

# N°21 NOTAS DE POLÍTICA

## EL IMPACTO DEL SUBSIDIO UNIVERSAL PRENATAL POR LA VIDA PARA LAS MUJERES GESTANTES

**Autora:** Cynthia Boruchowicz<sup>1</sup>

### Principales hallazgos

- » Como resultado de la introducción del Subsidio Universal Prenatal por la Vida (SUPV), la probabilidad de que las mujeres participantes del Bono Juana Azurduy (BJA) utilicen los servicios médicos para el parto se incrementa 9,51 puntos porcentuales y la probabilidad de que se enfermen en los últimos 12 meses disminuye 7,59 puntos porcentuales.
- » Nacer de una madre que tuvo acceso al SUPV durante el embarazo conlleva un incremento de 16,85 puntos porcentuales en la probabilidad de que los niños y las niñas menores de 1 año asistan a los controles integrales de salud.
- » Nacer de una madre que tuvo acceso al SUPV durante el embarazo conlleva una disminución de 15,25 puntos porcentuales en la probabilidad de que los niños y las niñas menores de 1 año presenten enfermedades respiratorias. Además, la probabilidad de que se enfermen durante los últimos 12 meses se reduce 5,72 puntos porcentuales y la probabilidad de que utilicen servicios médicos de emergencia disminuye 25,72 puntos porcentuales.

### Recomendaciones de política

- » Tener un sistema de evaluación y monitoreo que se actualice de forma periódica permitiría llevar un buen control del programa y contar con registros que sirvan de base para hacer futuros análisis.
- » Establecer el grado de conocimiento que existe respecto del SUPV e identificar las barreras que enfrentan las mujeres participantes a la hora de movilizarse para retirar los alimentos es clave para explicar por qué hay mujeres elegibles que no perciben el subsidio. Esto permitirá identificar fallas en materia de comunicación, información y operatividad general del programa (por ejemplo, cuánto tiempo requieren los trámites o cuántos controles prenatales realizan las mujeres participantes) para incrementar su eficiencia.
- » Utilizar las nuevas instancias de contacto con las mujeres participantes —quienes tienen que movilizarse hacia un puesto del Servicio de Desarrollo de las Empresas Públicas Productivas (SEDEM) para retirar los alimentos— a fin de enfatizar la importancia de los controles, brindar recomendaciones sobre nutrición e higiene, o hacer un monitoreo de la situación familiar podría constituir una forma de seguir mejorando el programa.
- » Realizar una extensión de la Encuesta de Demografía y Salud (EDSA) o agregar más preguntas sobre el BJA en el módulo respectivo de las encuestas de hogares o del censo nacional permitiría hacer un análisis más amplio de los resultados del SUPV en lo que respecta a la muestra, los indicadores y los canales por los cuales las mujeres se relacionan con el servicio de salud, lo que podría contribuir a evaluar la eficiencia de la intervención y del uso de los recursos.
- » Con vistas a expandir el alcance del subsidio, realizar un experimento que consista en distribuir aleatoriamente el subsidio entre mujeres beneficiarias bajo la forma de dinero o alimentos (por el mismo valor) podría ser un modo de establecer cuál es la combinación óptima entre dinero y subsidio en especie que permita, con base en un mismo costo, lograr el mayor impacto posible en los resultados de las madres, las niñas y los niños.



<sup>1</sup> Doctora en Estudios de Política por la Universidad de Maryland y consultora del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

## 1. Introducción

Durante el período 1990-2016 Latinoamérica y el Caribe experimentó una rápida reducción de la mortalidad infantil (mortalidad de menores de 1 año) y de la mortalidad en la niñez (mortalidad de menores de 5 años)<sup>2</sup>. Entre los países que han logrado una mayor reducción de esos indicadores se encuentra el Estado Plurinacional de Bolivia: en lo que respecta a los menores de 1 año la tasa de mortalidad pasó de 85 por cada 1.000 nacidos vivos en 1990 a 24 por cada 1.000 nacidos vivos en 2016, y entre los menores de 5 años dicha tasa pasó de 124 por cada 1.000 nacidos vivos en 1990 a 29 por cada 1.000 nacidos vivos en 2016 (Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas, 2018).

La creación del Bono Madre Niña – Niño Juana Azurduy o Bono Juana Azurduy (BJA) el 3 de abril de 2009, mediante el Decreto Supremo núm. 66, forma parte de las acciones implementadas en el Estado Plurinacional de Bolivia para mejorar la cobertura de los servicios de salud. La cobertura universal de salud se considera integral para lograr el ODS 3, terminar con la pobreza y reducir las desigualdades. Esta política pública de transferencia directa, cuenta con dos programas: el Bono Juana Azurduy y el Subsidio Universal Prenatal por la Vida. El BJA, es un incentivo económico para mujeres gestantes condicionado al cumplimiento de 4 controles, parto institucional y control post-parto. Para niños y niñas menores de dos años condicionado a 12 controles integrales de salud bimensual, con el objetivo de contribuir a la disminución de la desnutrición crónica de los niños y las niñas menores de 2 años a través de la provisión de servicios de salud materna e infantil. El BJA consiste en un incentivo monetario por un total de 1.820 bolivianos (aproximadamente 263 dólares)<sup>3</sup> que se otorgan en el transcurso de un período de 33 meses, y se distribuyen de la siguiente forma: i) 50 bolivianos (aproximadamente 7 dólares) se entregan por cada visita prenatal durante la gestación y se contempla un máximo de cuatro visitas; ii) 120 bolivianos (aproximadamente 18 dólares) se entregan por parto asistido por personal de salud calificado, y iii) 125 bolivianos (aproximadamente 17 dólares) se otorgan por cada chequeo médico realizado durante los primeros 2 años de vida del niño o la niña, hasta un máximo de 12 visitas.

Son beneficiarios del BJA las mujeres en período de gestación y post-parto, y niños y niñas menores de 1 año en el momento de la inscripción, que participan del programa hasta sus 2 años. Quedan fuera de la cobertura del BJA las mujeres gestantes y niños y niñas menores de dos años que sean beneficiarios de la seguridad social de corto plazo.

La inscripción para recibir el BJA es voluntaria y puede realizarse en centros y puestos de salud del sistema público a través de un formulario único de inscripción. El control de las corresponsabilidades de las madres y los menores se realiza en ese mismo centro de salud y se registra en el sistema informático del BJA. A nivel nacional la información se consolida y se envía a las instituciones financieras que están a cargo de realizar los pagos correspondientes. Dichas instituciones son las responsables de verificar la identidad de la mujer participante y efectivizar los pagos (Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas, 2015).

Luego de siete años de implementación del BJA, el 6 de agosto de 2015, por medio del Decreto Supremo núm. 2480, se creó el Subsidio Universal Prenatal por la Vida (SUPV). El objetivo del SUPV es mejorar el estado nutricional de las madres gestantes y reducir la mortalidad neonatal. El SUPV es un subsidio en especie y consta de cuatro paquetes de productos alimenticios que se entregan entre el quinto y el noveno mes de gestación (cada uno tiene un valor de alrededor de 300 bolivianos o 43 dólares). El contenido del paquete varía de acuerdo con la región<sup>4</sup>. El subsidio cubre a las mujeres gestantes que se encuentran inscritas en el Bono Juana Azurduy, a excepción de aquellas que están entre el primer y el cuarto mes de gestación (BJA - PNUD, 2021)<sup>5</sup>. El SUPV se entrega mensualmente a las mujeres gestantes a partir del quinto mes de embarazo, luego de que se haya verificado la realización del control prenatal correspondiente al BJA (Estado Plurinacional de Bolivia, 2015). Una vez realizado el control prenatal, las mujeres participantes cuentan con 45 días en las áreas urbanas y con 90 días en las áreas rurales para recoger el paquete de alimentos de un puesto del Servicio de Desarrollo de las Empresas Públicas (SEDEM), encargado de la distribución del SUPV (Ministerio de Salud y Deportes, 2016).

La oficina de la Economista Jefe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) junto con la oficina del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en Bolivia (PNUD Bolivia), ha realizado diversas acciones para evaluar los resultados de la introducción del SUPV. En esta nota se presentan los principales resultados. Cabe señalar que este análisis tiene por objetivo complementar evaluaciones que ya se han realizado anteriormente para establecer el impacto del BJA (UDAPE, 2015).

<sup>2</sup> En este documento se utiliza en ocasiones el masculino genérico para referir tanto a hombres como a mujeres, a fin de aligerar el texto.

<sup>3</sup> El tipo de cambio considerado es de 1 dólar por cada 6,92 bolivianos (Exchange-rates.org, s. f.).

<sup>4</sup> La diferenciación por región se realiza de la siguiente forma: se distingue entre áreas urbanas y rurales en La Paz, Oruro y Potosí; Cochabamba, Chuquisaca y Tarija; Santa Cruz, y Beni y Pando, y se considera además un paquete alterno para las brigadas móviles.

<sup>5</sup> Resultados de Percepción y Satisfacción del Programa Bono Juana Azurduy

## 2. Medición del impacto del Subsidio Universal Prenatal por la Vida

Aunque existe evidencia preliminar sobre los efectos intermedios del BJA, en esta nota se resumen los resultados del primer análisis exhaustivo del impacto de la introducción del SUPV en la salud de las madres, los niños y las niñas<sup>6</sup>.

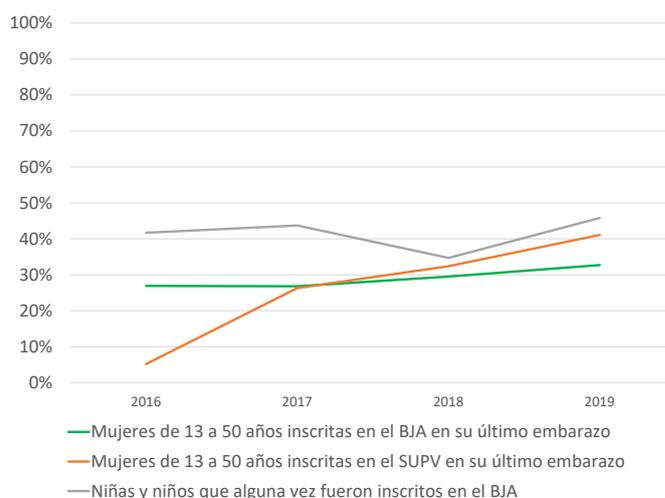
Las primeras mujeres que recibieron el SUPV son aquellas que tenían entre 5 y 9 meses de gestación al 6 de agosto de 2015. Por lo tanto, en este estudio se examinan las diferencias entre los indicadores correspondientes a mujeres participantes del BJA (requisito fundamental para recibir el SUPV) que estuvieron embarazadas de niños y niñas nacidos entre el segundo semestre de 2016 y 2018 (elegibles para recibir el SUPV, ya que tenían entre 5 y 9 meses de embarazo en septiembre de 2016) y los indicadores correspondientes a mujeres participantes del BJA cuyos hijos o hijas nacieron entre 2014 y el primer semestre de 2016 (no elegibles para recibir el SUPV, aunque sí participaban del BJA). En este análisis se examinan también las diferencias entre los indicadores correspondientes a las niñas y los niños de esos grupos. Es decir, diferencias en indicadores de niñas y niños cuyas madres eran elegibles para recibir el SUPV con aquellos correspondientes a las niñas y los niños cuyas madres no eran elegibles para recibir dicho subsidio. Si bien este no es un diseño experimental, comparar el estado de las madres y los menores elegibles con el estado de las madres y los menores no elegibles con base en un criterio aleatorio como la fecha de nacimiento de los niños y las niñas reduce la posibilidad de introducir sesgos en el análisis y permite atribuir cualquier diferencia entre los indicadores considerados a la implementación del SUPV y no a otros factores externos o no observados. Por otro lado, considerar solamente a mujeres que han declarado haber participado del BJA durante su último embarazo permite identificar el efecto individual del SUPV en lugar de captar el impacto conjunto del BJA y del SUPV, y asegura la correcta identificación de las mujeres elegibles para el SUPV, ya que solo aquellas que participan del BJA pueden acceder al SUPV.

Para realizar este análisis cuantitativo se utilizaron las bases de datos de las Encuestas de Hogares del Estado

Plurinacional de Bolivia correspondientes a 2016, 2017, 2018 y 2019.<sup>7</sup> Se consultaron datos a partir de 2016 ya que el SUPV se introdujo ese año, por lo que ediciones anteriores de las encuestas de hogares no aportarían información pertinente para el análisis. Además se decidió concluir el análisis en 2019 y no usar la encuesta de 2020 ya que, debido a la crisis causada por la pandemia de la COVID-19, la encuesta se modificó ese año para incluir preguntas que permitiesen medir los efectos de la pandemia.

En el gráfico 1 se muestra la distribución de la población beneficiaria del BJA y del SUPV según datos de las encuestas de hogares. Se puede ver un incremento, a lo largo del tiempo, de la proporción de mujeres de entre 13 y 50 años que participaron del BJA en su último embarazo y de la proporción de mujeres del mismo grupo etario que recibieron el SUPV en su último embarazo. También se observa un incremento de la proporción de niños y niñas que alguna vez fueron inscritos para recibir el BJA.

**Gráfico 1.** Mujeres de 13 a 50 años inscritas en el BJA y el SUPV, niñas y niños que alguna vez fueron inscritos en el BJA (en porcentajes), 2016-2019



**Fuente:** Elaboración propia con base en datos consultados en Instituto Nacional de Estadística, Encuestas de Hogares, 2016-2019.

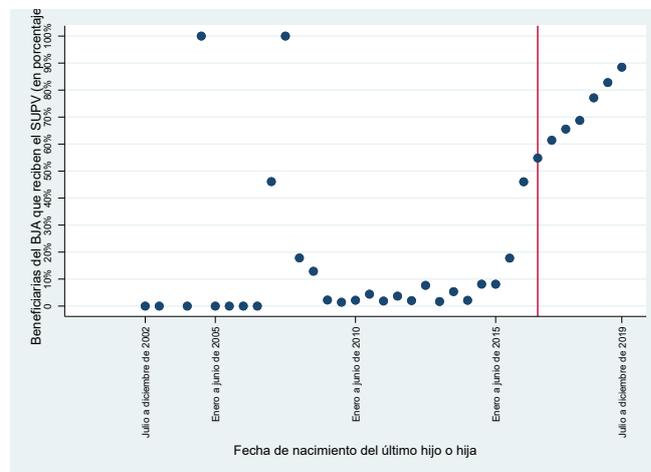
**Nota:** La abreviatura SUPV refiere al Subsidio Universal Prenatal por la Vida y la abreviatura BJA refiere al Bono Juana Azurduy.

<sup>6</sup> Con base en datos de la Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición 2012 se analizaron previamente los efectos intermedios del BJA. A tal fin se consideró la regla de inscripción del programa y se compararon las características de las niñas y los niños con la edad justa para ser elegibles con las de aquellos con la edad justa para no ser elegibles en 2009, cuando se creó el BJA. Se observaron efectos positivos tales como la captura temprana de las mujeres gestantes, el incremento de los controles prenatales y el incremento de los partos institucionales en las áreas rurales. En lo que respecta a los menores, se observó una disminución del bajo peso al nacer, un aumento de los controles integrales de salud, un incremento del consumo de suplementos alimenticios (chispitas nutricionales) y un aumento de la aplicación de vacunas como la de la fiebre amarilla (UDAPE, 2015). En cuanto a la participación y la implementación del BJA, el estudio reveló que existía cierto desconocimiento sobre el bono, principalmente en las áreas rurales. También permitió identificar las principales barreras que obstaculizaban la inscripción: la falta de información, diversos problemas relacionados con la información solicitada y el tiempo excesivo requerido para realizar los trámites. Por último, el estudio reveló la existencia de una brecha entre la inscripción y la recepción del beneficio monetario: de los 2,9 controles prenatales promedio se cobraron 2,3, y de los 6,6 controles integrales de salud promedio se cobraron 4,1. Por otro lado, con base en datos de las Encuestas de Demografía y Salud, y de registros administrativos del Ministerio de Salud y Deportes, se observó que entre 2008 y 2016 la tasa de mortalidad infantil se redujo un 50%; la tasa de mortalidad de la niñez disminuyó de 63 a 29 por cada 1.000 nacidos vivos, y la desnutrición crónica disminuyó de un 27,1% a un 16,0%. En el período 2009-2019 los partos con personal calificado se incrementaron de un 67,0% a un 80,6% y la cobertura de atención prenatal creció de un 58,9% a un 65,3% (BJA-PNUD, 2021).

<sup>7</sup> Además se utilizan datos sobre el PIB departamental provenientes del Instituto Nacional de Estadística (2015-2019b).

En el gráfico 2 se muestra la proporción de madres participantes del BJA en su último embarazo que han declarado recibir el SUPV en el período 2016-2019, según la fecha de nacimiento de su último hijo o hija nacido vivo. Si bien se esperaría, dadas las reglas del programa, que antes de 2016 esa proporción fuera igual a 0% y luego fuera igual a 100%, eso no es lo que se observa. Es posible que esto se deba, antes de 2016, a una confusión generada cuando se realizó la pregunta en la encuesta, y, luego de 2016, la causa podría ser que las mujeres no hubieran completado la totalidad de los controles prenatales (de acuerdo con la reglamentación del SUPV, la mujer puede retirar su paquete de alimentos en el SEDEM luego de que se haya validado el control prenatal correspondiente a ese mes de embarazo en su centro de salud), o lo observado también podría ser el resultado de un bajo nivel de conocimiento sobre el programa o del hecho de que las madres no se acercaron al puesto del SEDEM para recibir los alimentos.<sup>8</sup> Cabe resaltar que tanto el desconocimiento respecto del programa como la brecha entre la inscripción y la recepción del beneficio fueron aspectos también señalados en el estudio de evaluación de impacto realizado en 2015 por la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE) con relación al BJA, aunque en ese caso el beneficio consistiera en una transferencia monetaria. En el gráfico 2 se muestra claramente que la fecha de nacimiento del último hijo o hija nacido vivo crea una discontinuidad en la probabilidad de las mujeres de participar del SUPV. Por lo tanto, si bien esa discontinuidad no es perfecta, el “salto” entre la proporción de mujeres participantes del BJA que declaran no recibir el SUPV y la proporción de mujeres participantes del BJA que declaran sí recibirlo alrededor del momento en que se introduce el SUPV es lo suficientemente grande como para habilitar la metodología del estudio.

**Gráfico 2.** Mujeres participantes del BJA durante su último embarazo que declaran recibir el SUPV según fecha de nacimiento de su último hijo o hija nacido vivo (en porcentajes), 2016-2019



**Fuente:** Elaboración propia con base en datos consultados en Instituto Nacional de Estadística, Encuestas de Hogares, 2016-2019.

**Nota:** La abreviatura SUPV refiere al Subsidio Universal Prenatal por la Vida y la abreviatura BJA refiere al Bono Juana Azurduy. En el gráfico se incluyen datos sobre las mujeres que, en las Encuestas de Hogares de 2016, 2017, 2018 y 2019 afirmaron haber participado del BJA durante su último embarazo. El gráfico expone la proporción de dichas mujeres que informaron que accedieron al SUPV durante ese último embarazo, según la fecha de nacimiento del niño o la niña producto de ese embarazo, que puede ser anterior a 2016 (por ejemplo, una madre consultada en 2017 puede haber tenido su último embarazo en 2005).

En el cuadro 1 se presentan estadísticas descriptivas de las mujeres en periodo de gestación elegibles y no elegibles para acceder al SUPV restringido a aquellas cuyo último hijo o hija nació entre 2014 y 2018. Como se puede observar, en ambos casos más de un 60% de las observaciones corresponden a zonas urbanas. Por otro lado, alrededor del 80% de las mujeres están casadas, y casi un 70% de ellas tienen más de un hijo o hija (es decir, además del último hijo o hija cuyo embarazo determina la elegibilidad para el SUPV, tienen otro hijo o hija anterior). Puede verse que las madres no elegibles con base en la fecha de nacimiento de su último hijo o hija son ligeramente mayores (lo que tiene sentido si se considera el criterio que se usó para dividir a los grupos), y que su último hijo o hija también es mayor. También presentan un nivel educativo ligeramente menor.

<sup>8</sup> La estructura de las encuestas de hogares no permite tener información sobre la cantidad de visitas prenatales durante el último embarazo (y por ende tampoco permite cruzar ese dato con la cantidad de meses durante los cuales la mujer recibió el SUPV), pero el dato está disponible para quienes han estado embarazadas en los últimos 12 meses. Esto se debe a que las preguntas sobre la inscripción al BJA y al SUPV se plantean respecto del último embarazo, pero la pregunta sobre la cantidad de veces que se recibieron las transferencias solo abarca los últimos 12 meses. En la muestra ampliada de este estudio, un 7% de las mujeres cuyo último hijo o hija nació antes de la implementación del SUPV y un 35% de las mujeres cuyo último hijo o hija nació después de la implementación del SUPV estuvieron embarazadas en el lapso de los 12 meses anteriores a la consulta. En la muestra de mujeres con hijos o hijas de 0 a 1 año esos valores ascienden al 42% y el 46%, respectivamente. En ambos casos se ve una correlación de alrededor del 75% entre el número de controles prenatales y el número de meses que la mujer recibió el SUPV.

**Cuadro 1.** Estadísticas descriptivas de las madres no elegibles y elegibles para recibir el SUPV, 2016-2019

	(1) Madre no elegible	(2) Madre elegible
Urbano	0,647 (0,478)	0,631 (0,483)
Edad madre	30,130 (7,237)	28,097 (7,082)
Madre casada	0,825 (0,380)	0,846 (0,361)
Madre otro hijo	0,675 (0,468)	0,656 (0,475)
Madre educación primaria	0,483 (0,500)	0,389 (0,488)
Madre educación secundaria	0,336 (0,472)	0,446 (0,497)
Madre educación terciaria	0,181 (0,385)	0,165 (0,371)
Edad menor	2,419 (1,352)	0,960 (0,882)
<b>Número de observaciones</b>	<b>2,510</b>	<b>2,180</b>

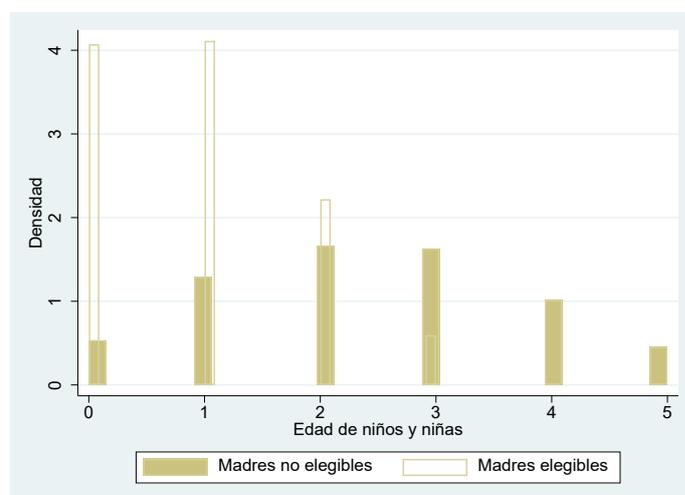
**Fuente:** Elaboración propia con base en datos consultados en Instituto Nacional de Estadística, Encuestas de Hogares, 2016-2019.

**Nota:** La abreviatura SUPV refiere al Subsidio Universal Prenatal por la Vida. Las madres no elegibles son aquellas cuyo último hijo o hija nació entre enero de 2014 y junio de 2016, y las madres elegibles son aquellas cuyo último hijo o hija nació entre julio de 2016 y diciembre 2018.

La razón por la cual los hijos o hijas de las mujeres no elegibles son mayores que los de las mujeres elegibles se evidencia en el gráfico 3. Debido a la forma de crear los grupos, los menores que integran el grupo de mujeres no elegibles son mayores en el período 2016-2019 que aquellos nacidos de las mujeres que conforman el grupo elegible. Se restringió, entonces, la muestra al grupo de menores que tienen entre 0 y 1 año de edad, por dos

razones. En primer lugar, porque los niños y las niñas de 1 año son muy diferentes de aquellos que tienen 3 o 4 años. En segundo lugar, cuanto mayor es el menor, más lejana en el tiempo es la exposición al SUPV y, por lo tanto, resulta más difícil establecer el efecto del programa en los indicadores analizados. Así, finalmente se consideró una muestra de 2.318 mujeres con hijos de entre 0 y 1 año (696 mujeres no elegibles y 1.622 elegibles).

**Gráfico 3.** Distribución de niñas y niños nacidos entre enero de 2014 y junio de 2016 (madres no elegibles) y de niñas y niños nacidos entre julio de 2016 y diciembre de 2018 (madres elegibles) de acuerdo a su edad, 2016-2019



**Fuente:** Elaboración propia con base en datos consultados en Instituto Nacional de Estadística, Encuestas de Hogares, 2016-2019.

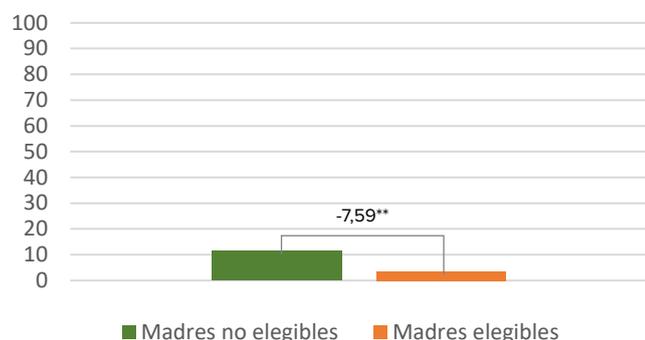
### 3. Principales resultados de la evaluación cuantitativa

En primer lugar cabe señalar que tener acceso al SUPV durante el embarazo en general tiene un efecto positivo en la salud de las madres.<sup>9</sup> Los principales resultados se enumeran a continuación.

i) La introducción del SUPV reduce la probabilidad de que las madres participantes del BJA se enfermen. En efecto, la probabilidad de que las madres participantes del BJA se enfermen se reduce 7,59 puntos porcentuales entre las madres elegibles para el SUPV comparado con las no elegibles. Es posible, entonces, que el complementar la alimentación con los productos otorgados por el subsidio contribuya a mejorar la salud de las madres.

<sup>9</sup> Técnicamente el estudio se logra en dos etapas. En primer lugar se realiza una regresión sobre el efecto de que la madre haya tenido a su último hijo o hija en el segundo semestre de 2016 en adelante sobre la probabilidad de que la mujer declare haber recibido el SUPV durante el último embarazo. Luego se utiliza, en la segunda etapa, la probabilidad estimada de que la mujer declare haber recibido el SUPV durante el último embarazo sobre la variable de interés (y el resto de las variables exógenas). En todos los casos se controla por la edad de la madre, su estado civil, si tiene otro hijo o hija, su nivel educativo y si reside en una zona urbana o rural, y también se contempla el cambio en la actividad económica por departamento (medido por la tasa de crecimiento del PIB anual por departamento).

**Gráfico 4.** Madres elegibles y no elegibles para recibir el SUPV que se enfermaron en los últimos 12 meses (en porcentajes), 2016-2019



**Fuente:** Elaboración propia con base a los resultados del modelo econométrico usando datos consultados en Instituto Nacional de Estadística, Encuestas de Hogares, 2016-2019.

**Nota:** La abreviatura SUPV refiere al Subsidio Universal Prenatal por la Vida.

\* Impacto estadísticamente significativo al 90% de confianza.

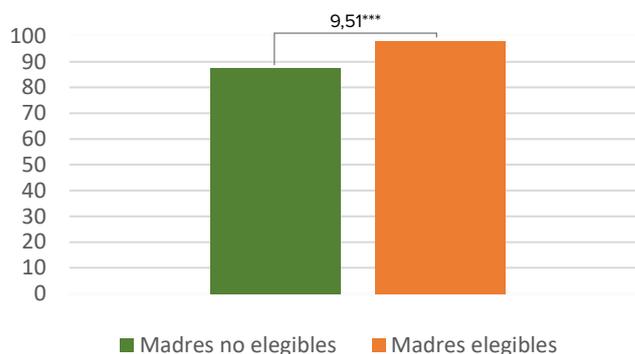
\*\* Impacto estadísticamente significativo al 95% de confianza.

\*\*\* Impacto estadísticamente significativo al 99% de confianza.

ii) El SUPV no produjo ningún cambio de la probabilidad de que las madres participantes del BJA utilicen servicios médicos a causa de una enfermedad en los últimos 12 meses. Es decir, si bien se observan efectos positivos en la salud, no se identifican cambios de comportamiento en cuanto al acceso a los servicios médicos en caso de que se produzca una emergencia médica.

iii) Como resultado de la implementación del SUPV se observa un incremento de 9,51 puntos porcentuales de la probabilidad que las madres participantes del BJA utilicen servicios médicos durante su último parto. El hecho de dirigirse a un puesto del SEDEM para recibir los alimentos durante el embarazo podría contribuir a fortalecer la conexión de las mujeres con el programa, y esto, a su vez, podría promover la posibilidad de que opten por recibir atención de especialistas de la salud en el momento de dar a luz.

**Gráfico 5.** Madres elegibles y no elegibles para recibir el SUPV que utilizaron servicios médicos en el parto (en porcentajes), 2016-2019



**Fuente:** Elaboración propia con base en datos consultados en Instituto Nacional de Estadística, Encuestas de Hogares, 2016-2019.

\* Impacto estadísticamente significativo al 90% de confianza.

\*\* Impacto estadísticamente significativo al 95% de confianza.

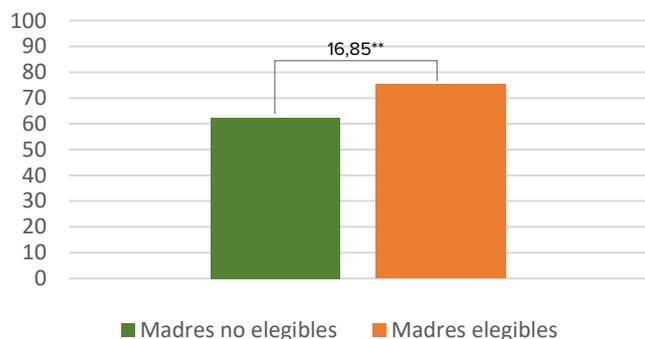
\*\*\* Impacto estadísticamente significativo al 99% de confianza.

En lo que respecta a los niños y las niñas, cabe señalar que el acceso de las madres al SUPV durante el embarazo conlleva, en general, un efecto positivo en la salud de los niños y las niñas. A continuación se analizan los efectos del SUPV en niños y niñas, a partir de la comparación entre los resultados correspondientes a menores cuya madre fue elegible al SUPV durante el embarazo y los resultados relativos a menores cuya madre no fue elegible.<sup>10</sup> Los principales hallazgos se enumeran a continuación.

i) El SUPV tuvo un efecto positivo y significativo en la probabilidad de que los niños y las niñas asistan a un control integral de salud, que es un requisito básico para tener acceso al BJA. En efecto, las mujeres que tuvieron acceso al SUPV durante el embarazo aparentemente tienen, en general, una mayor conexión con el programa y se movilizan en mayor medida para llevar a sus hijos e hijas a los controles integrales de salud. Así, como resultado de la introducción del SUPV, se observa un incremento de 16,85 puntos porcentuales de la asistencia de los menores al control integral de salud en los últimos 12 meses.

<sup>10</sup> En todos los casos se controla por la edad de la madre, su estado civil, si tiene otro hijo o hija, su nivel educativo, si reside en una zona urbana o rural, la edad del menor, y el cambio de la actividad económica por departamento (medido por la tasa de crecimiento del PIB anual por departamento).

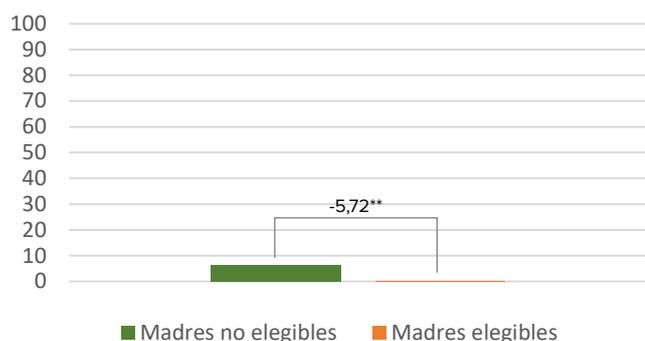
**Gráfico 6.** Niños y niñas que asistieron a un control integral de salud en los últimos 12 meses (en porcentajes) en base a madres elegibles y no elegibles para recibir el SUPV, 2016-2019



**Fuente:** Elaboración propia con base en datos consultados en Instituto Nacional de Estadística, Encuestas de Hogares, 2016-2019.  
 \* Impacto estadísticamente significativo al 90% de confianza.  
 \*\* Impacto estadísticamente significativo al 95% de confianza.  
 \*\*\* Impacto estadísticamente significativo al 99% de confianza.

ii) El SUPV reduce la probabilidad de que los niños y las niñas más pequeños se enfermen. La introducción del programa conlleva una baja de 5,72 puntos porcentuales de la probabilidad de que los niños y las niñas de entre 0 y 1 año se enfermen en los últimos 12 meses.<sup>11</sup>

**Gráfico 7.** Niños y niñas que se enfermaron en los últimos 12 meses (en porcentajes) en base a madres elegibles y no elegibles para recibir el SUPV, 2016-2019



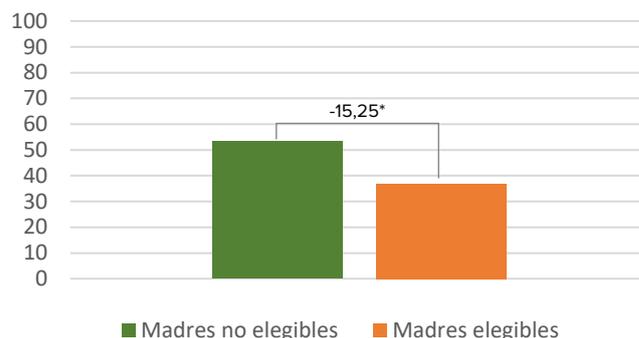
**Fuente:** Elaboración propia con base en datos consultados en Instituto Nacional de Estadística, Encuestas de Hogares, 2016-2019.  
 \* Impacto estadísticamente significativo al 90% de confianza.  
 \*\* Impacto estadísticamente significativo al 95% de confianza.  
 \*\*\* Impacto estadísticamente significativo al 99% de confianza.

iii) En cambio, el SUPV no produce un cambio significativo en la incidencia de la diarrea entre los niños y las niñas más pequeños. En general los niños malnutridos presentan un mayor riesgo de sufrir enfermedades diarreicas

(Organización Mundial de la Salud, 2017). Al respecto, la introducción del SUPV no parece haber producido un cambio significativo de la probabilidad de que los menores de entre 0 y 1 año tuvieran diarrea en las últimas dos semanas.

iv) El SUPV reduce la prevalencia de enfermedades respiratorias entre las niñas y los niños más pequeños. Así, la implementación del SUPV genera una reducción de 15,25 puntos porcentuales de la probabilidad de que los niños y las niñas de entre 0 y 1 año tengan enfermedades respiratorias en las últimas dos semanas. La desnutrición también es un importante factor de riesgo para las infecciones respiratorias agudas, que son una de las principales causas de mortalidad y morbilidad de los niños y las niñas menores de 5 años (Chalabi, 2013). Los resultados obtenidos indican que una mejor nutrición de las madres durante el embarazo se traduce en mejores indicadores de salud entre los menores.

**Gráfico 8.** Niños y niñas que tuvieron enfermedades respiratorias en las últimas dos semanas (en porcentajes) en base a madres elegibles y no elegibles para recibir el SUPV, 2016-2019

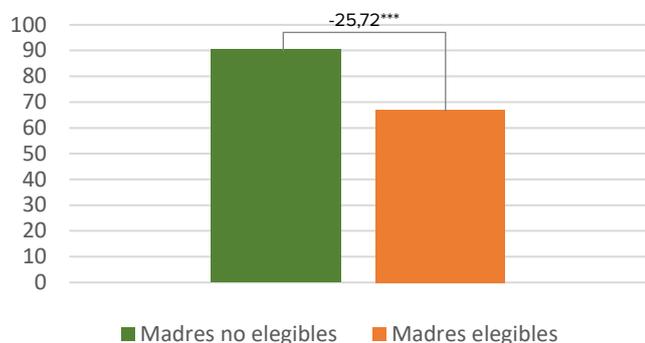


**Fuente:** Elaboración propia con base en datos consultados en Instituto Nacional de Estadística, Encuestas de Hogares, 2016-2019.  
 \* Impacto estadísticamente significativo al 90% de confianza.  
 \*\* Impacto estadísticamente significativo al 95% de confianza.  
 \*\*\* Impacto estadísticamente significativo al 99% de confianza.

v) La utilización de servicios médicos ante una emergencia se reduce significativamente entre las niñas y los niños más pequeños. La disminución de la probabilidad de que los menores de entre 0 y 1 año se enfermen en los últimos 12 meses considerados podría ser la causa de la reducción de 25,72 puntos porcentuales de la probabilidad de que los menores con madres elegibles para el SUPV utilicen servicios médicos por una enfermedad en el mismo período.

<sup>11</sup> Específicamente la pregunta planteada en la encuesta de hogar (realizada a todos los miembros del hogar) es: "En los últimos 12 meses, se ha enfermado [NOMBRE] de: Malaria? Dengue? Leishmaniasis? Chikungunya? Zika? Gripe A(H1N1) u otra influenza? Otras (especifique)?".

**Gráfico 9.** Niños y niñas que utilizaron servicios médicos por una enfermedad en los últimos 12 meses (en porcentajes) en base a madres elegibles y no elegibles para recibir el SUPV, 2016-2019



**Fuente:** Elaboración propia con base en datos consultados en Instituto Nacional de Estadística, Encuestas de Hogares, 2016-2019.

\* Impacto estadísticamente significativo al 90% de confianza.

\*\* Impacto estadísticamente significativo al 95% de confianza.

\*\*\* Impacto estadísticamente significativo al 99% de confianza.

## 4. Conclusiones y recomendaciones de política

El análisis presentado muestra que tener acceso al SUPV durante el embarazo tiene un efecto positivo en las madres y los menores. En particular se destaca la disminución, en los últimos 12 meses, de la probabilidad de que las madres se enfermen y el aumento de la probabilidad de que utilicen servicios médicos para el parto. En lo que respecta a los niños y las niñas de 0 a 1 año se observa un incremento de la probabilidad de que asistan a los controles integrales de salud (un requisito básico para tener acceso al BJA), una disminución de la probabilidad de que presenten enfermedades respiratorias y de enfermarse en los últimos 12 meses y, por consiguiente, una reducción de la probabilidad de utilizar los servicios médicos por un problema de salud.

Los resultados mencionados indican que el SUPV, mediante la entrega de alimentos a las mujeres participantes del BJA que se encuentran entre el quinto y el noveno mes de gestación, parece haber impactado de forma positiva en la salud de las madres y de los menores. Esto se correlaciona con los hallazgos presentados por la UDAPE, que en su evaluación del impacto del BJA identificó efectos positivos en indicadores de salud y nutrición. Más aún, los resultados de dicha evaluación indican que “incrementos en el monto del incentivo constituirían un aumento en el beneficio marginal [con] el potencial de incrementar la cobertura y potencializar los impactos” (Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas, 2015, pág. 143). Lo anterior podría ser el resultado de una mejor nutrición de las madres durante la gestación, o de una mayor conexión

de las mujeres con el BJA promovida por la introducción del SUPV.

El estudio, sin embargo, cuenta con varias limitaciones, dada la naturaleza de los datos, a saber: i) ampliar la muestra permitiría lograr un mayor poder estadístico, pero también ampliaría la “ventana” de edad de los menores bajo análisis que podría sesgar los resultados; ii) no se dispone de información nutricional sobre las madres ni sobre la talla y el peso de los menores, y iii) los datos sobre la cantidad de controles prenatales realizados y la cantidad de veces que las mujeres participantes recibieron los alimentos solo están disponibles con relación a las mujeres que estuvieron embarazadas en los últimos 12 meses.

Por lo anterior, se plantean las siguientes recomendaciones de política:

i) La correcta implementación de un programa de la magnitud del BJA (y, por consiguiente, del SUPV) requiere contar con un esquema de datos que continuamente estén en proceso de evaluación y monitoreo. Contar con un sistema que permita identificar a cada mujer y cada menor, para poder hacer análisis cruzados de los datos, permitiría realizar un buen control del funcionamiento del programa y contar con los datos necesarios para hacer futuros análisis de su alcance.

ii) Es necesario establecer el grado de conocimiento del SUPV que tienen las participantes del BJA e identificar las barreras que ellas enfrentan para retirar los alimentos. Los datos muestran que hay mujeres con hijas e hijos nacidos después del segundo semestre de 2016 que declaran ser participantes del BJA pero que a su vez dicen que no percibieron el SUPV durante su último embarazo. Para perfeccionar el funcionamiento y el alcance del programa es preciso establecer si ello se debe a un bajo nivel de conocimiento sobre la existencia del SUPV, al hecho de que las participantes no están completando los controles prenatales (lo que constituye un prerrequisito para acceder a los alimentos), o al hecho de que no se están movilizando para recibirlos.

iii) Incrementar la conexión de las mujeres participantes con el programa a través de más instancias de contacto podría contribuir a mejorar el estado de salud y otros indicadores de las madres y los menores. Los datos descriptivos muestran que hay una alta correlación (calculada solo para aquellas mujeres participantes que han estado embarazadas en los últimos 12 meses) entre el número de controles prenatales que ellas afirman que realizaron y el número de meses que, según ellas informan, han recibido el SUPV. Es decir, la introducción del SUPV parece estar contribuyendo a ampliar los puntos de contacto entre las mujeres participantes, que tienen que dirigirse hasta un puesto del SEDEM para recoger los alimentos, y el BJA. Aprovechar esos contactos para remarcar la importancia de realizar controles, dar recomendaciones sobre nutrición

e higiene o hacer un monitoreo de la situación familiar podría ser una forma de seguir expandiendo los servicios.

iv) Extender el alcance de los temas abordados en la Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición, tal como se realizó en 2012, o ampliar la cantidad de preguntas incluidas sobre el BJA en las encuestas de hogares (o en el censo) contribuiría a evaluar la eficiencia de la intervención en cuanto a la entrega de los alimentos y el uso de los recursos, ya que permitiría un análisis más amplio en términos de la muestra (por ejemplo, se podría consultar si la persona dispone de seguro médico en el momento de recibir el BJA para hacer inferencias con un mayor poder estadístico), los indicadores (por ejemplo, se podría contar con información nutricional sobre las madres o conocer la talla y el peso de los menores) y los canales mediante los cuales las mujeres se relacionan con el servicio de salud durante el embarazo.

v) Con vistas a expandir el alcance del SUPV, realizar un experimento que consista en distribuir aleatoriamente el subsidio entre mujeres participantes bajo la forma de dinero o alimentos (por el mismo valor) podría ser un modo de establecer cuál es la mejor combinación entre dinero y subsidio en especie que permita, con base en un mismo costo, lograr el mayor impacto posible en los resultados de las madres, las niñas y los niños. Estos resultados podrían considerarse como referencia para la expansión de otras transferencias condicionadas que se estén implementando en la región.

## Bibliografía

Chalabi, Dler A. K. Nooruldeen, “Acute respiratory infection and malnutrition among children below 5 years of age in Erbil governorate, Iraq”, *Eastern Mediterranean Health Journal*, vol. 19, núm. 1, 2013, págs. 66-70.

Estado Plurinacional de Bolivia, “Decreto Supremo núm. 2480”, *Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia*, 2015, [oig.cepal.org/sites/default/files/2015\\_decreto\\_supremo\\_2480\\_bol.pdf](http://oig.cepal.org/sites/default/files/2015_decreto_supremo_2480_bol.pdf).

Exchange-rates.org, “Exchange Rates. Convert US Dollars to Bolivian Bolivianos”, s. f., [www.exchange-rates.org/converter/USD/BOB/1](http://www.exchange-rates.org/converter/USD/BOB/1), fecha de consulta: junio de 2022.

Instituto Nacional de Estadística, Encuesta de Hogares. Microdatos, INE, 2015-2019a, [www.ine.gob.bo/index.php/estadisticas-economicas/metadatos-sociales](http://www.ine.gob.bo/index.php/estadisticas-economicas/metadatos-sociales).

Instituto Nacional de Estadística, Producto interno bruto departamental, INE, 2015-2019b, [www.ine.gob.bo/index.php/estadisticas-economicas/pib-y-cuentas-nacionales/producto-interno-bruto-departamental/producto-interno-bruto-departamental/#1589483729431-71803d70-eb4b](http://www.ine.gob.bo/index.php/estadisticas-economicas/pib-y-cuentas-nacionales/producto-interno-bruto-departamental/producto-interno-bruto-departamental/#1589483729431-71803d70-eb4b).

Ministerio de Salud y Deportes, *Reglamento Operativo del Subsidio Universal Prenatal por la Vida. Programa Bono Juana Azurduy*, Estado Plurinacional de Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, La Paz, 2016, [www.minsalud.gob.bo/images/Descarga/BJA/2\\_REGLAMENTO\\_SUPPV.pdf](http://www.minsalud.gob.bo/images/Descarga/BJA/2_REGLAMENTO_SUPPV.pdf).

Organización Mundial de la Salud, “Enfermedades diarreicas”, OMS, 2 de mayo de 2017, [www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease).

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en Bolivia, “Evaluación de impacto del Bono Juana Azurduy 2015-2020”, Nota de concepto, 2021.

Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas, *Evaluación de impacto del Programa de Salud Materno Infantil “Bono Juana Azurduy”*, UDAPE, La Paz, mayo de 2015.

Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas, La mortalidad infantil y en la niñez en Bolivia: estimaciones por departamento y municipio, UDAPE, La Paz, 2018, [www.udape.gob.bo/portales\\_html/docsociales/mortalidad-infantil-ninez-Bolivia.pdf](http://www.udape.gob.bo/portales_html/docsociales/mortalidad-infantil-ninez-Bolivia.pdf).



[www.latinamerica.undp.org](http://www.latinamerica.undp.org)



[twitter.com/PNUDLAC](https://twitter.com/PNUDLAC)



[www.facebook.com/pnudlac](https://www.facebook.com/pnudlac)



[www.instagram.com/pnudlac](https://www.instagram.com/pnudlac)



[www.linkedin.com/company/pnudlac](https://www.linkedin.com/company/pnudlac)



[www.youtube.com/PNUDLAC](https://www.youtube.com/PNUDLAC)