

GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL (SUMI) EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON RESIDENCIA PERMANENTE EN IRONCOLLO.

Grade of knowledge about Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) benefits of women in fertility age with permanent address at Ironcollo

*Delicia Lizet Vidal Rioja
**Carlos Eróstegui Revilla

Recibido : 16-3-08; Aceptado: 21-4-08

RESUMEN

La ley del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) fue implementada en enero de 2003, beneficiando a mujeres embarazadas y menores de 5 años, y fue ampliada en diciembre de 2005 cubriendo a mujeres de 5 a 60 años. Sin embargo, a pesar de la amplia cobertura que ofrece, se utilizan solo algunas prestaciones. Una de las posibles causas de la poca utilización del SUMI puede ser el desconocimiento de la ley. Por tanto, nos planteamos conocer en qué medida las mujeres de edad fértil conocen las prestaciones que brinda el SUMI, y qué factores determinan este desconocimiento. Para esto, se encuestó a 213 mujeres en edad fértil que consultaron en el centro de salud San José Obrero de Mayo a Junio de 2007 de la comunidad de Ironcollo. El 56% de las encuestadas no pudieron definir el SUMI, desconocen la gratuidad y cobertura del mismo. El 36% tenía nivel de instrucción bajo, del cual, el mayor porcentaje no pudo definir el SUMI. El 86,6 % indicó trabajar en su profesión y pudo definirlo; no así las amas de casa, empleadas domésticas y vendedoras ambulantes. El 44% pudo definir el SUMI, 24% de este grupo indicó a mujeres de 5 a 60 años, embarazadas y menores de 5 años como beneficiados por el SUMI, la mayoría señaló recibir esa información en el centro de salud. El 97% de las mujeres que indicaron visitar el centro de salud varias oportunidades al año pudieron definir el SUMI. Concluimos que el grado de conocimiento sobre el SUMI es bajo, y que tiene relación directa con el grado de escolaridad. El Centro de Salud tiene un rol importante en la información.

Palabras clave: SUMI, grado de conocimiento.

ABSTRACT

The Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) law implemented January 2003 and it benefits to pregnant women and children younger than 5 years old, and in December 2005 it was extended covering to women from 5 to 60 years old. However, in spite of its great coverage, only some prestations are utilized. One cause of SUMI benefits low utilization could be the unknowledge of this law. So, we thought to know in what extent women on fertile age know the benefits that SUMI law offer, and what factors determine this extent of knowledge. In order to do it, we did survey among a 213 fertile age women that attend to medical consult of Centro de Salud San José Obrero at Ironcollo community from May to June of 2007. 56% of people could not define the SUMI nor gratuity and its scope. 86% who says had a career could well define it; but not housekeeping, domestics, or ambulant sealers women. From 44% that could well define SUMI, 24% pointed to 5 to 60 years old women, pregnant women and children under 5 years old as beneficiaries of SUMI. Most of them says had received this information at Centro de Salud. 97% of women that told to visit the Centro de Salud several times on a year could define SUMI. We conclude that the extent of knowledge about SUMI is low, and it has a relationship with scholar degree. The Centro de salud has an important role on information.

key words: SUMI, grade of knowledge

* Médico General.
**Médico Cirujano - Docente Facultad de Medicina UMSS.

INTRODUCCIÓN

La creación de la seguridad de salud en Bolivia data de 1956, sin embargo, por las características socioeconómicas del país la cobertura alcanzaba a muy poca población, específicamente trabajadores públicos y de empresas privadas y profesionales, dejando fuera a otros sectores de la población como el rural, comerciantes, etc. En Bolivia se gasta sólo 25 dólares per cápita americanos por año en la salud de sus habitantes, muy inferior al que destinan en América Latina y el Caribe en promedio para la atención sanitaria de su población que es de 150 dólares per cápita.¹⁰

La mortalidad infantil antes del 5º año de nacimiento es de 92 por cada 1000 nacidos vivos en el quinquenio 1993 a 1998-10. La mortalidad en la niñez es casi el doble en la zona rural que en la urbana (125 vs 66). La tasa de mortalidad infantil rural llega a 90 y en la urbana a 50 por cada 1000 nacidos vivos¹⁰.

En los últimos años, los diferentes gobiernos han tratado de paliar esta situación ampliando la cobertura de la seguridad de salud existente, creando diferentes tipos de seguro. En Noviembre de 2002 se promulgó la Ley 2426 que dio inicio al Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), el mismo que se implementó en enero de 2003, que sustituía al Seguro Básico de Salud implementado en anteriores gestiones. En sus inicios, y con el fin de reducir dos de los indicadores de salud más importantes, la mortalidad materna es de 230 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos², y la tasa de mortalidad infantil que presenta una razón de 62 por 1000 nacidos vivos al 2001¹¹, y es causada principalmente por enfermedades prevenibles (enfermedades diarreicas y respiratorias), el SUMI otorgaba prestaciones gratuitas a niños menores de 5 años y mujeres embarazadas desde el inicio del embarazo hasta los seis meses postparto. En diciembre de 2005 se sancionó la Ley N° 3250 que amplió la cobertura del SUMI brindando prestaciones a mujeres comprendidas entre las edades de 5 a 60 años, con el objeto de promover, además de una maternidad segura a las mujeres en edad fértil, la disminución de la incidencia de cáncer cérvico-uterino mediante la obligatoriedad en la prevención (examen de Papanicolaou anual) y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.

Actualmente el SUMI beneficia a nivel nacional a una población de alrededor de 5.095.516 habitantes, sin embargo, los indicadores de salud, si bien han mejorado, aún

permanecen en niveles de bajo desarrollo, y el impacto del SUMI es insuficiente. Las posibles causas de esto se encuentran en factores externos al sistema de salud y de la seguridad social en particular, pero que inciden en la salud, tales como la educación, el ingreso económico, etc., pues todavía el nivel de instrucción es bajo, y en general el ingreso económico familiar es también bajo para una gran parte de la población.

Sabemos por observación directa y por comunicación oral del personal de salud que gran parte de la población, especialmente en el área rural, desconoce los beneficios de una atención integral y gratuita que le aporta el SUMI. Este desconocimiento puede ser uno de los factores que influyen en la disminuida efectividad de la ley SUMI, ya que privaría a muchas mujeres, como madres y como mujeres, de su derecho al acceso a los cuidados de salud que le oferta el sistema de salud boliviano, por lo que el presente trabajo se propone determinar el grado de conocimiento que tienen las mujeres en edad fértil sobre el SUMI y los posibles factores que podrían influir en este.

MATERIALES Y MÉTODOS

El trabajo se realizó en la localidad de Ironcollo, en la provincia de Quillacollo del Departamento de Cochabamba. En esta localidad son aproximadamente 13.000 habitantes los que se benefician con el SUMI.

El estudio se realizó durante los meses de mayo y junio de 2007 mediante una encuesta a 213 mujeres en edad fértil que acudieron a consulta externa al centro de salud San José Obrero de Ironcollo, y la encuesta se aplicó antes de que entraran al consultorio. Solo se tomaron en cuenta a las pacientes que tuvieran residencia permanente en el municipio de Ironcollo.

El cuestionario estuvo compuesto por 14 preguntas (3 abiertas y 11 cerradas con opción), escrito en español, en las que se preguntaba la definición, la gratuidad, los beneficios que brinda y los paquetes que contiene el SUMI.

La población de Ironcollo no es homogénea, por lo que es representativa de la distribución de los municipios rurales del departamento de Cochabamba. La muestra estuvo compuesta por personas que hablan español, con las que no hubo problemas al momento de la encuesta, y personas que solo hablan quechua, o que no saben ni leer ni escribir. En ambos casos los datos fueron anotados por el encuestador.

También se revisaron los registros de los Informes mensuales de producción de servicios de los meses de Mayo y Junio del año 2007 del centro de salud para conocer datos estadísticos.

Con la información obtenida se creó una base de datos, los cuales fueron analizados y procesados con el programa Excel 2007.

RESULTADOS

De un total de 669 pacientes que acudieron a consulta externa durante los meses de mayo y junio, el 51% (341) fueron mujeres en edad fértil; los restantes fueron pacientes de otros grupos etáreos (hijos, padres, esposos, hermanos). De los 213 encuestados, 119 mujeres (56%) no pudieron definir el SUMI e indicaron desconocer la gratuidad, los beneficios y los paquetes del seguro, 48 mujeres (22%) dieron definiciones cercanas a la del SUMI y 46 (22%) pudieron definirlo adecuadamente. (Ver Tabla 1)

A todas las mujeres que definieron bien o aproximadamente el SUMI, se les mencionó los paquetes más utilizados en el centro de salud, y se les pidió que señalaran los que conocían (Ver tabla 1). Todas las prestaciones relacionadas a la gestación y parto y a las pediátricas fueron mencionadas como conocidas excepto la de la cesárea, pero las relacionadas a otras patologías fueron muy poco mencionadas, especialmente la de enfermedades de transmisión

Tabla N° 1

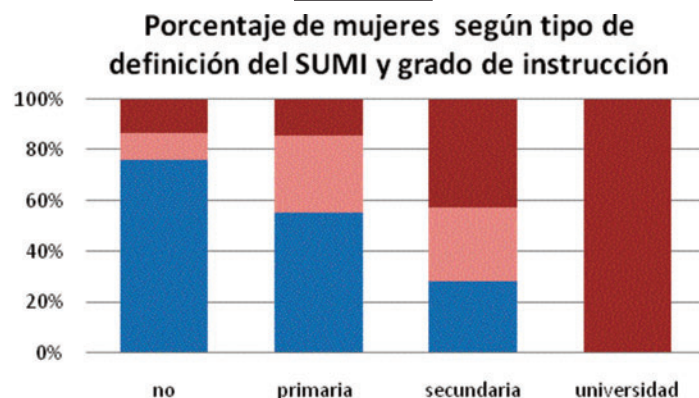
Prestaciones más conocidas	Número de mujeres	% de Mujeres en relación a las que definieron el SUMI	% de mujeres e relación al total de encuestadas
Atención del parto	94	100,0	44,1
Control Prenatal	93	98,9	43,7
Atención integral < 4 años	92	97,9	43,2
EDA	90	95,7	42,3
IRA	90	95,7	42,3
Atención Recién Nacido	86	91,5	40,4
Vacunación	80	85,1	37,6
Atención integral 5 a 60 años	24	25,5	11,3
Odontológico	24	25,5	11,3
PAP	18	19,1	8,5
cesáreas	12	12,8	5,6
ETS	4	4,3	1,9

En las mujeres que pudieron definir el SUMI las prestaciones más conocidas representan un alto porcentaje, pero relacionadas a la población total de las encuestadas el porcentaje es bajo; como puede observarse ocurre el mismo fenómeno en las prestaciones menos desconocidas.

sexual (ETS). Sin embargo, cuando se analizó la relación de mujeres que conocen las prestaciones en relación al total, se encontró que muy pocas mujeres conocían las prestaciones no relacionadas a la gestación y pediátricas, y menos de la mitad conoce las prestaciones relacionadas a éstas últimas.

El grado de instrucción de las mujeres encuestadas fue el siguiente: 36 % (76) indicaron que no tienen grado de instrucción, 43% (92) tenían grado primario, 16 % (35) tenían grado secundario, y el 5% (10) tenían nivel universitario. Para ver la relación entre el grado de instrucción y el conocimiento del SUMI se cruzaron las variables grado de instrucción y definición del SUMI, y se encontró que las mujeres con grado de instrucción de secundaria o mayor conocían el SUMI, mientras que las que tienen bajo nivel de instrucción no lo conocen, estableciéndose una relación directa entre el grado de instrucción y el conocimiento del SUMI. (Ver gráfico 1).

Gráfico N° 1



Relación entre el grado de instrucción y conocimiento del SUMI. El gráfico muestra que el mayor porcentaje de mujeres que tienen grado de instrucción de secundaria o mayor, conocen el SUMI

A todas las encuestadas se les preguntó el número de hijos, de ellas, 13% (28) indicaron tener un hijo, 31% (67) 2 hijos, 51% (108) 3 o más hijos y 5%(10) no tenían hijos. De las mujeres que indicaron no tener grado de instrucción 82,5 % (63) afirman tener más de 2 hijos. En el grado de instrucción primario la distribución es así: 83,1% (74) más de 2 hijos (83,13%), y 2,24%(2) no tienen hijos. En el nivel secundario el 20,5% (7) afirmaron tener 1 hijo o ninguno, 79,4% (27) indicaron tener 2 hijos o más. En el nivel universitario 60%(6) indicaron 2 o más hijos y 30% (3) no tienen hijos. Esta distribución muestra una tendencia a tener menor número de hijos conforme el grado de instrucción es mayor, y por tanto tienen menor necesidad de atención de salud.

La edad de las mujeres no parecería tener relación con el grado de conocimiento del SUMI, ya que como muestra el grafico 2 (A) de las mujeres que pudieron definir correctamente el SUMI, las del grupo 26 a 30 años son menos que las del grupo de 21 a 25 años, pero de las que dieron definiciones cercanas este grupo son más, lo cual no es lógico ya que se supone que mientras mayor es la persona más información ha recibido y por tanto debe saber más sobre un servicio como el SUMI, a no ser que haya ocurrido un evento especial en ese grupo que marque la diferencia. Para verificar esto, hicimos la suposición de que las mujeres del grupo de 26 a 30 años que habían dado una definición cercana del SUMI, habían recibido información sobre el seguro 5 años antes durante la campaña de lanzamiento. Para fines comparativos, el análisis de la frecuencia de definiciones afirmativas sobre el SUMI se realizó mediante la traspolación de los datos de quienes definieron adecuadamente el seguro, sumándole a este grupo 5 años (Ver gráfico 2), de manera que se interpreten los datos bajo el supuesto de que recibieron la información sobre el SUMI hace 5 años, es decir al mismo tiempo que las otras. Con este procedimiento la distribución se presenta homogénea, (grafico 2 B), presentando una curva creciente a partir de los 21 años, la cual decrece conforme la edad es mayor, de donde inferimos que la edad a la que recibieron la información determinó el conocimiento del SUMI, y mientras más alejadas estén en tiempo del momento en que se realizó la campaña de lanzamiento menos sabrían del seguro. El mayor porcentaje de mujeres que desconocía el SUMI pertenecía al grupo más joven (15 a 20 años), lo que probablemente se deba que al tiempo de la campaña de lanzamiento no estaban en edad fértil, y además la campaña

Gráfico N°2A

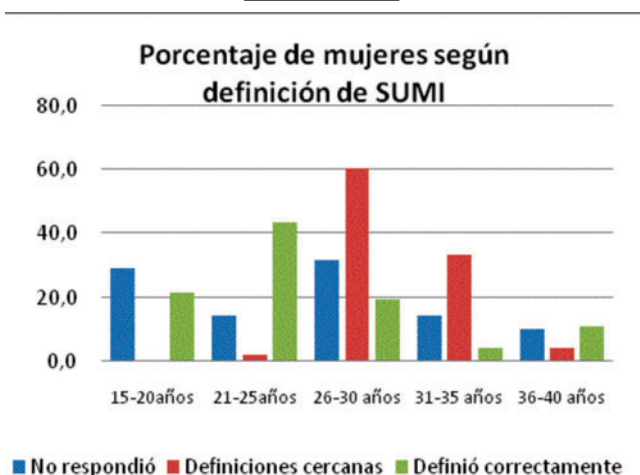
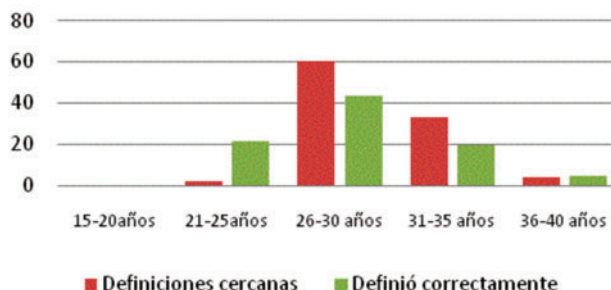


Gráfico N°2B
Porcentaje de mujeres según definición de SUMI, traspoladas con 5 años para comparación



En A se muestra la distribución de frecuencia de la definición del SUMI que dieron las mujeres encuestadas; la distribución es dispersa. En B, la distribución de frecuencia de definición del SUMI, tomando en cuenta solamente aquellas que pudieron dar una definición aproximada y la correcta, pero se realizó la traspolación de los datos sumándole 5 años a quienes dieron definiciones aproximadas

cesó después de un tiempo, por lo que ellas no recibieron la información necesaria, lo que implica que las campañas para la seguridad social deben ser constantes.

Para averiguar el papel que tienen los centros de salud en la información sobre el SUMI, nos preguntamos si la asistencia al centro de salud tenía influencia en el grado de conocimiento, y analizamos la definición del SUMI en relación a la frecuencia de visitas al centro de salud que realizaban las mujeres del estudio, y nos dio los siguientes resultados: 56 mujeres que indicaron ir a la consulta por primera vez no pudieron definir el SUMI, desconocían la gratuidad y cobertura del mismo; de 65 mujeres que consultaban por lo menos 1 vez al año, 60 (92,3%) no lo pudieron definir, 4 (6,15%) dieron definiciones cercanas y sólo una (1,53%) pudo definir exactamente. De 92 mujeres que acudían al centro de salud varias veces al año, 45 (48,9%) definieron adecuadamente, 44 (47,8%) dieron definiciones cercanas y solo 3 (3,2%) no pudieron definir, es decir que la asistencia al centro de salud mejora el índice de conocimiento. (Ver gráfico 3).

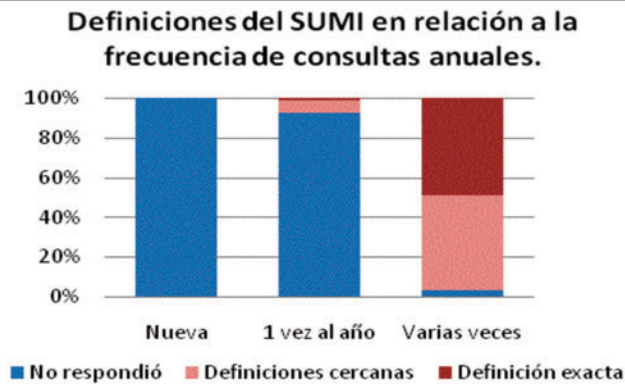
A toda mujer que afirmó conocer la gratuidad del SUMI, se le preguntó quienes eran los beneficiarios del seguro y por qué medio se informaron sobre el SUMI. Se obtuvieron 2 grupos: las encuestadas que estaban mejor informadas (23 mujeres) indicaron como beneficiarios a mujeres en edad fértil, embarazadas y niños menores de 5 años; y el otro grupo (71 mujeres) en el que indicaron como beneficiarios sólo a mujeres embarazadas y niños menores de 5 años.

Del primer grupo 16 (69,5%) definieron el SUMI como un seguro para el pobre y afirmaron recibir la información en

Trabajo Original

el centro de salud; 2 mujeres (8,7%) lo definieron como un seguro gratuito y se informaron por la televisión, 2 mujeres (8,7%) afirmaron que el SUMI se trata de una ayuda del gobierno y se informaron por la televisión y la radio respectivamente.

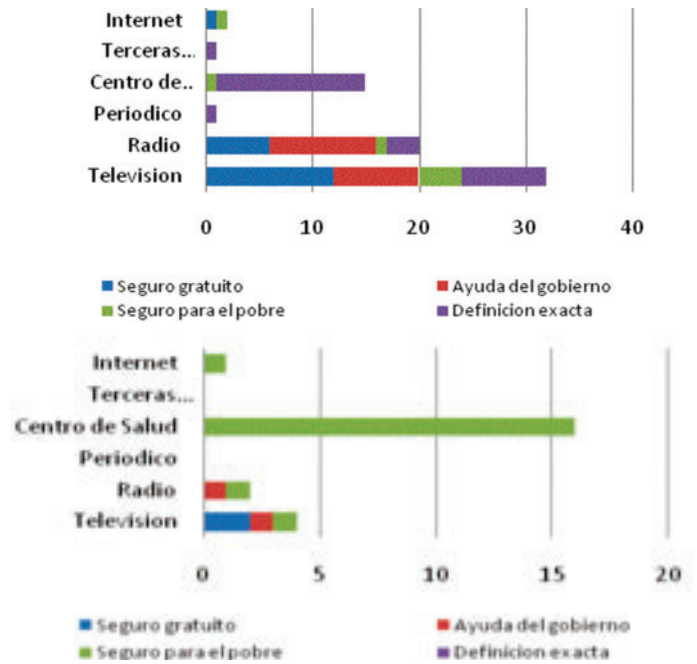
Gráfico N°3



Se muestra el porcentaje de definiciones del SUMI en relación a la frecuencia anual de consultas en el centro de salud, por parte de las encuestadas; la totalidad de las encuestadas que indicaron consulta nueva no pudieron definir el SUMI

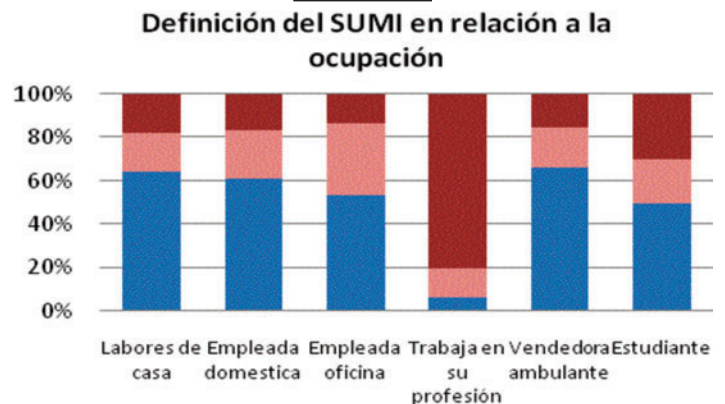
Del segundo grupo, 19 (26,76%) definieron el SUMI como un seguro gratuito, de ellas 12 (63,15%) recibieron información por la televisión, 6 (31,57%) por la radio y 1 mujer (5,26%) se informó por internet; 18 mujeres (25,35%) definieron el SUMI como una ayuda del gobierno, de aquellas 8 (44,4%) recibieron la información por la televisión y las 10 restantes (55,5%) por la radio; 7 (9,85%) mujeres indicaron que el SUMI se trata de un seguro para el pobre, 4 (57,14%) se informaron por la televisión, las restantes por la radio, centro de salud e internet respectivamente; 27 mujeres (38%) definieron adecuadamente el SUMI, de ellas 8 (29,6%) se informaron por televisión, 3 (11%) por radio, 14 (51,%) en el centro de salud, el restante por terceras personas. Con estos datos se deduce: del grupo que indicó a mujer fértil como beneficiaria, la fuente de información estaba dada principalmente por el centro de salud, pero la información parece no haber sido completa ya que la mayoría indicó que el SUMI es un seguro para el pobre. En cuanto al segundo grupo el medio más importante fue la televisión, sin embargo, el centro de salud tiene un rol muy importante en cuanto al alcance de información para este grupo. Se relacionó la definición del SUMI con la ocupación de las encuestadas, de las mujeres que indicaron trabajar en su profesión, 86,6% pudo definir SUMI. El grupo de mujeres que se ocupan en labores de casa, empleadas domesticas y vendedoras ambulantes presentan un alto porcentaje de mujeres que no pudieron definir el SUMI (Ver gráfico 5)

Gráfico N°4



Arriba, se muestra que la televisión es la principal fuente de información para el grupo de mujeres que indicó que el SUMI beneficia a mujeres embarazadas y menores de 5 años, sin embargo, el centro de salud es el medio que mejor informó a este grupo; a la derecha, se muestra que el centro de salud es la principal fuente de información para las mujeres que indicaron como beneficiados a mujeres en edad fértil, embarazadas y menores de 5 años, pero la información parece no ser del todo exacta.

Gráfico N°5



En el grupo de mujeres que indicaron trabajar en su profesión se observa un porcentaje mayor de encuestadas que pudo definir el SUMI adecuadamente; que contrasta con el de aquellas mujeres que indicaron otras ocupaciones, en ellas, el porcentaje que no pudo definir el SUMI es alto.

Se relacionó también el conocimiento de los paquetes del SUMI y el número de hijos por mujer en edad fértil. Entre las mujeres que definieron el SUMI, y encontramos que los paquetes del SUMI son mejor conocidos por mujeres que tienen dos o más hijos. (Ver tabla 2). Del total de mujeres que dijeron que el SUMI cubría a la mujer fértil, solo 5 (20%) conocían las prestaciones de ETS y PAP, de manera que o no saben que problemas tiene la mujer aparte del embarazo, o se inventaron, o incluyeron a la PF como prestación.

Tabla N° 2

	1 hijo	2 hijos	3 hijos o mas	no tiene	Total
Atención parto	8	41	41	4	94
Control Prenatal	7	30	52	4	93
Atención integral < 5 años	7	30	51	4	92
EDA	7	28	47	4	90
IRA	7	30	49	4	90
Atención Recién Nacido	6	28	48	4	86
Vacunación	7	27	42	4	80
Atención integral 5 a 60 años	2	12	10	0	24
Odontológico	0	12	11	1	24
PAP	0	9	7	2	18
Cesáreas	0	6	6	0	12
ETS	0	2	2	0	4

Número de mujeres que conoce las prestaciones del SUMI y la relación entre el conocimiento de éstas y el número de hijos de las mujeres encuestadas que pudieron definir el SUMI.

DISCUSIÓN

Se ha comprobado que una gran proporción de las mujeres en edad fértil desconoce los aspectos más importantes del SUMI (como concepto, gratuidad, beneficiarios y prestaciones). Para la población que pudo definir el concepto del SUMI, las prestaciones más conocidas fueron aquellas originales que al tiempo que el SUMI fuera lanzado. Estas en un comienzo tuvieron mayor publicidad que las que fueron implementadas posteriormente, como el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, planificación familiar, toma de Papanicolaou, las cuales son desconocidas para la mayoría de las mujeres en edad fértil, y paradójicamente son las que benefician a este grupo poblacional. De acuerdo a nuestros datos, el grado de instrucción está relacionado a la capacidad de definir el concepto del seguro, lo cual es lógico, y al relacionar a la fuente de información sobre el SUMI, se ha podido comprobar que el centro de salud es una fuente muy importante para que la población conozca sus derechos de salud, de manera que las mujeres que acudían con mayor frecuencia a realizar consultas al centro de salud conocían mejor el SUMI. En cambio, las mujeres que al momento de la encuesta manifestaron acudir por primera vez a realizar una consulta, desconocían las características más relevantes del seguro. Esto hace suponer que si las mujeres no acuden al centro de salud a recibir atención e información, es éste el que debería tomar acciones para informar sobre las políticas de

salud.

Por otra parte, la edad no parece ser un determinante esencial para el conocimiento de la definición del SUMI, sin embargo, con el supuesto formulado de que al momento de la campaña del SUMI todas las mujeres recibieron el mensaje, comprobamos que el momento en el que se recibe la información, es un factor muy importante, de manera que las campañas deben ser permanentes para que el conocimiento sobre las prestaciones y la utilización del SUMI sea efectivo.

Se observó que el número de hijos no tiene relación con el conocimiento de la definición del SUMI, como ya se dijo, más de la mitad de las encuestadas no supieron definirlo. Sin embargo, existe relación entre el conocimiento de las prestaciones del SUMI y el número de hijos, en primer lugar, porque al tomar en cuenta sólo a quienes pudieron responder la definición del SUMI descartamos otros factores que influyen para que no se conozca el SUMI; y en segundo lugar un mayor número de hijos implica una mayor necesidad de atención, por consiguiente una mayor uso de estos servicios.

La ocupación parece limitar el acceso a la información, el segundo empleo más señalado fue el de vendedor ambulante, y es en este grupo donde se presentó el mayor porcentaje de personas que desconocen el SUMI. Esto puede deberse a que en el momento de las salidas a comunidad del centro de salud, las mujeres no se encontraban en sus hogares, puesto que trabajan en los mercados. No se realizan visitas médicas a estos lugares, no se hace prevención y promoción de la salud, por lo tanto esa población se encuentra lejos de recibir información, pero este aspecto debería ser considerado para futuras campañas de información sobre programas de salud.

Por otro lado, el rol de los colegios en el área rural debería estar en sincronía con los centros de salud, para mejorar el conocimiento de los programas gratuitos que brinda el gobierno.

CONCLUSIONES

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 influen-

cia 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 él seguro.

No existe relación entre el número de hijos y el conocimiento del SUMI en general, pero si con el conocimiento de las prestaciones del SUMI

BIBLIOGRAFÍA

1. Libro marco legal Seguro Universal Materno Infantil. La Paz. Abril de 2006.
2. Ministerio de salud y deportes. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. Noviembre de 2005.
3. <http://www.laprensa.com.bo/noticias/> el SUMI dotara de zinc a los niños menores de 5 años.
4. www.salud.ops.org.bo/. Paquetes y prestaciones del SUMI.
5. Instituto nacional de seguros de salud. Ley de 14 de diciembre de 1956. Código de seguridad social. Honorable Congreso de la Nación.
6. www.ops.org.bo/servicios/ SUMI: beneficia a más de 1,5 millones de personas.
7. www.padem.org.bo/promotores/material/Sumi.pdf. Análisis y recomendaciones sobre el Seguro Universal Materno Infantil
8. www.sns.gov.bo/snis/documentos/seguro/SUMI. Consulta integral a la mujer no embarazada. (5 a 60 años).
9. www.ops.org.bo/servicios/. El SUMI redujo en un 44 por ciento la mortalidad infantil.
10. www.cladem.org/espanol/regionales/monitoreo_convenios/descboli.asp. LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. UN INFORME DE MONITOREO. Comité de América latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la mujer. Documento presentado al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de ONU, en su 25va sesión, Ginebra, Abril-Mayo de 2001.
11. Censo Nacional del 2001., www.ine.gov.bo