00
Otros	251.775,00

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas Públicas – MEFP

Elaboración: Propia

5.3.2. Acceso y Cobertura de Niños Menores de 5 años

Con el fin de reducir las fallecimientos de menores de cinco años, debido a enfermedades que se pueden evitar y tratar con intervenciones simples y asequibles, el GAM de Viacha ha fortalecido su sistemas de salud, y a través de la implementación del SUMI en el año 2003 que se puede hacer llegar esas intervenciones a todos los niños dentro el municipio, salvando de esta manera la vida de muchos de ellos.

De acuerdo al cuadro N° 20 el cual muestra los indicadores demográficos de los niños menores de 5 años del GAM de Viacha del periodo 2003 – 2013, se puede

apreciar que la población menor de 1 año ha tenido un crecimiento de 1.210 habitantes en el año 2003 a 1.474 habitantes para el 2013, equivalentes al 17,9% de crecimiento, de la misma manera sucede con la población menor de 5 años, que en el año 2003 era 6.169 habitantes a 8.379 habitantes para la gestión 2013.

CUADRO N° 21: INDICADORES DE SALUD - DEMOGRÁFICOS

Indicadores de Salud Demográficos	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Población Total	51.492	54.130	56.903	59.817	62.882	66.103	69.489	73.049	76.790	80.724	83.161
Población menor de 1 Año (número)	1.210	1.234	1.258	1.283	1.308	1.334	1.361	1.388	1.415	1.445	1.474
Población de 1 Año (número)	1.220	1.256	1.293	1.331	1.370	1.410	1.451	1.494	1.538	1.588	1.635
Población menor de 5 Años (número)	6.169	6.358	6.553	6.754	6.961	7.174	7.394	7.621	7.855	8.130	8.379

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas – INE, Unidad de Políticas Sociales – UDAPE, Servicio Departamental de Salud – SEDES La Paz, GAM de Viacha

Elaboración: Propia

El acceso y la cobertura de los niños menores de 5 años del GAM de Viacha para el periodo 2003 – 2013, se pueden apreciar en el cuadro N° 19:

CUADRO N° 22: ACCESO Y COBERTURA DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL GAM DE VIACHA PERIODO 2003 - 2013 (En Porcentaje)

INDICADORES	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Cobertura de Control Crecimiento Infantil a niños menores de 2 años	0,50	0,51	0,57	0,65	0,77	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Cobertura de Control Crecimiento Infantil a niños menores de 5 años	0,30	0,31	0,34	0,35	0,43	0,60	0,72	0,84	1,00	1,00	1,00
Cobertura de Vacunación Pentavalente < 1 año	0,64	0,81	0,90	0,88	0,99	0,92	1,02	0,97	1,01	1,02	1,03
Cobertura de Vacunación dosis única BCG en niños < 1 año	0,60	0,62	0,63	0,68	0,81	0,72	0,74	0,87	0,83	0,77	0,81
Cobertura de Vacunación con dosis única SRP a niños de 12 a 23 meses	0,22	0,22	0,88	0,96	1,00	0,97	0,99	0,92	0,96	0,98	1,00

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas – INE, Unidad de Políticas Sociales – UDAPE, Servicio Departamental de Salud – SEDES La Paz, GAM de Viacha

Elaboración: Propia

- **Vacuna Pentavalente < 1 año**

La vacuna pentavalente permite el control de enfermedades como la difteria, tétanos, coqueluche, hepatitis B, neumonías y meningitis y la aplicación se la

realiza a partir de los 2 meses de edad. El indicador óptimo es de 102,3%, el mismo que en la gestión 2003 era muy baja con un 63% y es a partir del año 2004 que empieza a incrementarse, hasta que para la gestión 2013 alcanza un 100.3% que contrasta con la no existencia de dichas patologías en el municipio, que fueron alcanzadas por las campañas a través de las prestaciones que brinda el SUMI realizadas en todos los establecimientos de salud con las que cuenta el GAM de Viacha.

- **Vacuna BCG en niños < 1 año**

La vacuna BCG (Bancilo Calmette Guerin) conocida como la vacuna contra la tuberculosis, protege a los bebés contra las enfermedades pulmonares, se aplica una sola vez a los recién nacidos o pequeños menores a un tres meses, que estén en óptimas condiciones de salud. Este indicador del año 2003 que representaba un 60% ha ido incrementándose hasta que en el 2013 se halla en 81% que reflejaría la permanencia y aparición de casos de tuberculosis en el municipio, aunque de baja intensidad.

- **Vacuna Triple viral SRP en Niños de 12 a 23 meses**

La vacuna tripe viral SRP, protege contra el sarampión, rubeola y paperas, el resultado que refleja para la gestión 2013 es óptimo porque es igual al 100% del 22% del año 2003, esto demuestra un buen trabajo en los servicios de salud del municipio, que se ha visto fortalecido por la campaña de eliminación del Sarampión y Rubeola Congénita.

5.3.3. Acceso y Cobertura de Mujeres en edad Fértil

La población de mujeres en el GAM de Viacha ha ido aumentando considerablemente desde el CNPV 2001 que contaba con 23.119 habitantes equivalente al 49,62% del total de población a 41.09 habitantes igual al 50,83%

para el CNPV 2012, el cuadro N° 20 representa los indicadores de la mujer en edad fértil para las gestiones 2003 a 2013, que muestra el crecimiento de cada uno de ellos en relación al crecimiento de la población femenina.

CUADRO N° 23: INDICADORES DE SALUD – DEMOGRÁFICOS DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL

Indicadores	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Población Mujeres en edad Fértil (número)	12.006	12.647	13.322	14.033	14.782	15.571	16.402	17.278	18.201	19.173	21.661
Población de Embarazos (número)	1.121	1.207	1.300	1.400	1.508	1.624	1.749	1.884	2.029	2.185	2.615
Población de Partos Esperados (número)	1.013	1.088	1.169	1.256	1.349	1.449	1.556	1.671	1.795	1.928	2.288
Población Nacimientos Esperados (número)	1.157	1.229	1.306	1.387	1.473	1.565	1.663	1.767	1.877	1.994	2.296

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas – INE, Unidad de Políticas Sociales – UDAPE, Servicio Departamental de Salud – SEDES La Paz, GAM de Viacha

Elaboración: Propia

El acceso y la cobertura de mujeres en edad fértil del GAM de Viacha para el periodo 2003 – 2013, se puede apreciar en el cuadro N° 23:

CUADRO N° 24: ACCESO Y COBERTURA DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL PERIODO 2003 – 2013 (En Porcentaje y Proporción)

Indicadores	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Cobertura de Control Prenatal Nuevo	0,59	0,64	0,73	0,86	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Proporción de Embarazadas con 4to control Prenatal	0,27	0,37	0,37	0,38	0,41	0,43	0,42	0,52	0,53	0,52	0,63
Cobertura de atención de Partos Institucionales	0,25	0,31	0,27	0,24	0,33	0,33	0,42	0,52	0,51	0,49	0,54

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas – INE, Unidad de Políticas Sociales – UDAPE, Servicio Departamental de Salud – SEDES La Paz, GAM de Viacha

Elaboración: Propia

- **Cobertura de 1er CPN**

Este indicador refleja la cantidad de mujeres embarazadas que acuden en demanda de una primera atención en relación a la población de embarazos esperados, la 1ra Consulta Prenatal Nueva (CPN) en el GAM de Vicha presenta una mayor cobertura gracias a las atenciones que se ofrecen en el Hospital Municipal de Viacha y los Centros de Salud Viacha, Florida y Villa Remedios, así

como en algunos Puestos de Salud aunque con menor cobertura, que desde la gestión 2007 han logrado llegar al 100% de este indicador.

- **Proporción de Embarazadas con 4to Control Prenatal**

El cuarto control prenatal, es un indicador de calidad de la prestación del servicio, refleja su capacidad de retener pacientes dentro de las acciones de control prenatal, que permite detectar riesgos obstétricos y orientar la atención institucional del parto. En el municipio de Viacha este indicador complementa al trabajo efectivo del anterior indicador, porque refleja que la gestante que realiza su primer control prenatal llega hasta finalizar su embarazo a 4 controles prenatales, que en la gestión 2013 es igual al 63%.

- **Parto Institucional**

La cobertura de parto institucional, es un indicador de demanda social por el servicio público, que demostraría más que todo que la prestación de servicios es bien recibida por la población. El indicador se halla en un 54% para la gestión 2013 a comparación del 25% del año 2003, reflejando que todavía falta mucho por hacer en esta temática. El GAM de Viacha a previsto como una de las tareas urgentes para mejorar la atención contar con personal de salud trabajando las 24 horas en sus establecimientos de salud, lo cual no ocurre en la actualidad en los Centros de Salud Viacha y Florida y los Puestos de Salud (Collagua, Jalsuri y Chacoma).

5.3.4. Mortalidad y morbilidad Materno e Infantil

La tasa de mortalidad infantil, calculado por el Instituto Nacional de Estadística según datos del Censo Nacional de Población y Vivienda – CNPV 2001 para el municipio de Viacha es de 57% por mil nacidos vivos, existiendo mayores niveles de tasas de mortalidad en los distritos 7 con 73% por mil y el distrito 3 con 66.8%,

en tanto que los distritos con menor tasa de mortalidad infantil se presentan en los distritos 1 y 2, los mismos que no llegan a superar la mortalidad general de todo el municipio.

**CUADRO N° 25: TASA DE MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL DEL GAM DE VIACHA POR DISTRITOS, SEGÚN CENSO 2001
(En Porcentajes)**

Distritos	Tasas de mortalidad Infantil (por mil nacidos vivos)	Tasa de Mortalidad Materna (por cien mil partos)
Distrito 1	37,55	128
Distrito 2	51,21	190
Distrito 3	66,85	217
Distrito 7	73,13	277
Total municipio	57,1	213

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas – INE, CENSO 2001

Elaboración: Propia

Las tasa de mortalidad materna de acuerdo al CNPV 2001 del GAM de Viacha, está medida en función de la cantidad de muertes de mujeres por causas de embarazo según la existencia de cada 100.000 partos, en el caso del municipio de Viacha se encuentra con una tasa de mortalidad materna que se aproxima a 203, los mismos que distribuidos en los 4 distritos, muestran que los distritos 3 y 7 cuentan con los mayores niveles de mortalidad materna, 277 y 217 respectivamente, en tanto que los distritos 1 y 2 cuentan con mortalidades maternas de 128 y 190 respectivamente.

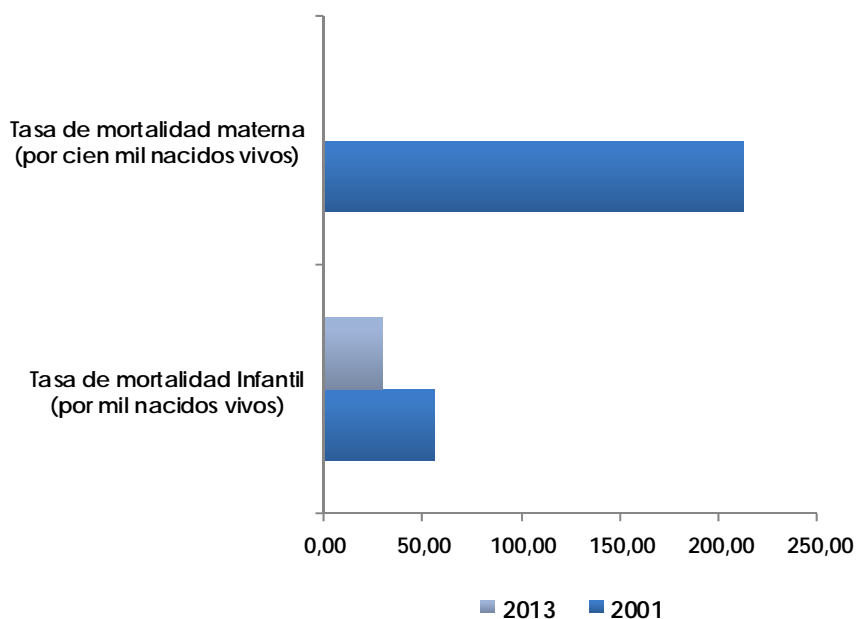
CUADRO N° 26: TASA DE MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL DEL GAM DE VIACHA 2001 Y 2013

Indicador	2001	2013
Tasa de mortalidad Infantil (por mil nacidos vivos)	55,87	29,70
Tasa de mortalidad materna (por cien mil nacidos vivos)	213	1

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas – INE, CENSO 2001 y Gobierno Autónomo Municipal GAM de Viacha

Elaboración: Propia

GRÁFICO N° 11
GAM DE VIACHA: TASA DE MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL
2001 Y 2013



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas – INE, CENSO 2001 y Gobierno Autónomo Municipal - GAM de Viacha

Elaboración: Propia

De acuerdo a datos proporcionados por el municipio de Viacha, para la gestión 2013 posee una tasa de mortalidad infantil de 29,7 por mil nacidos vivos habiendo reducido casi un 53% respecto a datos del CNPV 2001, siendo todavía las principales causas de muerte: las enfermedades diarreicas agudas, las enfermedades del aparato respiratorio y afecciones del periodo perinatal.

Asimismo de acuerdo al cuadro N° 26, la tasa de mortalidad materna para el año 2013 se redujo a uno, aunque aún se presentan problemas en: Eclampsia, Retención de Placenta y Hemorragias. En general se aprecia que el perfil epidemiológico de Viacha es coincidente con el perfil a nivel Nacional, las dos primeras causas de mortalidad de la población en niños menores de cinco años estarían relacionados con los siguientes indicadores de morbilidad: las enfermedades del aparato respiratorio (IRA's) y las enfermedades diarreicas agudas (EDA's) (cuadro N° 27).

**CUADRO N° 27: INDICADORES DE MORBILIDAD INFANTIL
SEGÚN CENSO 2001 Y GAM DE VIACHA 2013**

Indicadores	2001	2013
Porcentaje de Episodios Diarreicos Agudos (EDA's) en < 5 años	40,12	35,6
Porcentaje de Casos de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA's) en < 5 años	19,85	13,1
Porcentaje de Nacimientos con bajo peso al Nacer	0,87	0,33
Prevalencia de Desnutrición en < 2 años	18,8	8,8

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas – INE, CENSO 2001 y Gobierno Autónomo Municipal - GAM de Viacha

Elaboración: Propia

El cuadro N° 27 muestra los indicadores de morbilidad infantil según el CNPV 2001 y datos proporcionados por el GAM de Viacha de la gestión 2013, como se indicó anteriormente los principales indicadores serían: los episodios diarreicos agudos (EDA's) y las infecciones respiratorias agudas (IRA's) en menores de 5 años, que representaban el 40,12 y 19,85 del porcentaje de casos respectivamente en 2001, disminuyeron a 35,6 y 13,1 del porcentaje de casos para la gestión 2013.

De la misma forma, entre los indicadores de morbilidad importantes considerados en el municipio de Viacha también se encuentran, el porcentaje de nacimientos con bajo peso al nacer y la prevalencia de desnutrición en menores de 2 años, que a comparación de los anteriores han tenido una disminución más notable representando 0,33 y 0,33 respectivamente del porcentaje de casos, para la gestión 2013.

CAPÍTULO VI MARCO PRÁCTICO

6.1. MARCO PRÁCTICO

6.1.1. Evaluación de Impacto

La *evaluación de impacto* es una de las técnicas de evaluación de resultados más utilizadas en la valoración de los efectos de las intervenciones sociales, especialmente de los de mediano y largo plazo, y es considerada como un tipo de *evaluación sumativa*⁴¹. En este contexto, existe un gran interés en América Latina por incorporarla como una herramienta complementaria a los métodos de evaluación financiera, económica y social (basados en el análisis costo-beneficio) que han sido utilizados en las últimas décadas por los sistemas de inversión pública en la región.

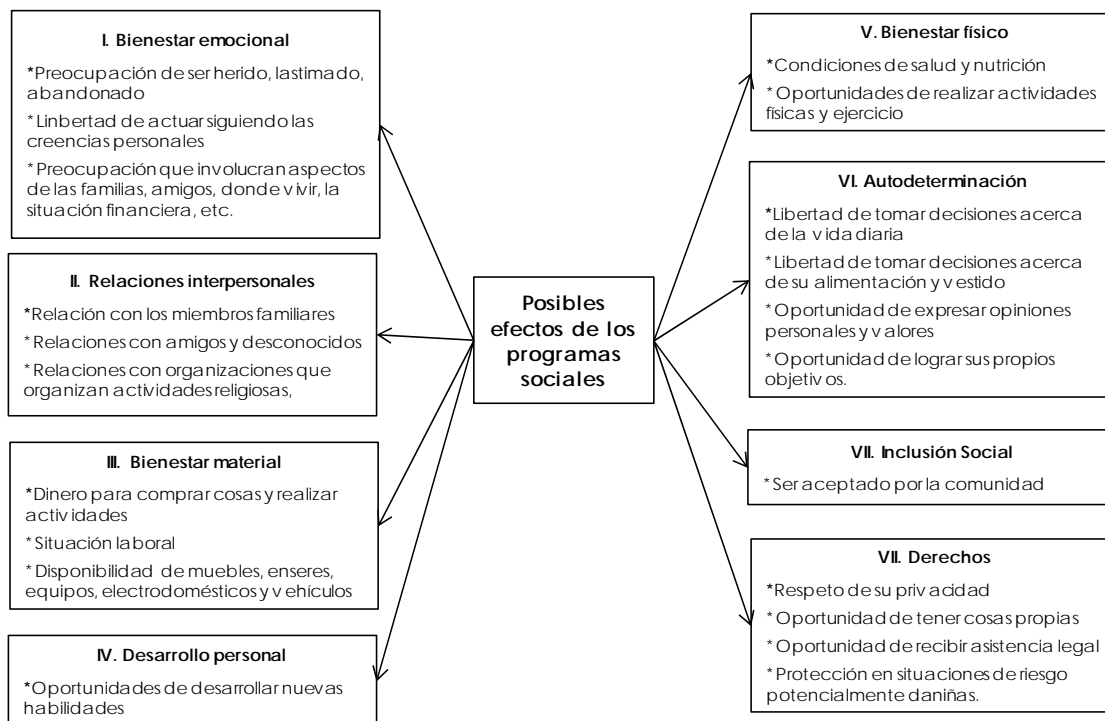
Asimismo, el Banco Mundial (BM) la define como una medición de los cambios en el bienestar de los individuos que pueden ser atribuidos a un programa o a una política específica. Su propósito general es determinar la efectividad de las políticas, programas o proyectos ejecutados. Al igual que otras técnicas de evaluación del impacto se puede utilizar para determinar hasta qué punto los resultados planificados fueron producidos o logrados, así como para mejorar otros proyectos o programas en ejecución o futuros.

La evaluación de impacto de una política pública mide los resultados de la intervención de un programa aislándolo de otros posibles factores y tiene el objeto de determinar, en forma general, si el programa produjo los efectos deseados en las personas, hogares e instituciones, y si estos efectos son atribuibles a la intervención del programa, también permite examinar beneficios o pérdidas no

⁴¹ Estudio que se realiza al final de una intervención (o de una fase de esa intervención) para determinar en qué medida se produjeron los resultados previstos. El objetivo de la evaluación sumativa es proporcionar información sobre el valor del programa (OECD, 2002b).

previstas, a partir de la intervención pública. En este sentido a objeto de realizar la evaluación respectiva de esta investigación, el programa del SUMI debe como objetivo principal mejorar los indicadores de nivel de vida, en mujeres embarazadas, niños recién nacidos hasta los 5 años de vida.

GRÁFICO N° 12
DIMENSIONES DEL IMPACTO DE LOS PROGRAMAS SOCIALES SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN



Fuente y elaboración: Schalock (2001) - Manual para la evaluación de impacto de proyectos y programas de lucha contra la pobreza - CEPAL

6.1.2. Modelo del SUMI con administración de resultados

El modelo de administración por resultados establece que la secuencia causal entre insumos y resultados determina la *eficiencia*⁴² y la *eficacia*⁴³ de la

⁴² Eficiencia es la medida en que los recursos/insumos (fondos, tiempo, etc.) se han convertido en resultados (OECD, 2002)

⁴³ Eficacia es la medida en que se logran los objetivos de la inversión para el desarrollo, tomando en cuenta su importancia relativa (OECD, 2002).

intervención en el logro de los objetivos propuestos. Es decir, el proceso de asignación y transformación de los recursos conduce a la obtención de los productos y a su vez, la cantidad, calidad, oportunidad y pertinencia de los productos entregados determina los efectos que se generan, este proceso se denomina la cadena de resultados⁴⁴.

Para nuestro caso, el SUMI aplicado en el municipio de Viacha para la planificación del proceso de implementación ha considerado la siguiente cadena de resultados:

GRÁFICO N° 13
CADENA DE RESULTADOS PLANIFICADO PARA LA APLICACIÓN DEL SUMI EN EL MUNICIPIO DE VIACHA



Fuente: OECD (2001) – Manual para la evaluación de impacto de proyectos y programas de lucha contra la pobreza – CEPAL

Elaboración: Propia

⁴⁴ Metodología propuesta por el “Manual para la evaluación de impactos de proyectos y programas de lucha contra la Pobreza” Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES) – CEPAL – Santiago de Chile, junio 2005.

6.2. Métodos de Evaluación

La evaluación utiliza un *método cuantitativo de evaluación* que sucede cuando se anticipan los posibles efectos del programa, este método tiene dos características principales la verificación de hipótesis y de comparación. La primera señala que es un método deductivo de investigación, en el que primero se formulan hipótesis a partir de la base conceptual y la teoría del programa.

Una hipótesis especificará la relación entre dos o más variables, las mismas que se clasifican en *variables independientes (causa)* y *variables dependientes (efecto)*. El método cuantitativo de evaluación, utiliza la técnica de comparación para determinar la casualidad entre intervención y los cambios experimentados por los beneficiarios, la variable independiente es el programa y la variable dependiente es el efecto o la variable de impacto; la relación entre las variables puede ser positiva o negativa.

El *método cuantitativo de evaluación* utiliza la técnica de comparación para determinar la casualidad entre la intervención y los cambios experimentados por los beneficiarios y se define como aquel que determina la causalidad a través de la construcción de un escenario contrafactual⁴⁵. Este enfoque establece que *X (el programa)* fue la causa de *Y (variable de impacto)*, si y sólo si tanto *X* como *Y* ocurrieron, y si *X* no hubiera ocurrido tampoco lo hubiera hecho *Y*. La siguiente ecuación expresa, la metodología expuesta:

$$\alpha_i = Y_{1i} - Y_{0i}$$

⁴⁵ Se denomina contrafactual a todo acontecimiento o a toda situación que no ha acontecido en el universo actualmente observable por la investigación humana, pero que pudiera haber ocurrido (la situación o acontecimiento fácticos o fenoméricamente existentes son llamados por este motivo, algo ambiguamente, "actuales"). Se dice que el acontecimiento o la situación forman parte de un universo posible, mientras que el acontecimiento o situación actuales forman parte del universo fáctico o universo actual o universo real. “*Métodos de evaluación de programas públicos*” – CEPAL (2005).

6.2.1. Tipos de experimentos o diseños metodológicos

En el método cuantitativo de evaluación existen diferentes tipos de experimentos o diseños metodológicos para estimar el impacto de un programa, que varían en la forma y los criterios que se utilizan para construir el escenario contrafactual, dos tipos de escenario contrafactual son comúnmente usados para:

- a. Comparar las condiciones de vida de los individuos que participan en el programa (grupo de tratamiento o beneficiarios) con personas que no acceden a estos beneficios pero tienen características similares a las de los beneficiarios.
- b. Comparar la situación de los beneficiarios en diferentes momentos del tiempo (antes y después de la intervención). Asimismo, los diseños se diferencian en el método de selección de estos grupos, que pueden ser aleatorio o no aleatorio.

De pendiendo de estas características, los diseños se clasifican en experimentales, cuasi-experimentales y no experimentales, siendo el más utilizado en las evaluaciones de impacto y también por esta presente investigación el diseño cuasi-experimental.

6.2.1.1. Diseño experimental

Los *diseños de evaluación experimental* son considerados como la metodología de evaluación más sólida, los resultados de este diseño son fácilmente interpretados, a partir de la diferencia entre medias de grupos de control y tratamiento. La selección de los beneficiarios del programa se realiza de manera aleatoria. En la aplicación de este tipo de diseño se recomienda:

- i. una planificación cuidadosa;

- ii. una selección aleatoria para dar transparencia política al experimento;
- iii. incluir a los grupos de control en una etapa posterior, es decir, una vez iniciada la evaluación se procede a brindar el beneficio a todos los que antes no lo recibían.

De esta manera, la selección aleatoria determina el momento en el que se recibe el beneficio, en lugar de quién recibe y quién no. Por último, se puede escoger un subconjunto de beneficiarios igualmente calificados, llegando a los más calificados y negando el beneficio a los menos calificados. Sin embargo, los resultados de esta última evaluación sólo son válidos para el grupo del cual se tomó la muestra aleatoria.

6.2.1.2. Diseños cuasi-experimentales

Se emplea el *método cuasi-experimental (no aleatorio)* cuando no es posible realizar el diseño experimental y se utilizará para construir el escenario contrafactual es de tipo cuasi-experimental, en comparación con el diseño experimental éste no selecciona aleatoriamente los grupos de beneficiarios y no beneficiarios. Al programa puede ingresar cualquier individuo interesado de participar, que cumpla con los criterios de elegibilidad y focalización del programa, y al cual el programa este en capacidad de atender.

En el diseño cuasi-experimental una de las alternativas para seleccionar el grupo de comparación es el *método de pareo*. El objetivo de este método es encontrar o identificar un grupo de individuos que no participaron en el programa pero cumplen con los criterios de selección del programa y son similares a las personas que conforman el grupo de tratamiento en aquellas características observables que podrían incidir en la variable de impacto del programa y en la decisión de los individuos de participar o no en el programa.

El método de pareo es un procedimiento relativamente sencillo de aplicar cuando solo unas características de los individuos afectan la variable de impacto y la decisión de participar en el programa, el mismo puede utilizarse por individuo o por grupo. La utilización de éste método puede ofrecer al menos dos ventajas en la estimación del impacto de los programas sociales:

- i. los grupos de tratamiento y comparación no tienen necesariamente que conformarse antes de iniciar la operación del programa, como si lo es en el diseño experimental;
- ii. el método de pareo no exige que se prohíba el ingreso al programa que hacen parte de la población objetivo de la intervención, los individuos que conforman el grupo de pareo generalmente son personas que por restricciones de cobertura o tecnológicas no hubieran podido tener acceso al programa bajo ninguna circunstancia.

6.2.1.3. Diseños no experimentales

A diferencia de los diseños experimentales y cuasi-experimentales, el diseño no experimental nos construye un grupo de control o comparación para contrastar los cambios en el grupo de tratamiento. En estos diseños el grupo de beneficiarios se compara con un grupo conformado por no participantes que pueden cumplir o no los criterios de selección del programa; es decir, no necesariamente son beneficiarios potenciales del programa o parte de la población objetivo de la intervención.

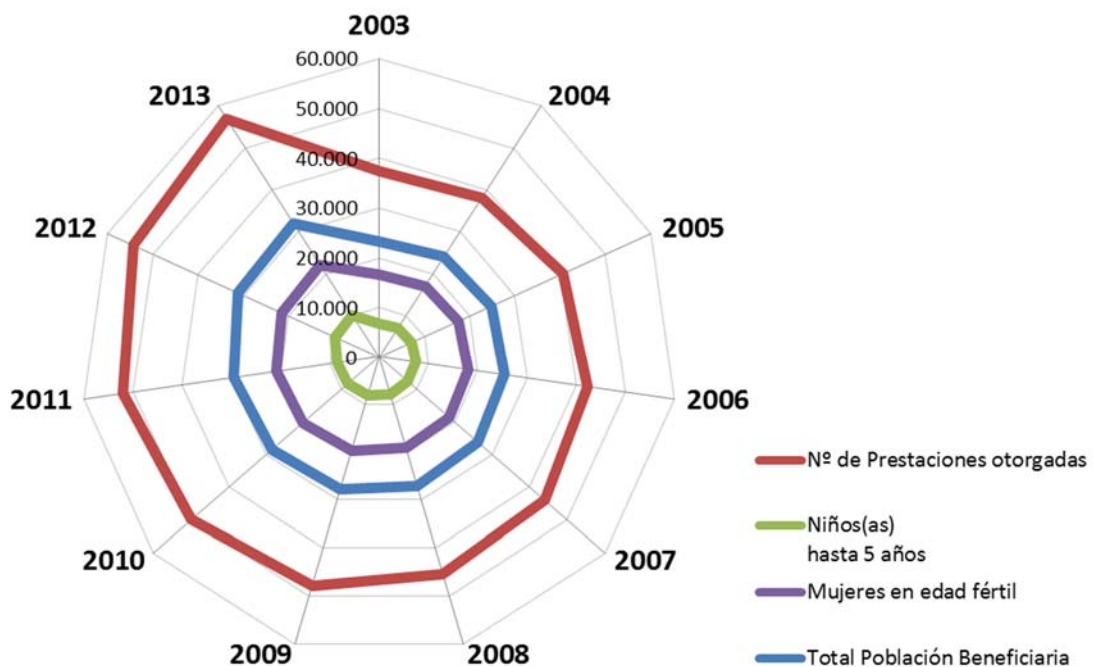
Así, es muy probable que este grupo de no participantes difiera del grupo de tratamiento en aquellas características observables y no observables que determina la variable de impacto. Para eliminar las diferencias entre estos dos grupos se utilizan variables instrumentales que es una técnica econométrica que

usa una o más variables (instrumentos) que sean pertinentes a la participación pero no a los resultados de la participación (Banco Mundial, 2003b).

6.3. Evaluación Cualitativa

En este sentido, para poder evaluar los resultados obtenidos es preciso realizar una comparación de los resultados, a este efecto se aplicará la escala de Likert como recurso gráfico que nos permite comparar la distribución simétrica o asimétrica de las variables. Asimismo, tiene la ventaja de poder comparar muchas variables sin depender de sus características en un momento dado.

GRÁFICO N° 14
COMPARACIÓN CUANTITATIVA DEL SUMI EN EL GAM DE VIACHA -
PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y POBLACIÓN BENEFICIARIA
(En Número de Casos)

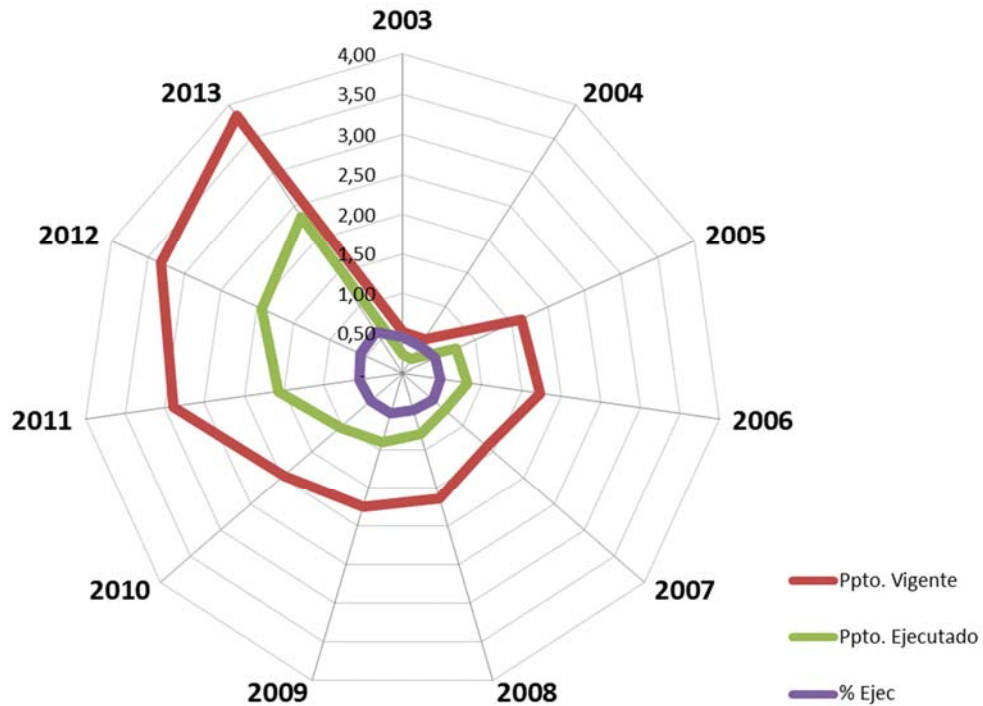


Fuente: Plan Municipal de Desarrollo del Municipio de Viacha 2012 - 2016

Elaboración: Propia

Para evaluar los beneficios de las prestaciones ofrecidas por el programa del SUMI, podemos observar no se ha desarrollado simétricamente en el periodo 2003 al 2006, donde los beneficios entre mujeres en edad fértil y niños hasta los 5 años, que se favorecerían por estos servicios eran relativamente constantes. Para los años 2007 al 2010, se puede observar un incremento importante en la prestación de servicios. Y finalmente, de la gestión 2011 a la 2013 su crecimiento fue vertiginoso aumentando muy rápidamente la demanda y de la prestación del servicio. Este comportamiento, es similar para la población beneficiaria.

GRÁFICO N° 15
COMPARACIÓN CUANTITATIVA DEL SUMI EN EL GAM DE VIACHA –
PRESUPUESTO VIGENTE, EJECUTADO Y PORCENTAJE DE EJECUCIÓN
(En Millones de Bolivianos y Porcentaje)



Fuente: Estados Financieros del Municipio de Viacha

Elaboración: Propia

En los aspectos financieros, es preciso evaluar la asignación presupuestaria y la ejecución de los recursos del programa SUMI, los mismos que están presentes

dentro de los Ejecución Financiera que presenta el municipio de Viacha. Como se puede observar entre el periodo 2003 al 2005, se puede notar una mayor asignación presupuestaria, en los años 2006 al 2011, también se puede observar una mayor asignación de recursos, misma que tiene una correlación directa de con el incremento de las prestaciones de servicios del SUMI y el porcentaje de asignación por Ley.

Y del 2011 al 2013, ha existido un alto incremento en la asignación de recursos para el SUMI toda vez que la transferencia de recursos de la Administración Central a todos los municipios del país de los cuales el municipio de Viacha es parte, lo que pudo hacer que realizara una mayor asignación al beneficio.

Por otra parte, también se puede observar que la ejecución de los recursos del SUMI alrededor del periodo de análisis ha sido relativamente constante, lo que muestra que la administración de los gastos del programa, se han incrementado a una velocidad invariable, mejorando la atención de los servicios, así como de los destinados a la compra de utensilios y medicinas de una manera progresiva; además de la ampliación de mayores especialidades que ha generado un mayor beneficio a la población viacheña.

6.4. Evaluación Cuantitativa

6.4.1. Índice de Salud

Varios son los aspectos que se deben considerar a efecto de medir la calidad del servicio de salud en las regiones de un país, el mismo que debe considerar las características propias de la división territorial.

A este efecto las organizaciones internacionales de salud, han aplicado la metodología de los *Índices de Salud*, donde el precursor de esta metodología esencialmente es la Organización Panamericana de la Salud/ Organización

Mundial de la Salud (OPS/OMS), cuyo propósito es coadyuvar a un mejor diagnóstico de la situación de la salud en los países miembros.

En nuestro país, esta metodología ha sido aplicada por este organismo con ayuda del Ministerio de Salud y Deportes, cuyos resultados han sido presentados en los dossiers institucionales en las gestiones 2000, 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009; esta valoración ha sido realizada a nivel Municipal lo que nos permite realizar una evaluación preliminar del Servicio de Salud, información que nos servirá como variable dentro de la evaluación de la prestación de servicios del SUMI, ya que los dos presentan una correlación muy alta, información que es presentada a continuación:

**CUADRO N° 28: INDICE DE SALUD DEL GAM DE VIACHA
METODOLOGIA OPS APLICADO A LOS SERVICIO DE SALUD MUNICIPALES**

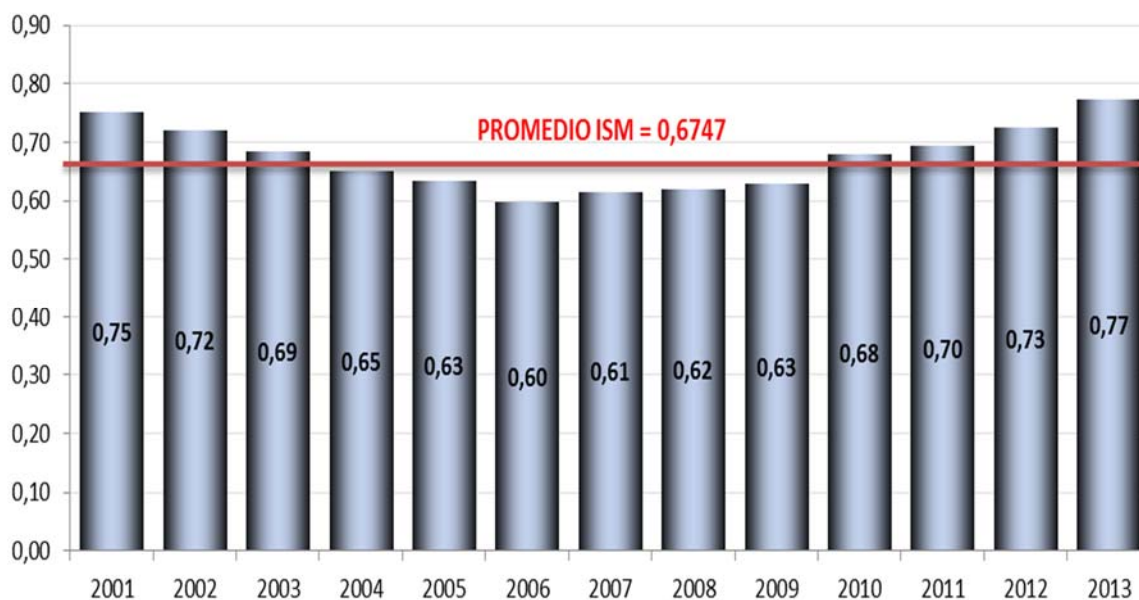
Gestión	Índice de Salud Municipal	Tasa de Mortalidad Infantil	EDA por Mil Menores	Personal de salud por mil habitantes	% Embarazadas con 4 Controles prenatales	Ingreso per capita anual en Bs.	Cantidad de alumnos por docente	Medianas de escolaridad en adultos	% de hogares con acceso a electricidad	Número de hacimientos	% de hogares con accesos agua potable
2002*	0,7200	68	215	1	39	620	20	4	89	40	82
2003*	0,6850	62	245	1	41	742	18	5	65	20	71
2004*	0,6500	58	289	1	43	410	19	5	55	15	53
2010*	0,6800	56	391	1	58	475	20	7	57	5	50
2011*	0,6950	55	405	1	60	550	20	7	60	5	55
2012*	0,7250	55	420	1	65	670	22	7	60	5	55
2013*	0,7720	55	420	1	70	890	22	7	65	5	60
Promedio	0,7039	58,43	340,71	1	53,71	622,43	20,14	6,00	64,43	13,57	60,86

*Fuente: Memorias Institucionales de la Organización Panamericana de la Salud – OPS
(* Plan de Desarrollo Municipal de Viacha del periodo 2001 - 2013*

Elaboración: Propia

En este sentido, al completar la serie para el periodo de análisis podemos observar la evolución correspondiente:

GRÁFICO N° 16: ÍNDICE DE SALUD DEL GAM DE VIACHA
PERIODO 2001 – 2013



Fuente: Memorias Institucionales de la Organización Panamericana de la Salud – OPS
(* Plan de Desarrollo Municipal de Viacha del periodo 2001 - 2013)

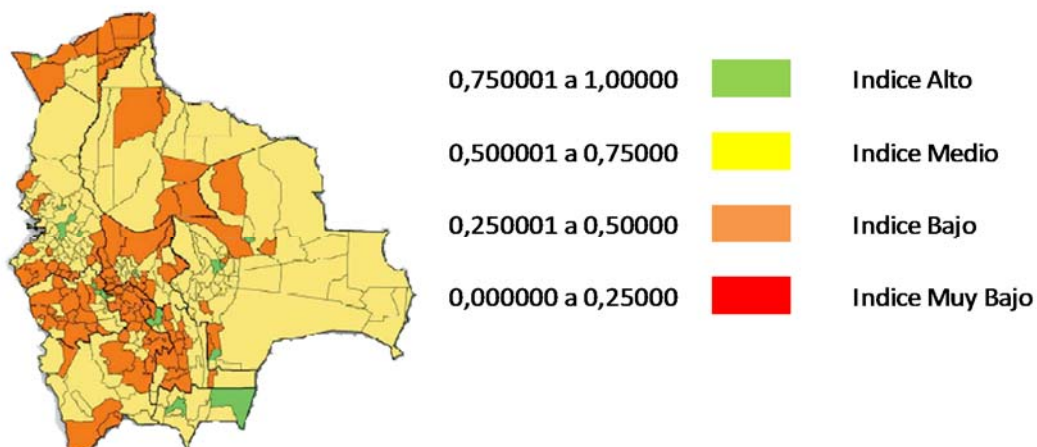
Elaboración: Propia

6.4.1.1. Marco Macro Nacional

En el nivel Macro Nacional, con los documentos correspondientes se ha observado que los Departamentos del eje central son los que tienen un mayor Índice de Salud, esto fundamentalmente debido a que los mismos cuentan con mayores recursos financieros, humanos e infraestructura los mismos que hacen la diferencia al evaluar el servicio, siendo ésta una de las principales asimetrías. Asimismo, estos departamentos tienen un promedio superior al 0.70.

El Departamento de La Paz en este contexto, alcanza un nivel de 0,68 superado fundamentalmente por el de Santa Cruz. Como se puede observar con el promedio calculado se puede observar que al nivel macro el ISM (Índice de Salud Municipal) del Gobierno Autónomo Municipal de Viacha se aproxima al nivel general departamental.

MAPA N° 4: CLASIFICACIÓN INDICE DE SALUD MUNICIPAL (ISM)



Fuente: Memorias Institucionales de la Organización Panamericana de la Salud – OPS

Elaboración: Propia

6.4.1.2. Marco Micro o Municipal

En este nivel se observa que el municipio de Viacha con su ISM de 0,68 está dentro de los primeros municipios con un buen nivel de servicios en salud, sólo superado por los GAM's de La Paz con (0,78) y El Alto con (0,75), debido a sus características propias y que tienen una calificación de *muy alto nivel* de Servicio de Salud a nivel Nacional.

Los indicadores utilizados en la construcción como se explicó anteriormente, han apoyado mucho al mejoramiento del servicio de salud a favor de su población tanto en aspectos sociológicos y económicos vistos inicialmente.

6.4.2. Diseño Cuasi-experimental aplicado al SUMI

Realizando un análisis de los datos entre lo que se tiene registrado en la administración del municipio y lo que efectivamente tenemos registrado en el SUMI, podemos realizar una evaluación de tratamiento del servicio, dentro de los siguientes datos:

CUADRO N° 29: MUESTRO DE INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS Y PRESTACIONES EN EL SUMI GRUPOS DE CONTROL Y EXPERIMENTAL

Año	Control		Experimental	
	Población Beneficiaria	Prestaciones Real	Población Beneficiaria	Prestaciones Real
2003	15.744	13.075	23.357	37.357
2004	16.223	15.584	24.033	38.010
2005	16.317	17.342	24.728	40.582
2006	16.789	19.157	25.443	42.298
2007	17.378	21.148	26.279	44.086
2008	20.219	21.664	27.039	45.350
2009	20.279	21.914	27.821	47.892
2010	22.713	23.582	28.626	49.917
2011	23.091	23.806	29.454	52.027
2012	24.712	25.957	31.191	54.226
2013	25.889	27.574	32.093	57.011

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de Viacha – Registro de Prestaciones SUMI

Elaboración: Propia

Los Indicadores estadísticos Individuales, son presentados en la siguiente tabla:

CUADRO N° 30: ESTADÍSTICOS INDIVIDUALES DE BENEFICIARIOS Y PRESTACIONES EN EL SUMI GRUPOS DE CONTROL Y EXPERIMENTAL

Indicador	Control		Experimental	
	Población Beneficiaria	Prestaciones Real	Población Beneficiaria	Prestaciones Real
Media	1.994.127	2.098.209	2.727.855	4.625.055
Mediana	2.021.900	2.166.400	2.703.900	4.535.000
Maximo	2.588.900	2.757.400	3.209.300	5.701.100
Minimo	1.574.400	1.307.500	2.335.700	3.735.700
Desviación Standart	3.701.553	4.387.945	2.866.563	6.550.977
Asimetria	0.311155	-0.316787	0.294322	0.179775
Kurtosis	1.607.159	2.241.953	1.954.077	1.846.782
Jarque-Bera	1.066.667	0.447356	0.660209	0.668794
Probabilidad	0.586646	0.799572	0.718849	0.715769
Observations	11	11	11	11

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de Viacha – Registro de Prestaciones SUMI

Elaboración: Propia

Asimismo podemos observar las matrices de Covarianza y Correlación, que se muestran a continuación:

CUADRO N° 31: MATRIZ DE COVARIANZAS DE BENEFICIARIOS Y PRESTACIONES EN EL SUMI GRUPOS DE CONTROL Y EXPERIMENTAL

Indicador		Control		Experimental	
		Población Beneficiaria	Prestaciones Real	Población Beneficiaria	Prestaciones Real
Control	Población Beneficiaria	12,4559	13,75692	9,465781	21,5648
	Prestaciones Real	13,75692	17,5037	11,10777	25,42393
Experimental	Población Beneficiaria	9,465781	11,10777	7,470167	17,01093
	Prestaciones Real	21,5648	25,42393	17,01093	39,0139

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de Viacha – Registro de Prestaciones SUMI

Elaboración: Propia

CUADRO N° 32: MATRIZ DE CORRELACIONES DE BENEFICIARIOS Y PRESTACIONES EN EL SUMI GRUPOS DE CONTROL Y EXPERIMENTAL

Indicador		Control		Experimental	
		Población Beneficiaria	Prestaciones Real	Población Beneficiaria	Prestaciones Real
Control	Población Beneficiaria	1,00000	0,93168	0,98130	0,97832
	Prestaciones Real	0,93168	1,00000	0,97140	0,97290
Experimental	Población Beneficiaria	0,98130	0,97140	1,00000	0,99645
	Prestaciones Real	0,97832	0,97290	0,99645	1,00000

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de Viacha – Registro de Prestaciones SUMI

Elaboración: Propia

En este sentido, se realiza la evaluación de los mismos mediante la realización de método cuasi-experimental, obtenemos los siguientes resultados:

CUADRO N° 33: RESULTADOS DE TRATAMIENTO DE BENEFICIARIOS Y PRESTACIONES EN EL SUMI GRUPOS DE CONTROL Y EXPERIMENTAL

Detalle	Control			Experimental		
	Valor	Estand. Error	Prob	Valor	Estand. Error	Prob
Consistencia Individual						
Coefficiente α	0,742239	0,114991	0,0001	0,732887	0,022259	0,0000
Constante C	0,734371	0,34836	0,0643	0,497874	0,085192	0,0002
Consistencia Grupal						
R- Cuadrado	0,82236			0,991767		
R- Cuadrado Ajustado	0,802622			0,990852		
S.E. de Regresión	0,081636			0,009977		
Suma Cuadrda de Residuos	0,059979			0,000896		
F - Estadístico	41,6642		0,000117	1084,106		0,0000
Media de la Varianza	2,977338			3,301132		
S.D. Varianza Dependiente	0,183751			0,104309		
Criterio Akaike	-2,010139			-6,211414		
Criterio Schwarz	-1,937794			-6,141792		
Criterio Hann-Quinn	-2,055742			-6,25974		
Estadístico Durbin Watson	0,674947			1,8196882		

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal de Viacha – Registro de Prestaciones SUMI – Resultados Software EVIEWS 8

Elaboración: Propia

Con los resultados del cuadro N° 33, podemos observar que en la aplicación del SUMI al global de la población, la consistencia estadística muestra claramente que la incidencia del modelo de evaluación tiene un beneficio directo en la población dentro del universo de la población total del Municipio de Viacha; toda vez que la focalización del programa nos muestra un incremento de los beneficios directos en la población.

En nuestro caso la población que es beneficiaria de la prestación de servicios del SUMI muestra una mejor relación con el total de los otros miembros de la población. Siendo la focalización de los programas un incentivo a los potenciales beneficiarios del área de impacto que a la población que está exenta del beneficio o prefiere ser atendida en otra población cercana o aledaña.

Con la evaluación de los modelos nos muestra su consistencia, aplicando los test correspondientes, los mismos que están adjuntos en los anexos del documento.

CAPÍTULO VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

En base a lo analizado en el presente documento, se puede concluir lo siguiente:

- Como se evidenció los desembolsos efectuados por concepto de Coparticipación Tributaria (CT), se incrementaron de manera sustancial en todos los años de gestión del SUMI, claro que esta asignación progresiva se deriva del aumento poblacional que ha tenido el municipio de Viacha, de acuerdo a la Ley de Participación Popular, así como 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 CT en el año 2003 fueron de 7%, en el 2004 de 8% y a es partir del 2005 del 10%.
- Los establecimientos de salud en el municipio de Viacha, desde el 2003 crecieron a un promedio de 1 establecimiento por cada 2 años. El año 2003 en el GAM de Viacha existían 3 Puestos de Salud y 1 Centro de Salud, la misma que aumentó desde el año 2008 hasta el 2012 a casi 2 establecimientos de salud por gestión; es decir que del 2007 a 2008, se crearon 3 establecimientos de salud de 1er. Nivel y para el 2012 dos establecimientos de salud uno el otro de 1er y 2do. Nivel.
- Con la creación de los nuevos establecimientos de salud, los beneficiarios del SUMI del GAM de Viacha obtuvieron una mejora en la prestación de servicios, que incremento la asistencia y requerimiento de los mismos.
- El incremento del número de prestaciones del SUMI ha permitido una mayor cobertura de la población más vulnerable dentro el municipio de Viacha, más aún en el área rural donde las tasas de mortalidad materna e infantil eran las más elevadas respecto al área urbana, ya que el carácter

gratuito de este seguro permite el acceso de las mujeres y niños cuyos ingresos son muy bajos y permite que cada vez mayores personas sean atendidas por el personal de salud público.

- Los programas de vacunación implementadas por el municipio de Viacha, tienen un impacto positivo en la reducción de la mortalidad infantil, un aumento de un punto porcentual en la cobertura de vacunación con DPT representa una disminución en la tasa de mortalidad infantil equivalente a diez muertes menos por cada mil nacimientos vivos.
- Las prestaciones destinadas a la mujer embarazada y en pediatría están bien posicionadas en el SUMI, con una gran participación relativa y una baja tasa de crecimiento. En términos absolutos es difícil registrar grandes incrementos de estas prestaciones; lo corriente será esperar que aumente una cantidad previsible en función del crecimiento poblacional.
- Las prestaciones de neonatología tienen una alta tasa de crecimiento, cuando lo ideal para estas prestaciones es mantener una baja participación relativa y una baja tasa de crecimiento. Las prestaciones de odontología tienen una escasa participación relativa y una ascendente tasa de crecimiento, lo esperado es que estas prestaciones estén bien posicionadas en el SUMI, es decir, que alcancen una participación relativa límite y que como consecuencia su tasa de crecimiento sea baja.
- En general las mujeres desconocen el concepto del SUMI, y sus características, y en mayor proporción las que no fueron blanco de la información durante el lanzamiento del SUMI ya que la campaña de lanzamiento del SUMI tuvo aparentemente corta duración. El grado de instrucción se encuentra relacionado a la capacidad de definir el concepto del seguro y tiene gran influencia para el conocimiento del SUMI, que se refleja en la ocupación que es un factor determinante para acceder a la información sobre este seguro, siendo las profesionales las que tienen mayor

información. Así mismo, el centro de salud es un elemento muy importante para informar sobre el seguro. No existe relación entre el número de hijos y el conocimiento del SUMI en general, pero sí con el conocimiento de las prestaciones del SUMI.

7.2. RECOMENDACIONES

- Es importante por lo tanto, no sólo asegurar un mayor financiamiento sino adicionalmente tener un mayor conocimiento de los indicadores de salud (perfil epidemiológico), y del mercado de salud en general., con la finalidad de permitir identificar las fallas existentes así como sugerir las posibles políticas que puedan llegar a aplicarse.
- Para que exista una mejor calidad en la prestación de servicios del SUMI en todos los establecimientos de salud de su jurisdicción, se sugiere que el Gobierno Municipal de Viacha también programe los recursos destinados a la creación de ítems (recursos humanos) con la finalidad de contar con mayor personal capacitado.
- El Estado a través de este seguro, pudo alcanzar algunas metas del milenio y a su vez mejorar la salud de la población menos favorecida que se reflejó en la disminución de los niveles de pobreza y mortalidad, sin embargo también se redujo la participación del sector privado (clínicas privadas e independientes), respecto a este problema se sugiere que el Estado genere un sistema de distribución de fichas médicas para controlar al usuario de los servicios de salud de tal manera que cada ficha otorgada a la población pueda tener un valor por el concepto de un acceso a diferentes tipos de prestaciones SUMI, en este caso las personas y teniendo la ficha podrían ir a cualquier clínica que sea privada la cual habiendo registrado al paciente y la prestación efectuada pueda tomar la ficha que el paciente les deje y con esta misma pueda cobrar dinero directamente del Estado por la atención de la prestación efectuada.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta R., Esquivel A., Landa F., (2006). *Evaluación de Impacto de los Seguros de Maternidad y Niñez en Bolivia 1989 – 2003*. La Paz, Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas – UDAPE, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF.
- Mendizábal Lozano, G., (2002). *Historia de la Salud Pública en Bolivia, de las Juntas de Sanidad a los Directorios Locales de Salud*. La Paz, Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud.
- Ledo C., Soria R., (2011) *Sistema de salud de Bolivia. Centro de Planificación y Gestión*, Cochabamba, Universidad Mayor de San Simón. Bolivia - Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública de México.
- Ministerio de Salud y Deportes. (2011). *Marco Legal para la Gestión Municipal en Salud*. La Paz, Bolivia.
- Adelheid, K., (2004). *Análisis y recomendaciones sobre el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) dentro del esquema descentralizado de sector salud*. La Paz, Programa de Apoyo a la Descentralización y Lucha contra la Pobreza.
- Hernández R., Fernández C., Pilar Baptista L., (2003). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill.
- Stiglitz J., (2002). *La economía del Sector Público*. Antoni Bosch editor.
- OPS/OMS, (2009). *Carpeta Municipal de Salud. 2ed. /Federación de Asociaciones*, La Paz, Federación de Asociaciones Municipales de Bolivia – FAM.
- OPS/OMS, (2009). *Carpeta Municipal de Salud. 2ed. /Federación de Asociaciones*, La Paz, Federación de Asociaciones Municipales de Bolivia – FAM.

- Dres. López C., Calvo A., (2001). *Índice de Salud Municipal*, La Paz, Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud.
- Musgrave, R., (1959). *Teoría de la hacienda pública*, Madrid, Editorial Aguilar.
- Knäble A., (2004). *Análisis y recomendaciones sobre el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) dentro del esquema descentralizado del sector salud*. La Paz, GTZ (Cooperación Técnica Alemana) Programa de Apoyo a la Descentralización y Lucha contra la Pobreza.
- Mendizábal G., (2002). *Historia de la Salud Pública en Bolivia de las Juntas de Sanidad a los Directorios Locales de Salud*. La Paz, Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud.
- Navarro H., (2005). *Manual para la evaluación de impacto de proyectos y programas de lucha contra la pobreza*. Santiago de Chile, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES) Área de Proyectos y programación de inversiones.
- Quisbert J., Dorakis P., Zapata M., (2008). *Clasificación de los municipios por criterios de salud: lineamientos para la inversión pública municipal*. La Paz, Socios para el Desarrollo/ PROSALUD.
- Gobierno Autónomo Municipal de Viacha, (2012). *Plan de Desarrollo Municipal Viacha 2012 – 2016*. La Paz, Empresa Consultora Iniciativas Bolivia.
- Gobierno Autónomo Municipal de Viacha, (2007). *Plan de Desarrollo Municipal 2007 – 2011: Tomo I Diagnostico*. La Paz, Empresa Consultora Iniciativas Bolivia.
- Unidad de Políticas Sociales – UDAPE, (2009). *Dossier Estadístico Municipal*. La Paz, UDAPE.
- Ministerio de Economía y Finanzas Públicas – MEFP, (2014). *Directrices y Clasificadores Presupuestarios 2014*. La Paz.

ANEXOS

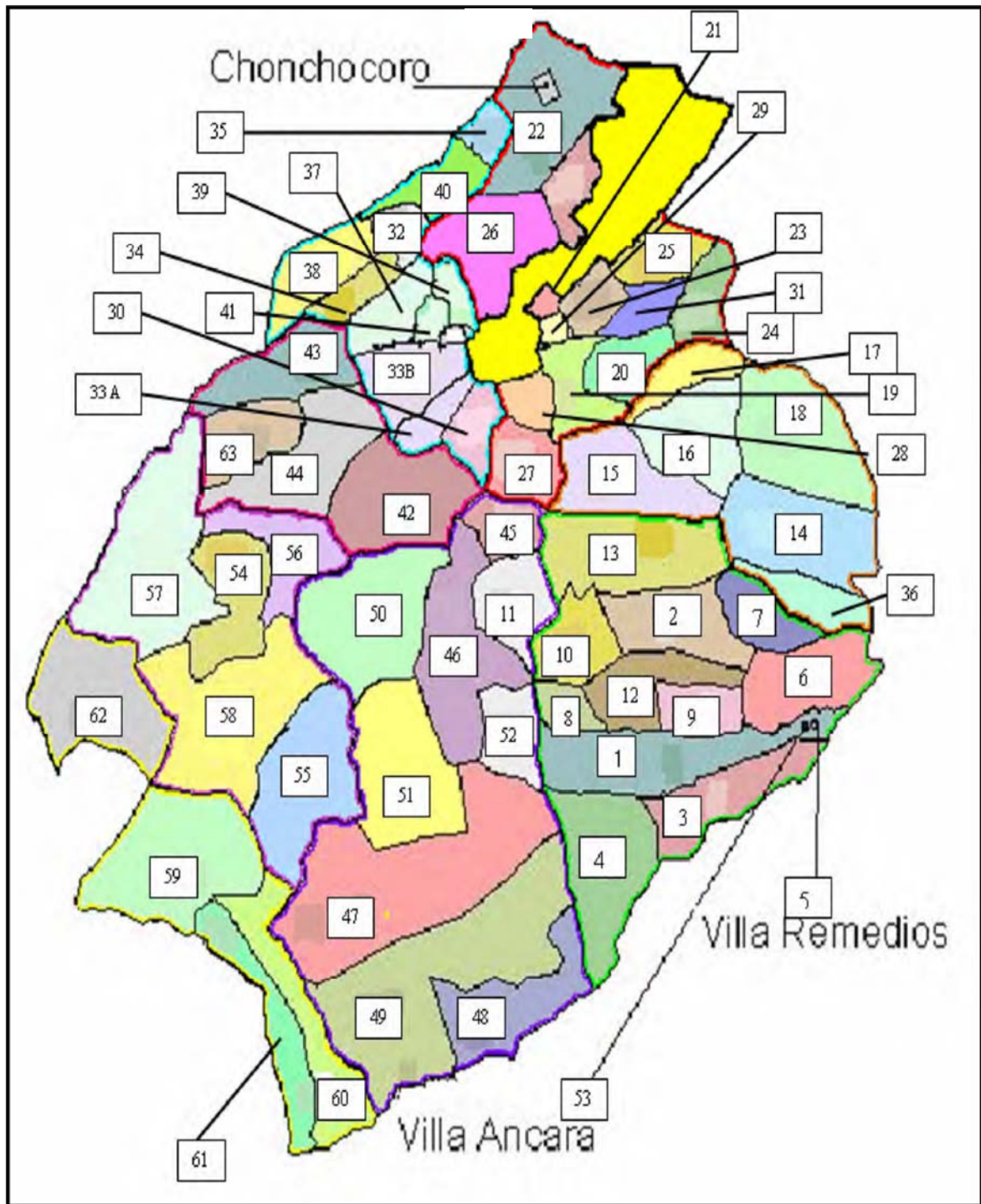
**ANEXO N°1: NOMBRE DE LAS COMUNIDADES
DEL GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE VIACHA**

N°	COMUNIDAD	N°	COMUNIDAD
0	Ciudad de Viacha	32	Pallina Chico
1	Hancara Kashani	*33	Contorno Arriba "A"
			Contorno Centro "B"
2	Pan de Azúcar	34	Pallina Centro
3	Hichuraya Grande	35	Pacharaya
4	Hichuraya Alta	36	Llajmapampa
5	Villa Remedios	37	Contorno Bajo
6	Pocohota	38	Pallina Grande
7	Villa Arrienda	39	Sekhajahuirá
8	Colina Blanca	40	Sekechuro
9	Puente Arriba	41	Contorno Pallcoso
10	Callisaya	42	Hilata Arriba
11	Canaviri	43	Hilata San Jorge
12	Jalsuri	44	Hilata Centro
13	Muruamaya	45	Copalacaya
14	Achica Arriba	46	Chuqui-uma
15	Achica Baja	47	Chacoma Irpa Grande
16	Villa Santa Chacoma	48	Tonko Pujio
17	Pongoni	49	Irpuma Irpa Grande
18	Mazo Cruz	50	Mullojahua
19	Surusaya Suripanta	51	Tacagua
20	Santa Rosa de Limani	52	Chuj-apujio
21	Granja convento Cervecería	53	Villa Ancara
22	Chonchocoro	54	Ponguini
23	Challajahuirá	55	Chanojahua
24	Checachata	56	Quinamaya
25	Viliroco	57	San Vicente de Collagua
26	Mamani	58	Coniri
27	Choquenaira	59	Villa Santiago de Chacoma
28	Charihuayto	60	Jekeri Rosapata
29	Humachua	61	Chacoma Alta
30	Contorno Letanías	62	Chus-upa
31	Batalla Ingavi	63	Hilata Santa Trinidad

Fuente: Dirección de Desarrollo Rural Gobierno Municipal Viacha 2007

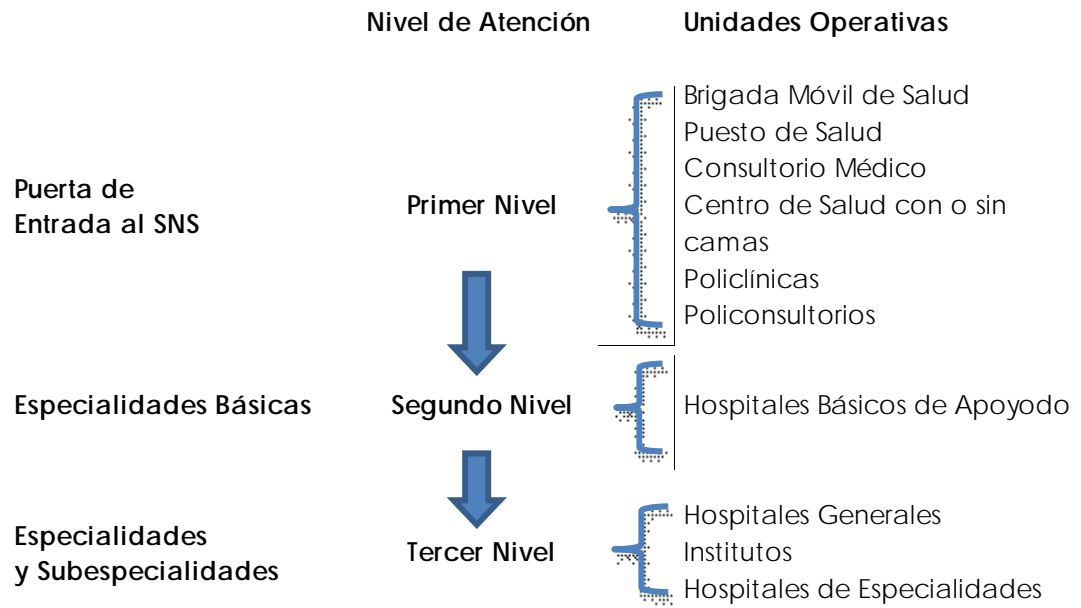
** El número 33 son dos comunidades que interactúan como una sola*

ANEXO N° 2: MAPA DE COMUNIDADES DEL ÁREA RURAL DEL GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE VIACHA

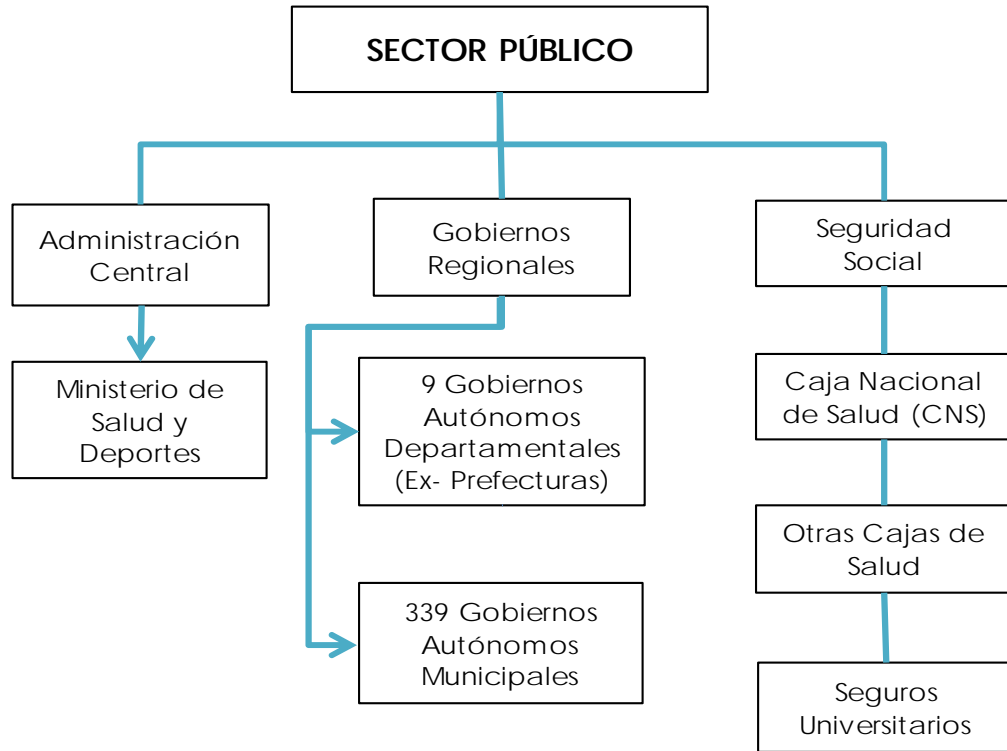


Fuente: Dirección de Desarrollo Rural Gobierno Municipal Viacha 2007

ANEXO N° 3: SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)



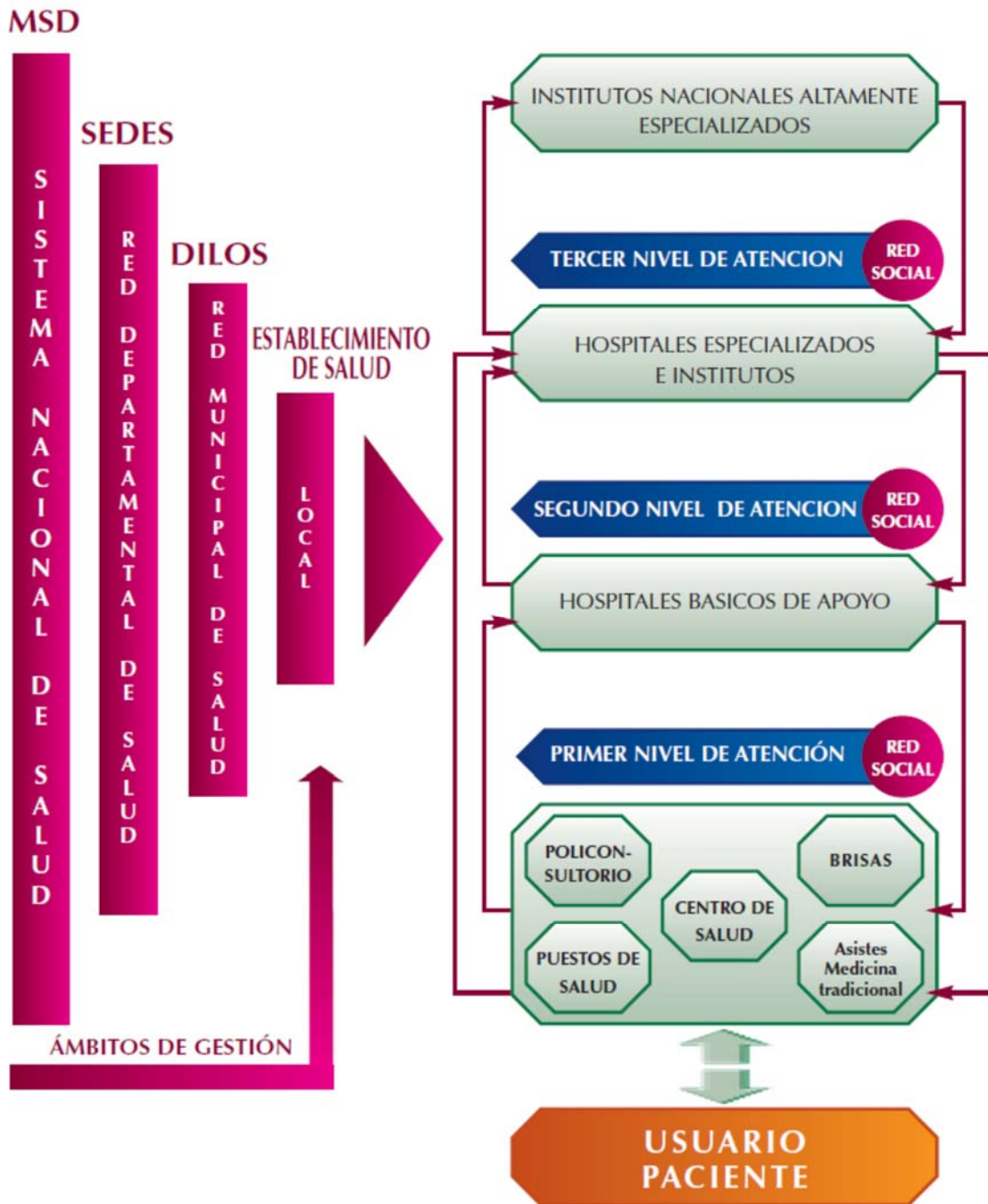
**ANEXO N° 4: ESTRUCTURA DE INSTITUCIONES DEL SECTOR PÚBLICO
RELACIONADAS CON SALUD**



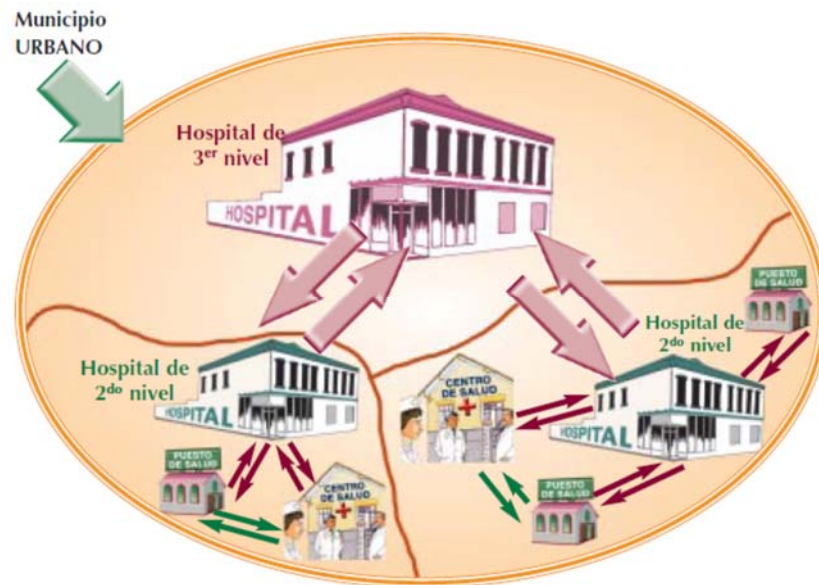
ANEXO N° 5: FUENTES DE FINANCIAMIENTO Y PRESTACIONES DEL SUMI



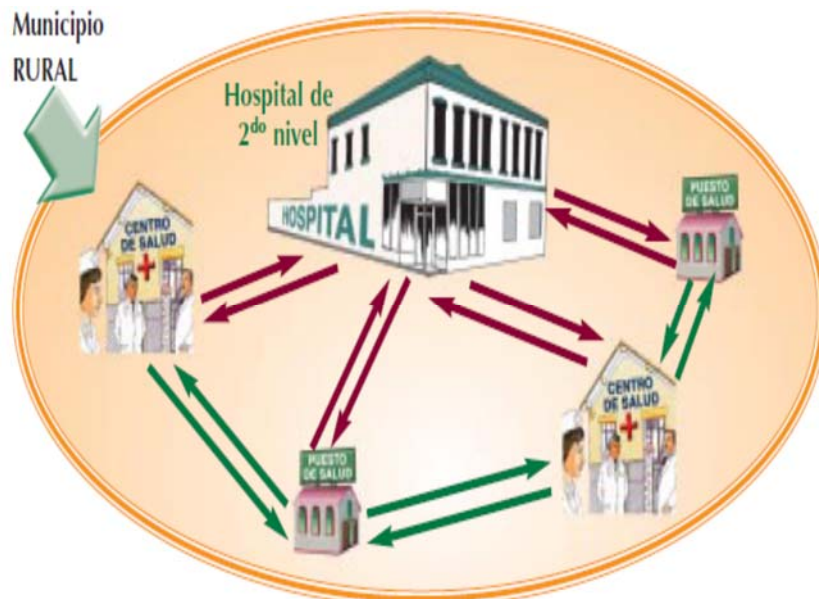
ANEXO N° 6: CONSTITUCIÓN DE LAS REDES DE SERVICIO



ANEXO N° 6: RED DE SERVICIOS DE SALUD METROPOLITANA (INTRA MUNICIPAL) Y MUNICIPAL

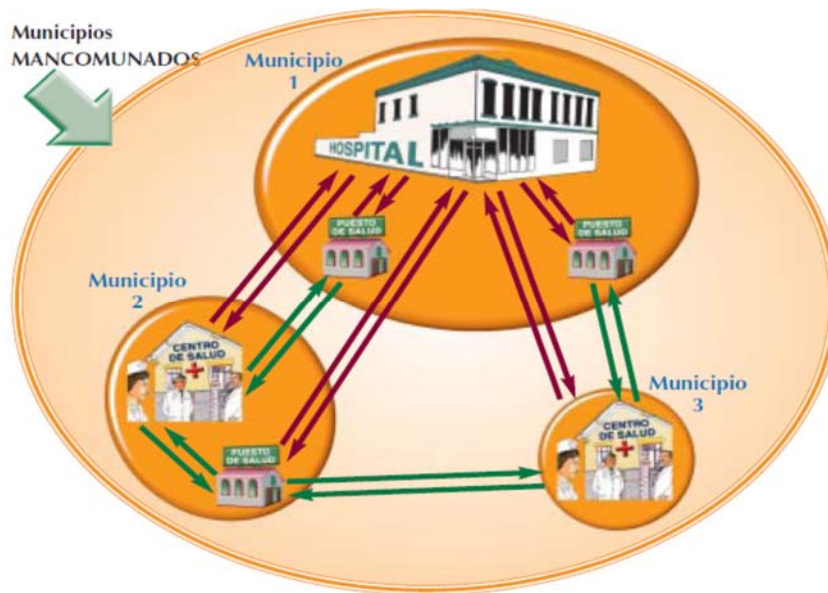


*Se ubica al interior de un municipio metropolitano, de acuerdo a las necesidades de población, a su capacidad de resolución, en concordancia con su estructura urbana.



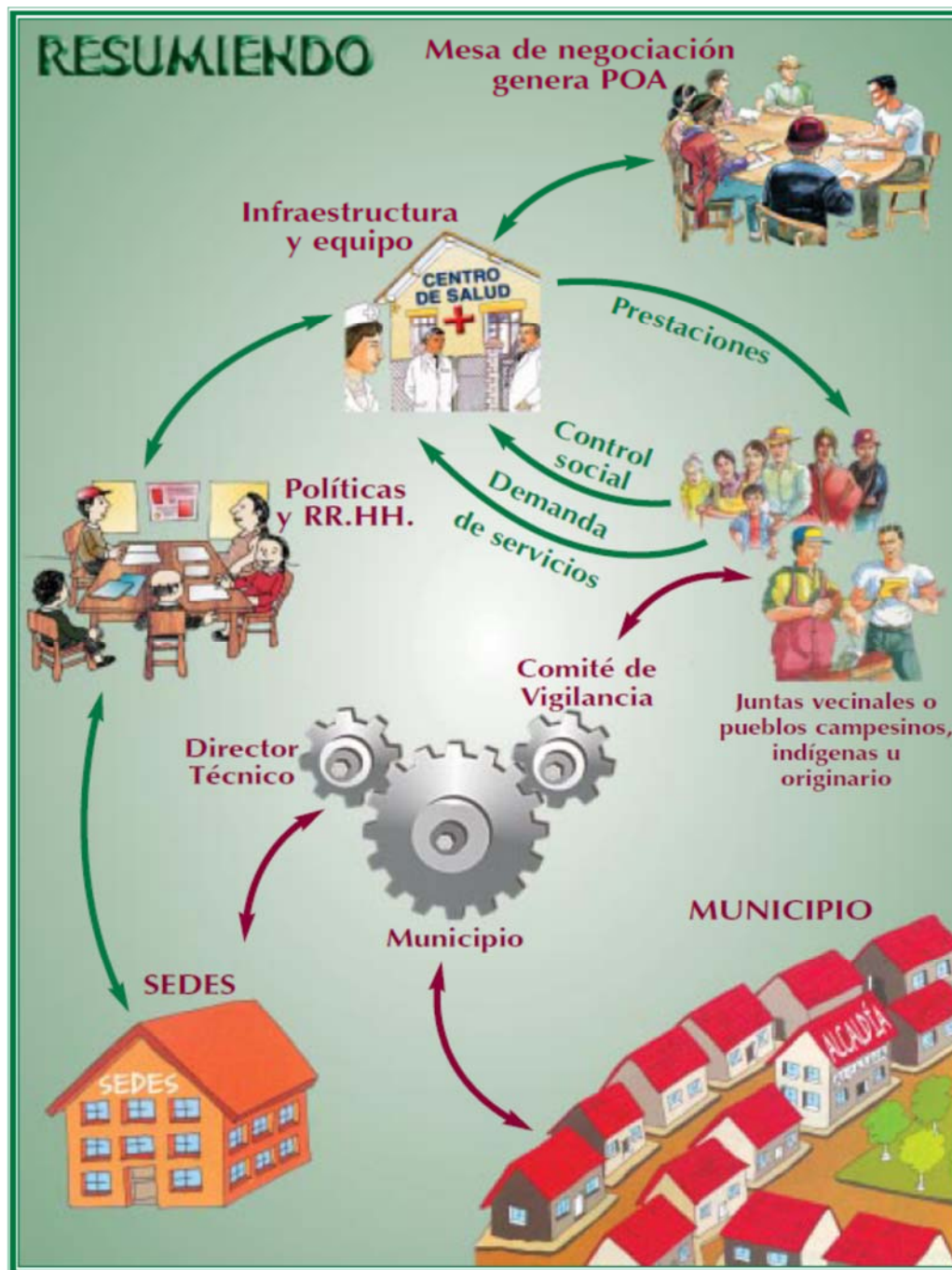
*Ubicada al interior de un municipio urbano o rural.

ANEXO N° 7: RED INTERMUNICIPAL O MANCOMUNADA



*Para formar la mancomunidad de municipios en salud, debe existir un hospital de referencia que permita a los municipios mancomunados la solución a los problemas de salud.

ANEXO N° 8: SISTEMA DE SALUD RELACIONADA CON LA GESTIÓN EN SALUD MUNICIPAL



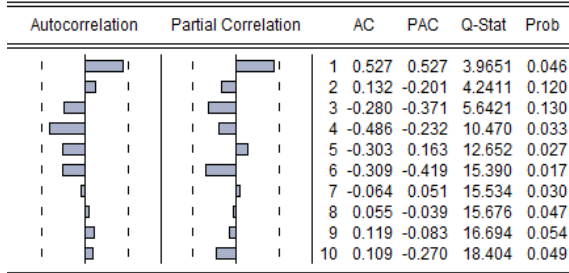
ANEXO N° 9: PRUEBAS Y CONTRATES DE CONSISTENCIA DE LOS MODELOS EVALUADOS

Diagnóstico de Residuos:

- Correlograma Estadístico – Q

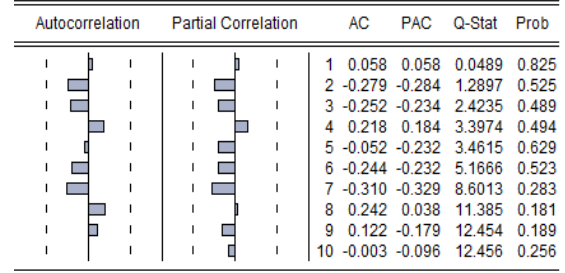
Modelo Control

Sample: 2003 2013
Included observations: 11



Modelo Tratamiento

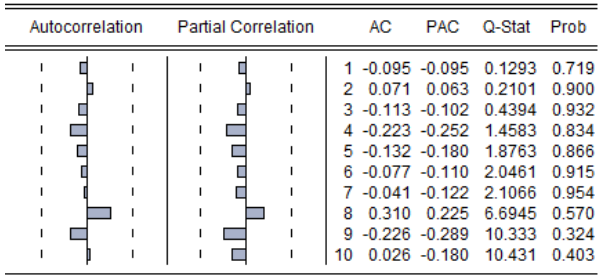
Sample: 2003 2013
Included observations: 11



Correlograma Residuos al Cuadrado

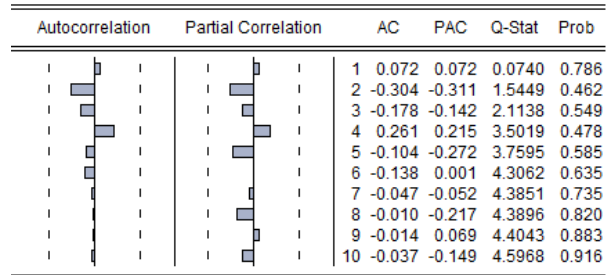
Modelo Control

Sample: 2003 2013
Included observations: 11



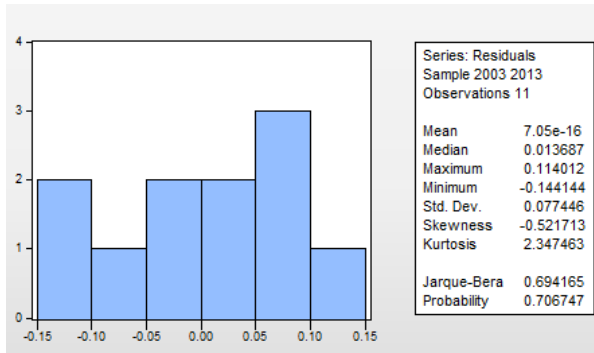
Modelo Tratamiento

Sample: 2003 2013
Included observations: 11



Histograma de Normalidad

Modelo Control



Modelo Tratamiento

