

# **MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES – REPÚBLICA DE BOLIVIA**

## **SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL**

### **SUMI**

#### **1. Antecedentes.-**

El 21 de noviembre de 2002, como Política de Estado, componente de la Estrategia Boliviana de Reducción a la Pobreza y cumplimiento de las Metas de Desarrollo del Milenio, se promulga la Ley N° 2426 del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), con el propósito de disminuir de manera sostenible la morbimortalidad materna e infantil. Entra en vigencia a partir del 1ro. de enero de 2003.

#### **2. Objetivo**

Este Seguro es de carácter universal, integral y gratuito, otorga prestaciones a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto y a los niños/as desde su nacimiento hasta los 5 años de edad. Estas prestaciones se otorgan con carácter obligatorio y coercitivo en todos los establecimientos de salud en los tres niveles de atención del Sistema Público y Seguro Social de corto plazo, y en aquellos privados con o sin fines de lucro adscritos bajo convenio.

#### **3. Marco Legal Normativo**

Se basa por primacía en la Constitución Política del Estado que establece que la salud es un derecho básico por lo tanto es responsabilidad del Estado protegerla y promoverla bajo las dimensiones de orden colectivo y de un bien individual; el Código de Salud de Bolivia, la Ley N° 2426 del 21 de noviembre de 2002 y otras normas conexas de carácter marco y específicas, que legitiman su institucionalidad, norman su implementación y funcionamiento, asigna responsabilidades, valida sus procedimientos administrativos – técnico médicos, profundiza los procesos de descentralización, privilegia la gestión compartida con participación popular y orienta actividades.

#### **4. Financiamiento**

El financiamiento del SUMI tiene 3 fuentes:

- a) Del Tesoro General de la Nación para los recursos humanos del sector público y con sus recursos propios para el sector de la Seguridad Social de corto plazo o establecimientos adheridos bajo convenio.
- b) Impuestos nacionales de Coparticipación Tributaria Municipal para pago por prestaciones otorgadas, de acuerdo a la siguiente gradualidad: 7% el 2003, 8% el 2004, y a partir del 2005 adelante el 10%, del 100%.
- c) Fondo Solidario Nacional cuyos recursos provienen de la Cuenta Especial del Diálogo Nacional 2000 (Recursos HIPC II de alivio a la deuda externa), en la misma gradualidad anterior. Se otorga a demanda, cuando los recursos de Coparticipación Tributaria Municipal son insuficientes para cancelar a los establecimientos de salud. Con estos recursos se eliminan el pago intermunicipal y entre establecimientos.

## 5. Modelo de atención

En la gestión 2004, el SUMI brindó atenciones en los 314 municipios del país y 2.259 establecimientos de salud del sector público, seguro social de corto plazo, y en aquellos privados con o sin fines de lucro adscritos por convenio, en zonas rurales y urbanas, en todos los niveles de atención de acuerdo a su capacidad resolutive y tecnología disponible, actualmente las atenciones se dan en los 327 municipios del país.

Para aquellas comunidades que no tienen centros de salud, están incomunicadas o tienen difícil acceso, se tiene el programa de extensión de coberturas "Extensa", que mediante Brigadas Móviles llegan a aproximadamente 2.500 comunidades de todo el país, otorgando prestaciones del SUMI, de los Programas Nacionales y Atención Primaria de Salud.

## 6. Resultados alcanzados

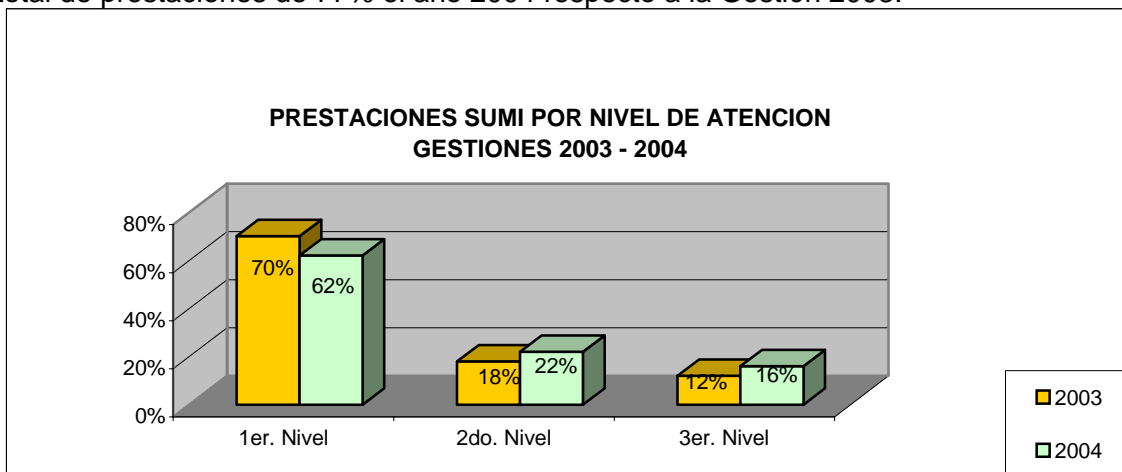
Para el año 2004 el público beneficiario del SUMI estuvo constituido por: 1.279.269 niños menores de 5 años y 328.682 mujeres embarazadas hasta los 6 meses después del parto (partos esperados). Se estableció sobre la población objetivo, una cobertura de afiliación al SUMI que alcanza aproximadamente al 74%.

### RESULTADOS COMPARADOS ALCANZADOS PRESTACIONES OTORGADAS

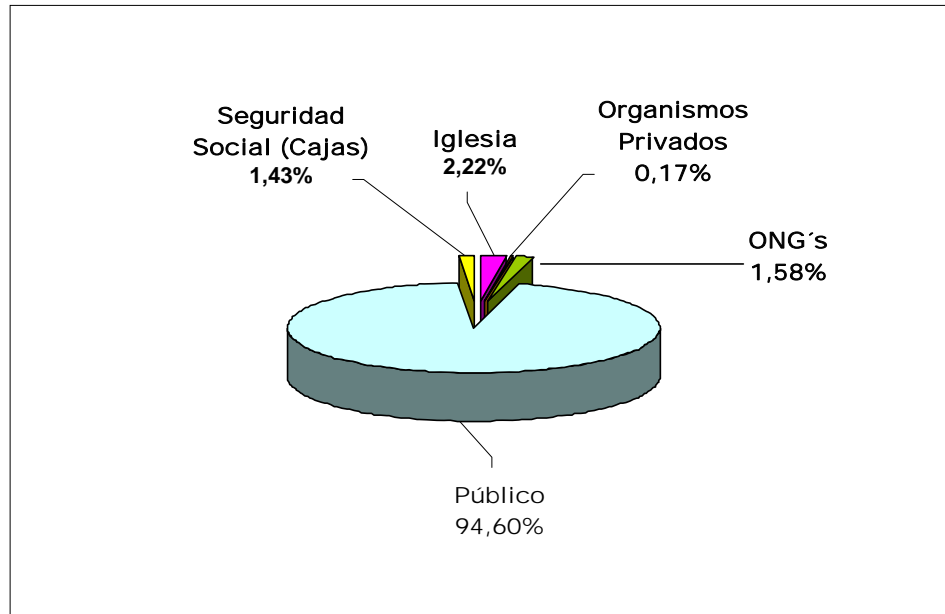
GRUPO	Enero – Diciembre 2003	Enero – Diciembre 2004	*Enero – Septiembre 2005
Mujeres embarazadas hasta 6 meses posteriores al parto	1.652.186	2.905.581	3.426.410
Niños menores hasta los 5 años de edad	5.226.551	9.522.435	6.324.629
Consulta y tratamiento odontológico	305.836	802.876	629.587
Medios auxiliares y de diagnóstico	1.191.695	1.628.113	1.201.430
<b>TOTAL DE PRESTACIONES OTORGADAS</b>	<b>8.378.271</b>	<b>14.858.995</b>	<b>*11.582.056</b>

\* Datos parciales

Al segundo año de vigencia del SUMI, se evidencia un incremento general en el número total de prestaciones de 77% el año 2004 respecto a la Gestión 2003.



**PRESTACIONES SUMI  
OTORGADAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD  
POR SUB – SECTORES / GESTIÓN 2004**



Del gráfico anterior se deduce el bajo compromiso de la Seguridad Social de Corto Plazo y su contribución marginal al SUMI, pese a estar obligados a otorgar las prestaciones con carácter obligatorio y coercitivo de acuerdo a Ley y no se requiere convenio previo de ninguna naturaleza. En cuanto a la iglesia católica, su porcentaje de contribución puede ser mayor ya que dentro el subsector público tienen en administración delegada varios establecimientos de salud en el país, en todo caso faltan que se adscriban varios de sus establecimientos importantes como contribución al país y a los más necesitados.

**IMPLICACIONES ESTADISTICAS**

IRA SIN NEUMONIA	1.013.928
CONSULTA EXTERNA INTEG PEDIATRICA (PREV.ANEMIA)	889.947
CONSULTA PRENATAL	734.312
DISENTERIA EN NIÑOS DE 2 MESES A MENORES DE 5 AÑOS	496.923
DIARREA SIN DESHIDRATAACION (PLAN A)	413.947
ANEMIA LEVE O MODERADA	361.705
DESNUTRICION LEVE O MODERADA	283.500
IRA CON NEUMONIA (MASTOIDITIS)	226.579
ADM. SULFATO FERROSO EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO	289.280
IMPETIGO	148.290
ESTUDIOS ECOGRAFICOS	118.170
EXAMENES DE PAP	24.831
INFECCIONES LOCALES EN EL RECIEN NACIDO (AIEPI NEONATAL)	9.831
ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE (Sepsis)	4.303
TEC	1.181
TAC	1.636
SERVICIOS DE LABORATORIO	1.590.212

## **7. Contribución a la disminución de las Tasa de Mortalidad**

Como una contribución de los Seguros Públicos implementados en el país, se tiene un proceso acelerado e importante de reducción de las tasas de mortalidad, que sin embargo todavía nos coloca como el segundo país en Latinoamérica, con la más alta razón de muerte materna, infantil y neonatal, sin embargo, se estima que al ritmo actual antes del cumplimiento de las Metas del Milenio (2015) se tenga una cifra acorde a estándares internacionales. De acuerdo a la ENDSA 2003, las Tasas de Mortalidad evolucionaron y se redujeron de acuerdo a los siguientes comportamientos en los periodos señalados:

### **7.1 Razón de mortalidad materna en el país**

La Razón de Muerte Materna se redujo en un 41% al año 2003, respecto del año 1994, es decir de 390 a 229 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

### **7.2 Tasas de mortalidad infantil y neonatal en el país**

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003 y datos de UDAPE (Agosto 2004), la Tasa de Mortalidad Infantil (menores de 1 año) disminuyó y muestra una tendencia decreciente también acelerada. De 1989 (96 por 1000 n.v.), 1994 (75 por 1000 n.v.), 1998 (67 por 1000 n.v.) al 2003 (54 por 1000 n.v.) disminuyó en 44% respecto a 1989.

La Tasa de mortalidad en la niñez (menores de 5 años) por cada 1.000 nacidos vivos (n.v.) disminuyó en 47% respecto a 1989 que era de 142 muertes, el 1994 era de 116, el 1998 era de 92 y el 2003 es de 75.

La Tasa de mortalidad neonatal, es la que registra el mayor número de defunciones, de acuerdo a la ENDSA 2003, en el periodo que se observa, disminuyó en 31% respecto a 1994. El año 1994 era de 39, en 1998 de 34 y el 2003 de 27.

## **8. Manejo Económico Financiero del SUMI**

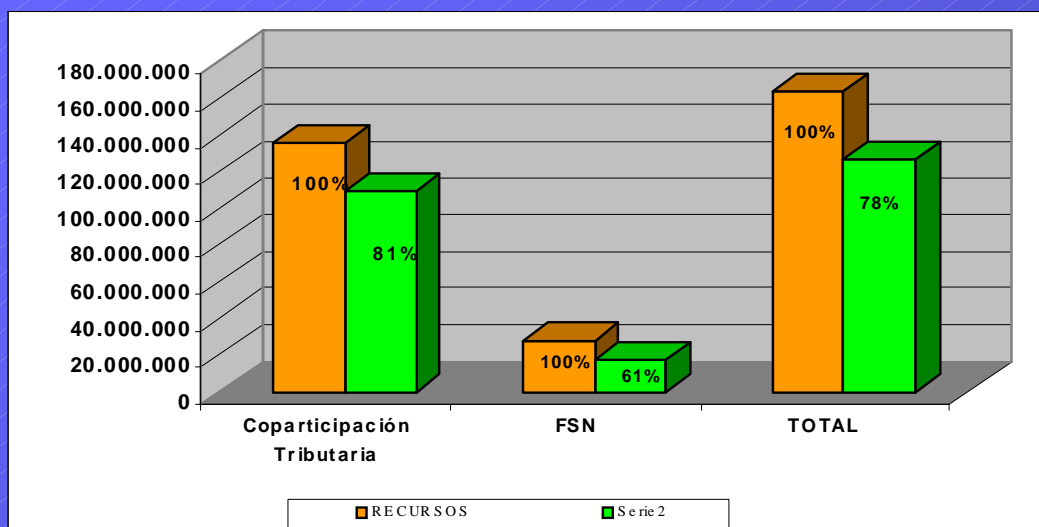
El SUMI ha sido y es sostenible, las proyecciones que se hicieron en la etapa de diseño para el pago a los establecimientos de salud por las prestaciones otorgadas, los desembolsos por Coparticipación Tributaria Municipal y la asignación para el Fondo Solidario Nacional, fueron suficientes para atender todos los requerimientos que se produjeron en las Gestiones 2003 – 2004 y en la presente 2005.

La evaluación externa entregada a mediados del 2005, efectuada por la empresa Encuestas & Estudios, ratifica lo anterior.

### **8.1 Recursos totales**

Los recursos asignados y ejecutados en la gestión 2004 por Coparticipación Tributaria Municipal y para el Fondo Solidario Nacional se explican en el siguiente gráfico:

## RELACION RECURSOS – EJECUCION SUMI 2004 Expresado en Bs. y %



PRESUPUESTO	RECURSOS	EJECUCION	% EJECUCION
Coparticipación Tributaria	135.558.560,00	109.590.618,00	80,84%
FSN	28.172.160,00	17.305.478,00	61,43%
TOTAL	163.730.720,00	126.896.096,00	77,50%

### 8.2 Remanentes

Los remanentes de Coparticipación Tributaria en el ámbito municipal, pueden ser invertidos en infraestructura sanitaria, saneamiento básico o programas especiales de seguros de salud, a fin de gestión, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 2426, sus Decretos reglamentarios y la Resolución Ministerial N° 571 del 22 de septiembre de 2003. Los remanentes del Fondo Solidario Nacional, deberán ser revertidos a la Cuenta Especial del Diálogo Nacional 2000, para su reasignación a los municipios.

### 8.3 Fondo Solidario Nacional

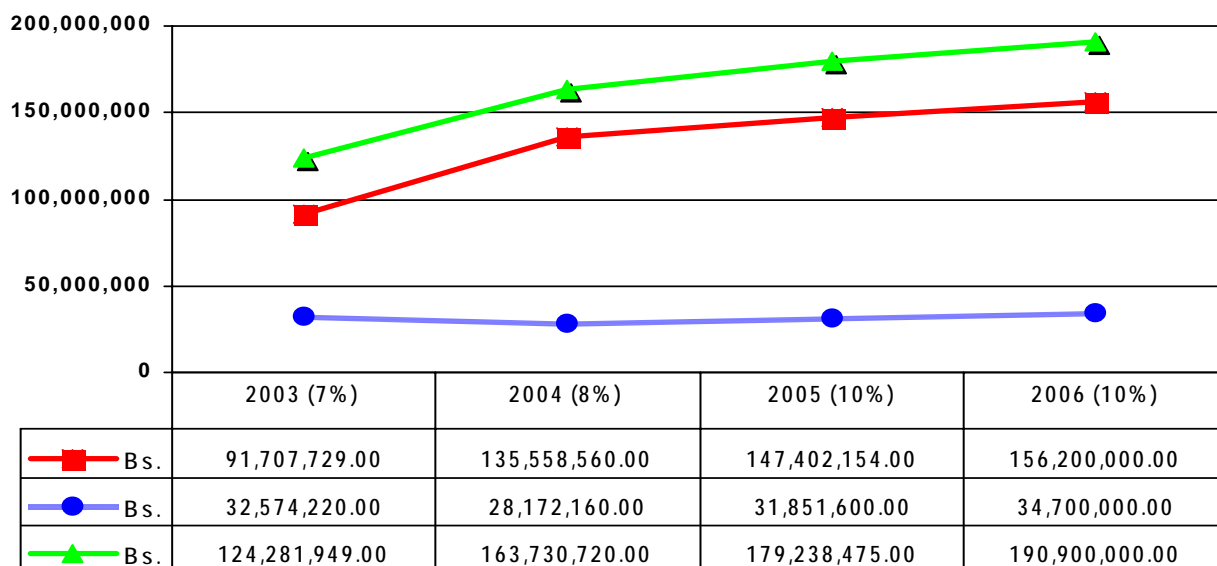
El Fondo Solidario Nacional, fue creado para compensar y otorgar recursos adicionales a aquellos municipios cuya Coparticipación Tributaria Municipal fuera insuficiente, así en la Gestión 2003 accedieron a estos recursos 38 municipios y el 2004 fueron 28 municipios de un total de 314. En la presente gestión 2005 hasta el momento accedieron 28 de los 327 municipios que son a partir de este año.

## 9. Presupuesto

De acuerdo a los datos reales históricos desde enero de 2003 a la fecha y por la información proporcionada por el Ministerio de Hacienda, en el siguiente cuadro se aprecia los recursos disponibles para el SUMI de 2003 a 2006.



## PROYECCIONES DE INGRESOS DEL FONDO SOLIDARIO Y COPARTICIPACIÓN EN SALUD



ERB.