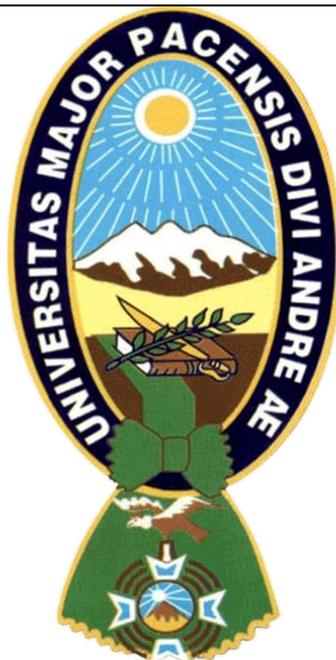


**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS**  
**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y FINANCIERAS**  
**CARRERA DE ECONOMÍA**  
**INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS**

---



**TESIS DE GRADO**

**MENCIÓN: GESTIÓN DE PROYECTOS Y PRESUPUESTO**

**“LA FASE DE EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL  
PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR  
SALUD DE BOLIVIA; 2000-2016”**

**POSTULANTE: VALDIVIA COSTAS, Angela**

**TUTOR: M. Sc. TICONA GARCÍA, Roberto**

**RELATOR: Lic. BONADONA COSSÍO, Alberto**

**LA PAZ – BOLIVIA**

**2018**

### ***Dedicatoria***

*A mi amada familia, por apoyarme en todo momento*

*A mi madre Jovanka, por darme la vida y ser el pilar fundamental, un ejemplo de fortaleza, dedicación; una gran mujer que me ha guiado en la vida con sus consejos y amor incondicional y me ha formado con valores y principios.*

*A mi hermano Israel, por su amor y por cuidarme en la vida.*

*A mis amados abuelos por su amor incondicional y consejos, mi Papá Pepe, ejemplo de persona, humildad y bondad y mi Mamá Elena por sus cuidados, quienes me guían desde el cielo y que en vida me formaron con educación, valores y principios.*

### ***Agradecimientos***

*A Dios por permitirme concluir con éxito mi carrera universitaria.*

*A mi tutor Lic. Roberto Ticona García quien con dedicación fue guía y apoyo en cada una de las fases de investigación.*

*A mi relator Lic. Alberto Bonadona Cossío por su tiempo, dedicación, colaboración y valiosos aportes para enriquecer el estudio de investigación.*

*A Felipe por su apoyo, consejos, paciencia, confianza y colaboración.*

## PRESENTACIÓN

La investigación propone el tema: **“LA FASE DE EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DE BOLIVIA; 2000-2016”** y refleja el siguiente planteamiento del problema: la incompatibilidad de la ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública con el Sector Salud de Bolivia.

El tema de investigación presenta como objetivo general: demostrar la contribución de la fase de ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud de Bolivia, la hipótesis del trabajo se centra en verificar: los incrementos en la ejecución de los proyectos de inversión pública en salud no contribuyen a mejorar los indicadores de mujeres embarazadas con anemia y recién nacidos con bajo peso

El estudio de investigación está organizado en cuatro capítulos:

CAPITULO I: Influye la "Referencia Metodológica del tema de Investigación" que precisa la delimitación del tema, se especifica las categorías y variables económicas, y se plantea la identificación y planteamiento del problema, objetivos, hipótesis y la aplicación metodológica de investigación, además de aspectos conceptuales y fundamentos teóricos.

CAPÍTULO II: Fundamenta "Aspectos de Políticas, Normas e Institucional", que se relacionan e influyen sobre las categorías y variables económicas, incluye aspectos legales referentes al Sector Público y al Presupuesto de Inversión Pública y las políticas implementadas en temas de asignación y distribución del Presupuesto de Inversión Pública centrándose en el Sector Salud.

CAPÍTULO III: Desarrolla los "Factores Determinantes y Condicionantes del Tema de Investigación", se describe, explica y compara entre dos periodos de estudio, Modelo de Economía de Mercado y Modelo de Economía Plural, a partir de variables económicas: Programación y ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el

Sector Salud; ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por sub-sectores; ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector salud por fuente de financiamiento; porcentaje de mujeres embarazadas con anemia y porcentaje de niños con bajo peso al nacer.

CAPÍTULO IV: Sostiene las “Conclusiones y Recomendaciones del Tema de Investigación”, además presenta el aporte de la investigación en la mención, se verifica la hipótesis, la evidencia teórica y señala que la ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública no contribuye de manera significativa a mejorar el Sector Salud, presentando mayor ejecución presupuestaria correspondiente al sub-sector de Infraestructura y baja participación del sub-sector de Planificación y Prevención.

## RESUMEN

La investigación explica la contribución de la fase de ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud de Bolivia, comprendido entre los años 2000-2016. El trabajo corresponde al nuevo plan de estudios 2012 en la mención de Gestión de Proyectos y Presupuesto, se inicia la primera fase en los Talleres de Tesis, concluyendo la segunda fase con la redacción de Tesis y sus capítulos respectivos I, II, III, IV en los Talleres del Instituto de Investigaciones Económicas.

La salud es uno de los pilares más importantes de la economía de un país, es un tema central en el desarrollo de los seres humanos y, por lo tanto, una de las herramientas para mejorar las condiciones del Sector Salud es mediante la inversión pública, no obstante, la disminución de la pobreza y el aumento de la igualdad, presentan resultados insuficientes. El problema de la salud es un problema social público y el Estado es el encargado de garantizar el acceso a la salud a través de la atención sin distinción social, económica y religiosa mediante la ejecución de los programas y proyectos.

La investigación se centra en dos modelos económicos. El primer periodo denominado Modelo de Economía de Mercado comprendido entre los años 2000-2005, se caracteriza por considerar al mercado el mejor y más eficiente mecanismo para la asignación, distribución y administración de los recursos en la economía. El segundo periodo denominado Modelo de Economía Plural comprendido entre los años 2006-2016, se caracteriza por presentar una mayor intervención del Estado en la economía a través de políticas públicas, centrándose en la fase de ejecución de proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud. El trabajo de investigación se basa en la información documentada, el estudio e interpretación de aspectos teóricos relacionados al tema de investigación tales como teoría del Sector Público dirigida al Presupuesto de Inversión Pública, teoría relacionada a proyectos y capital humano; y la evidencia empírica se obtiene a partir de los datos estadísticos que muestran el comportamiento de las categorías económicas que son explicadas por las variables económicas y que permiten explicar el problema de investigación, objetivos e hipótesis.

## Índice de Contenido

### **PRESENTACIÓN**

### **RESUMEN**

<b>CAPÍTULO I</b> .....	1
<b>REFERENCIA METODOLÓGICA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	1
<b>1.1 DELIMITACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	1
<b>1.1.1. Delimitación temporal</b> .....	1
<b>1.1.1.1. Primer Periodo: 2000-2005 (Modelo de Economía de Mercado)</b> .....	1
<b>1.1.1.2. Segundo Periodo: 2006-2016 (Modelo de Economía Plural</b> .....	1
<b>1.1.3. Referencia Histórica</b> .....	3
<b>1.1.4. Restricción de Categorías y Variables Económicas</b> .....	4
<b>1.2. PLANTEAMIENTO DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN</b> .....	5
<b>1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	5
<b>1.3.1. Problematización</b> .....	5
<b>1.3.1.1. Categorías Económica</b> .....	5
<b>1.3.1.2. Variables Económicas</b> .....	6
<b>1.3.2. Identificación del Problema</b> .....	8
<b>1.3.3. Justificación del Tema de Investigación</b> .....	8
<b>1.4. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS</b> .....	10
<b>1.4.1. Objetivo General</b> .....	10
<b>1.4.2. Objetivos Específicos</b> .....	10
<b>1.5. PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS</b> .....	10
<b>1.6. APLICACIÓN METODOLÓGICA</b> .....	10
<b>1.6.1. Método de la investigación</b> .....	10
<b>1.6.2. Tipo de Investigación</b> .....	11
<b>1.6.3. Fuentes de Información</b> .....	11
<b>1.6.4. Instrumentos de Investigación</b> .....	12
<b>1.6.5. Procesamiento de Información.</b> .....	12
<b>1.6.6. Análisis de Resultados.</b> .....	12
<b>1.7. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	13
<b>1.7.1. ASPECTOS CONCEPTUALES Y DEFINICIONES</b> .....	13
<b>1.7.2. TEORÍAS DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	16

<b>CAPÍTULO II</b> .....	27
<b>ASPECTOS DE POLÍTICAS, NORMAS E INSTITUCIONAL</b> .....	27
<b>2.1. ASPECTOS DE POLÍTICAS</b> .....	27
<b>2.1.1. Primer Periodo (2000-2005) Modelo de Economía de Mercado</b> .....	27
<b>2.1.2. Segundo Periodo (2006-2016) Modelo de Economía Plural</b> .....	31
<b>2.2. REFERENCIA NORMATIVA</b> .....	33
<b>2.2.1. Primer Periodo (2000-2005) Modelo de Economía de Mercado</b> .....	33
<b>2.2.2. Segundo Periodo (2006-2016) Modelo de Economía Plural</b> .....	38
<b>2.3. REFERENCIA INSTITUCIONAL</b> .....	41
<b>2.3.1. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas</b> .....	42
<b>2.3.2. Ministerio de Planificación del Desarrollo</b> .....	43
<b>2.3.3. Ministerio de Salud</b> .....	45
<b>CAPÍTULO III</b> .....	44
<b>FACTORES DETERMINANTES Y CONDICIONANTES DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	44
<b>CAPÍTULO III</b> .....	47
<b>FACTORES DETERMINANTES Y CONDICIONES DEL TEMA</b> .....	47
<b>3.1 ASPECTOS GENERALES DE BOLIVIA</b> .....	47
<b>3.1.1. Estado Plurinacional de Bolivia</b> .....	47
<b>3.1.2. Esperanza de vida al nacer</b> .....	47
<b>3.1.3. Sistema de Salud</b> .....	49
<b>3.1.4. La extrema pobreza</b> .....	50
<b>3.1.5. Presupuesto de Inversión Pública por sectores del Sector Social de Bolivia</b> .....	52
<b>3.2. PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD DE BOLIVIA</b> .....	55
<b>3.2.1. COMPARACIÓN DE PERIODOS</b> .....	60
<b>3.3. DISTRIBUCIÓN DE LA EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO DEL SECTOR SALUD DE BOLIVIA</b> .....	61
<b>3.3.1. COMPARACIÓN DE PERIODOS</b> .....	66
<b>3.4. EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO</b> .....	68
<b>3.4.1. COMPARACIÓN DE PERIODOS</b> .....	72

<b>3.5. RECURRENCIA DEL PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS CON ANEMIA</b> .....	74
<b>3.5.1. COMPARACIÓN DE PERIODOS</b> .....	77
<b>3.6. COMPORTAMIENTO DEL PORCENTAJE DE RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO</b> .....	79
<b>3.6.1. COMPARACIÓN DE PERIODOS.</b> .....	83
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	86
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	86
<b>4.1 CONCLUSIONES</b> .....	86
<b>4.1.1. Conclusión General</b> .....	86
<b>4.1.2. Conclusiones Específicas</b> .....	86
<b>4.2 APORTE DE LA INVESTIGACIÓN EN LA MENCIÓN</b> .....	89
<b>4.3 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS</b> .....	90
<b>4.4 EVIDENCIA TEÓRICA</b> .....	93
<b>4.5 RECOMENDACIONES</b> .....	94
<b>4.5.1. Recomendaciones Específicas</b> .....	94
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
<b>Gráfico N°1:</b> Tasa de fertilidad, total nacimientos por cada mujer en Bolivia; 1998-2015 (Nacimientos por cada mujer).	49
<b>Gráfico N°2:</b> Pobreza extrema en Bolivia; 1998-2015 (Porcentaje).	51
<b>Gráfico N°3:</b> Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por sub-sectores del Sector Social de Bolivia; 2000-2016 (Millones de Bs.).	53
<b>Gráfico N°4:</b> Comparación en promedio de la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública de los sub-sectores del Sector Social de Bolivia; 2000-2016 (Porcentaje).	54
<b>Gráfico N°5:</b> Programación y ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud de Bolivia; 2000-2016 (Millones de Bs. y Porcentaje).	58
<b>Gráfico N°6:</b> Comparación promedio de la programación y ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud de Bolivia; 2000-2016 (Millones de Bs. y Porcentaje).	60
<b>Gráfico N° 7:</b> Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por tipo de proyecto del Sector Salud de Bolivia; 2000-2016 (Millones de Bs.).	64
<b>Gráfico N°8:</b> Comparación promedio de la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por tipo de proyecto del Sector Salud de Bolivia; 2000-2016 (Porcentaje).	66

**Gráfico N° 9:** Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por fuente de financiamiento del Sector Salud de Bolivia; 2000-2016 (Millones de Bs.).

70

**Gráfico N°10:** Comparación promedio de la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por fuente de financiamiento del Sector Salud de Bolivia; 2000-2016 (Porcentaje).

72

**Gráfico N°11:** Mujeres embarazadas con anemia en Bolivia; 2000-2016 (Porcentaje).

75

**Gráfico N°12:** Comparación promedio de las mujeres embarazadas con anemia; 2000-2016 (Porcentaje).

77

**Gráfico N°13:** Recién nacidos con bajo peso; 2000-2016 (Porcentaje).

81

**Gráfico N°14:** Comparación promedio de los recién nacidos con bajo peso en Bolivia; 2000-2016 (Porcentaje).

83

## ÍNICE DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
<b>ANEXO N°1</b> CUADRO N°1: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR SUB SECTORES DEL SECTOR SOCIAL; 2000-2016 (MILLONES DE BS.).	I
<b>ANEXO N°2</b> CUADRO N°2: ACUMULADO Y PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR SUB-SECTORES DEL SECTOR SOCIAL; 2000-2016 (MILLONES DE BS Y PORCENTAJE).	II
<b>ANEXO N°3</b> CUADRO N°3: PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD; 2000-2016 (MILLONES DE BS. Y PORCENTAJE).	III
<b>ANEXO N°4</b> CUADRO N°4: ACUMULADO Y PROMEDIO DE LA PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD; 2000-2016 (MILLONES DE BS. Y PORCENTAJE).	IV
<b>ANEXO N°5</b> CUADRO N°5: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR SUB SECTORES DEL SECTOR SALUD; 2000-2016 (MILLONES DE BS.).	V
<b>ANEXO N°6</b> CUADRO N°6: ACUMULADO Y PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR SUB-SECTORES DEL SECTOR SALUD; 2000-2016 (MILLONES DE BS Y PORCENTAJE).	VI
<b>ANEXO N°7</b> CUADRO N°7: EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO; 2000-2016 (MILLONES DE BS.).	VII
<b>ANEXO N°8</b> CUADRO N°8: ACUMULADO Y PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO; 2000-2016 (MILLONES DE BS. Y PORCENTAJE)	VIII

**ANEXO N°9 CUADRO N° 9: EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD Y PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS CON ANEMIA; 2000-2016 (MILLONES DE BS. Y PORCENTAJE).**

IX

**ANEXO N°10 CUADRO N°10: EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD Y PORCENTAJE DE NACIDOS CON BAJO PESO; 2000-2016 (MILLONES DE BS. Y PORCENTAJE).**

X

**ANEXO N°11 CUADRO N°11: ACUMULADO Y PROMEDIO DEL PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS CON ANEMIA; 2000-2016 (PORCENTAJE).**

XI

**ANEXO N°12 CUADRO N°12: ACUMULADO Y PROMEDIO DEL PORCENTAJE DE RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO; 2000-2016 (PORCENTAJE).**

XII

**CAPÍTULO I**  
**REFERENCIA METODOLÓGICA DE**  
**INVESTIGACIÓN**

## **CAPÍTULO I**

### **REFERENCIA METODOLÓGICA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 DELIMITACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN**

##### **1.1.1. Delimitación temporal**

La investigación comprende el periodo de 2000-2016, representa un estudio de 17 años, divididos en dos periodos que hacen posible el análisis del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud.

##### **1.1.1.1. Primer Periodo: 2000-2005 (Modelo de Economía de Mercado)**

El Modelo de Economía de Mercado inicia en agosto de 1985 y culmina en diciembre de 2005, se caracteriza por considerar al mercado como el mejor y el más eficiente mecanismo para la administración, asignación y distribución de recursos en la economía. El modelo económico presenta mayor privatización de empresas estatales, efectuando una distribución inequitativa de recursos en Bolivia que, consecuentemente genera una gran diferencia entre ricos y pobres.

El excedente se produce por la explotación de los recursos naturales en manos de las transnacionales y el sector privado, quienes se apropian de este excedente para sus beneficios, otorgan mínimas transferencias al Estado para que éste, a su vez, encare las tareas sociales como educación y salud<sup>1</sup>.

A consecuencia de una intervención del Estado poco significativa y a una tendencia decreciente del financiamiento interno, el Presupuesto de Inversión Pública cuenta con mayor financiamiento externo.

##### **1.1.1.2. Segundo Periodo: 2006-2016 (Modelo de Economía Plural)**

En el Modelo de Economía Plural, el Estado interviene en la economía de manera muy significativa, cuya función se fundamenta en ser el actor fundamental de la economía y el que corrige los fallos de mercado, además asume el papel de redistribuidor del ingreso<sup>2</sup>. El Estado es responsable de la provisión de los servicios públicos.

---

<sup>1</sup> CATAFORA A. 2015. El Modelo Económico Social Comunitario Productivo. Eco plural. 15° Edición. Pág. 6.

<sup>2</sup> Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. Economía Plural “El Modelo Neoliberal vs. El Nuevo Modelo”, publicación mensual. n°1. Septiembre. 2011. Pág. 11.

Se caracteriza por la mayor participación de los recursos del IDH que provocan una bonanza económica, disminuyendo la asignación del financiamiento externo e incrementando la participación y ejecución del financiamiento interno.

### **1.1.2. Delimitación General**

#### **1.1.2.1. Espacial**

La investigación se realiza en torno a nivel nacional del Estado Plurinacional de Bolivia, compuesta por 9 Departamentos, 112 Provincias y 339 Municipios. Situado en el hemisferio sur del planeta y al oeste del Meridiano de Greenwich.

#### **1.1.2.2. Sectorial**

El trabajo de investigación presenta como delimitación sectorial al Sector Fiscal, enfatizando la función del Estado, cuyo papel es el de asignar, distribuir y administrar los recursos. Es decir, que el Gobierno influye en la economía controlando los gastos y los ingresos en diferentes sectores. De igual manera el Sector Fiscal refiere al efecto global de resultados del presupuesto, además constituye la vía más importante para mantener el bienestar de la población.

Se enmarca también en el trabajo de investigación el estudio del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud, respecto de las normas, leyes, correspondiente como uno de los cuatro componentes del Sector Social de la economía.

#### **1.1.2.3. Institucional**

La investigación tiene como delimitación institucional:

- ✓ Ministerio de Economía y Finanzas Públicas,
- ✓ Viceministerio de Presupuesto y Contabilidad Fiscal,
- ✓ Ministerio de Planificación del Desarrollo,
- ✓ Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo,
- ✓ Ministerio de Salud,
- ✓ Viceministerio Salud y Promoción.

#### **1.1.2.4. Mención**

La mención Gestión de Proyectos y Presupuesto otorga instrumentos de vital importancia para analizar los elementos económicos de planificación de la sociedad como ser el Presupuesto de Inversión Pública, en este sentido es necesario hacer uso de estos elementos y definir si la teoría es congruente con la realidad.

#### **1.1.3. Referencia Histórica**

La ley 1178 del 20 de julio de 1990, las Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública de 1996, permiten precisar algunos aspectos relacionados con el tema a pesar de que no se encuentran dentro de la delimitación temporal que comprende el trabajo de investigación.

Con la creación del Ministerio de Salud y Deportes en 1938 y con una atención centralista y hospitalaria se inicia en Bolivia el Sistema Nacional de Salud. En 1953 se implementaría el sistema solidario de seguridad social que se limitó a los trabajadores dependientes o independientes que cotizan en este sistema, excluyendo al resto de la población que no podía cotizar y generando fuertes niveles de desigualdad, más aún si se consideran los altos niveles de desempleo y de informalidad que tendría la economía boliviana. Esta situación obligó a reformar el SNS en la década de los 70's a adoptar un nuevo modelo de atención a través de médicos familiares en los hospitales<sup>3</sup>.

Más tarde en 1984 se inicia una regionalización de la salud en Bolivia y se crean los Distritos y Áreas de Salud en el subsistema público, centrándose en la Atención Primaria de Salud y en una perspectiva más técnica, economicista y pragmática, gracias a los ajustes económicos impuestos por la crisis de los 80's y al aumento de las desigualdades<sup>4</sup>.

Los mecanismos de seguro se desarrollaron poco a poco en la década siguiente, con el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (1996), el Seguro Básico de Salud (1998), el

---

<sup>3</sup> ROMÁN J. y CHIRINOS R. 2013. Estrategia de Implementación del marco de Asociación País en el Sector de la Salud-Bolivia. Bolivia. Pág. 92.

<sup>4</sup> IBID 3- Página 93.

Seguro Universal Materno Infantil en (2002) y el Seguro de Salud para el Adulto Mayor en 2006<sup>5</sup>.

Pese a estas reformas permanecían problemas persistentes de accesibilidad geográfica y cultural, especialmente en el área rural, que el gobierno actual, propugnando valores de interculturalidad, busca solucionar mediante la reformulación del Sistema Nacional de Salud hasta su forma actual basada en la política SAFCI puesta en marcha desde el años 2008, con la premisa de superar la inequidad en el acceso y en las cobertura de los servicios de salud, y de ajustarse a la realidad cultural boliviana<sup>6</sup>.

La implementación del Sistema Único de Salud tiene como objetivo lograr que todo el sistema público, incluida la seguridad social, funcione de manera concertada, que tenga la misma calidad, las mismas prestaciones y permita el acceso de todos los bolivianos a la atención médica gratuita<sup>7</sup>.

Se subraya el papel central de la SAFCI, pretende garantizar el derecho a la salud y el acceso universal de todos los habitantes en el territorio nacional, con carácter universal, gratuito, integral, equitativo, intercultural, participativo, con calidad y control social. Se suprimen el SUMI y el SSPAM, se creen instancias que deben garantizar la implementación y continuidad del SUS, entre estos el Fondo Único de Salud, Consejo Asesor del Fondo Único de Salud<sup>8</sup>.

#### **1.1.4. Restricción de Categorías y Variables Económicas**

##### **1.1.4.1. Categorías Económicas**

**C.E.** Presupuesto de Inversión Pública.

**C.E.S.** Sector Salud

##### **1.1.4.2. Variables Económicas**

**V.E.1.1.** Programación y ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud.

---

<sup>5</sup> IBID 3- Página 93.

<sup>6</sup> IBID 3- Página 93.

<sup>7</sup> IBID 3- Página 94.

<sup>8</sup> IBID 3- Página 94.

**V.E.1.2.** Distribución del Presupuesto de Inversión Pública por tipo de proyecto del Sector Salud.

**V.E.1.3.** Ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud por fuente de financiamiento.

**V.E.S.2.1.** Porcentaje de mujeres embarazadas con anemia.

**V.E.S.2.2.** Porcentaje de recién nacidos con bajo peso.

## **1.2. PLANTEAMIENTO DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN**

El objeto de la presente investigación es:

“LA INFLUENCIA DE LA FASE DE EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DE BOLIVIA”; 2000-2016.

## **1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.3.1. Problematización**

La investigación identifica las siguientes categorías para su análisis en el desarrollo de la misma.

#### **1.3.1.1. Categorías Económica**

##### **1.3.1.1.1. Presupuesto de Inversión Pública**

El comportamiento del Presupuesto de Inversión Pública programada en Bolivia supera al nivel de ejecución que, consecuentemente refleja una deficiente gestión; la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en los respectivos tipos de proyecto del Sector Salud presenta un comportamiento asimétrico reflejado en los periodos de estudio que abarca el trabajo de investigación.

### **1.3.1.1.2. Sector Salud**

La salud pública es un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar y mejorar la vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria<sup>9</sup>.

En comparación a las gestiones pasadas, la salud en Bolivia presenta un comportamiento positivo, reflejadas en los niveles de las variables que miden el Sector Salud, a pesar de presentar un comportamiento positivo, éstas llegan a ser insuficientes, por presentar niveles bajos en los indicadores de salud con respecto a los demás países de América Latina.

### **1.3.1.2. Variables Económicas**

#### **1.3.1.2.1. Programación y ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud**

En la programación del Presupuesto se incorpora el presupuesto financiero y de operación, justificando las inversiones con un análisis y evaluación de proyectos de inversión. Esta herramienta constituye una parte del presupuesto e incluye todos los proyectos de inversión, así como los proyectos ya aprobados. Por otra parte, se basa en decisiones con efecto a largo plazo, consistentes en adquirir partidas de activos fijos en el periodo<sup>10</sup>.

La Ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública es dirigida a satisfacer las necesidades que presentan la población, es decir se ejecuta la programación del Presupuesto de Inversión Pública en proyectos de primera necesidad.

Tanto la programación como ejecución del Presupuesto de Inversión Pública, presentan una mayor asignación de financiamiento interno y un comportamiento constante con respecto al financiamiento externo, sin embargo, Bolivia presenta mayor inversión programada que inversión ejecutada, lo cual refleja una deficiente gestión.

---

<sup>9</sup> Organización Mundial de la Salud. Ministerio de sanidad y consumo de la salud. Promoción de la Salud. Pág. 11.

<sup>10</sup> CÁRDENAS R. Presupuestos Teoría y Práctica. 2º Edición. Pág.3.

#### **1.3.1.2.2. Distribución del Presupuesto de Inversión Pública por tipo de proyecto del Sector Salud.**

El Sector Salud está conformado por los siguientes tipos de proyectos: Infraestructura de Salud, Planificación y Prevención de salud y Seguridad Social. El tipo de proyecto de infraestructura de salud presenta una tendencia creciente en cuanto al nivel de ejecución, con respecto a los demás tipos de proyectos que, presentan diferentes niveles de ejecución, el comportamiento de la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública de los tipos de proyectos en el rango del tiempo de estudio es cíclico.

#### **1.3.1.2.3. Ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud por fuente de financiamiento.**

En el Modelo de Economía de Mercado, se observa una reducida ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud con financiamiento interno a consecuencia de que Bolivia no cuenta con suficiente financiamiento interno para ejecutar los programas y proyectos que satisfacen las necesidades de la población, recurriendo así al financiamiento externo para mencionado objetivo.

En ambos periodos de estudio del trabajo de investigación, la ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública con financiamiento externo presenta un comportamiento relativamente constante, a consecuencia de las donaciones y créditos externos que son recursos dirigidos a proyectos de inversión pública.

#### **1.3.1.2.4. Porcentaje de mujeres embarazadas con anemia.**

La anemia nutricional como producto de la deficiencia de hierro entre otros, está asociada con la desnutrición, se considera un caso grave por el hecho de que repercute de manera desfavorable en la actividad física e intelectual del niño. La anemia en mujeres embarazadas se produce a consecuencia de una dieta inadecuada y escasa dotación de hierro. La anemia en el embarazo está muy asociada con la morbilidad, mortalidad materno-infantil y con el bajo peso al nacer

En el primer periodo de estudio, Bolivia presenta un creciente porcentaje de mujeres embarazadas con anemia, de igual manera el comportamiento se refleja en el segundo

periodo de estudio. Sin embargo, los niveles son más significativos en el primer periodo en comparación al segundo periodo. No obstante, esta relativa diferencia continúa con una tendencia creciente del porcentaje de mujeres embarazadas con anemia.

#### **1.3.1.2.5. Porcentaje de recién nacidos con bajo peso**

La desnutrición es un estado reversible ocasionado por la deficiente utilización de nutrientes, es un problema imperioso en la población infantil de Bolivia, catalogado como una prioridad para los sistemas de salud. La desnutrición generalmente empieza durante la gestación, dando como producto a un recién nacido con bajo peso, la situación se agrava al no recibir la lactancia y alimentación necesaria y temprana.

Bolivia presenta un comportamiento cíclico poco favorable con respecto al porcentaje de recién nacidos con bajo peso, tanto en el primer y segundo periodo de estudio, reflejando de esta manera una escasa prioridad por mejorar la salud.

#### **1.3.2. Identificación del Problema**

El problema de la investigación es el siguiente: “LA INCOMPATIBILIDAD DE LA FASE DE EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA CON EL SECTOR SALUD DE BOLIVIA”.

#### **1.3.3. Justificación del Tema de Investigación**

##### **1.3.3.1. Económica**

La salud dentro de la economía boliviana es entendida como el adecuado desarrollo físico, mental y emocional que hace parte de la situación de bienestar de las personas, por lo que es una de los componentes del desarrollo económico. La salud incide en el crecimiento económico a través de los rendimientos laborales, el número de años de vida útiles, la relación de costo de mantenerse en buena salud con sus beneficios, los costos de atención de las enfermedades, los costos de los días laborales perdidos por enfermedad o accidente<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> MORALES R. 2012. El Desarrollo visto desde el SUR. La Paz-Bolivia. INESAD. Ciess-econométrica. pp.81-83.

### **1.3.3.2. Social**

La investigación se enfoca en el efecto de la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública sobre la calidad de la oferta de la salud, resalta la ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública que se refleja a través de la satisfacción de las necesidades de la población.

El Presupuesto de Inversión Pública es un instrumento mediante el cual se asigna y distribuye recursos para lograr maximizar el bienestar social, es decir satisfacer las necesidades de la población boliviana.

### **1.3.3.3. Institucional**

La salud en Bolivia es una responsabilidad del Estado que garantiza su acceso asignando y distribuyendo los recursos a través del Ministerio de Salud, el cual se encarga de garantizar los deberes con respecto al sector a través de políticas para su inclusión y acceso. El Ministerio de Planificación del Desarrollo promueve estudios de pre inversión con calidad, para contribuir a la satisfacción de las necesidades a través de la inversión pública en el sector.

### **1.3.3.4. Teórica**

El trabajo de investigación desarrolla la economía de la salud, enfatizando los tipos de proyecto del mismo, se hace relevancia en el Sector Público tomando en cuenta la intervención del Estado a través de sus acciones y funciones y tiene como responsabilidad garantizar la salud a la población.

### **1.3.3.5. Mención: Gestión de Proyectos y Presupuesto**

El estudio de investigación se relaciona con la mención, se basa en el ciclo de vida del proyecto, según las Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública se componen de tres fases que son: la fase de pre-inversión, ejecución y operación, la investigación enfatiza la fase de ejecución tomando en cuenta también la asignación y distribución de los recursos de acuerdo a prioridades.

## **1.4. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS**

### **1.4.1. Objetivo General**

- Demostrar la importancia de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud de Bolivia.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Examinar la programación y ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud.
- Diferenciar la distribución del Presupuesto de Inversión Pública por tipo de proyecto del Sector Salud.
- Identificar la ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud por fuente de financiamiento.
- Verificar la recurrencia del porcentaje de mujeres embarazadas con anemia.
- Determinar el porcentaje de recién nacidos con bajo peso.

## **1.5. PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS**

“LOS INCREMENTOS EN LA EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN PÚBLICA EN SALUD NO CONTRIBUYEN A MEJORAR LOS INDICADORES DE MUJERES EMBARAZADAS CON ANEMIA Y RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO”.

## **1.6. APLICACIÓN METODOLÓGICA**

### **1.6.1. Método de la investigación**

El método de investigación del trabajo, es el método deductivo, que se basa en el razonamiento de un aspecto general para concretarse en lo particular, permitiendo deducir nuevos conocimientos de un fenómeno en particular<sup>12</sup>.

La investigación contempla como aspecto general al Presupuesto de Inversión Pública, concretándose como aspectos específicos las variables: ejecución y programación del Presupuesto de Inversión Pública, ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por sub-sectores, ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud con

---

<sup>12</sup> SAMPIERI H. y FERNÁNDEZ C. 2006. “Metodología de la Investigación”. Cuarta Edición. Mc Graw Hill. Pág. 4.

financiamiento interno y ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud con financiamiento externo.

### **1.6.2. Tipo de Investigación**

El tipo de investigación que se desarrolla en el presente trabajo es cuantitativo porque se usa la recolección de datos para probar la hipótesis, con base en la medición numérica y análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías<sup>13</sup>.

Para el estudio de investigación se opta por incurrir a un estudio explicativo-descriptivo, se selecciona variables que se miden y se recolecta información sobre cada una de ellas, por lo tanto, se realiza el manejo de datos estadísticos y posteriormente la descripción de lo observado en categorías y variables, de igual manera se explica los hechos y el porqué del comportamiento de las mismas.

La investigación es de tipo relacional porque busca el vínculo existente de categorías y variables económicas, en la investigación la primera categoría económica es el Presupuesto de Inversión Pública y como segunda categoría es el Sector Salud y son explicadas a través de las variables económicas y las relaciona con el objeto de investigación para contrastar la hipótesis.

Es longitudinal, los datos se recolectan a través del tiempo, comprendiendo los años de 2000-2016 de categorías y variables que explican el tema de investigación.

### **1.6.3. Fuentes de Información**

Las fuentes de información que se utilizan en la presente investigación son secundarias, contando con información documental, que se basa en la revisión de documentos realizados en base a la problemática del Sector; teórica, surge de la revisión de teorías relacionadas al tema de investigación conjuntamente con las categorías y variables identificadas respecto del objeto de investigación; y estadística, se basa en la amplia revisión de información estadística como:

---

<sup>13</sup> IBID-12 Pág. 5.

- Unidad de Análisis de Políticas Económicas (UDAPE),
- Instituto Nacional de Estadística (INE),
- INESAD,
- Revista El Economista,
- Fundación Jubileo,
- PNUD,
- Ministerio de Economía y Finanzas Públicas,
- Ministerio de Salud,
- Ministerio de Planificación del Desarrollo,
- Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo.

#### **1.6.4. Instrumentos de Investigación**

Los instrumentos de investigación que se utilizan en el trabajo de investigación son: estadística descriptiva que abarca los promedios, porcentajes y las matemáticas.

#### **1.6.5. Procesamiento de Información.**

Para el trabajo de investigación se realiza la tabulación de los datos estadísticos que posteriormente se prosigue a la elaboración de promedios, porcentajes, acumulados, máximos y mínimos y los gráficos como diagramas, esquemas y tortas para explicar el comportamiento de las variables que explican las categorías del estudio de investigación.

#### **1.6.6. Análisis de Resultados.**

A través de los instrumentos estadísticos se incurre a un análisis *descriptivo* de los resultados y la *explicación* de los mismos en cuanto a los aspectos históricos, así mismo se realiza la *comparación* de los periodos de tiempo que abarca la presente investigación. Posteriormente se procede a la elaboración de conclusiones, que son utilizadas en la determinación de la hipótesis para aceptar o rechazar y finalmente se realizan las recomendaciones del tema de investigación.

## **1.7. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.7.1. ASPECTOS CONCEPTUALES Y DEFINICIONES**

#### **1.7.1.1. SALUD**

Según la OMS<sup>14</sup>, la salud se define como el estado de pleno bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. Por tanto, no solamente cuenta nuestro buen estado físico o fisiológico, sino también nuestros aspectos psicológicos y cómo nos influye nuestro entorno (socioeconómico, familiar, laboral, emocional, medioambiental).

Es un bien escaso que cuya obtención y mantenimiento exigen de dinero y trabajo, lograrla implica satisfacer las necesidades que se expresan en forma de demanda, más el costo de oportunidad que encierra renunciar a otros bienes<sup>15</sup>.

La salud se produce y vende en un mercado como cualquier otro bien. La equidad de la salud se refiere a la igualdad en acceso a la atención médica. Para la organización mundial de la salud la falta de equidad se refiere a las desigualdades en materia de salud. Pero de acuerdo a la priorización que se practique y a los resultados, siempre existirá gente que se sentirá mal por el servicio<sup>16</sup>.

#### **1.7.1.2. PROYECTO**

Es la búsqueda a la solución inteligente de un problema tendiente a resolverse una necesidad humana, es decir se pretende dar la mejor solución al problema económico, y así buscar información necesaria para asignar racionalmente los recursos<sup>17</sup>.

Un proyecto surge de la identificación y priorización de unas necesidades que serán atendidas en su preparación y formulación del mismo. Un proyecto se puede entender en forma de una cadena de objetivos como el objetivo final que refleja la necesidad que motiva el proyecto; objetivos intermedios que refleja el camino que conduce de los

---

<sup>14</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

<sup>15</sup> HERRERA C. y RODRIGUEZ C. 2002. La Economía de la salud: ¿Debe ser de interés para el campo sanitario? pp 359-361

<sup>16</sup> VALENZUELA R. 2013. Economía de la Salud. Santiago de Cuba. pp 80-90.

<sup>17</sup> SAPAG N. y SAPAG R. 2007. Preparación y Evaluación de Proyectos. 5° Edición. México. McGraw Hill, pp 1-25.

productos al logro de objetivos; productos que son los que el proyecto ofrecerá y el último objetivo es la actividad e inversión que definen estrategias para poder ofrecer los productos<sup>18</sup>.

Para un economista un proyecto es la fuente de costos y beneficios que ocurren en distintos periodos de tiempo. El desafío es identificar los costos y beneficios atribuibles al proyecto, luego medirlos y evaluarlos para así ver la conveniencia de ejecutar el proyecto. Esta concepción lleva a la evaluación económica del proyecto<sup>19</sup>.

### **1.7.1.3. PROGRAMA**

Es el conjunto de proyectos que buscan operativizar de forma sistemática y ordenada las políticas y estrategias de desarrollo de cualquier plan. Los programas son instrumentos permanentes que permiten guiar, ordenar y clasificar el conjunto de proyectos que emergen de los procesos de planificación según afinidad o áreas más concretas del desarrollo<sup>20</sup>.

### **1.7.1.4. INVERSIÓN PÚBLICA**

La inversión pública se entiende a todo gasto de recursos de origen público destinado a incrementar, mejorar o reponer las existencias de capital físico de dominio público y/o de capital humano, con el objeto de ampliar la capacidad del país para la prestación de servicios o producción de bienes. En la inversión pública incluye las actividades de pre inversión e inversión que realizan las entidades del sector público<sup>21</sup>.

Inversión pública se entiende a todo gasto de recursos de origen público destinado a incrementa, mejorar, reponer capacidades físicas, humanas y culturales económicas y sociales del Estado para la producción de bienes y/o prestación de servicios<sup>22</sup>.

---

<sup>18</sup> MOKATE K. 2004. Evaluación Financiera de Proyectos de Inversión. 2º Edición. pp 1-18.

<sup>19</sup> FONTAINE E. R. 2008. Evaluación Social de Proyectos. Edición. 13º. pp. 1-3. pp 36-39.

<sup>20</sup> VICEMINISTERIO DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD FISCAL. Glosario de Conceptos y Definiciones.2010. pp.75-79.

<sup>21</sup> BOLIVIA. Ministerio de Hacienda. 2003. Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública. Pág. 5. Artículo 8º.

<sup>22</sup> BOLIVIA. Ministerio de Planificación de Desarrollo. 2012 Reglamento específico del Sistema Nacional de Inversión Pública. Pág. 5. Artículo 9º.

### **1.7.1.5. PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

Se entiende al conjunto de recursos asignados para la realización de los proyectos del programa de inversión pública, que deben ser incorporados en el presupuesto institucional del MPD y en el PGE. Forman parte del presupuesto de inversión pública del MPD aquellos proyectos que cuenten con financiamiento asegurado<sup>23</sup>.

Son los recursos asignados para la realización de los programas y proyectos en cada gestión fiscal, compatible con el plan de inversiones que incluyen las fases de pre inversión y ejecución de la inversión<sup>24</sup>.

### **1.7.1.6. FUENTES DE FINANCIAMIENTO<sup>25</sup>**

A los efectos del Sistema Nacional de Inversión Pública, se identifican las siguientes fuentes de financiamiento para los proyectos de inversión pública:

l) Recursos del Tesoro General de la Nación: Son los recursos administrados por el Gobierno Central que se transfieren a las entidades de la Administración Central y al Fondo Compensatorio de Regalías creado por la Ley 1551 de 20 de abril de 1994, para financiar el Presupuesto de Inversión Pública, de conformidad a normas emitidas anualmente por el Órgano Rector para su incorporación en el PGN.

b) Recursos Específicos de las Entidades Públicas: Son recursos que, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes, se perciben y administran, directamente por las entidades públicas se utilizan para, financiar sus Presupuestos de Inversión Pública y que deben ser incorporados en el PGN.

c) Recursos Externos: Son recursos que el Órgano Rector del SNIP contrata de Organismos Financieros Multilaterales, Agencias de Cooperación Internacional y Gobiernos, mediante convenios de crédito o donación, y que se transfieren a las entidades del sector público para financiar el Programa de Inversión Pública, de conformidad a los procedimientos establecidos en las presentes normas básicas, sus reglamentos y lo establecido en los respectivos convenios de financiamiento.

---

<sup>23</sup>IBID 22-Artículo 11°.

<sup>24</sup> IBID 22-Artículo 12°.

<sup>25</sup> IBID 22-Artículo 9°.

### **1.7.1.7. INFRAESTRUCTURA DE SALUD**

Contempla a través de la construcción, ampliación, adecuación, mantenimiento de instalaciones y la adquisición de equipos médicos y demás instrumentos para la prestación de servicios de salud<sup>26</sup>.

### **1.7.1.8. PREVENCIÓN EN SALUD**

Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de enfermedades, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida<sup>27</sup>.

### **1.7.1.9. SEGURIDAD SOCIAL**

Seguridad social tiene como objetivo regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente el país, en todos los niveles de atención<sup>28</sup>. Atiende a los trabajadores asalariados, brinda atención de enfermedad, maternidad, niñez y riesgo profesional, está constituido por diferentes cajas de salud que prestan servicios a sus beneficiarios<sup>29</sup>.

## **1.7.2. TEORÍAS DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.7.2.1. TEORÍAS DEL SECTOR PÚBLICO**

El análisis del sector público, para abordar cada una de las cuestiones económicas, deben seguirse cuatro pasos, describir la actividades que realiza el Estado; analizar sus consecuencia; evaluar las distintas medidas posibles; interpretar las fuerzas políticas que condicionan a las decisiones que toman los Gobiernos<sup>30</sup>.

#### **1.7.2.1.1. PAPEL DEL ESTADO**

Los aspectos de la política fiscal son determinados por el presupuesto del gobierno, que establece el ingreso y los egresos del sector público en un periodo en particular. La

---

<sup>26</sup> Financiera del Desarrollo. Infraestructura de Salud.

<sup>27</sup> VARGAS U. 2003. Promoción, Prevención y Educación para la Salud. 1° Edición Costa Rica Pág. 45.

<sup>28</sup> MINISTERIO DE SALUD. 2014. Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Pág. 11.

<sup>29</sup> LEDO, C. 2011. Sistema De Salud de Bolivia. Pág. 110.

<sup>30</sup> STIGLITZ J. 2000. Economía del Sector Público. 3° edición. pp 24-25.

diferencia entre los ingresos y los egresos del gobierno constituye el superávit o déficit fiscal, determina el monto de créditos o endeudamiento del sector público<sup>31</sup>.

Las fuentes más importantes de ingresos públicos son los distintos tipos de impuestos aplicados en la economía. Estos impuestos pueden clasificarse en tres categorías amplias: impuestos a la renta de personas y empresa, que incluyen el impuesto previsional sobre los salarios; impuestos al gasto, que incluyen el impuesto a la compraventa, los impuestos específicos y los aranceles a las importaciones; y los impuestos a la propiedad, que abarcan una amplia variedad de gravámenes a casas y edificios, terrenos agrícolas y residenciales y herencias<sup>32</sup>.

Los impuestos también se dividen entre directos e indirectos, aunque estos términos son algo imprecisos. Los directos son los que se aplican a las personas naturales y jurídicas, en cambio los impuestos indirectos son los que se aplican a bienes y servicios. Los ingresos de países desarrollados perciben más ingresos de impuestos directos, en cambio los países en desarrollo perciben mayor participación de sus ingresos por vía de impuestos indirectos<sup>33</sup>.

Otra fuente de ingresos del sector público son las utilidades de las empresas y agencias estatales que venden bienes y servicios<sup>34</sup>. El gasto público también puede agruparse a conveniencia en cuatro categorías, consumo de gobierno, inversión de gobierno, transferencias y los intereses sobre la deuda pública<sup>35</sup>.

#### **1.7.2.1.2. ACCIONES DEL ESTADO**

El Estado interviene en la economía mediante acciones: acciones de regulación del comportamiento de los agentes económicos que el Estado tanto al producir bienes y servicios como al instalar capacidad productiva, crea corrientes de factores y de insumos, y moviliza recursos financieros, los que sin duda influyen sobre las decisiones que se derivarían del mercado. En este sentido todas las acciones poseen una capacidad

---

<sup>31</sup> LARRAIN F. y SACH J. 2002. Macroeconomía en la Economía Global. 2º Edición. Editorial Pearson Education S.A. Capítulo. 15. Pág. 509.

<sup>32</sup> IBID 31-Pág. 510

<sup>33</sup> IBID 31-Pág. 511.

<sup>34</sup> IBID 31-Pág. 512.

<sup>35</sup> IBID 31-Pág 512.

de regulación, pero existen otras acciones cuyo objetivo es solo la regulación es decir se caracterizan porque para cumplir con sus propósitos no necesitan que el Estado movilice directamente recursos físicos y financieros como los demandados por los otros tipos de acciones<sup>36</sup>.

Acciones de producción de bienes y servicios, los organismos públicos a cargo de la prestación de los servicios que implican estas acciones constituyen una proporción importante del aparato estatal, y se incluyen también las instituciones que formen parte de la cúspide de gobierno, en este tipo de acciones se destacan los servicios públicos de educación, salud y provisión de agua potable y alcantarillado, transportes, almacenaje, comercialización y comunicaciones, esta acción de producción de bienes y servicios se realizan a través de los organismos de la administración central, en especial las relacionadas con la prestación de servicios sociales, y las referidas a los bienes son por medio de las empresas públicas, en algunos casos la producción de bienes y servicios son de carácter monopólico regional o nacional o solo por competencia con el sector privado. Por lo tanto el Estado realiza la actividad productiva con funciones de producción bien definidas e interviene por lo tanto en el proceso económico como una típica unidad productora<sup>37</sup>.

Acciones de acumulación contribuyen a la formación de instalaciones y equipos necesarios para efectuar la prestación de servicios públicos tales como escuelas, hospitales, construcción de edificios, equipos de transporte.<sup>38</sup>

Acciones en el campo de financiamiento que para que el Estado pueda obtener los insumos y factores necesarios para la producción y acumulación, deben movilizar medios de pago que le permitan trasladar dichos recursos físicos al ámbito de la economía estatal<sup>39</sup>.

---

<sup>36</sup> CIBOTTI R. y SIERRA E. 2005. El Sector Público en la Planificación del Desarrollo. 4º Edición. Cap. I. pp 15-22.

<sup>37</sup> IBID 36-Pág 17.

<sup>38</sup> IBID 36-Pág 18.

<sup>39</sup> IBID 36-Pág. 19.

### 1.7.2.1.3. FUNCIONES DEL ESTADO

En el sector público los objetivos de la política fiscal no están predeterminados, sino que deben determinarse mediante un proceso político. El predominio del gobierno refleja la presencia de la ideología política y social que se aparten de las premisas acerca de la elección del consumidor y de la toma de decisiones descentralizadas. Es más importante el hecho de que el mecanismo de mercado por sí solo no puede realizar todas las funciones económicas. La política pública es necesaria para guiar, corregir y complementar al mercado en algunos aspectos para que funcione en condiciones de eficiencia<sup>40</sup>.

La función de asignación y la proposición de que determinados bienes no pueden proveerse a través de transacciones entre consumidores y productores individuales, en algunos casos el mercado falla totalmente y otras funciona de una manera ineficaz. Las preferencias de las personas se ven influenciadas por el entorno social. Los beneficios que producen los bienes sociales no se limitan al consumidor en concreto que adquiere el bien, como es el caso de los bienes privados, sino que se encuentran disponibles también para otros consumidores. Si la relación entre productor y consumidor se rompe el gobierno debe ocuparse de la provisión de este bien. Si los bienes sociales son provistos, significa que se financian por medio del presupuesto<sup>41</sup>.

La función de distribución, en la de asignación que se ocupaban de la provisión eficiente de bienes sociales, se aparta del proceso de mercado, pero plantea el problema del uso eficiente de los recursos dadas la distribución de la renta. El aspecto distributivo es muy importante, juega un papel clave para determinar las políticas de impuestos y transferencias<sup>42</sup>.

La función de estabilización, una vez tratado la política presupuestaria en asignación y distribución, se examina sobre la política macroeconómica es decir sobre objetivos tales

---

<sup>40</sup> MUSGRAVE R. A. 1999. Hacienda Pública Teórica Y Aplicada. 5ª Edición. Editorial McGraw-Hill. Capítulo 1. pp. 4-9.

<sup>41</sup> IBID 40-Pág 5

<sup>42</sup> IBID 40-Pág. 6

como un alto nivel de empleo, un razonable grado de estabilidad del nivel de precios, la solidez de las cuentas exteriores y una aceptable tasa de crecimiento económico<sup>43</sup>.

### 1.7.2.2. TEORÍA DEL CICLO DE VIDA DEL PROYECTO

Según los hermanos *Sapag Chain* el proyecto surge como respuesta a una idea que busca la solución de un problema, el proceso de un proyecto reconoce cuatro etapas que son de la idea; pre inversión; inversión y operación<sup>44</sup>.

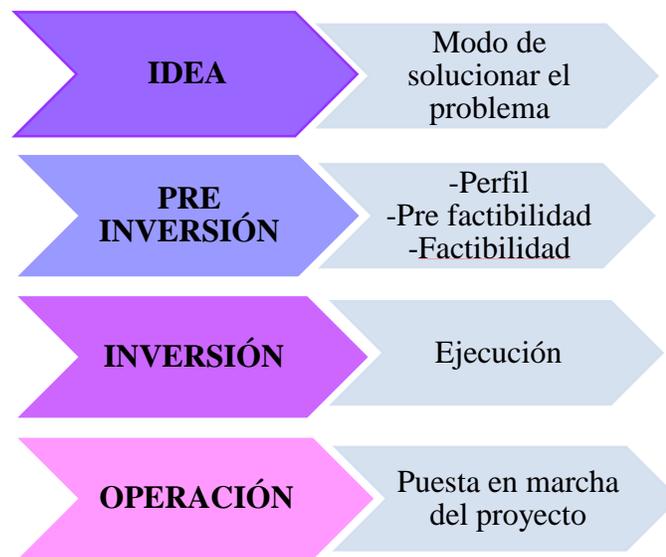
- 1) **Idea**, es un modo de solucionar un problema o aprovechar un negocio, identifica problemas que pueden resolverse y oportunidades de negocio que pueden aprovecharse
- 2) **Pre inversión**, realizan distintos estudios de viabilidad que involucran diferentes niveles de profundidad en cuanto a la calidad y cantidad, de información disponible para la toma de decisiones, a su vez se divide en tres estudios de viabilidad:
  - a) **Perfil**, se elabora a partir de la información existente y presenta estimaciones globales de inversión, costos y beneficios; busca determinar si existe alguna razón que justifique el abandono de una idea antes que se destine recursos.
  - b) **Pre factibilidad**, profundiza en la investigación, se basa en información secundaria.
  - c) **Factibilidad**, se elabora sobre la base de antecedentes obtenidos a través de información primaria.
- 3) **Inversión**, fase de movilización de recursos humanos, financieros y físicos con el fin de garantizar los medios idóneos para el cumplimiento del objetivo social. Esta etapa se subdivide en Diseño y Ejecución.
- 4) **Operación**, corresponde a una actividad permanente y rutinaria, es decir que es la puesta en marcha del proyecto.

---

<sup>43</sup> IBID 40-Pág 7.

<sup>44</sup> IBID 17-Pág. 1-25.

## DIAGRAMA N°1: CICLO DE VIDA DEL PROYECTO SAPAG CHAIN



Elaboración Propia

Según *Karen Marie Mokate*, define a un proyecto de inversión como un paquete discreto de inversiones, insumos y actividades, para lograr beneficios en términos de aumento y producción, mejorando la calidad de vida de un grupo de beneficiarios dentro de un determinado periodo de tiempo.

El ciclo del proyecto comprende tres etapas que son la etapa de la formulación que desarrolla alternativa ex ante; la etapa de gestión que refleja la ejecución de actividades e inversiones y la etapa ex post que refleja la generación de efectos e impactos de mediano y largo plazo<sup>45</sup>.

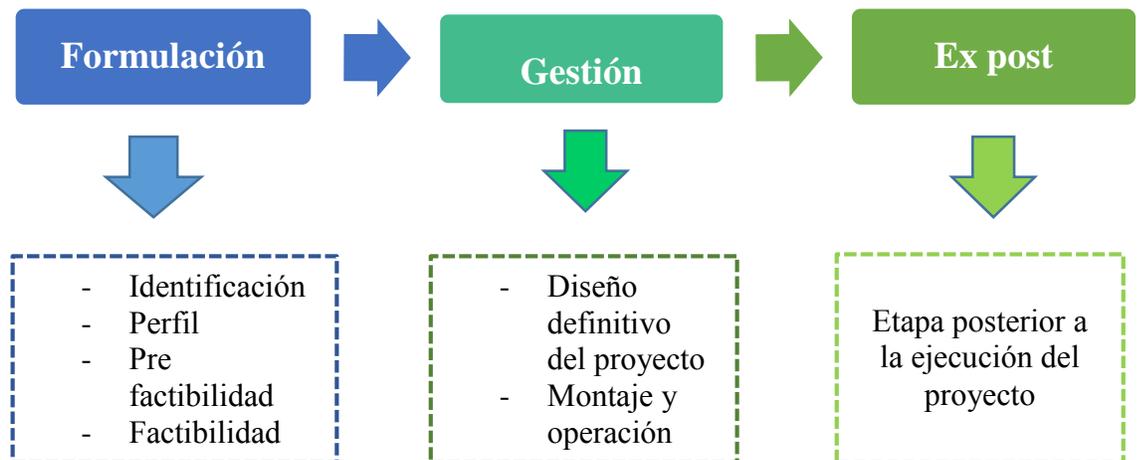
- 1) **Etapa de formulación o ex ante**, que corresponde a la pre inversión, comprende desde que se tiene la idea del proyecto y el de la toma de decisiones de iniciar la inversión, esta etapa está compuesta de cuatro fases: que son de identificación, perfil, pre factibilidad y factibilidad.

---

<sup>45</sup> IBID 18-pp 1-10.

- a) **Identificación**, define los objetivos que se propone lograr, de acuerdo con las necesidades detectadas.
  - b) **Perfil**, formulación inicial de alternativas con el fin de comenzar un análisis, verificando que cumplan con los objetivos finales establecidos.
  - c) **Pre factibilidad**, progresar sobre el análisis de las alternativas identificadas, reduciendo la incertidumbre y mejorando la calidad de información.
  - d) **Factibilidad**, busca generar una decisión definitiva sobre la realización del proyecto y la definición detallada de los aspectos técnicos.
- 2) **La etapa de gestión**, comprende entre el momento en que se inicia la inversión y el momento en que se liquida o se deja de operar el proyecto, esta etapa está compuesta por fase de diseño definitivo del proyecto y por la fase de montaje y operación.
  - 3) **Etapa de ex post**, es la etapa posterior a la ejecución del proyecto, su fin es documentar la experiencia del proyecto y determinar hasta donde ha funcionado el proyecto y en qué medida ha cumplido con sus objetivos.

**DIAGRAMA N°2: CICLO DE VIDA DEL PROYECTO KAREN M. MOKATE**

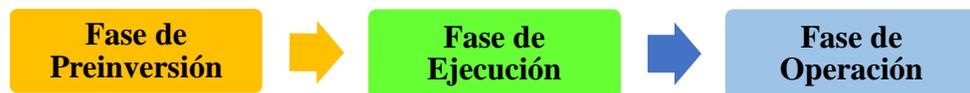


Elaboración Propia

Según el *Sistema Nacional de Inversión Pública*, el ciclo de vida del proyecto se compone en fases<sup>46</sup>.

- a) *Fase de pre inversión*, abarca los estudios que se deben realizar sobre un proyecto de inversión pública, desde que se identifica como una idea hasta que se toma la decisión de su ejecución, postergación o abandono
- b) *Fase de ejecución*, consiste desde que se ejecuta el proyecto de inversión pública y se extiende hasta su implementación y el mismo está en condiciones de iniciar su operación. En esta fase se debe elaborar los términos de referencia para concretar la ejecución, realizar la programación física y financiera de la ejecución y ejecutar físicamente el proyecto.
- c) *Fase de operación*, comprende acciones relativas al funcionamiento del proyecto, a efectos de que el mismo genere beneficios identificados y estimados durante la fase de pre inversión.

### DIAGRAMA N°3: CICLO DE VIDA DEL PROYECTO NB-SNIP



Elaboración Propia

#### 1.7.2.3. TEORIA DEL CAPITAL HUMANO

Según Becker 1964 define el capital humano como el conjunto de las capacidades productivas que un individuo adquiere por acumulación de conocimientos generales o específicos<sup>47</sup>.

---

<sup>46</sup> IBID 22- Artículo 15°.

Los cuatro temas diferentes pero relacionados entre sí son: El entrenamiento en las empresas, el planteamiento teórico con el que Becker analiza las decisiones de inversión en capital humano de las empresas es muy sencillo. El modelo se basa en el hecho de que la inversión en capital humano es una decisión que implica muchos periodos, unos periodos iniciales donde se realiza el gasto de la inversión y unos posteriores en los que se recogen los beneficios; La tasa interna de rentabilidad de la inversión en capital humano, en esta obra Becker establece un marco teórico para calcular los efectos que tiene, sobre los ingresos del trabajo, una variación de la tasa interna de rentabilidad de la inversión en capital humano.

El modelo propuesto por Becker se caracteriza, como el primero por su extremada simplicidad; Las decisiones de las familias sobre consumo, tiempo de trabajo y educación, Becker desarrolla un modelo formal para estudiar las decisiones de las familias sobre cuantía de capital humano que va a “producir”, con dicho modelo Becker estudia la evolución de las anteriores variables durante la vida de una persona, explica por qué las personas a medida que envejecen se dedican menos tiempo a producir capital humano; Capital humano e ingresos, explica Becker la relación existente entre la inversión en capital humano y la distribución de ingresos, la cantidad que se debe invertir en capital humano será la que iguale la oferta con la de demanda<sup>48</sup>.

Según Schultz 1961, invertir en escolaridad, salud, en la forma de crianza de los niños, en profesionales, en investigación, es invertir en capital humano, lo que a su vez disminuye la brecha entre pobres y ricos, brindándoles una mejor calidad de vida a las personas de escasos recursos<sup>49</sup>.

Schultz señala cinco factores que han contribuido a mejorar la capacidad humana: Equipos y servicios de salud, ampliamente concebidos para que incluyan todos los gastos que afectan la expectativa de vida, fuerza, resistencia, vigor y vitalidad de un pueblo; Formación en el puesto de trabajo, incluyendo el aprendizaje al viejo estilo,

---

<sup>47</sup> CARDONA M. 2009. Capital Humano: Una Mirada Desde La Educación y la Experiencia Laboral. Universidad Eafit. Pág. 18.

<sup>48</sup> FALGUERAS I. 2008. El Capital Humano En La Teoría Económica: Orígenes Y Evolución. Temas Actuales De Economía. Volumen 2. pp 31-35.

<sup>49</sup> IBID 48-Pág 19

organizado por las empresas; La educación formal organizada en el nivel elemental, secundario y superior; Los programas de estudio para adultos que no están organizados por las empresas, incluyendo los programas de extensión; La emigración de individuos y familias para ajustarse a las cambiantes oportunidades de trabajo<sup>50</sup>.

El autor Theodore Schultz defendía la idea de que el capital humano es fruto, en gran medida, de inversiones intencionadas, no únicamente del azar de la naturaleza o de la trayectoria individual de cada persona. Las inversiones en educación, en servicios sanitarios, en formación en el trabajo contribuyen que el capital humano crezca<sup>51</sup>.

Bustamante 2003 especifica al capital humano como el conjunto de conocimientos, capacidades y habilidades de la fuerza laboral, ya sea por inversiones en educación, salud, seguridad y cultura o por aquellas destrezas adquiridas por la experiencia<sup>52</sup>. El capital humano son los conocimientos en calificación y capacitación, la experiencia, las condiciones de salud, entre otros, que dan capacidades y habilidades, para hacer económicamente productiva y competente las personas.

#### **1.7.2.4. TEORIA ECONÓMICA DE LA SALUD**

Según Urriola<sup>53</sup>, en cuanto a las prioridades entre países desarrollados y los emergentes difieren, los primeros, gracias a su nivel de ingresos y el desarrollo de los sistemas de salud ha universalizado las coberturas, por tanto, centran la preocupación en la contención o racionalización de costos; mientras que los segundos, están obligados a mejorar las coberturas de salud y redes de atención.

Según Herrera<sup>54</sup>, no es posible imaginar ninguna estabilidad o crecimiento económico sin que el bienestar se extienda a la sociedad en su conjunto, es decir, sin que las coberturas de salud y las oportunidades sociales sean iguales para todos. Lograr la salud implica satisfacer necesidades expresadas en forma de demanda, requiere de una función

---

<sup>50</sup> DIAZ DE IPARRAGUIRRE M. 2009. La Gestión Compartida Universidad-Empresa En La Formación Del Capital Humano, Su Relación Con La Promoción De La Competitividad Y El Desarrollo Sostenible. Caracas. pp 51-53.

<sup>51</sup> CAÑIBANO C. El Capital Humano: Factor De Innovación, Competitividad Y Crecimiento. Universidad Rey Juan Carlos. Sexto Congreso de Economía de Navarra. pp 257-258.

<sup>52</sup> IBID 51- Pág. 20

<sup>53</sup> URRIOLA R. 2011. Economía y Salud: Aportes y experiencias en América Latina. Chile. Pág. 17

<sup>54</sup> HERRERA C. y RODRIGUEZ C. 2002. La Economía de la salud: ¿Debe ser de interés para el campo sanitario? pp 359-361

de producción que combine los recursos de un modo eficiente a fin de obtener el mayor impacto social, y que sirva de instrumento para alcanzar la equidad.

La eficiencia económica de la salud lleva asociados el conocimiento del esfuerzo necesario para producir salud, el costo, y la medición de los beneficios que reportan las actividades relacionadas con ellas, no solo en términos monetarios sino también en términos de producto.<sup>55</sup>

Baly 2001<sup>56</sup>, señala que la evaluación económica en la salud, analiza de manera explícita las distintas alternativas de elección de procedimientos, servicios o tecnologías médicas para resolver o prevenir un problema de salud, es decir identifica las alternativas, costos y beneficios de cada una.

Las necesidades a cubrir en el sector son ilimitadas y los recursos son escasos. Quiere decir que los recursos consumidos en una actividad relacionada con la salud, limitan la realización de otra dentro o fuera del sector.

El objetivo de la evaluación económica en la salud es estudiar la distribución de los escasos recursos disponibles para obtener el máximo rendimiento posible, medido a través de la mejoría en los indicadores de cantidad y calidad de la salud.

---

<sup>55</sup> IBID 54-Pàg.365

<sup>56</sup> BALY A. 2001. La Economía de la Salud, la eficiencia y el Costo de Oportunidad. Cuba. pp.1-4

**CAPÍTULO II**  
**ASPECTOS DE POLÍTICAS, NORMAS**  
**E INSTITUCIONAL**

## **CAPÍTULO II**

### **ASPECTOS DE POLÍTICAS, NORMAS E INSTITUCIONAL**

#### **2.1. ASPECTOS DE POLÍTICAS**

##### **2.1.1. Primer Periodo (2000-2005) Modelo de Economía de Mercado**

###### **2.1.1.1. Inversión en salud<sup>57</sup>.**

Para precautelar el potencial humano, se plantean los siguientes lineamientos de política:

- El impulso a la seguridad alimentaria y mejoramiento nutricional.
- La ampliación de coberturas y mejoramiento de atención.
- La incorporación de las patologías regionales en la estrategia de la atención primaria en salud.
- La reorganización de la red de servicios.

###### **2.1.1.2. Salud**

Cuatro pilares constituyen los fundamentos del Plan de Gobierno: Oportunidad; Equidad; Institucionalidad y Dignidad. Estos pilares tiene el objetivo de construir un país en crecimiento, productivo, competitivo, digno<sup>58</sup>.

El Pilar de Equidad es el acceso positivamente discriminado a las oportunidades de quienes no las tienen. En este sentido, el Estado y la sociedad boliviana deben buscar la equidad no sólo a partir de un mejoramiento del ingreso, sino de la generación de mayores oportunidades de acceso a la cultura, la educación, los recursos naturales, la vivienda, el empleo, la salud y la seguridad social, es decir, una política de desarrollo humano que garantice el mejoramiento de vida del conjunto de la sociedad<sup>59</sup>.

###### **a) Salud Integral<sup>60</sup>**

Se procura reducir las disparidades en las condiciones y en el acceso a la salud, lo que requiere mayor eficiencia en la asignación de recursos, mayor eficacia de las

---

<sup>57</sup> BOLIVIA. Ministerio de Planificación del Desarrollo. Plan General de Desarrollo Económico y Social. 1997-2002. Bolivia XXI País Socialmente Solidario. Pág.23.

<sup>58</sup> IBID 57- Pág. 7.

<sup>59</sup> IBID 57-Pág.11.

<sup>60</sup> IBID 57- Pág. 80.

intervenciones y efectividad en la solución de los problemas que afectan, principalmente, a la niñez y a la adolescencia.

La salud integral consiste en la prestación de servicios de fomento y promoción de la salud: prevención, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de las enfermedades, con especial énfasis en la adolescencia.

Los objetivos son:

- Incrementar la cobertura;
- Mejorar la accesibilidad y la satisfacción de los usuarios de los servicios;
- Disminuir la brecha nutricional infantil;
- Garantizar el acceso universal a múltiples prestadores de servicios de salud, nutrición.

#### **b) Nutrición básica<sup>61</sup>**

Consiste en promoción de suministro de alimentación y de una nutrición apropiada, profundiza y amplía los programas de asistencia nutricional con énfasis en grupos más vulnerables e incorpora y desarrolla el paquete nutricional, componente de la canasta básica de salud.

El propósito es:

- Reducir la desnutrición global moderada y grave;
- Reducir el déficit de micronutrientes en la infancia;
- Coordinar políticas intersectoriales, servicios de salud, nutrición.
- Aprovechar el acceso generalizado de la población a los medios de comunicación para la difusión de conocimientos en alimentación y nutrición.

#### **c) Promoción de la Salud<sup>62</sup>**

La promoción de la salud comprende la enseñanza de los problemas de salud, los métodos para identificarlos y combatirlos.

---

<sup>61</sup> IBID 57-Pág. 81

<sup>62</sup> IBID 57-Pág. 82

El propósito de la promoción de la salud es:

- Contribuir a la reducción de la mortalidad infantil y materna;
- Mejorar las condiciones de crecimiento del niño;
- Incrementar la protección contra enfermedades tanto las prevenibles como las que requieren acciones de protección del medio y uso adecuado de los recursos.

**d) Atención Primaria de Salud<sup>63</sup>**

La atención primaria de salud, implica la provisión de una canasta básica de salud, que consiste en un conjunto determinado de servicios en las áreas de fomento, prevención, curación, que se proveerán a toda la población, en especial a las niñas, niños y adolescentes, de acuerdo al perfil epidemiológico.

Contribuirá a:

- Reducir la mortalidad infantil y materna
- Mejorar las condiciones de acceso a la salud de la niñez
- Incrementar las condiciones de nutrición de la madre gestante y del recién nacido
- Mejorar los programas preventivos y curativos en los diferentes periodos de vida.

**2.1.1.3. Salud Nacional<sup>64</sup>.**

Está dada por la coexistencia de entidades no integradas y sin mecanismos efectivos de coordinación entre sí, donde el nivel central del Ministerio de Salud es responsable de las políticas, programas y normas: los SEDES están a cargo de la asignación de los recursos humanos; y los municipios son dueños de la infraestructura de salud, en un escenario de divorcio entre el nivel central, departamental y municipal.

Las atribuciones del Sistema Único Nacional de Salud para el proceso de estructuración son:

---

<sup>63</sup> IBID 57- Pág. 83.

<sup>64</sup> Política Nacional de Salud 2004. Página 20.

**a) Promoción de la Salud**

Mediante la participación comunitaria y la movilización social, la información y educación y la reorientación de los Establecimientos de Salud, para fomentar las prácticas saludables y prevenir enfermedades no transmisibles.

**b) Prevención de Enfermedades**

Fundamentalmente en áreas de cultura de salud ambiental y el Programa Ampliado de Inmunización agrupadas bajo el escudo epidemiológico como la Malaria, Dengue, Rabia, Chagas, Tuberculosis, SIDA y las que comprometen la salud sexual y reproductiva, la salud materna e infantil, por ser estas la que muestran el avance o retraso de la situación del país y por estar claramente identificadas con las metas del Milenio a alcanzar.

**c) Fortalecimiento de redes de salud**

El programa es compartido entre el Ministerio de Salud, las prefecturas departamentales y los Gobiernos Municipales a los últimos les corresponde desarrollar la infraestructura de salud, a las prefecturas la gestión de los recursos humanos y al ámbito ministerial, la normativa y la regulación del conjunto.

El propósito fundamental es crear una capacidad física de producción de servicios de salud, equitativa en los nueve departamentos del país, complementada con recursos humanos idóneos y comprometidos con los enfoques sectoriales de respeto a la vida, el derecho a la salud y la seguridad humana y con ello mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud organizados en redes de salud de diferente nivel de complejidad, integrados mediante un sistema de referencia efectivo.

## **2.1.2. Segundo Periodo (2006-2016) Modelo de Economía Plural**

### **2.1.2.1. Enfoque del sistema de salud**

Las desigualdades económicas y sociales brindan escasas oportunidades de acceso en el sistema educativo, los servicios de salud, servicios básicos, saneamiento, vivienda, justicia y seguridad ciudadana<sup>65</sup>.

Bolivia saludable y formada, Bolivia con empleo digno y permanente, a partir de salud, educación y trabajo-empleo busca dotarnos de un Sistema Nacional de Salud, Único, Intercultural y Comunitario que atiende la salud, sin embargo, sustancialmente la previene y actúa sobre los múltiples determinantes, que la democratizan a tal grado que ninguna persona estará al margen del Seguro de Salud, que se encamina a su soberanía total, y a la erradicación definitiva de la desnutrición, así como a la recuperación de hábitos alimentarios saludables<sup>66</sup>.

### **2.1.2.2. Estrategia de Salud**

El objetivo del Plan Nacional en el sector salud es la eliminación de la exclusión social, que se conseguirá con la implementación del Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud. El sistema será inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y calidez. Participará de la dimensión económica, productiva, sociocultural y policía organizativa, genero capacidades individuales, familiares y comunitarias, actuará de manera intersectorial sobre los determinantes de la salud con participación plena en todos sus niveles, orientado hacia la promoción de hábitos saludables, de la actividad física y deportiva, que cuida, cría y controle el ambiente, promueve y se constituye en el espacio de organización y movilización socio comunitaria<sup>67</sup>.

El rol del Estado, basado en una concepción social, comunitaria y plurinacional de la salud, es garantizar el Derecho a la Salud y la ciudadanía plena en la que se abren espacios para la participación de nuevos actores. En este sentido, todos los sectores involucrados en el Sistema Nacional de Salud cumplirán, bajo la rectoría y autoridad

---

<sup>65</sup> BOLIVIA. Ministerio de Planificación del Desarrollo. Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien”. 2006-2011. Pág. 24.

<sup>66</sup> IBID 65- Pág. 26.

<sup>67</sup> IBID 65- Pág. 38.

normativa y regulatoria del Ministerio de Salud y Deportes, los roles y funciones que estén vigentes<sup>68</sup>.

**a) Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud<sup>69</sup>**

La política permite el acceso a los servicios de salud del 100 por ciento de la población boliviana bajo el Sistema Único, Intercultural y Comunitario, mediante la promoción de hábitos y conductas saludables en individuos, familia y la comunidad, logrando una población sana y productiva, que participe en la transformación económica, social y cultural, con la aplicación de un modelo de salud familiar, plurinacional y comunitaria. La estrategia de esta política es la Universalización del acceso al Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, orientada a superar toda forma de exclusión en salud, que se traduce en altos niveles de enfermedad, muerte y en personas con hábitos no saludables.

Para la implementación del programa Modelo de Salud Familiar y Comunitaria Intercultural se fortalecerá las redes de salud (infraestructura, equipamiento, insumos, medicamentos y capacitación del personal de las redes de servicios de salud, redes sociales e intersectoriales) en todo el ámbito nacional (nueve prefecturas y 327 municipios) para aumentar la capacidad resolutoria de enfermedades y discapacidades.

**b) Rectoría<sup>70</sup>.**

La política recupera la soberanía y la rectoría del sistema, liderizando la intersectorialidad para la salud; con mayor capacidad de gestión que permite garantizar la sostenibilidad financiera del Sector para proteger la salud de los bolivianos, sus condiciones de vida, de trabajo y de su relación con el ambiente. También se busca que el Sistema de Salud cuente con un marco jurídico normativo, administrativo y financiero independiente de condicionamientos externos.

---

<sup>68</sup> IBID 65- Pág. 39.

<sup>69</sup> IBID 65- Pág.40.

<sup>70</sup> IBID 65- Pág. 40.

Para implementar la política se plantea la estrategia de Recuperación y consolidación de la soberanía sanitaria, orientada a fortalecer la rectoría estatal del Sistema Único de Salud, Intercultural y Comunitario y de la intersectorialidad para la salud.

#### **c) Responsabilidad del Estado**

Propone la recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y la calidad de vida, orientada a intervenir coordinadamente entre el sector salud y los demás sectores del Estado en los factores determinantes de la exclusión social en salud, incrementando el acceso de la población a servicios básicos, como educación, trabajo digno o decente, seguridad, energía limpia, vivienda, saneamiento básico, nutrición y salud<sup>71</sup>.

#### **d) Solidaridad**

La política desarrollará una alianza nacional para la erradicación de la desnutrición, la violencia y la inclusión de grupos más desprotegidos que viven en extrema pobreza, orientados a eliminar la exclusión social en salud más intolerable e inserción de esos grupos a mejores niveles de vida. Esto implica un plan de acciones inmediatas intersectoriales bajo la coordinación del Sector Protección Social y con recursos de los sectores incorporados en su programación operativa como acciones intersectoriales<sup>72</sup>.

## **2.2. REFERENCIA NORMATIVA**

Para el cumplimiento de las políticas planteadas se formulan un conjunto de normas expresadas en leyes, decretos supremos y resoluciones supremas creadas por las autoridades públicas. Garantizando la ejecución, seguimiento y control de las políticas públicas en general.

### **2.2.1. Primer Periodo (2000-2005) Modelo de Economía de Mercado**

El Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población; asegurará la continuidad de sus medios de subsistencia y rehabilitación de las

---

<sup>71</sup> IBID 65- Pág. 41.

<sup>72</sup> IBID 65- Pág. 42.

personas inutilizadas; propenderá asimismo al mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar<sup>73</sup>.

#### **2.2.1.1. Sistemas de Presupuesto<sup>74</sup>**

Los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública se encuentran en el Sistema de Presupuesto que preverá en función de las prioridades de la política gubernamental.

La ejecución de los presupuesto de gastos de las entidades, se encuentra sujeta según reglamentación, al cumplimiento de las políticas y normas gubernamentales relacionadas con la naturaleza de sus actividades, incluyendo las referidas a las modificaciones, trasposos y transferencias dentro de sus presupuestos, así como a la disponibilidad de sus ingresos efectivos después de atender y prever el cumplimiento de sus obligaciones, reservas, aumentos de capital, crédito sobre patrimonio neto y otras contribuciones obligatorias. No se permitirá la transferencia de gastos de inversión o excedentes de ingresos presupuestarios a gastos de funcionamiento.

#### **2.2.1.2. Sistemas Nacionales de Planificación e Inversión**

Los sistemas nacionales de Planificación e Inversión Pública compatibilizarán e integraran los objetivos y planes estratégicos de cada entidad y los proyectos de inversión pública que deberán ejecutar, con los planes de mediano y largo plazo, la política monetaria, los ingresos alcanzados y el financiamiento disponible, manteniéndose el carácter unitario e integral de la formulación del presupuesto, de la tesorería y del crédito público<sup>75</sup>.

#### **2.2.1.3. Sistemas de Administración y de Control**

Se regula los Sistemas de Administración y de Control de los recursos del Estado y su relación con los sistemas nacionales de Planificación e Inversión Pública, con el objeto de<sup>76</sup>:

---

<sup>73</sup> Constitución Política del Estado. 12 de agosto de 1994. Título segundo Régimen social.

<sup>74</sup> BOLIVIA.20 de Julio de 1990. Ley N° 1178. Ley SAFCO. Artículo 8°.

<sup>75</sup> IBID 74-Artículo 18°.

<sup>76</sup> IBID 74- Artículo 1°.

- Programar, organizar, ejecutar y controlar la captación y el uso eficaz y eficiente de los recursos públicos para el cumplimiento y ajuste oportuno de las políticas, los programas, la prestación de servicios y los proyectos del Sector Público
- Disponer de información útil, oportuna y confiable asegurando la razonabilidad de los informes y estados financieros.
- Lograr que todo servidor público, sin distinción de jerarquía, asuma plena responsabilidad por sus actos rindiendo cuenta no sólo de los objetivos a que se destinaron los recursos públicos que les fueron confiados sino también de la forma y resultado de su aplicación.
- Desarrollar la capacidad administrativa para impedir o identificar y comprobar el manejo incorrecto de los recursos del Estado.

#### **2.2.1.4. Programación y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública**

El Sistema de Presupuesto tiene por objeto la generación y obtención de información confiable, útil y oportuna sobre la ejecución presupuestaria, para la evaluación del cumplimiento de la gestión pública. La elaboración y ejecución del Presupuesto, es responsabilidad de la máxima autoridad ejecutiva, y de todos los servidores públicos involucrados, en el ámbito de sus competencias<sup>77</sup>.

La ejecución del presupuesto comprende los procesos administrativos de captación de recursos, de realización de desembolsos o pagos, y de ajustes al presupuesto aprobado, sujetos a las regulaciones contenidas en las normas legales inherentes a la materia<sup>78</sup>.

Cuando las disponibilidades efectivas de recursos no alcancen los niveles programados, deberá restringirse el compromiso y devengamiento del Presupuesto de Gastos a esas disponibilidades<sup>79</sup>.

---

<sup>77</sup> Resolución Suprema N° 216779. 21 de Julio de 1996. Normas Básicas del Sistema Nacional de Planificación Artículo 12°.

<sup>78</sup> IBID 77- Artículo 25°.

<sup>79</sup> IBID 77-Artículo 27°.

### **2.2.1.5. Sistema Nacional de Inversión Pública**

El Sistema Nacional de Inversión Pública es de uso y aplicación obligatoria por parte de todas las entidades del sector público, que realizan actividades de inversión pública, bajo la responsabilidad de la máxima autoridad ejecutiva y de todos los servidores públicos que participan en los diferentes procesos<sup>80</sup>.

Los objetivos del SNIP son<sup>81</sup>:

- Lograr una eficiente asignación y administración de los recursos públicos destinados a la inversión, maximizando sus beneficios socio-económicos.
- Establecer las metodologías, parámetros y criterios para la formulación, evaluación y ejecución de proyectos que deberán aplicar las entidades del sector público para el desarrollo de sus Proyectos de Inversión Pública.
- Establecer los procedimientos por los cuales los Proyectos de Inversión Pública, accederán a las fuentes de financiamiento interno y externo, y se incorporarán al Presupuesto General de la Nación.

### **2.2.1.6. Ejecución Presupuestaria**

Las asignaciones presupuestarias de gasto aprobados por la Ley de Presupuesto de cada año, constituyen límites máximos de gasto y su ejecución se sujetará a los procedimientos legales que en cada partida sean aplicables. Toda modificación dentro de los límites deberá efectuarse según se establece en el reglamento de modificaciones presupuestarias, que será aprobado mediante Decreto Supremo<sup>82</sup>. Las entidades públicas no podrán comprometer ni ejecutar gasto alguno con cargo a recursos no declarados en sus presupuestos aprobados<sup>83</sup>.

Se autoriza al Poder Ejecutivo que las donaciones y créditos externos para gastos de capital, gastos corrientes y aplicaciones financieras no contempladas en el Presupuesto General de la Nación aprobado anualmente, sean incorporados por el Ministerio de

---

<sup>80</sup> IBID 22-Artículo 3°.

<sup>81</sup> IBID 22-Artículo 2°.

<sup>82</sup> BOLIVIA. 21 de diciembre de 1999. Ley N° 2042. Ley de Administración Presupuestaria. Artículo 4°.

<sup>83</sup> IBID 82-Artículo 5°.

Hacienda en los presupuestos de las instituciones, para su ejecución presupuestaria correspondiente<sup>84</sup>.

Se autoriza al Ministerio de Hacienda ejecutar un Proyecto de Presupuesto afectando las partidas presupuestarias estrictamente necesarias, siempre y cuando no exista un presupuesto aprobado al inicio de cada gestión fiscal. Una vez aprobado el Presupuesto General de la Nación, se faculta al Ministerio de Hacienda a realizar todos los ajustes necesarios en la ejecución presupuestaria al presupuesto aprobado<sup>85</sup>.

#### **2.2.1.7. Salud Materno Infantil**

Se promulga la Ley N° 2426 que crea el Seguro Universal Materno Infantil, es una prioridad de la estrategia boliviana la reducción de la pobreza. El Seguro Universal Materno Infantil se implementa en todo el territorio nacional con carácter universal, integral y gratuito, para otorgar las prestaciones de salud en los niveles de atención del Sistema de Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto y los niños y niñas menores de 5 años de edad. El Seguro Materno Infantil, es una prioridad de la Estrategia Boliviana de Reducción a la Pobreza<sup>86</sup>.

El Ministerio de Salud y Previsión Social, como la Autoridad Nacional de Salud, es responsable de reglamentar, regular, coordinar, supervisar y controlar la aplicación del Seguro Universal Materno Infantil en todos los niveles establecidos<sup>87</sup>.

La implementación del Seguro Universal Materno Infantil es por medio de la red de servicios de salud, conformada por los establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de complejidad de acuerdo a criterios de accesibilidad y resolución. El Ministerio de Salud y Previsión Social reglamentará, coordinará y controlará las redes de servicios de salud en todo el territorio nacional, para asegurar las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil<sup>88</sup>.

---

<sup>84</sup> IBIS 82-Artículo 8°.

<sup>85</sup> IBID 82-Artículo 26°.

<sup>86</sup> BOLIVIA. 21 de noviembre de 2002. Ley N° 2426. Ley del Seguro Universal Materno Infantil. Artículo 1°.

<sup>87</sup> IBID 86-Artículo 2°.

<sup>88</sup> IBID 86-Artículo 5°.

El Directorio Local de Salud (DILOS), como máxima autoridad será responsable de la implementación del Seguro Universal Materno Infantil, la administración de la Cuenta Municipal de Salud y el cumplimiento de la Política Nacional de Salud<sup>89</sup>. Las fuentes de financiamiento del SUMI son: a) Tesoro General de la Nación b) Participación Popular (coparticipación tributaria municipal y c) Recursos de la Cuenta Especial del Diálogo 2000<sup>90</sup>.

### **2.2.2. Segundo Periodo (2006-2016) Modelo de Economía Plural**

El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno<sup>91</sup>.

- a) El Estado, en 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<sup>92</sup>.
- b) El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades<sup>93</sup>.
- c) El Estado regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley<sup>94</sup>.
- d) La seguridad social se presta bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia. Su dirección y administración corresponde al Estado, con control y participación social<sup>95</sup>.

---

<sup>89</sup> IBID 86-Artículo 6°.

<sup>90</sup> IBID 86-Artículo 3°.

<sup>91</sup> BOLIVIA. Febrero 7 de 2009. Nueva Constitución Política del Estado. Artículo 18°.

<sup>92</sup> IBID 91-Artículo 35°.

<sup>93</sup> IBID 91-Artículo 37°.

<sup>94</sup> IBID 91-Artículo 39°.

<sup>95</sup> IBID 91-Artículo 45°.

- e) La determinación del gasto y de la inversión pública tendrá lugar por medio de mecanismos de participación ciudadana y de planificación técnica y ejecutiva estatal. Las asignaciones atenderán especialmente a la educación, la salud, la alimentación, la vivienda y el desarrollo productivo<sup>96</sup>.

#### **2.2.2.1. Ampliación de cobertura**

Se amplían las coberturas del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), en todo el territorio nacional, con carácter universal y gratuito, para otorgar prestaciones específicamente definidas por el Ministerio de Salud y Deportes, enmarcadas en las políticas de salud vigentes que guarden estrecha relación con una maternidad segura en las mujeres en edad fértil, así como la obligatoriedad en la prevención de cáncer de cuello uterino (Papanicolaou anual) a toda paciente que acuerda al SUMI y tratamiento de lesiones pre malignas contemplando además métodos de anticoncepción voluntaria y libremente consentida<sup>97</sup>. Estas prestaciones serán cubiertas con los recursos económicos previstos en la Ley N<sup>a</sup> 2426<sup>98</sup>.

#### **2.2.2.2. Transferencia monetaria condicionada**

El Programa Bono Juana Azurduy tiene por objeto instituir el incentivo a la maternidad segura y el desarrollo integral de la población infantil de cero a dos años de edad, mediante el Bono Madre Niño-Niña “Juana Azurduy” en el marco del Plan Nacional de Desarrollo y las políticas de erradicación de la pobreza extrema<sup>99</sup>.

En el marco del Programa de Desnutrición Cero y las políticas de erradicación de extrema pobreza, el pago del Bono Madre Niño-Niña “Juana Azurduy” tiene por finalidad hacer efectivos los derechos fundamentales de acceso a la salud y desarrollo integra consagrados en la Constitución Política del Estado, para disminuir los niveles de mortalidad materna e infantil y la desnutrición crónica de los niños y niñas menores de dos años<sup>100</sup>.

---

<sup>96</sup> IBID 91-Artículo 321°.

<sup>97</sup> BOLIVIA. 6 de diciembre de 2005. Ley N°3250. Ampliación del SUMI. Artículo 1°.

<sup>98</sup> IBID 97-Artículo 2°.

<sup>99</sup> BOLIVIA. 2009. Decreto Supremo. N° 0066. Bono “Juana Azurduy”. Artículo 1°

<sup>100</sup> IBID 99-Artículo 2°.

Se establece el bono, como incentivo para el uso de los servicios de salud por parte de la madre durante el periodo de embarazo y parto, así como los protocolos de control integral, crecimiento y desarrollo de la niña y niño desde su nacimiento<sup>101</sup>.

El objetivo general del Programa Bono Juana Azurduy es contribuir a la disminución de la desnutrición crónica en niños y niñas menores de dos años en las zonas rurales y urbanas del país, a través del cuidado integral de la madre embarazada y niños menores de dos años en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

El Ministerio de Salud es responsable de a la administración y el pago del Bono Madre Niño-Niña “Juana Azurduy”. El Bono se financiará con recursos provenientes de: Tesoro General de la Nación, Donaciones y Créditos Interno y Externos, y Transferencia de entidades e instituciones pública y privadas<sup>102</sup>.

Apoyar al fortalecimiento de la capacidad de gestión de los Establecimientos de Salud de Primer nivel para la atención integral de mujeres embarazadas y niños menores de dos años. El fin del programa es lograr mejoras sostenibles en las condiciones de bienestar humano, relacionadas con la salud integral del binomio madre niño(a)<sup>103</sup>.

### **2.2.2.3. Salud Familiar**

La Promoción de la Salud es la estrategia de la implementación del modelo SAFCI como un proceso político de movilización social, continua por el cual el equipo de salud se involucra con los actores sociales facilitando su organización y movilización, para responder a la problemática de salud y sus determinantes para lograr el Vivir Bien en relación directa con el estado de bienestar general<sup>104</sup>.

El modelo de atención de Salud Familiar Comunitario Intercultural, 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

---

<sup>101</sup> IBID 99-Artículo 3°.

<sup>102</sup> IBID 99-Artículo 6°-Artículo 7°

<sup>103</sup> CEBEM. Política de salud en el periodo post nueva Constitución Política del Estado. P 12.

<sup>104</sup> BOLIVIA. 11 de junio de 2008. Decreto Supremo N° 29601. Salud Familiar Comunitario Intercultural. Artículo 4°.

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<sup>105</sup>.

#### **2.2.2.4. Prestación de Servicios de Salud**

El principio de Integralidad de la presente ley, articula los procesos de promoción de la Salud, prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad, con calidad, calidez, pertinencia, oportunidad, continuidad e idoneidad, a la persona, familia y comunidad<sup>106</sup>.

La atención integral de Salud comprende las siguientes prestaciones: acciones de promoción, prevención, consulta ambulatoria, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento médico. El Ministerio de Salud y Deportes, reglamentará a través de norma específica las prestaciones a ser otorgadas, los costos, las exclusiones, la modalidad de pago y la ampliación de las prestaciones, beneficiarios y beneficiarias en el marco de la atención integral y protección financiera de salud<sup>107</sup>.

Los beneficiarios y beneficiarias accederán a los servicios de salud de la atención integral obligatoriamente a través de los establecimientos de salud, de la seguridad social a corto plazo y los equipos móviles de salud en el marco de la política SAFCI<sup>108</sup>.

La protección financiera en salud será financiada con las siguientes fuentes: a) Tesoro General de Nación, b) Cuenta Especial del Diálogo 2000, c) Coparticipación Tributaria Municipal e d) Impuesto Directo a los Hidrocarburos<sup>109</sup>.

### **2.3. REFERENCIA INSTITUCIONAL**

Las instituciones involucradas para la aplicación de políticas públicas para la gestión de salud a nivel nacional, responsable de formular la política, planes y estrategias nacionales, así como de establecer las normas que rigen el Sistema Nacional de Salud.

---

<sup>105</sup> IBID 104-Artículo 5°.

<sup>106</sup> BOLIVIA. 30 de diciembre de 2013. Ley N° 475. Ley de Prestaciones de servicios de salud integral. Artículo 2°.

<sup>107</sup> IBID 106-Artículo 6°.

<sup>108</sup> IBID 106-Artículo 7°.

<sup>109</sup> IBID 106-Artículo 8°.

### **2.3.1. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas**

El Ministerio de Economía y Finanzas Públicas es el órgano rector de los sistemas de administración gubernamental. Es responsable de la formulación del Presupuesto General del Estado, de la elaboración de los Estados Financieros del Órgano Ejecutivo, de la elaboración y diseño de las Normas de Gestión Pública, del diseño, desarrollo y administración de los Sistemas de Gestión de Información Fiscal<sup>110</sup>.

Las atribuciones, son las siguientes<sup>111</sup>:

- Formular las políticas macroeconómicas en el marco del Plan General de Desarrollo Económico y Social.
- Elaborar el proyecto de Presupuesto General de la Nación, en coordinación con los Órganos y Entidades del Sector Público, en el marco del Plan General de Desarrollo Económico y Social.
- Controlar la ejecución presupuestaria de los Órganos y Entidades del Sector Público, establecidas en la Constitución Política del Estado.
- Normar, fiscalizar y controlar a las entidades que otorgan prestaciones y/o realizan actividades de seguridad social de largo plazo.
- Asignar los recursos en el marco del PGE y de acuerdo a la disponibilidad del Tesoro General de la Nación.

#### **2.3.1.1. Viceministerio de Presupuesto y Contabilidad Fiscal**

Es el órgano rector de los sistemas de administración gubernamental. Es responsable de la formulación del Presupuesto General del Estado, de la elaboración de los Estados Financieros del Órgano Ejecutivo, de la elaboración y diseño de las Normas de Gestión Pública, del diseño, desarrollo y administración de los Sistemas de Gestión de Información Fiscal (SIGMA, SICOES, SINCON, SIAF, etc)<sup>112</sup>.

---

<sup>110</sup> BOLIVIA. Decreto Supremo N° 29894. Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional. Artículo 5°.

<sup>111</sup> IBID 110- Artículo 51°.

<sup>112</sup> IBID 110- Artículo 52°.

Las atribuciones, son las siguientes<sup>113</sup>:

- Diseñar, proyectar y desarrollar las normas de Gestión Pública
- Definir políticas de formulación presupuestaria en el marco macroeconómico y fiscal del Estado Plurinacional.
- Elaborar el Proyecto de la Ley del Presupuesto General de la Nación y sus modificaciones.
- Incorporar en el Proyecto anual del Presupuesto General de la Nación, los presupuestos de los Órganos y Entidades del Sector Público, establecidos en la Constitución Política del Estado.
- Efectuar el control, seguimiento, recolección, análisis y evaluación de la ejecución presupuestaria, para la toma de decisiones durante el ejercicio fiscal.

### **2.3.2. Ministerio de Planificación del Desarrollo.**

El Ministerio de Planificación del Desarrollo, es un gestor y articulador de los objetivos del desarrollo del Vivir Bien en armonía con la Madre Tierra, que apoya a las entidades del Estado en la planificación de la gestión pública plurinacional, aplicando políticas, estrategias e instrumentos de planificación integral estatal, inversión pública y financiamiento, fortaleciendo el rol del Estado y de los actores de la economía plural<sup>114</sup>.

En el planteamiento de sus Objetivos Institucionales, resaltan los siguientes<sup>115</sup>:

- Apoyar la gestión de la inversión pública en los ámbitos sectorial y territorial, en el marco de los lineamientos y resultados previstos en el Plan de Desarrollo Económico y Social.
- Contribuir en la implementación del modelo económico plural y a la gestión pública, a través del diseño de políticas e instrumentos vinculados al fortalecimiento de la gestión empresarial pública, la organización económica comunitaria y social.

---

<sup>113</sup> IBID 110-Artículo 53°.

<sup>114</sup> IBID 110-Artículo 44°.

<sup>115</sup> IBID 110-Artículo 45°.

Las atribuciones, son las siguientes<sup>116</sup>:

- Elaborar políticas presupuestarias de mediano y largo plazo sobre la base de los planes nacional, sectorial, intersectorial y territorial, en coordinación con los demás ministerios y otras entidades, y para el logro del Plan de Desarrollo Económico y Social.
- Gestionar, negociar y suscribir convenios de financiamiento externo, de Cooperación Económica y Financiera Internacional, en el marco del Plan de Desarrollo Económico y Social, en coordinación con los Ministerio de Relaciones Exteriores y Economía y Finanzas Públicas.

#### **2.3.2.1. Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo.**

El Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo tiene como objetivo el coadyuvar a la gestión de la inversión pública, promoviendo la elaboración de estudios de preinversión con calidad, como u medio de apalancamiento de recursos financieros que contribuyan al crecimiento y desarrollo económico y social con equidad del Estado Plurinacional<sup>117</sup>.

Las atribuciones, son las siguientes<sup>118</sup>:

- Diseñar las políticas de inversión y financiamiento para el desarrollo con participación y consulta con los actores económicos y sociales.
- Elaborar el Plan de Inversión Pública, de acuerdo con las políticas nacionales, el Plan de Desarrollo Económico y Social, con base en programas aprobados en los Planes Sectoriales y de las Entidades Territoriales Autónomas y Descentralizadas.
- Coordinar y programar los requerimientos y la oferta de cooperación técnica y financiera internacional.
- Ejercer la luición sobre los fondos de Inversión y desarrollo y entidades vinculantes.

---

<sup>116</sup> IBID 110- Artículo 46°.

<sup>117</sup> IBID 110-Artículo 47°.

<sup>118</sup> IBID 110-Artículo 48°.

### **2.3.3. Ministerio de Salud.**

El Ministerio de Salud es el ente rector del sector que promueve y garantiza los derechos y deberes a la salud de las bolivianas y los bolivianos; mediante la regulación y ejecución de políticas para la inclusión y el acceso a la salud integral, intercultural para las personas, familias y comunidades sin exclusión ni discriminación alguna, implementando la Política de Salud Familiar Comunitario Intercultural, el Sistema Único de Salud con participación social<sup>119</sup>.

Es el órgano rector normativo de la gestión de salud a nivel nacional, responsable de formular la política, estrategia y programas nacionales, así como de establecer las normas que rigen el Sistema de Salud en el ámbito nacional.

Las atribuciones, son las siguientes<sup>120</sup>:

- Formular, promulgar y evaluar el cumplimiento de los programas de salud en el marco del desarrollo del país.
- Regular, planificar, controlar y conducir el Sistema Nacional de Salud, conformado por los sectores de seguridad social a corto plazo, público y privado con y sin fines de lucro y medicina tradicional.
- Garantizar la salud de la población a través de su promoción, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación.

#### **2.3.3.1. Viceministerio de Salud y Promoción**

Las atribuciones del Viceministerio de Salud y Promoción, en el marco de las competencias asignadas al nivel central por la Constitución Política del Estado, son las siguientes<sup>121</sup>:

- Coordinar las acciones para la formulación, ejecución y evaluación de la política general de salud en el marco de las políticas de implementación del Plan General de Desarrollo Económico y Social.

---

<sup>119</sup> IBID 110-Artículo 89°.

<sup>120</sup> IBID 110-Artículo 90°.

<sup>121</sup> IBID 110-Artículo 91°.

- Coordinar la concertación de las políticas públicas, estratégicas sanitarias nacionales, estrategias de transparencia y anticorrupción, mecanismos de participación y control social y eficacia en la gestión y en los servicios de salud, entre las instancias nacionales, departamentales, municipales, comunitarias y pueblos indígenas originario campesinos.

**CAPÍTULO III**

**FACTORES DETERMINANTES Y  
CONDICIONANTES DEL TEMA DE  
INVESTIGACIÓN**

## **CAPÍTULO III**

### **FACTORES DETERMINANTES Y CONDICIONES DEL TEMA**

#### **3.1 ASPECTOS GENERALES DE BOLIVIA**

##### **3.1.1. Estado Plurinacional de Bolivia**

Bolivia nace el 6 de agosto de 1825 como una República unitaria, libre, independiente y soberana, está ubicada en la zona central de América del Sud, lleva el nombre de Bolivia, en homenaje al Libertador Simón Bolívar. La capital de la República denominada Sucre, en reconocimiento al Mariscal Antonio José de Sucre<sup>122</sup>.

Se encuentra ubicado en el hemisferio sur del planeta y al oeste del Meridiano de Greenwich, latitud sur y longitud occidental, cuenta con una superficie de 1.098.581 km<sup>2</sup>. Limita al Norte con Brasil, al Oeste con Paraguay y Brasil, al Sur con Argentina y Chile, al Oeste con Perú<sup>123</sup>.

Cuenta con una población de 10.027.254 habitantes, la estructura demográfica consiste en una población de 5.010.109 mujeres y 5.017.145 hombres<sup>124</sup>. Se caracteriza por tener una población joven, el 64% tiene menos de 30 años y solo el 4% tiene más de 65 años según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística para el 2010, de la población de mujeres, más de la mitad se encuentra en edad fértil<sup>125</sup>.

##### **3.1.2. Esperanza de vida al nacer**

El Índice de Desarrollo Humano en Bolivia mejora en los últimos años, pasando del puesto 119 en 2014 al 118 en 2015 entre 188 países. En el periodo 2005 y 2015 el IDH<sup>126</sup> se incrementa de 0,625 a 0,674, que significa un crecimiento de 7,8 %. En salud, la esperanza de vida al nacer de 63,5 se incrementa en cinco años. En educación, el promedio de escolarización de 7,0 sube a 8,2 en similar periodo. Referente al nivel de

---

<sup>122</sup> SALAMANCA A. 2008. Documento país Bolivia. Pág.6.

<sup>123</sup> IBID 122-Pàg. 5.

<sup>124</sup> Instituto Nacional de Estadística. Censo 2012.

<sup>125</sup> Instituto Nacional de Estadística. Censo de Población y Vivienda 2012 Bolivia. Características de la Población Pág. 11.

<sup>126</sup> El Índice de Desarrollo Humano elaborado por el PNUD, es un indicador de logros obtenidos en las dimensiones fundamentales del desarrollo humano. Tener una vida larga y saludable, adquirir conocimiento y disfrutar de un nivel de vida digno. Toma valores de cero a uno, más cercano a uno significa que es más desarrollado el país.

vida, el ingreso nacional per cápita aumenta de 4.549 expresado en PPA\$ (paridad de poder adquisitivo) el año 2005 a 6.155 en la gestión 2015<sup>127</sup>.

Bolivia presenta mejoras en cuanto a la esperanza de vida al nacer durante las últimas décadas, el crecimiento es más significativo en las mujeres, aumenta en un valor de 14 años, es decir que cada año que ha pasado, las mujeres en promedio han aumentado siete meses a la esperanza de vida al nacer<sup>128</sup>. En la gestión 2014, su valor es de 68 años, siendo cinco años más alta para las mujeres que hombres, como se observa prácticamente en todo el mundo, a consecuencia del uso nocivo del alcohol, tabaco y lesiones que impactan en la mortalidad de los hombres<sup>129</sup>

Una de las razones principales de la mejora en la esperanza de vida al nacer de las mujeres en Bolivia es la reducción del número de hijos que tienen. En 1990 las mujeres bolivianas tienen en promedio cinco hijos, pero en 2014 la cifra se reduce a tres. En 1994, 360 mujeres mueren por cada 100.000 hijos nacidos vivos, mientras que en 2008, esta tasa cae en 26%<sup>130</sup>.

Según ENDSA 2016<sup>131</sup>, las mujeres en edad fértil, postergan su primer hijo hasta después de los 30 años, comportamiento tanto rural como urbano. Existe una relación con el acceso a las tecnologías de la información y comunicación. El 93,8% de mujeres de 15 a 49 años conocen métodos anticonceptivos modernos, el 45,1% lo usan, pero según ENDSA en 2008 el uso alcanza sólo el 34,6%. Los departamentos con mayor tasa de fecundidad son Pando con 3,8 por ciento y Potosí con 3,7, en cuanto los que registran menor tasa son Tarija con 2,3 y La Paz con 2,5.

En el Grafico N°1 se observa la evolución del total de nacimientos por cada mujer en Bolivia, desde la gestión 1998 hasta 2016 claramente presenta la tendencia decreciente explicada.

---

<sup>127</sup> PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. 2016. Informe sobre Desarrollo Humano.

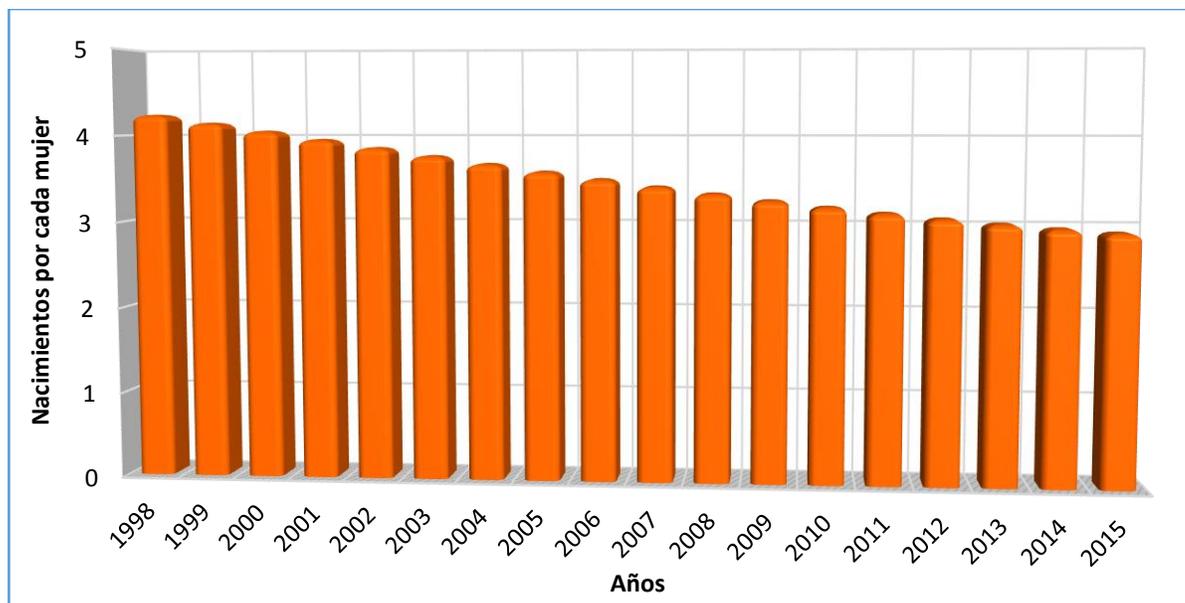
<sup>128</sup> ANDERSEN, L. BRANISA, B. y CANELAS, S. 2016. El ABC del Desarrollo en Bolivia. Fundación INESAD: La Paz-Bolivia. Pág. 208.

<sup>129</sup> IBID 128-Pág. 209.

<sup>130</sup> IBID 128- Pág. 210.

<sup>131</sup> MINISTERIO DE SALUD e INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA. 2017. Encuesta de Demografía Salud 2016. Pág. 29.

**Gráfico N°1: Tasa de fertilidad, total nacimientos por cada mujer en Bolivia; 1998-2015  
(Nacimientos por cada mujer)**



Fuente: Banco Mundial-BM  
Elaboración Propia

### **3.1.3. Sistema de Salud<sup>132</sup>**

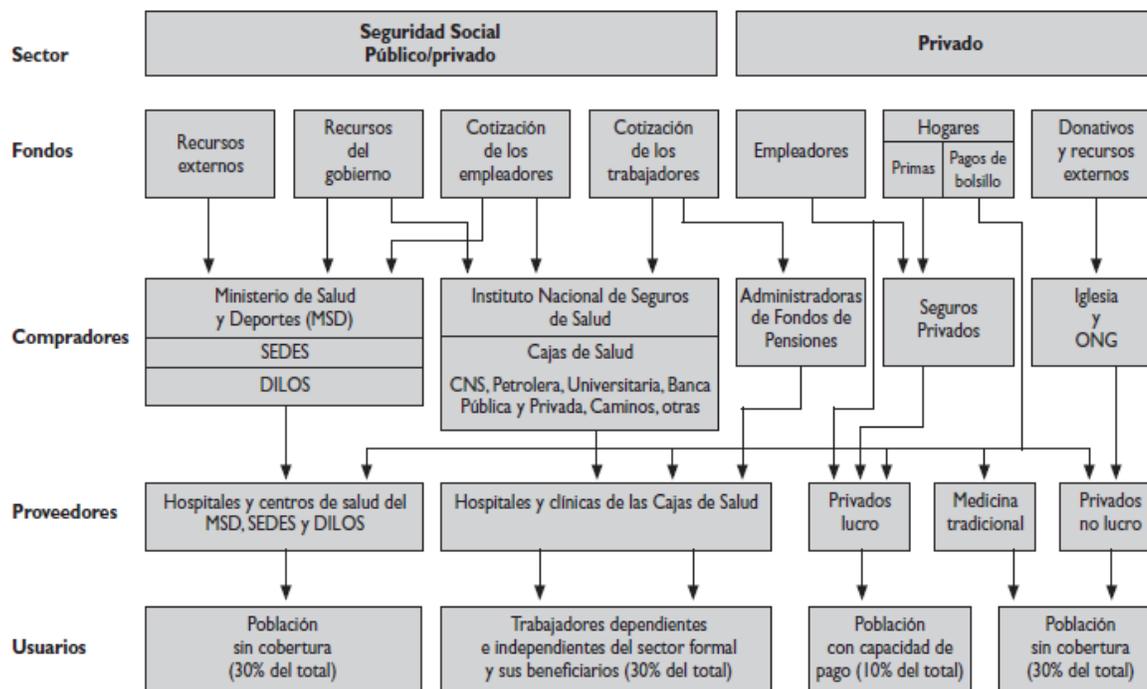
Se entiende por sistema de salud a todas las actividades cuyo principal objetivo sea el promover, restaurar o mantener la salud. El sistema de salud en Bolivia incluye en sector público y un sector privado. El sector público comprende a Ministerio de Salud y Deportes y al subsector social. El Ministerio de Salud y Deportes establece cuatro ámbitos de gestión: 1) nacional, correspondiente al propio Ministerio de Salud y Deportes; 2) departamental, correspondiente al Servicio Departamental de Salud (SEDES); 3) Municipal, correspondiente al Directorio Local de Salud (DILOS), y 4) local, correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y brigadas móviles.

El sub-sector social comprende las cajas de salud, los seguros universitarios y la Dirección General de Salud, y es fiscalizado por el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES). El sector privado está constituido por compañías de seguros y

<sup>132</sup> IBID 32-Pág. 112.

proveedores de servicios de salud privados con y sin fines de lucro. El MSD y otras instancias de gestión del sistema público tienen la responsabilidad de regular su funcionamiento y asegurar que presten servicios efectivos y seguros.

**Cuadro N°1: Sistema de Salud Boliviano**



SEDES: Servicios Departamentales de Salud - Niveles de prefecturas  
 DILOS: Directorio Local de Salud - Nivel de municipios  
 CNS: Caja Nacional de Salud

Fuente: Ministerio de Salud

### 3.1.4. La extrema pobreza

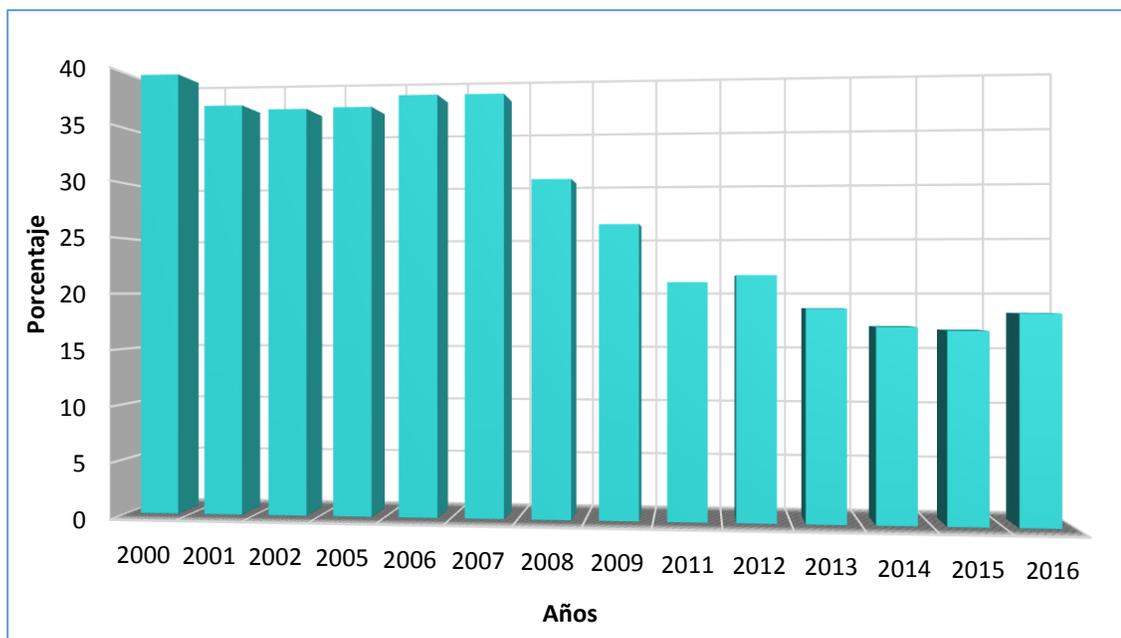
La pobreza está definida como un escenario que se encuentran las personas en situación de carencia, es decir, son incapaces de alcanzar niveles de bienestar mínimos como la alimentación. Se resalta si los hogares tienen la capacidad de satisfacer por medio de la compra de bienes y servicios, necesidades alimentarias y no alimentarias como la educación y salud<sup>133</sup>. A partir de la gestión 2007, se observan avances de la reducción de la pobreza, como resultado de diversos factores. Entre los cuales se puede señalar el

<sup>133</sup> MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. 2013. Memoria de la economía boliviana. Pág. 157.

incremento del ingreso de los hogares que provienen de fuentes laborales y la política de transferencia de recursos a la población vulnerable<sup>134</sup>. Se destaca la evolución del salario mínimo dentro del periodo de estudio, el cual crece considerablemente de Bs. 355 en la gestión 2000 a Bs. 2.000 en la gestión 2017<sup>135</sup>.

En 2005, el nivel de pobreza extrema alcanza 38,2%, es decir, cuatro de cada diez bolivianos son considerados como pobres extremos a nivel nacional. Sin embargo, gracias a la política social que desarrolla el gobierno y al crecimiento de la actividad económica, la pobreza se reduce considerablemente a 17,3% en la gestión 2014<sup>136</sup>. La reducción de la pobreza es un compromiso nacional e internacional. El primer Objetivo del Desarrollo del Milenio es erradicar la pobreza extrema hasta el año 2015. Bolivia se compromete a bajar la extrema pobreza a 24,1%, para la gestión 2015 se reduce a 16,8%, resalta de esta manera un gran desempeño<sup>137</sup>.

**Gráfico N°2: Pobreza extrema en Bolivia; 2000-2016  
(Porcentaje)**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística-INE  
Elaboración Propia

<sup>134</sup> IBID 133-Pág 158.

<sup>135</sup> Instituto Nacional de Estadística

<sup>136</sup> MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. 2015. Memoria de la economía boliviana. pp. 191-192.

<sup>137</sup> JUBILEO. 2017. La desaceleración de la economía empieza a afectar a los más pobres. Pág. 3.

En el Gráfico N° 2, se observa la evolución de la población boliviana que vive en extrema pobreza, presenta una tendencia notablemente decreciente desde la gestión 2007 al 2015, en la gestión 2016 presenta un leve incremento a 18,3 por ciento.

Para la gestión 2016, el porcentaje de personas que no disponían del ingreso mínimo para destinar a la adquisición de alimentos y requerimientos nutricionales se incrementó en 1,5 puntos porcentuales. En la gestión 2015, la población que vive en extrema pobreza representa el 16,8%, posteriormente se observa que en la gestión 2016 se incrementa a 18,3%, una señal de la reducción del crecimiento económico del PIB que, en la gestión 2013 presenta 6,8%, se reduce de manera notable a 4,3% para la gestión 2016.

### 3.1.5. Presupuesto de Inversión Pública por sectores del Sector Social de Bolivia

En el Cuadro N°2 se observa el Presupuesto de Inversión Pública, según el Clasificador Presupuestario, la investigación está enfocada en el Sector Salud que es uno de los componentes del Sector Social.

**Cuadro N°2: Presupuesto de Inversión Pública Sectorial**

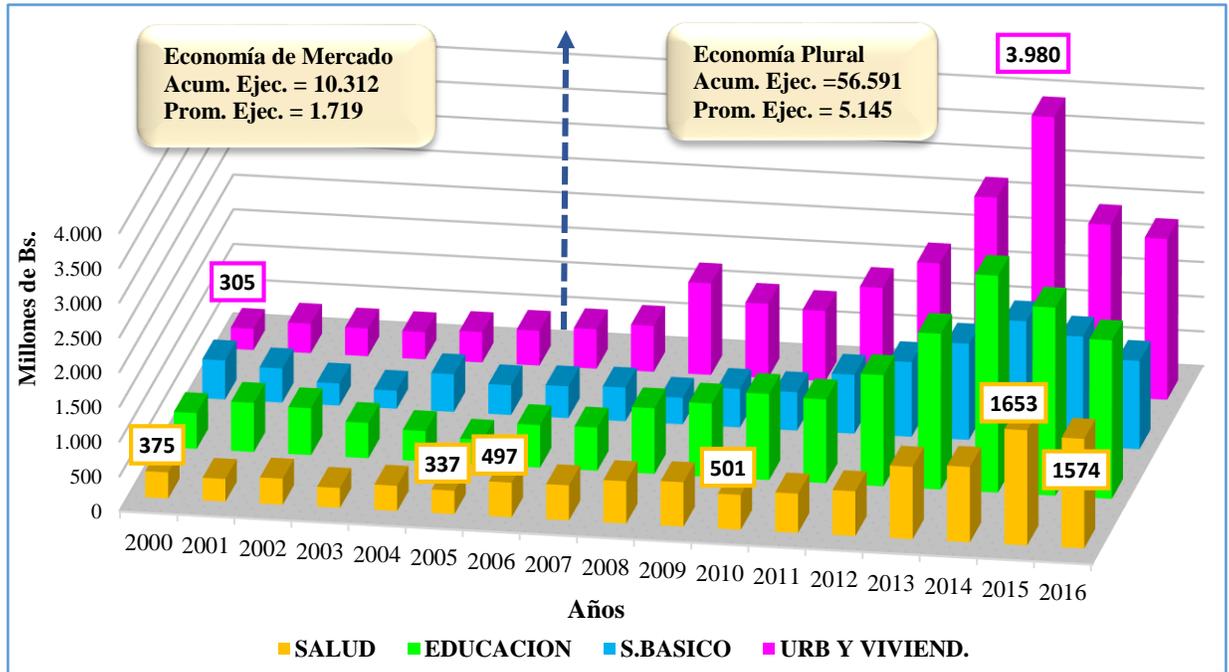
<i>PRODUCTIVO</i>	Agropecuario
	Minero
	Industria y Turismo
	Hidrocarburos
<i>INFRAESTRUCTURA</i>	Energía
	Transporte
	Comunicaciones
	Recursos Hídricos
<i>SOCIAL</i>	<b>Salud y Seguridad Social</b>
	Educación y Cultura
	Saneamiento Básico
	Urbanismo y Vivienda
<i>MULTISECTORIAL</i>	Comercio y Finanzas
	Administración Central
	Justicia y Policía
	Defensa Nacional
	Multisectorial Recursos Naturales y Medio Ambiente

Fuente: Clasificador Presupuestario 2017  
Elaboración Propia

En el Gráfico N°3, se observa dentro del Sector Social, el sub-sector Urbanismo y Vivienda que presenta mayor participación en cuanto a la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública, explicado por los bastos proyectos de infraestructura urbana. Con respecto al sub-sector Salud presenta menor participación en cuanto a la ejecución presupuestaria, a pesar de presentar un comportamiento general ascendente.

En el primer periodo de Economía de Mercado, la ejecución presupuestaria del sub-sector Salud presenta un comportamiento cíclico, se observa en la gestión 2000 una ejecución de Bs. 375 millones que, notoriamente resalta con una significativa ejecución. En el periodo de estudio se establece la gestión 2003 como el año de menor ejecución de Bs. 286 millones.

**Gráfico N°3: Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por sub-sectores del Sector Social de Bolivia; 2000-2016 (Millones de Bs.)**

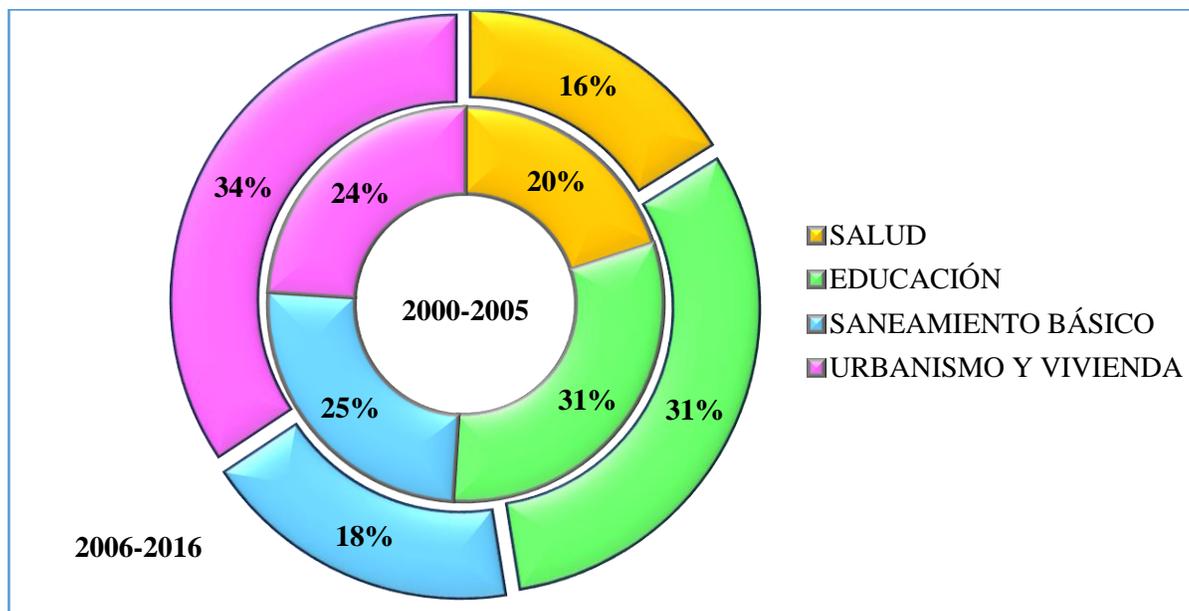


Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo-VIPFE  
 Elaboración Propia

Correspondiente al segundo periodo de Economía Plural, se observa que el sub-sector Salud a partir de la gestión 2006 presenta una tendencia creciente de la inversión ejecutada, asciende a Bs. 497 millones, hasta la gestión 2015. El año 2010 refleja una caída de la ejecución presupuestaria. Destacándose que la inversión pública ejecutada decrece en la gestión 2016 respecto a la gestión 2015 a Bs. 1.574 millones, a consecuencia de la reducción de los precios internacionales del petróleo.

La caída de los precios del petróleo empieza a notarse desde agosto 2014, incluso en la gestión 2015 el presupuesto se realiza en base a un precio mayor con respecto al 2014, no obstante, en el año 2015 se observa un precio bastante inferior al presupuestado. En la gestión 2016 se realiza el presupuesto en base a un precio menor respecto al 2015, a consecuencia de la caída de la renta extractiva (IDH, regalías).

**Gráfico N°4: Comparación en promedio de la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública de los sub-sectores del Sector Social de Bolivia; 2000-2016 (Porcentaje)**



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo-VIPFE  
Elaboración Propia

Se observa en el primer periodo (Gráfico N° 4) que, la ejecución presupuestaria de Bolivia por sectores del Sector Social se concentra en el sub-sector Educación con 31 puntos porcentuales representa Bs. 533 millones. Saneamiento Básico refleja Bs 410 millones con una participación del 25%, posteriormente el Urbanismo y Vivienda presenta 24% de ejecución con un promedio de Bs. 410 millones y el sector que presenta una menor inversión pública ejecutada, es Salud con Bs. 343 millones refleja el 20% (Ver Anexo N°2).

En el segundo periodo, Urbanismo y Vivienda presenta mayor concentración de ejecución del Presupuesto de Inversión Pública, refleja 34 puntos porcentuales y en términos absolutos Bs. 1.759 millones. Educación presenta 31% con un promedio de Bs. 1.601 millones, precedido de Saneamiento Básico, en términos monetarios es de Bs 940 millones representa el 18% y Salud con menos concentración de ejecución refleja 16 % que en términos absolutos presenta Bs. 845 millones.

En comparación, el sub-sector Urbanismo y Vivienda denota un significativo crecimiento de la inversión pública ejecutada, Educación presenta un comportamiento constante, posteriormente Salud y Saneamiento Básico reflejan un decrecimiento de ejecución presupuestaria.

Se evidencia la mayor asignación de recursos en el segundo periodo, a consecuencia de los recursos provenientes del Impuesto Directo a los Hidrocarburos. Sin embargo, se observa que Salud en ambos periodos, representa el sub-sector con la más reducida inversión pública ejecutada, esto en comparación con los demás sub-sectores que componen el Sector Social.

### **3.2. PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD DE BOLIVIA**

De acuerdo al Gráfico N°5, en el primer periodo de Economía de Mercado, se observa la evolución de la inversión pública programada y ejecutada, la gestión 2000, 2001, 2002, 2003 y 2004 presentan mayor programación que ejecución presupuestaria. La gestión

2000 denota Bs. 415 millones de inversión programada y se incrementa significativamente en la gestión 2002 a Bs. 484 millones (Ver Anexo N°3 y N°4).

A inicios de la gestión 2002 se programa destinar el 50% de la inversión pública a inversión social, es decir al sector Educación, Salud, Vivienda y Urbanismo, Saneamiento Básico, a través de una mejor asignación de recursos<sup>138</sup>.

La gestión 2005 presenta un comportamiento sobresaliente, la inversión ejecutada es Bs. 337 millones y la programada es Bs. 331 millones cuyo porcentaje de ejecución es de 102 % estableciéndose como el porcentaje de ejecución más significativo, no obstante, presentan los más reducidos en términos monetarios.

En la gestión 2000 la ejecución presupuestaria presenta un crecimiento significativo de Bs. 375 millones que representa 90 puntos porcentuales de ejecución. La inversión pública alcanza el 90% de lo programado en el Presupuesto General de la Nación, la mayor ejecución desde 1997, este comportamiento se debe a que el Gobierno procura dinamizar la economía, para lo cual instruye el seguimiento en la ejecución de los proyectos de inversión pública. La inversión Pública destina el 48.9% al Sector Social, los recursos orientados al gasto social crecieron debido a que en el Sector Salud se incrementaron recursos que fueron enfocados a la construcción y equipamiento de hospitales<sup>139</sup>.

La ejecución de la inversión pública decrece considerablemente en la gestión 2003 a Bs. 286 millones equivalente a 63 %. A inicios de la gestión 2003 se programa una inversión pública de \$us. 640 millones, ejecutada hasta fines de gestión en 78%. No haber alcanzado un nivel mayor de ejecución se explica por el retraso en la aprobación del PGN 2003, la promulgación de la nueva Ley de Organización del Poder Ejecutivo, los conflictos sociales presentados en los meses de febrero y octubre del 2003 y el recorte de gastos en inversión a fin de alcanzar la meta del déficit fiscal de 7.9%<sup>140</sup>.

---

<sup>138</sup> Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas. 2003. Bolivia: Evaluación de la Economía 2002. Pág. 40.

<sup>139</sup> Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas. 2001. Bolivia: Evaluación de la Economía 2000. pp 32-33.

<sup>140</sup> Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas. 2005. Bolivia: Evaluación de la Economía 2004. Pág. 41.

En 2003, Bolivia presenta un Producto Interno Bruto que apenas supera los \$us. 8.000 millones, mientras que el ingreso per cápita anual roza los \$us 900. De la población rural y urbana, 8 y 6 de cada 10, respectivamente, viven en situación de pobreza. El déficit fiscal ronda el 8% y los recursos del tesoro general de la nación no alcanzan a cubrir el aguinaldo de empleados públicos, maestros, uniformados y trabajadores en salud<sup>141</sup>.

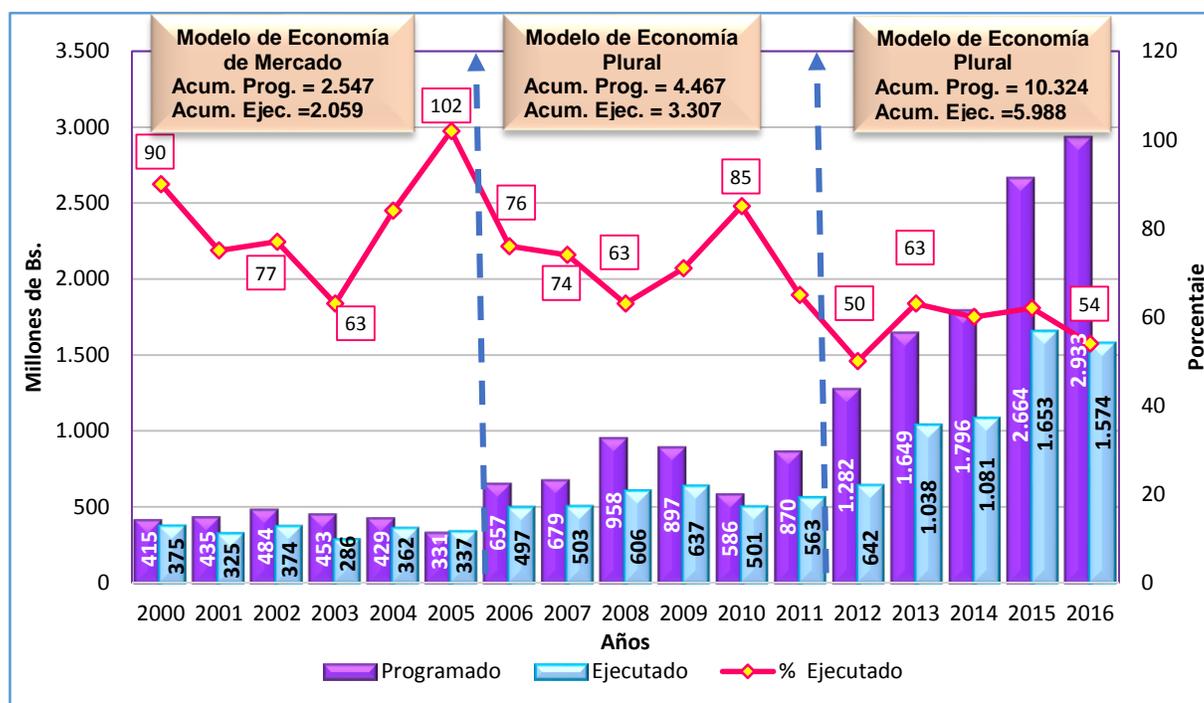
En la gestión 2003 los recursos tienen mayor concentración en el sector de infraestructura, reflejadas a través de construcción de caminos, pavimentos, mantenimientos viales. La inversión pública no excluye al sector social, destaca el sector educación ante los demás sectores, sin embargo, la gestión presenta restricciones que son provocados por los conflictos sociales que consecuentemente desacelera la lucha de reducción de la pobreza que está ligada con el sector salud, es decir que, las familias no pueden acceder a los servicios médicos a consecuencia de la prevalencia de la pobreza y la salud de la madre y consecuentemente del niño se encuentran afectadas.

Los proyectos ejecutados más representativos son: Salud Materno Infantil con una inversión de \$us. 13 millones, cuyo objetivo es incrementar la cobertura, principales prestaciones orientadas a las madres, cuarto control; Prevención y tratamiento de enfermedades endémicas con una inversión de \$us. 8.3 millones, el mencionado proyecto presenta como finalidad de incrementar el escudo epidemiológico en enfermedades; y el Plan Ampliado de Inmunización con \$us. 4.5 millones se encuentra orientado a mejorar la salud integral mediante campañas de vacunación.

---

<sup>141</sup> GONZALES A. 2017. Para el fondo no hay sitio. Bolivia. Pág. 1.

**Gráfico N°5: Programación y ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud de Bolivia; 2000-2016**  
(Millones de Bs. y Porcentaje)



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo-VIPFE  
Elaboración Propia

En el segundo periodo de Economía Plural, la inversión programada y ejecutada presentan un notable crecimiento, sin embargo, en el primer sub-periodo comprendido de 2006 a 2011, la gestión 2010 presenta una caída a Bs. 586 millones y Bs. 501 millones de la inversión programada y ejecutada, respectivamente.

La mayor inversión pública en la gestión 2010 responde principalmente a mayores asignaciones en los sectores productivos, infraestructura y educación, cuyo monto de inversión ejecutada se incrementó en 248,1%, 11,8% y 16,9%, respectivamente<sup>142</sup>. Es decir que, la inversión pública se concentra de manera poco significativa en el sector salud.

<sup>142</sup> MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. 2010. Memoria de la Economía Boliviana. Bolivia. Pág. 83.

Los ingresos del Estado por parte de la renta extractiva, repercuten de manera significativa en los gastos corrientes e inversión, de esta manera presentan una tendencia creciente desde la creación del IDH<sup>143</sup>, sin embargo en la gestión 2010 presentan una caída por la disminución de los precios internacionales del petróleo y del nivel de producción.

En la gestión 2010 el presupuesto con relación a la distribución de la inversión por sectores, se tiene programado un incremento de la inversión en sectores productivos y una disminución de la inversión en sectores sociales e infraestructura, el incremento de la inversión productiva se debe específicamente al incremento en el sector hidrocarburos por la inversión programada de YPFB, de esta forma la inversión en los demás sectores disminuye.<sup>144</sup>

En el segundo sub-periodo comprendido de 2012 a 2016 la programación y ejecución presupuestaria presentan una tendencia notablemente creciente. El propósito del incremento de la ejecución de inversión pública en el sector salud, es el mejorar la calidad, el acceso a los servicios de salud, con la provisión en infraestructura en salud, capacitación y continuidad en el pago del Bono Juana Azurduy.

Los proyectos ejecutados más representativos son: Desarrollo Nacional de Nutrición con una inversión de \$us. 17.7 millones, tiene como objetivo el contribuir a disminuir la desnutrición crónica en niños y niñas menores de dos años en áreas urbanas y rurales, a través del cuidado integral de la madre embarazada, contribuye a disminuir tasas de mortalidad materno infantil por enfermedades prevenibles; el proyecto de Reducción de Inequidades en Salud con \$us. 6.5 millones pretende mejorar la salud integral de niños y niñas menores de cinco años, mujeres embarazadas e infantes en periodo de lactancia.

Un proyecto sobresaliente es el hospital del niño de Cochabamba, se caracteriza por ser un proyecto inconcluso que, tuvo que ser derrumbado después de estar paralizado 5 años (2005-2010), tal motivo se debe que al realizar una supervisión por la alcaldía después

---

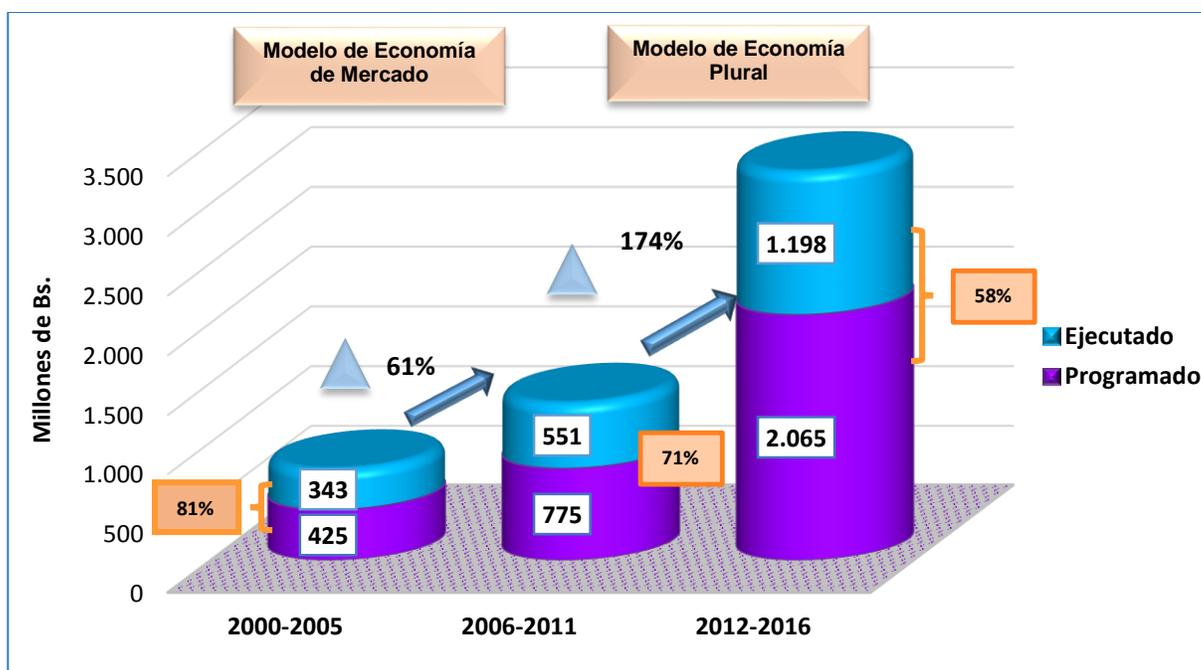
<sup>143</sup> Impuesto Directo a los Hidrocarburos son los recursos originados por la tributación a la comercialización en el mercado interno de hidrocarburos y sus derivados, sean estos producidos internamente o importados. Incluye los recursos originados por la producción de hidrocarburos en el territorio nacional.

<sup>144</sup> Presupuesto General del Estado. 2010. Reporte coyuntural N°9.

de los 5 años notaron que, no cuenta con requisitos mínimos de seguridad, presenta falencias en la estructura, ausencia de instalaciones de luz y agua la construcción se encuentra sobre un pozo que provoca grietas. La infraestructura no es la adecuada para un hospital, es decir, el proyecto además de no tener un buen estudio no presenta una supervisión correspondiente en la ejecución del mismo.

### 3.2.1. COMPARACIÓN DE PERIODOS

**Gráfico N°6: Comparación promedio de la programación y ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud de Bolivia; 2000-2016 (Millones de Bs. y Porcentaje)**



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo-VIPFE  
Elaboración Propia

En el primer periodo comprendido desde 2000 a 2005 (Gráfico N°6), se observa que la programación promedio del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud es Bs. 425 millones y la ejecución promedio es Bs. 343 millones, equivalente a 81 puntos porcentuales de ejecución. (Ver Anexo N°4).

De 2006 a 2011 del segundo periodo, se observa una programación promedio del Presupuesto de Inversión Pública de Bs. 775 millones y una ejecución promedio de Bs. 551 millones que representa 71 puntos porcentuales de ejecución, entre 2012-2016

presenta una programación presupuestaria de Bs. 2.065 millones y una ejecución presupuestaria promedio de Bs. 1.198 millones equivalente a 58% de ejecución.

Comparando ambos periodos, la ejecución presupuestaria presenta una diferencia porcentual de 61% y 174%, claramente se observa un crecimiento en la Economía Plural. Se destaca que, en el primer periodo se observa una ejecución promedio de 81% de 2006 a 2011 del segundo periodo 71% y de 2012 a 2016 58%, el comportamiento se traduce en una ejecución ineficiente.

La evidencia empírica permite demostrar una tendencia creciente de la inversión pública, sin embargo, en el primer y segundo periodo prevalece la programación que la ejecución presupuestaria a consecuencia del incumplimiento de la programación financiera de la fase de ejecución del Ciclo de vida del proyecto, propuestos por Nassir y Reinaldo Sapag Chain, Karen Marie Mokate y las Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública.

### **3.3. DISTRIBUCIÓN DE LA EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO DEL SECTOR SALUD DE BOLIVIA.**

Se observa en el Cuadro N°3 el Clasificador de sectores económicos, compuesto por códigos, denominación y sigla. El Sector Salud se presenta de la siguiente manera.

**Cuadro N°3: Clasificador de sectores económicos, Sector Salud.**

<b>CÓDIGOS</b>	<b>DENOMINACIÓN</b>	<b>SIGLA</b>
<b>8 1</b>	<b><i>Infraestructura de Salud</i></b>	<b>SAL</b>
<b>8 1 1</b>	Construcción de Infraestructura y equipamiento de hospitales	SAL01
<b>8 1 2</b>	Construcción de Infraestructura y equipamiento de centros de salud	SAL02
<b>8 1 3</b>	Mejoramiento de infraestructura de hospitales	SAL03
<b>8 1 4</b>	Mejoramiento de infraestructura de centros de salud	SAL04
<b>8 2</b>	<b><i>Planificación y Prevención de Salud</i></b>	<b>PLA</b>
<b>8 2 1</b>	Planificación y educación para la salud	PLA01

<b>8 2 2</b>	Programas en prevención y educación para la salud	PLA02
<b>8 2 3</b>	Regulación y control sanitario	PLA03
<b>8 2 4</b>	Promoción de la salud	PLA04
<b>8 3</b>	<i>Atención en salud</i>	ASAL
<b>8 3 1</b>	Atención primaria en salud	ASAL01
<b>8 3 2</b>	Programas integrales de salud	ASAL02
<b>8 3 3</b>	Epidemiología	ASAL03
<b>8 3 4</b>	Desarrollo Medicina tradicional	ASAL04
<b>8 3 5</b>	Salud ocupacional	ASAL05
<b>8 4</b>	<i>Multiprograma Salud</i>	MULSAL
<b>8 4 1</b>	Multiprograma	MULT06

Fuente: Clasificador Presupuestario 2017  
Elaboración Propia

De acuerdo al Gráfico N° 7, en el primer periodo referido, la ejecución de la inversión pública del tipo de proyecto infraestructura presenta un comportamiento cíclico, se observa una significativa ejecución presupuestaria en la gestión 2000 de Bs. 163 millones. En la mencionada gestión los recursos orientados al gasto social crecieron en 0.2 puntos porcentuales del PIB con relación a 1999, el cual se debe a que en el sector salud la inversión se incrementó en 0.2 puntos porcentuales del PIB, recursos que fueron enfocados a la construcción y equipamiento de hospitales<sup>145</sup>.

En la gestión 2003 se implementan programas orientados a controlar y prevenir enfermedades, sin embargo, éstas presentan problemas de financiamiento, la cooperación internacional se retira del financiamiento y el tesoro general de la nación reduce su participación, consecuentemente no se llegan a cumplir el objetivo de los programas en su totalidad. Se constata en el Gráfico N°7 que, la ejecución del tipo de proyecto planificación y prevención disminuye notoriamente en la gestión 2003 a Bs. 83 millones.

La gestión 2005 se encuentra fortalecida por programas de inmunización, prevención, atención y control de enfermedades, como el Programa Ampliado de Inmunizaciones

<sup>145</sup> Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas. 2001. Evaluación de la economía 2000: Bolivia. Pp 32-33.

que a través de la implementación de vacunas presenta como objetivo el reducir la mortalidad materno-infantil causada por enfermedades. Esto se evidencia en el Gráfico N° 7, el tipo de proyecto de planificación y prevención refleja una ejecución considerablemente significativa de Bs. 196 millones en la gestión.

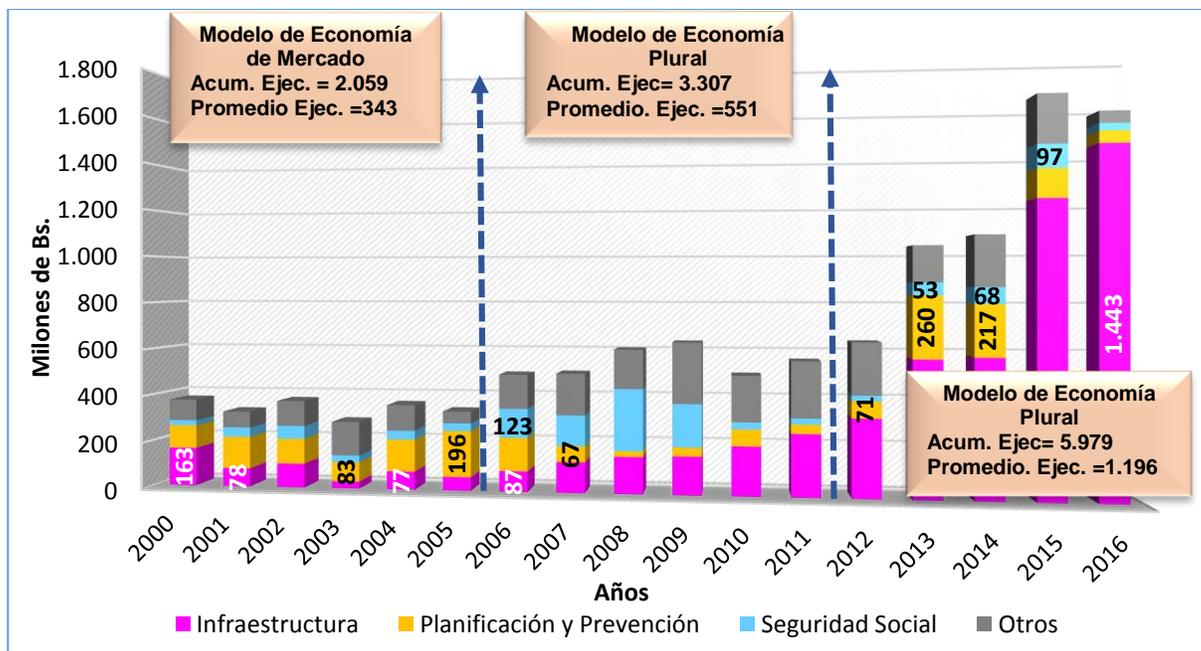
Se destaca el Programa de Salud y Nutrición, presenta como objetivos el reducir la mortalidad neonatal e infantil a través del acceso universal a las vacunas; reducir la malnutrición infantil, bajo peso al nacer, anemia nutricional además de la deficiencia de la vitamina A. El presente programa está compuesto por tres proyectos, los cuales son: Proyecto de Salud del Niño, Niña y Adolescente; Proyecto Nutrición y Micronutrientes; y Proyecto de Promoción de la Salud y Nutrición.

El Proyecto de Salud del Niño, Niña y Adolescente tiene como objetivo el fortalecer en los embarazos y alumbramientos seguros, en el cuidado del recién nacido. Además, el proyecto coadyuva al Ministerio de Salud a mejorar la cobertura y calidad del SUMI.

Proyecto Nutrición y Micronutrientes, está enfocado principalmente en mejorar la nutrición de los niños menores de dos años y de las mujeres gestantes, y a controlar los desórdenes producidos por las deficiencias de micronutrientes. En términos de estrategias, el proyecto combina la comunicación social para mejor prácticas en el cuidado y la alimentación en la familia; el uso adecuado de los servicios básicos, asegurando la cobertura total en la suplementación con hierro y vitamina A.

El Proyecto de Promoción de la Salud y Nutrición emplea técnicas de comunicación con objeto de mejorar el cuidado de la salud en las familias y las prácticas de alimentación en niños, niñas y mujeres gestantes.

**Gráfico N° 7: Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por tipo de proyecto del Sector Salud de Bolivia; 2000-2016 (Millones de Bs.)**



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo-VIPFE  
Elaboración Propia

A partir de la gestión 2006 se observa una tendencia creciente de la ejecución presupuestaria en el tipo de proyecto infraestructura (Gráfico N° 7), el destinar mayores recursos para la provisión de infraestructura de salud coadyuva a incrementar el acceso a los servicios de salud, es decir que, para la implementación del SUMI<sup>146</sup> e incluso de la SAFCI se fortalecen las redes de salud (infraestructura y equipamiento) y de esta manera persiste la continuidad a la ejecución presupuestaria en la construcción y modernización de la infraestructura.

En la gestión 2012 con respecto al tipo de proyecto de infraestructura, se incrementa en 75% el número de establecimientos de salud que, llega a 23.186 establecimientos, incrementando en más de 9.900 establecimientos existentes en 2005<sup>147</sup>.

<sup>146</sup> La Ley N° 2426 crea el Seguro Universal Materno Infantil con carácter universal, gratuito e integral, para otorgar prestaciones de salud a las madres en periodo de gestación y 6 meses después del parto y a los niños menores de cinco años.

<sup>147</sup> MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. 2012. Memoria Fiscal 2012. Pág. 160.

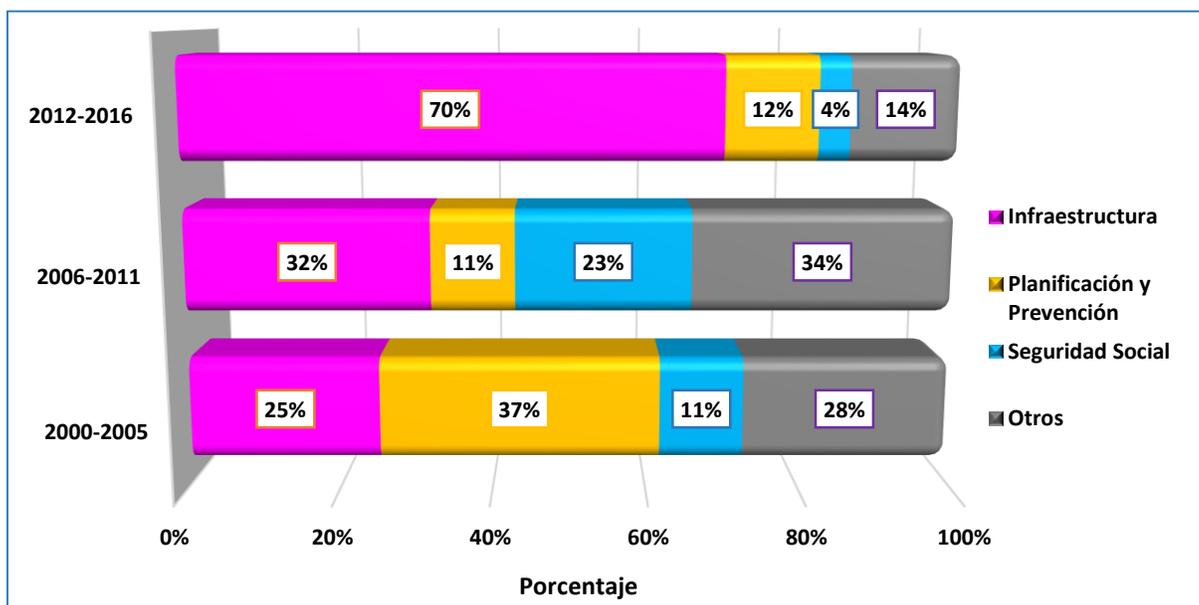
En la gestión 2013 prosigue la dotación de equipos y aparatos, los beneficiados son los centros de salud de Beni, Santa Cruz y Pueblos Guaraníes, además se invierte en el mejoramiento del sistema de salud del Gobierno Municipal de El Alto y se dota de equipos para el Programa nacional de Salud Renal. En el año 2015 presenta equipamiento del hospital de tercer nivel del NORTE de El Alto y construcción de los hospitales de tercer nivel de El ALTO Sur y del departamento de Potosí en Villa Paraíso, también destaca el Hospital del Sur F-3OTB la Tamborada, Centro de Salud Robore Santa Cruz.

En el sub-periodo 2012-2016 se resalta la gestión 2013 de la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en planificación y prevención que, representa un crecimiento significativo a Bs. 260 Millones.

En la gestión 2013 la política SAFCI es implementada por el programa Mi Salud que inicia en la ciudad de El Alto y demanda una inversión de 50 millones de bolivianos, con el objetivo de permitir a la población acceder a los servicios médicos de manera gratuita, es decir que llegan a los hogares más lejanos del área rural para otorgar dichos servicios y de esa manera prevenir muchas enfermedades, además fortalece los centros de salud en la ciudad de El Alto.

### 3.3.1. COMPARACIÓN DE PERIODOS

**GRÁFICO N°8: Comparación promedio de la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por tipo de proyecto del Sector Salud de Bolivia; 2000-2016 (Porcentaje)**



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo-VIPFE  
Elaboración Propia

De acuerdo al Gráfico N°8, se observa en el primer periodo que, la ejecución presupuestaria presenta mayor concentración en el tipo de proyecto planificación y prevención con 37% que representa en términos absolutos Bs. 126 Millones y el tipo de proyecto infraestructura con Bs. 85 Millones, es decir con 25% de participación (Ver Anexo N°6).

De 2006 a 2011 del segundo periodo, el presupuesto ejecutado de proyectos de planificación y prevención decrece a 11% de participación con Bs. 63 Millones, los proyectos de infraestructura crecen considerablemente a 32% con un promedio de Bs. 167 millones. De 2012 a 2016, claramente los proyectos de planificación y prevención crecen levemente a 12% con un promedio de Bs. 116 millones, los proyectos de infraestructura crecen notablemente a 70% de participación equivalente a Bs. 685 millones.

En el primer periodo acorde al Plan General del Desarrollo Económico y Social, las políticas de Formación y Salud Integral, Promoción de la Salud son cumplidas, a través de la ejecución de los programas implementados, que se encuentran sustentados por la evidencia empírica. La Ley N°2426 del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) que otorga prestaciones de salud a través de los establecimientos y las redes respectivas, no se cumple en su totalidad. Se contrasta con la evidencia empírica, el Gobierno no dinamiza la ejecución presupuestaria en proyectos de infraestructura en salud.

En el segundo periodo, acorde al Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para el Vivir Bien” 2006-2011, la política del Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud no se cumple en su totalidad, y es evidenciada por el nivel bajo de ejecución en programas de promoción y prevención de enfermedades.

A consecuencia de la notable disminución de la ejecución presupuestaria en el tipo de proyecto de planificación y prevención en comparación con el primer periodo, nuevamente se evidencia incumplimiento con lo establecido en la Constitución Política del Estado Artículo N°37, mismo señala que el Estado tiene la obligación de garantizar y sostener el derecho a la salud, priorizando la promoción y la prevención de las enfermedades.

La dotación de infraestructura al sector salud naturalmente, es uno de los factores que repercuten de manera significativa en la cobertura de servicios. Servicios como ser de vacunas y controles prenatales dirigidos a prevenir enfermedades además de controlar la desnutrición en general. Es decir, contribuye a reducir la anemia en mujeres embarazadas y consecuentemente el bajo peso del recién nacido.

La construcción de hospitales y centros de salud son vitales para la adecuada implementación de programas que, repercuten significativamente en la salud de la población y esto a su vez en la capacidad humana. Por lo tanto, se evidencia la teoría de Theodore Shultz, quien señala que uno de los factores más relevantes que contribuyen a mejorar la capacidad humana, es la inversión en equipos y servicios de salud, gastos que impidan afectar negativamente las expectativas de vida y mejorar la vitalidad de la población.

### **3.4. EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO.**

El Ministerio de Salud además de ser la cabeza del sector que se encarga de ejecutar programas y proyectos, también administra recursos provenientes del financiamiento interno y externo.

En el Gráfico N°9, se observa la relevante participación del financiamiento interno para la ejecución de los proyectos en el Sector Salud. El primer periodo, comprendido entre los años 2000-2005, refleja la ejecución de los proyectos con financiamiento interno y externo. Sin embargo, predomina el financiamiento externo, aunque presentan un comportamiento oscilante, con un promedio de Bs. 182 millones (Ver Anexo N°8).

La participación del financiamiento interno en la ejecución de los proyectos de inversión pública desde la gestión 2000 hasta la gestión 2003 presenta un claro decrecimiento de Bs. 10 millones. Sin embargo, la participación del financiamiento externo presenta un crecimiento desde la gestión 2000 hasta la gestión 2004 con una ejecución significativa de Bs. 205 millones.

Bolivia en el primer periodo presenta una significativa ejecución del financiamiento externo, debido a la disminuida intervención del Estado y a la baja participación del financiamiento interno. En esta mayor dependencia del financiamiento externo, resalta el crédito externo como principal fuente de financiamiento. Durante la gestión 2001-2004, la fuente de financiamiento externo con deuda representa el 76% de participación en el Programa de Chagas.

La contribución del Tesoro General de la Nación para el Programa de Vigilancia y Control de la Malaria desde la gestión 2000, es inestable. Las principales fuentes de financiamiento del Programa Nacional de Tuberculosis en el periodo 1999-2004 son las donaciones (48%), Tesoro General de la Nación (6%). El Programa Ampliado de

Inmunización en la gestión 1999-2004 presenta un financiamiento del Crédito Externo del 25% y donaciones del 9%<sup>148</sup>.

La principal fuente de financiamiento entre 1998-2004 es el Crédito Externo con 27%, seguido de donaciones con 26% y el Tesoro General de la Nación con 25%. El crédito y las donaciones mantienen constante su participación en el financiamiento del Ministerio de Salud. Los montos provenientes del TGN durante el periodo mantienen su participación<sup>149</sup>.

El presupuesto 2005 para el Ministerio de Salud y Deportes asciende a Bs. 42 millones, su financiamiento proviene de Donación (30%), Tesoro General de la Nación (28%), Crédito (16%). El crédito disminuye su participación a cifras menores a las del periodo 1998-2004, la razón para tal situación es que los proyectos de inversión pública financiados con esta fuente están llegando a su final<sup>150</sup>.

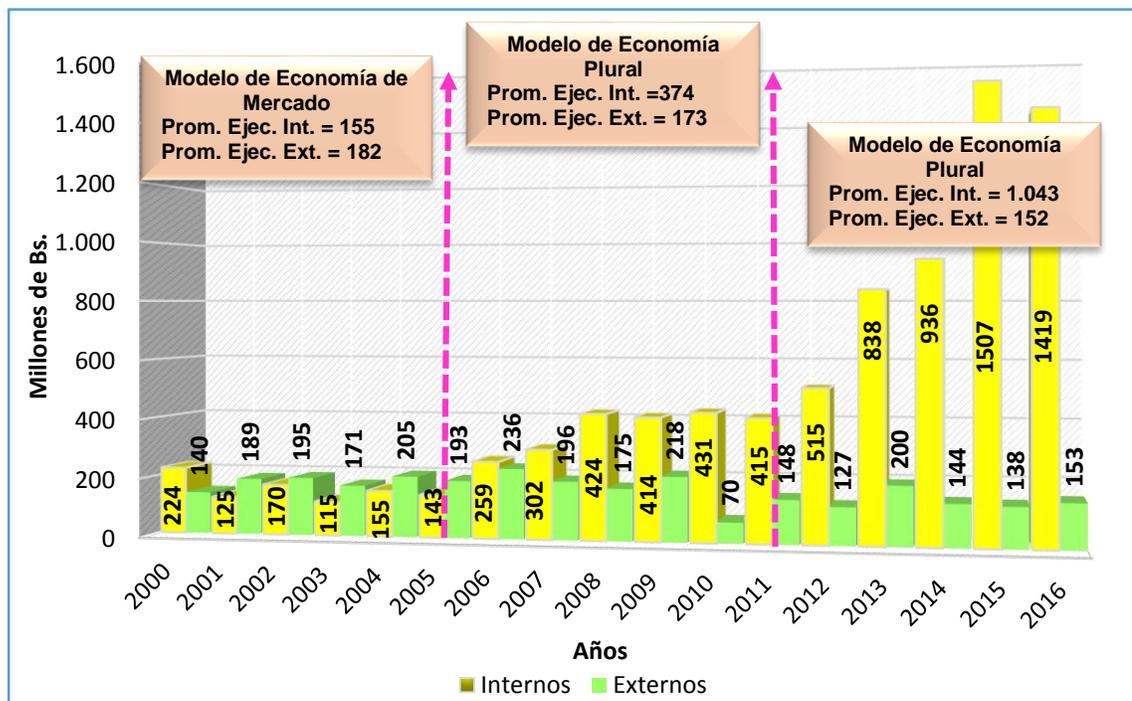
---

<sup>148</sup> ADHEMAR D. y VELÁSQUEZ E. 2005. Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas. Financiamiento de Programas Públicos de Salud en Bolivia casos: Chagas, Malaria, Tuberculosis e Inmunizaciones. 1999-2005. Bolivia. Pág. 8.

<sup>149</sup> IBID-148 Pág. 9.

<sup>150</sup> IBID- 148 Pág. 19.

**Gráfico N° 9: Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por fuente de financiamiento del Sector Salud de Bolivia; 2000-2016 (Millones de Bs.)**



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo-VIPFE  
Elaboración Propia

En el segundo periodo persiste la ejecución de proyectos de inversión pública con financiamiento externo e interno. Resalta la participación del financiamiento externo que presenta un comportamiento constante. Sin embargo, se contempla la predominancia del financiamiento interno en la ejecución de los proyectos del Sector Salud, en el primer sub-periodo de 2006 a 2011, presenta en promedio Bs. 374 millones, con un incremento de 2012 a 2016 a Bs. 1.043 millones (Ver Anexo N°8).

La creación en Bolivia del IDH<sup>151</sup> y el incremento de los precios internacionales de las materias primas han generado un importante crecimiento en los ingresos fiscales, con una consecuente reducción en la dependencia de la ayuda externa, de 17% del PIB en 2005 a 5% el 2012. El financiamiento interno ha incrementado su participación en la

<sup>151</sup> La Ley de Hidrocarburos N° 3058 establece que todos los beneficiarios destinan los recursos recibidos por Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH) para los sectores de educación, salud y caminos, desarrollo productivo y todo lo que contribuya a la generación de fuentes de trabajo.

inversión pública. De financiar 34% el 2004, llega a cubrir 73% el año 2012. Se evidencia la consecuente reducción del financiamiento con donaciones y con créditos externos; sobre todo a partir del 2006, tras la última iniciativa de alivio de deuda<sup>152</sup>.

En particular se destaca la incidencia que tienen los recursos ejecutados que provienen del IDH, el 2006 se reporta una ejecución de \$us. 214 millones y el 2013 una ejecución financiera de casi tres veces superior. Esto es un incremento del 283% en el periodo referido. Es considerado un efecto de la nacionalización de los hidrocarburos de mayo de 2006<sup>153</sup>. De esta manera la principal fuente de financiamiento para la ejecución de programas y proyecto es el Tesoro General de la Nación con una participación de 61.17%, precedido del Crédito Externo con una participación de 5.58% y finalmente las Donaciones Externas con 1.66%.

Con la promulgación de la ley de hidrocarburos N° 3058 se crea el IDH que, consecuentemente junto con las regalías hidrocarburíferas, presentan un incremento considerable de la renta extractiva, permite contar con mayor financiamiento interno para la ejecución de programas y proyectos y, de esta manera, incrementar la inversión pública. Por lo tanto, la intervención del Estado provoca una reducida dependencia del financiamiento externo. El sector Salud presenta mayor inversión en el segundo periodo. Sin embargo, del total de recursos del IDH que se destinan al Sector Salud más de la mitad son destinados a los gastos corrientes y no así a gastos de capital.

En la gestión 2006 según el Gráfico N°9, la ejecución presupuestaria con financiamiento interno es de Bs. 259 millones. Posteriormente, presenta una tendencia creciente, en el segundo sub-periodo claramente resalta la gestión 2015 con Bs. 1.507 millones, sin embargo, en la gestión 2016 se reduce a Bs. 1.419 millones (Ver Anexo N°7).

Si bien el financiamiento interno se ha visto ampliamente incrementado hasta el año 2015, año en que se registra la mayor inversión ejecutada en el sector, la reducción de

---

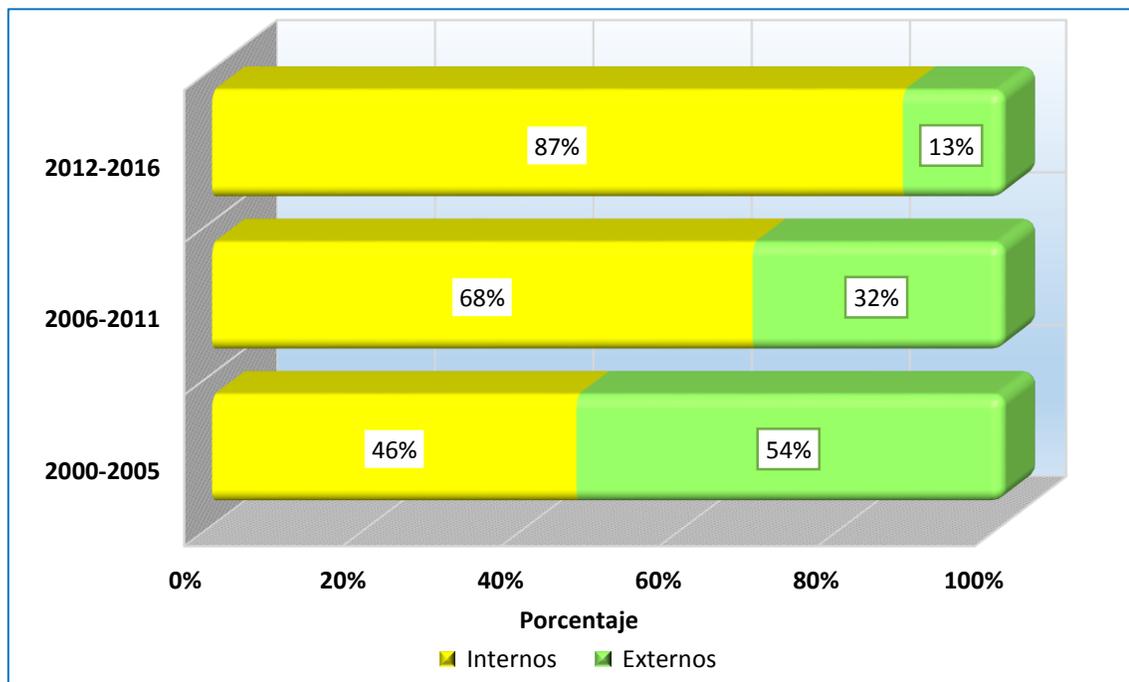
<sup>152</sup> FUNDACIÓN JUBILEO. Bolivia tiene menor dependencia de la cooperación internacional. Bolivia. Reporte de coyuntura N° 24, junio 2014. Pág. 10.

<sup>153</sup> ARNEZ M. Financiamiento de la Inversión boliviana y sus perspectivas futuras. Pág. 5.

los precios internacionales provoca un declive relevante del IDH<sup>154</sup>. Así, se observa una de las principales fuentes de financiamiento del Estado, además de otros impuestos.

### 3.4.1. COMPARACIÓN DE PERIODOS

**Gráfico N°10: Comparación promedio de la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por fuente de financiamiento del Sector Salud de Bolivia; 2000-2016 (Porcentaje)**



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo-VIPFE  
Elaboración Propia

Se puede observar que, en el primero periodo (Gráfico N°10), la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública con financiamiento interno presenta una participación de 46 puntos porcentuales que en términos absolutos consta de Bs. 155 millones. Con respecto al financiamiento externo presenta una participación del 54% y un promedio de Bs. 182 millones (Ver Anexo N°8).

De 2006 a 2011 del segundo periodo, la ejecución presupuestaria con financiamiento interno refleja una participación algo mayor a las dos terceras partes y que en promedio representa Bs. 374 millones. El financiamiento externo denota un tercio de la ejecución

<sup>154</sup> FUNDACIÓN JUBILEO. 2017. A 12 años del IDH Más Gasto que Inversión. Pág.39.

y representa en términos absolutos Bs. 174 millones. El sub-periodo 2012-2016 registra una participación de 87% del financiamiento interno con un promedio de Bs. 1.043 millones y del financiamiento externo 13% que representa Bs. 152 millones.

La principal fuente de financiamiento del primer periodo son los Créditos Externos, es decir un mayor endeudamiento público. El financiamiento externo es un 197% más que el financiamiento interno hasta la gestión 2004 y financian la inversión pública. En la gestión 2005 el financiamiento externo presenta una participación de 69% más que el financiamiento interno, en el segundo periodo presenta mayor participación del financiamiento interno y como principal fuente de financiamiento es el Tesoro General de la Nación.

Las dos principales fuentes de financiamiento del Estado son los ingresos tributarios y las rentas extractivas, en el segundo periodo las rentas extractivas presentan un incremento por la participación del IDH. Con la intervención del Estado presenta un crecimiento presupuestario en el Sector Salud con mayor participación del financiamiento interno. No obstante, de manera específica se destina menos del 10% al Sector Salud, en comparación con los demás sectores que componen el Sector Social.

Claramente se observa la gran dependencia del financiamiento externo en el primer periodo de Economía de Mercado a consecuencia de la reducida participación del financiamiento interno, en el segundo periodo de Economía Plural disminuye de manera significativa la dependencia del financiamiento externo, explicado por mayores niveles de participación del financiamiento interno a consecuencia de los recursos provenientes del IDH.

Se evidencia la teoría de Ricardo Cibotti - Enrique Sierra y Musgrave, el cual consiste en la necesaria intervención del Estado a favor de la economía, el mecanismo de mercado por sí solo no puede realizar todas las funciones económicas. La política pública es necesaria para guiar, corregir y complementar al mercado en algunos aspectos. Es decir, la intervención del Estado es necesaria para el proceso económico.

### **3.5. RECURRENCIA DEL PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS CON ANEMIA**

Según la Organización Mundial de la Salud para prevenir la anemia en mujeres embarazadas se recomienda que las mujeres en periodo de gestación tomen suplemento diario por vía oral de hierro entre 30 y 60 mg de hierro elemental.

La inadecuada dieta nutricional que encadena el bajo contenido de hierro, provoca la anemia nutricional que repercute con mayor impacto en mujeres embarazadas. Este factor de riesgo se asocia a la mortalidad, morbilidad y muy estrechamente con los recién nacidos con bajo peso. Este problema de salud en mujeres embarazadas, es muy común en países en desarrollo, como Bolivia. La anemia nutricional en mujeres embarazadas está altamente asociada a la desnutrición de los niños. Esta condición de salud repercute de manera desfavorable en la actividad física e intelectual del niño, considerada de esta manera un caso grave.

El Gráfico N°11 permite demostrar que ésta situación se agrava de manera general. En el primer periodo un promedio de 35% del porcentaje de mujeres embarazadas presentan anemia, con una tendencia creciente se incrementa de 34% a 36% entre 2000 y 2005 (Ver Anexo N°9 y N°11).

En la gestión 2003 cuatro de cada diez mujeres no toman ninguna dosis suplementaria de hierro, el 28 por ciento lo realizan por menos de 60 días y solamente el 22 por ciento la toma durante el tiempo recomendado (90 días y más). Estos disminuidos niveles de cobertura no contribuyen al descenso de la anemia entre las mujeres embarazadas<sup>155</sup>.

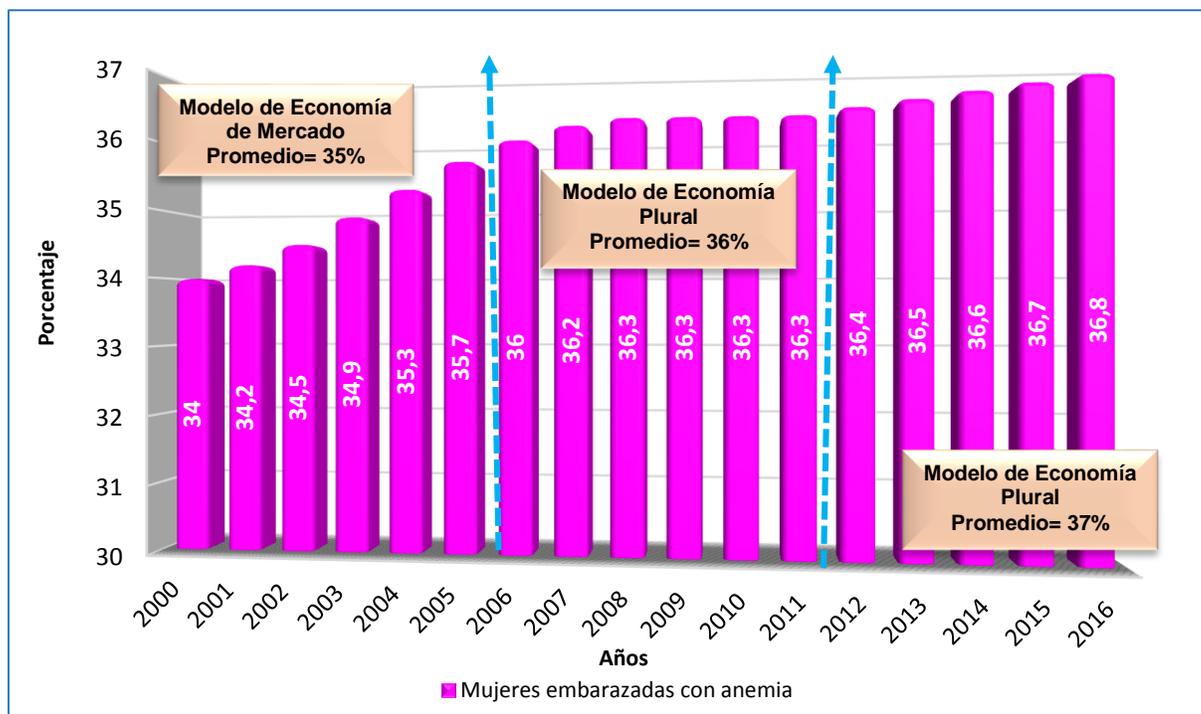
Por otra parte, agravando a la situación, en la gestión 2004 la meta de cobertura de dosis de hierro es alcanzar el 25 % de la población, sin embargo, a septiembre de la gestión llega a 9%. Este problema se explica, por una parte que, el personal de salud no realiza una aplicación de los protocolos de atención preventiva y se espera primero detectar problemas de desnutrición para luego aplicar el jarabe de hierro<sup>156</sup>.

---

<sup>155</sup> Encuesta de Demografía y Salud. 2003. Bolivia. Pág. 215.

<sup>156</sup> Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas. 2005. Evaluación de la economía 2004. Pág. 28.

**Gráfico N°11: Mujeres embarazadas con anemia en Bolivia; 2000-2016  
(Porcentaje)**



Fuente: Banco Mundial- BM  
Elaboración Propia

De 2006 a 2011, se observa que el porcentaje de mujeres embarazadas con anemia presenta un crecimiento poco significativo, con un promedio de 36%, posteriormente en el periodo de 2012 a 2016 presenta un crecimiento notable con promedio de 37%.

En la gestión 2011 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 52% de las embarazadas en los países en desarrollo presentan anemia y que la mitad de ellas corresponde a carencias de hierro. En Bolivia los índices que maneja el Programa Nacional de Desnutrición Cero del Ministerio de Salud indican que cuatro de cada diez embarazadas son anémicas y que 37% de las embarazadas a nivel nacional tiene anemia. Las causas que se señalan para esta condición son malos hábitos alimenticios, poca información nutricional y de manera general la pobreza<sup>157</sup>.

<sup>157</sup> CABEZAS D. 2011. Prevalencia de Anemia Nutricional en el Embarazado, en centros de salud Sarcobamba y Solomon Klein. Bolivia. Pág. 2.

Para acceder a los servicios de salud, las transferencias monetarias condicionadas dotan un importante incentivo. Sin embargo, persisten problemas con respecto al conocimiento de las transferencias monetarias condicionadas. El principal problema es la falta de información, también constituye un serio obstáculo las decisiones que toman los padres de familia con respecto al interés de invertir en educación o salud, los cuales afectan considerablemente la demanda de estos vitales servicios en general, y de salud, en particular.

El Programa Bono Juana Azurduy implementado en la gestión 2009 como un incentivo monetario para mayor demanda de acceso a los servicios de salud, está dirigido a las mujeres gestantes y niños menores de dos años que no están asegurados por ningún sistema de seguridad social de corto plazo o por un seguro de salud privado. El Bono Juana Azurduy presenta impactos en la salud infantil y en la salud materna, en lo que respecta a la salud materna toma en cuenta la anemia en mujeres embarazadas, tasa de fertilidad y complicaciones en el embarazo o parto.

Los problemas de salud en la mujer embarazada aún prevalecen, a pesar de la implementación del Bono, esto se debe a que una parte de la población no se inscribe por falta de información, trámites y papeleos, y por motivos geográficos en el caso del área rural, consecuentemente presenta bajas tasas de utilización de servicios de salud materno-infantil. Mencionados incentivos monetarios son relevantes para aumentar la utilización de los servicios de salud e incrementar los controles prenatales y de esta forma prevenir enfermedades y causas que incrementan la mortalidad materna.

Respecto al número total de controles prenatales realizados durante el embarazo, el programa generó 0,42 controles prenatales adicionales. Este resultado corresponde a un impacto de 8,2 % respecto al promedio de 5 controles en el grupo de control. A nivel nacional los resultados no detectan un efecto positivo del programa sobre el parto institucional ni sobre el control posparto cuando se analizan de manera separada<sup>158</sup>.

---

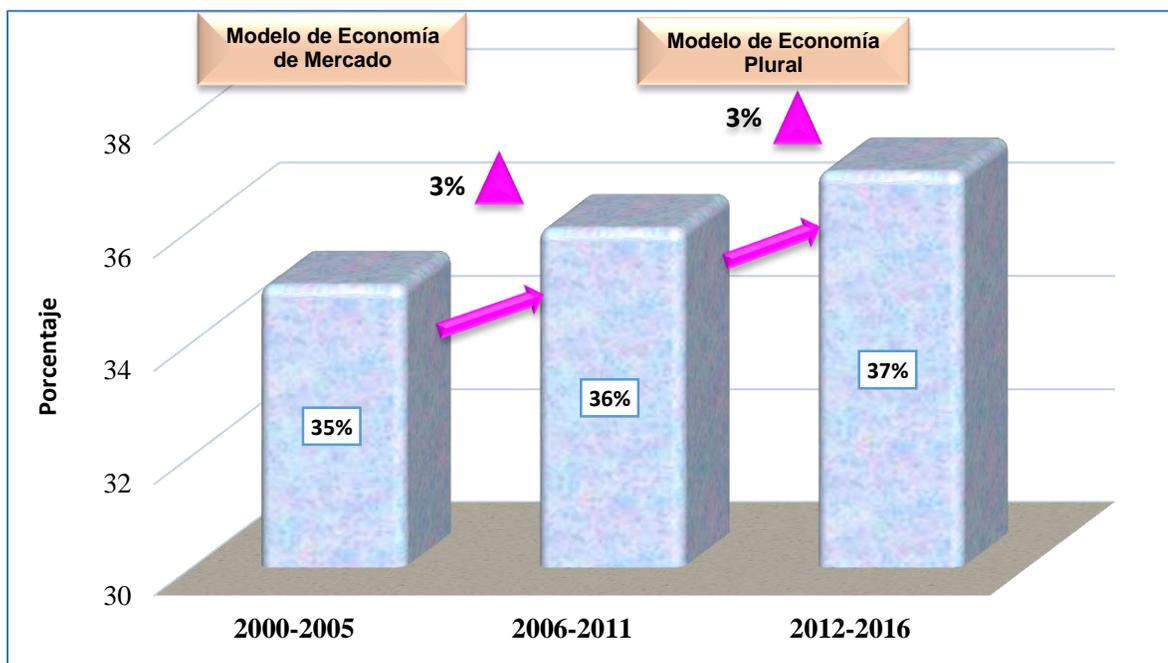
<sup>158</sup> FUERTES C. y MARTINEZ S. 2015. UDAPE. Evaluación del Impacto Programa de Salud Materno Infantil “Bono Juana Azurduy”. Bolivia. 1° Edición. Pág. 106.

El SUMI implementado en enero 2003 y ampliado en diciembre de la gestión 2005, permite el acceso gratuito y universal de la población de mujeres embarazadas y menores de cinco años a los servicios de salud. El acceso a dichos servicios, acompañado de la prescripción y dotación de medicamentos, beneficia a la madre gestante desde el punto de vista preventivo y curativo. Se eliminan, de esta manera, los obstáculos económicos que restringen el acceso a servicios de salud de mejor calidad.

Sin embargo, la eficiencia del SUMI se encuentra limitada a consecuencia de no eliminar otros obstáculos como son la exclusión social y las barreras geográficas. Adicionalmente el desconocimiento de la ley por parte de la población es un obstáculo agravante<sup>159</sup>.

### 3.5.1. COMPARACIÓN DE PERIODOS

**Gráfico N°12: Comparación promedio de las mujeres embarazadas con anemia; 2000-2016 (Porcentaje)**



Fuente: Banco Mundial-BM  
Elaboración Propia

<sup>159</sup> LAGRAVA I. 2017. Mortalidad neonatal en el Estado Plurinacional de Bolivia: desigualdades territoriales en el acceso a los servicios de salud. Notas de Población N°104. Pág. 62.

Las políticas establecidas por el Plan de Desarrollo Económico y Social 1997-2002 como la Nutrición Básica y la Atención Primaria de Salud, en lo que refiere a reducir la desnutrición global moderada, grave y en incrementar las condiciones de nutrición de la madre gestante respectivamente, no se cumplen en el primer periodo de investigación, contrastando con la evidencia empírica.

Acorde al Plan Nacional de Desarrollo” Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien”, la política de Solidaridad que consiste en erradicar la desnutrición, no se cumple en su totalidad en el segundo periodo de investigación y queda sustentado con la evidencia empírica de la prevalencia de bajos niveles de nutrición y deficiente asignación de hierro en la madre gestante. La ley N° 3250 de la ampliación del Seguro Universal Materno Infantil, el D.S. 0066 del Bono Juana Azurduy y el D.S. 29061 del modelo Salud Familiar Comunitario Intercultural, no se cumplen en su totalidad, se evidencia la prevalencia de los obstáculos geográficos, económicos y de exclusión social.

Se observa que persiste la anemia en mujeres embarazadas a consecuencia de la deficiente alimentación, nutrición y especialmente de ingesta de hierro, los cuales como ya se indicó son de gran relevancia que, aportan en gran medida a la salud de la madre gestante. El comportamiento desfavorable se constata en el Gráfico N° 11 que presenta en promedio 35% de mujeres embarazadas con anemia, incrementándose en el segundo periodo comprendido los años 2006 a 2011 a 36% y de 2012 a 2016 a 37%.

La alimentación y nutrición que recibe la madre, antes y durante el periodo de gestación, también lo recibe el niño. La madre gestante con una inadecuada nutrición y escasa dotación de hierro tiene una mayor probabilidad de tener un recién nacido con bajo peso.

La evidencia empírica permite demostrar que se cumple con la teoría de Schejtman<sup>160</sup>, quien plantea que los problemas más agudos en materia de nutrición son la anemia por deficiencia de hierro. La anemia materna es especialmente dramática por ocasionar el retraso del desarrollo intrauterino.

---

<sup>160</sup> SCHEJTMAN A. 1994. Economía política de los sistemas alimentarios en América Latina. Organización de las Naciones Unidas para la alimentación. Santiago de Chile. Pág. 75.

### **3.6. COMPORTAMIENTO DEL PORCENTAJE DE RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO**

El recién nacido con bajo peso es sinónimo de desnutrición y del retardo intrauterino, generalmente es originada por la deficiente utilización de nutrientes y/o malnutrición que se inicia durante la gestación. Se destaca otras causas, la edad y el bajo peso de la madre, la educación y la economía desfavorable de los padres, antecedentes de hermanos con bajo peso al nacer, control prenatal inadecuado, estrés, ansiedad, drogas, tabaco y alcohol por parte de la madre. Según la OMS un recién nacido con bajo peso es todo aquel que nace pesando menos de 2.500 gramos.

La desnutrición es un problema de gran relevancia en la población infantil de Bolivia. Problema que no se puede erradicar por motivos sociales, económicos y políticos. Sin embargo, es una prioridad para el sistema de salud. Para combatir el bajo peso de los recién nacidos es necesario priorizar los micronutrientes, además de las vitaminas y minerales, con prioridad la lactancia y alimentación inmediata en los primeros días de vida.

Entre 1998 y 2003, la desnutrición presenta una reducción de 5.5%, aspecto que continúa limitando el crecimiento de los niños y niñas y por este problema son altamente vulnerables a infecciones y otras enfermedades. Un indicador asociado a desnutrición es el porcentaje de niños y niñas con bajo peso al nacer (menos de 2,500 gramos) que entre 2002 y 2004 se mantuvo en una proporción de alrededor 5%, situación atribuible a las malas condiciones de salud y cuidado de las madres<sup>161</sup>, tal situación se constata en el Gráfico N° 13 que, en la gestión 2002 presenta 4.67% y se incrementa en 2004 a 5.52%.

En la gestión 2002 se determina que en Bolivia la cantidad de educación recibida por la mujer tiene gran correlación con el estado nutricional de sus niños: 44% de los niños nacidos de madres sin educación son desnutridos, comparados con 34% de aquellos nacidos de madres con educación básica<sup>162</sup>.

---

<sup>161</sup> Viceministerio de Género y Asuntos Generacionales. Bolivia: Informe de Progreso “Un mundo apropiado para los niños”; 2002-2006. Pág. 16.

<sup>162</sup> Economía. 7 de marzo de 2002. Un tercio de las mujeres en Bolivia son anémicas y tienen bajo peso.

La gestión 2004, presenta el rezago en el pago de los Formularios de Prestaciones Otorgadas por parte de los municipios, hace que los establecimientos de salud no cuenten con recursos para retirar los jarabes de hierro de las Unidades Regionales del Central de Abastecimiento de Medicamentos Esenciales. El PAI muestra algunas dificultades para alcanzar las metas. A septiembre de 2004 la cobertura de vacunación alcanza 60%, mientras que a ese mismo periodo en 2003 la cobertura es de 71%<sup>163</sup>.

Bolivia registra 5.8% de recién nacidos con bajo peso al nacer, durante el año 2000, nacieron 8.165 niños que incluye a niños muertos y vivos, los cuales registraron bajo peso al momento de nacer, es decir, menor a 2,500 gramos<sup>164</sup>.

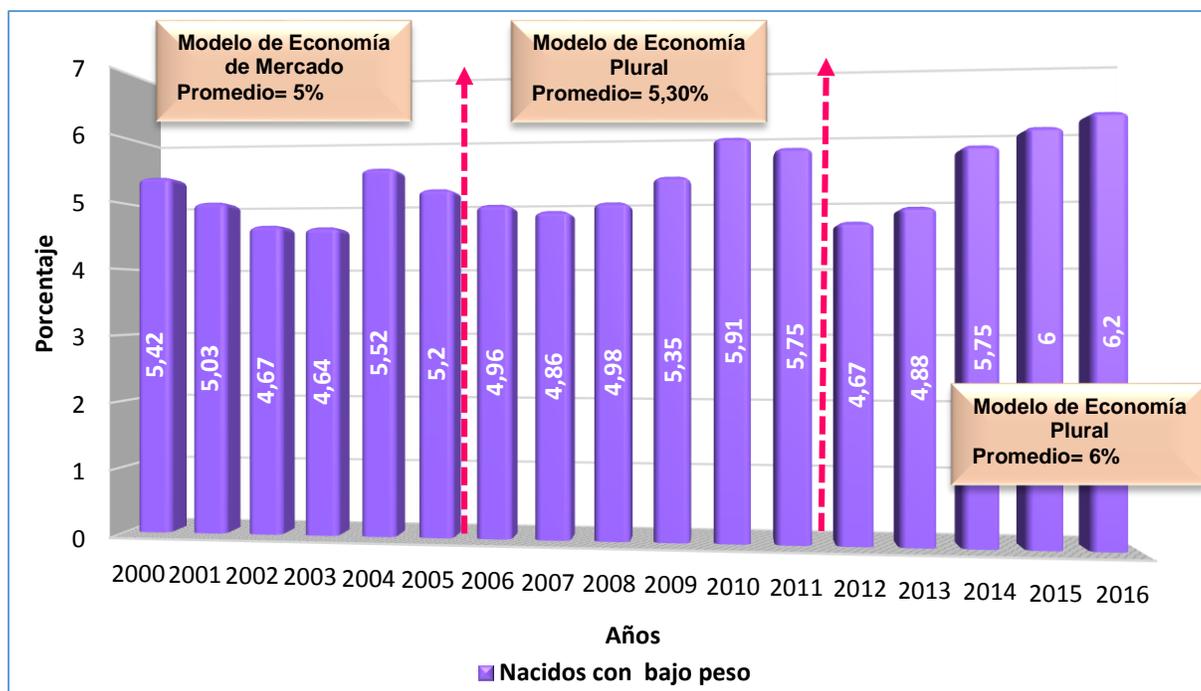
Como ya se indicó el peso del recién nacido, es fruto de la inadecuada nutrición y escasa concentración de hierro en la madre en el periodo antes y durante la gestación, por lo tanto, el recién nacido presenta deficiencias nutricionales, y escasa dotación de hierro. La solución al problema de salud puede ser mediante la dotación de hierro en forma preventiva, pero se requiere superar los problemas detectados y descritos con anterioridad.

---

<sup>163</sup> IBID 158-Pàg. 28.

<sup>164</sup> Economía. Bolivia registra 5.8% de recién nacidos con bajo peso al nacer. 3 de octubre 2001.

**Gráfico N°13: Recién nacidos con bajo peso; 2000-2016  
(Porcentaje)**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística-INE  
Elaboración Propia

De 2006 a 2011 del segundo periodo, el porcentaje de recién nacidos con bajo peso, presenta un crecimiento notable con un promedio de 5.30% y de 2012 a 2016 de igual manera se observa un crecimiento y presenta en promedio 6%.

El Bono Juana Azurduy (2009), una transferencia monetaria condicionada, tiene por objeto incrementar el capital humano, de incentivar a la población para la inversión respectiva, influye en la salud infantil con respecto a los nacimientos vivos y peso al nacer. Cabe destacar que el bajo peso del recién nacido es la principal causa de la mortalidad neonatal y una de las principales de la mortalidad infantil menores de un año.

El bono otorga incentivos monetarios para permitir mayor cobertura de acceso a los servicios de salud, sin embargo, el objetivo del bono no se cumple en su totalidad por factores mencionados anteriormente. El acceso superior a 3 controles prenatales disminuye la probabilidad de tener un niño o niña con bajo peso al nacer.

La mortalidad neonatal presenta poco avance entre 1994 y 2008, es más, la tasa de mortalidad neonatal se mantuvo sin cambios entre 2003 y 2008 en 27 por mil nacidos vivos, identificándose como un nudo crítico para avanzar en la reducción de la mortalidad<sup>165</sup>.

Un indicador para medir las mejoras en la salud y nutrición durante el periodo prenatal es el peso del niño al nacer, este indicador está correlacionado con la mortalidad y morbilidad neonatal. A nivel nacional, no se detecta efectos del programa en ninguno de los indicadores de peso al nacer, sin embargo en el ámbito urbano, la probabilidad de nacimientos con bajo peso se redujo en 8,3 puntos porcentuales en el grupo atendido por el Bono Juana Azurduy<sup>166</sup>.

La atención profesional de los médicos influye significativamente en la salud materno-infantil, la atención antes, durante y después del parto permite prevenir enfermedades y tratamiento de problemas de salud que, de esta forma evita complicaciones en la madre y en el recién nacido. La atención a domicilio contribuye a la supervivencia del recién nacido que además incentiva la lactancia materna, la higiene y las vacunas respectivas. Generalmente las madres que son atendidas en centros de salud no regresan para sus controles, a consecuencia de los obstáculos económicos, geográficos y exclusión social.

Las madres del área urbana con ingresos relativamente altos acceden con frecuencia a los servicios de salud mediante el SUMI, durante el embarazo disminuye notablemente los riesgos de tener un recién nacido con bajo peso. El Seguro Universal Materno Infantil no llega a las áreas rurales, éstas áreas se encuentran condicionadas al acceso de los servicios de salud a consecuencia de la distancia de los centros de salud al hogar, baja cobertura, falta de personal especializado, necesidades de equipamiento e infraestructura en centros de salud.

El estado de salud del recién nacido con bajo peso puede agravarse al no recibir inmediatamente la alimentación adecuada. El factor más relevante en este caso es la leche materna, que generalmente los bebés que no reciben el respectivo alimento son los

---

<sup>165</sup> IBID 157- Pág. 42.

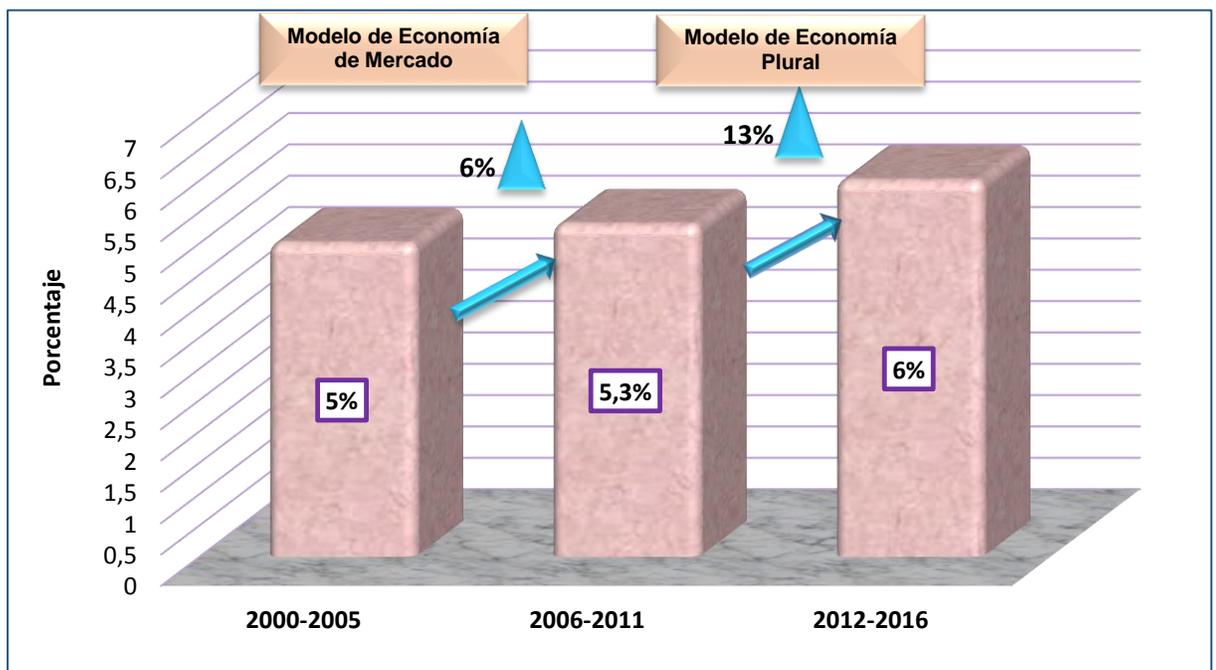
<sup>166</sup> IBID 157-Pág. 108.

que nacieron con bajo peso, los que permanecen en incubadoras o aquellos que perdieron a la madre. En la gestión 2006 se aprueba la Ley de Fomento a la Lactancia Materna, el cual permite que bebés accedan al alimento necesario para su desarrollo, incrementándose en la gestión 2012.

Posteriormente en la gestión 2014 inicia el proyecto del Banco de leche materna en el Hospital de la Mujer , con una inversión de Bs. 1.537.735 y con el apoyo de la Agencia de Cooperación de Brasil, el cual consta de donaciones para aquellos niños que no presentan acceso a la leche materna, el mencionado proyecto logra disminuir probabilidad de muerte de niños nacidos con bajo peso o prematuros, además de mejorar la salud del niño, sin embargo en la gestión 2015 por falta de donaciones no se logra concluir la red de leche materna en el país, consecuentemente el bajo peso al nacer y sus consecuencias del mismo prevalecen.

### 3.6.1. COMPARACIÓN DE PERIODOS.

**Gráfico N°14: Comparación promedio de recién nacidos con bajo peso en Bolivia; 2000-2016 (Porcentaje)**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística -INE  
Elaboración Propia.

En el Gráfico N° 14, se observa que en el primer periodo comprendido entre los años 2000 y 2005, el porcentaje de recién nacidos con bajo peso presenta en promedio 5%, incrementándose en el segundo periodo de 2006 a 2011 a 5,30%, y de 2012 a 2016 a 6%, comparando periodos presenta un incremento de 6% y 13% (Ver Anexo N°12).

En el primer periodo de investigación acorde al Plan General de Desarrollo Económico y Social 1997-2002, la política de Nutrición Básica en lo que se refiere a reducir el déficit de micronutrientes en la infancia y la política de Atención Primaria de Salud con respecto a incrementar las condiciones de nutrición del recién nacido, no se cumplen, observándose la prevalencia del bajo peso al nacer a consecuencia de la mala alimentación y deficiencias en la asignación de micronutrientes en los niños.

En el segundo periodo de investigación el Plan Nacional de Desarrollo” Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien” no presenta ninguna política dirigida al beneficio de recién nacidos con bajo peso, por lo tanto, la evidencia empírica demuestra la prevalencia del porcentaje de niños con bajo peso al nacer. La ley N° 3250 de la ampliación del Seguro Universal Materno Infantil, el D.S. 0066 del Bono Juana Azurduy y el D.S. 29061 del modelo Salud Familiar Comunitario Intercultural, no se cumplen en su totalidad, se evidencia la existencia de los obstáculos geográficos, económicos y de exclusión social.

Los recién nacidos con bajo peso presentan un deficiente desarrollo físico y mental, problemas de aprendizaje y lenguaje, se reduce la posibilidad de convertirse en adultos productivos. Este problema incide de manera significativa en la educación, en los rendimientos laborales que se traducen a su vez en días perdidos por enfermedades, en la eficiencia de la productividad y en los años de vida útil.

Se evidencia el aporte de Strauss y Dietz<sup>167</sup>, que señala que un retardo de crecimiento está asociado con el desarrollo reducido de lenguaje e inteligencia.

Según la OMS<sup>168</sup>, una población sana es más productiva y los niños y niñas se convierten en adultos productivos, el incremento de inversión en salud se traduce en

---

<sup>167</sup> STRAUSS S. y DIETZ H. 1998. Crecimiento y desarrollo de niños nacidos a término con bajo peso al nacer: efectos de factores genéticos y ambientales. Pág. 67.

ingresos anuales que se podrían emplear en mejorar las condiciones de vida de los países más pobres.

Se cumple con la teoría de Grossman<sup>169</sup>, que considera que la salud es un bien perdurable, los individuos demandan la salud por dos razones, la primera es como un bien de consumo ya que la salud manifiesta bienestar en el individuo y segundo es como un bien de inversiones que se traduce en la generación de ingresos monetarios, es decir en productividad del individuo en el trabajo.

---

<sup>168</sup> Organización Mundial de la Salud, es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial.

<sup>169</sup> GROSSMAN M. 1975. "Un concepto de capital de salud y demanda de salud". diario de economía política. Pág. 80.

# **CAPÍTULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## **CAPÍTULO IV**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **4.1 CONCLUSIONES**

##### **4.1.1. Conclusión General**

El estudio de investigación plantea la importancia de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública para mejorar el Sector Salud, evidenciándose el incumplimiento de las políticas referidas a mejorar la salud de la madre gestante y del recién nacido, planteadas por el Plan General de Desarrollo Económico y Social 1992-2002 y por el Plan Nacional de Desarrollo” Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien” 2006-2011.

La evidencia empírica sustenta que, en el primer periodo de estudio se dinamiza el tipo de proyecto de planificación y prevención y en el segundo periodo de estudio el Estado asigna mayores recursos al Sector Salud para incrementar la ejecución presupuestaria, sin embargo, se dinamiza el tipo de proyecto de infraestructura y no así de planificación y prevención, que es de gran relevancia para mejorar el Sector Salud.

##### **4.1.2. Conclusiones Específicas**

###### **a) Conclusión Específica 1**

En el primer periodo el comportamiento del Presupuesto de Inversión Pública programado y ejecutado del Sector Salud expresa una ejecución promedio de 81%, de 2006 a 2011 del segundo periodo en promedio la ejecución decrece a 71% y de 2012 a 2016 alcanza sólo el 58%. Se destaca que en el segundo periodo se incrementan los recursos en el Sector Salud, no obstante, los recursos no son ejecutados eficientemente.

En ambos periodos prevalece la programación que la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública, a consecuencia del incumplimiento de la programación financiera de la fase de ejecución del Ciclo de vida del proyecto postulado por los autores: Nassir Sapag Chain-Reynaldo Sapag Chain, Karen Marie Mokate y las Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública.

### **b) Conclusión Específica 2**

En el primer periodo la ejecución de la inversión pública en el tipo de proyecto de planificación y prevención presenta en promedio Bs. 126 millones y correspondiente a infraestructura Bs. 85 millones. La evidencia empírica demuestra el cumplimiento de las políticas de Formación y salud integral y Promoción de la salud, y no así en su totalidad con la Ley N°2426 del SUMI.

De 2006 a 2011 del segundo periodo de investigación la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en el tipo de proyecto de infraestructura se incrementa a Bs. 167 millones y decrece notoriamente en planificación y prevención a Bs. 63 millones; de 2012 a 2016 la ejecución presupuestaria en infraestructura se incrementa significativamente a Bs. 685 millones y correspondiente a planificación y prevención presenta un leve incremento a Bs. 116 millones. La evidencia empírica sustenta que no se cumple en su totalidad con la política del Sistema Único Intercultural y Comunitario.

En el periodo de estudio, se observa un comportamiento considerablemente creciente con respecto al tipo de proyecto de infraestructura y decreciente en planificación y prevención. La dotación de infraestructura, repercute significativamente en la salud de la población y esto a su vez en la capacidad humana. Se evidencia la teoría de Theodore Schultz, quien señala que la inversión en equipos y servicios de salud es el factor más relevante que contribuye a mejorar la capacidad humana.

### **c) Conclusión Específica 3**

En el primer periodo los proyectos son ejecutados con mayor financiamiento externo, provenientes del Crédito Externo y Donaciones, representa en promedio Bs. 182 millones y la ejecución con financiamiento interno Bs. 155 millones. De 2006 a 2011 del segundo periodo la ejecución de los proyectos con financiamiento externo decrece a Bs. 173 millones y se incrementa significativamente el financiamiento interno a Bs. 374 millones; de 2012 a 2016 la participación del financiamiento externo se reduce a Bs. 152 millones y el financiamiento interno predomina con un promedio de Bs. 1.043 millones.

La evidencia empírica permite demostrar que, la intervención del Estado provoca una reducida dependencia del financiamiento externo a consecuencia de los recursos provenientes del IDH. De esta forma se destinan mayores recursos al Sector Salud para una mayor ejecución presupuestaria.

La evidencia empírica demuestra el cumplimiento del paradigma de Ricardo Cibotti - Enrique Sierra y Richard Musgrave, que consiste en la necesaria intervención del Estado en favor de la economía y es una condición necesaria para corregir los desequilibrios del mercado mediante políticas y normas.

#### **d) Conclusión Específica 4**

En promedio el porcentaje de mujeres embarazadas con anemia en el primer periodo está representado por 35%, incrementándose en el segundo periodo de 2006 a 2011 y de 2012 a 2016 a 36% y 37% respectivamente. Se constata el comportamiento creciente de la anemia en mujeres embarazadas a consecuencia de la continua deficiencia nutricional y escasa cobertura de dotación de hierro.

La evidencia empírica sustenta el incumplimiento de la política de Nutrición Básica referida a reducir la desnutrición y la política de Atención Primaria de Salud con respecto a incrementar la nutrición de la madre gestante del Plan de Desarrollo Económico y Social 1997-2002 y con la política de Solidaridad del Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien”.

Se demuestra mediante la evidencia empírica el cumplimiento de la teoría de Schejtman, quien plantea que los problemas más agudos en materia de desnutrición son la anemia por deficiencia de hierro. La anemia materna es especialmente dramática por ocasionar el retraso del desarrollo intrauterino. No se cumple con la teoría de Baly, quien plantea que el incremento en la inversión mejora la salud.

### **e) Conclusión Específica 5**

En el primer periodo, el promedio de recién nacidos con bajo peso es de 5%, incrementándose en el segundo periodo de 2006 a 2011 a 5,30%, y de 2012 a 2016 a 6%. Se puede evidenciar la prevalencia del recién nacido con bajo peso, a consecuencia de las deficiencias nutricionales de micronutrientes, vitaminas y minerales que son transferidos por la madre antes y durante el periodo de gestación.

La evidencia empírica permite demostrar que no se cumplen con la política de Nutrición Básica con respecto a reducir el déficit de micronutrientes en la infancia y con la política de Atención Primaria de Salud en lo que refiere a incrementar la nutrición del recién nacido del Plan General de Desarrollo Económico y Social 1997-2002.

Se evidencia el cumplimiento de la teoría de Strauss y Dietz que plantean que un retardo en el crecimiento está asociado con el desarrollo reducido en la inteligencia; y el cumplimiento de la teoría de Grossman que considera que individuos demandan la salud por dos razones, la primera como un bien de consumo y la segunda como un bien de inversión.

### **4.2 APORTE DE LA INVESTIGACIÓN EN LA MENCIÓN**

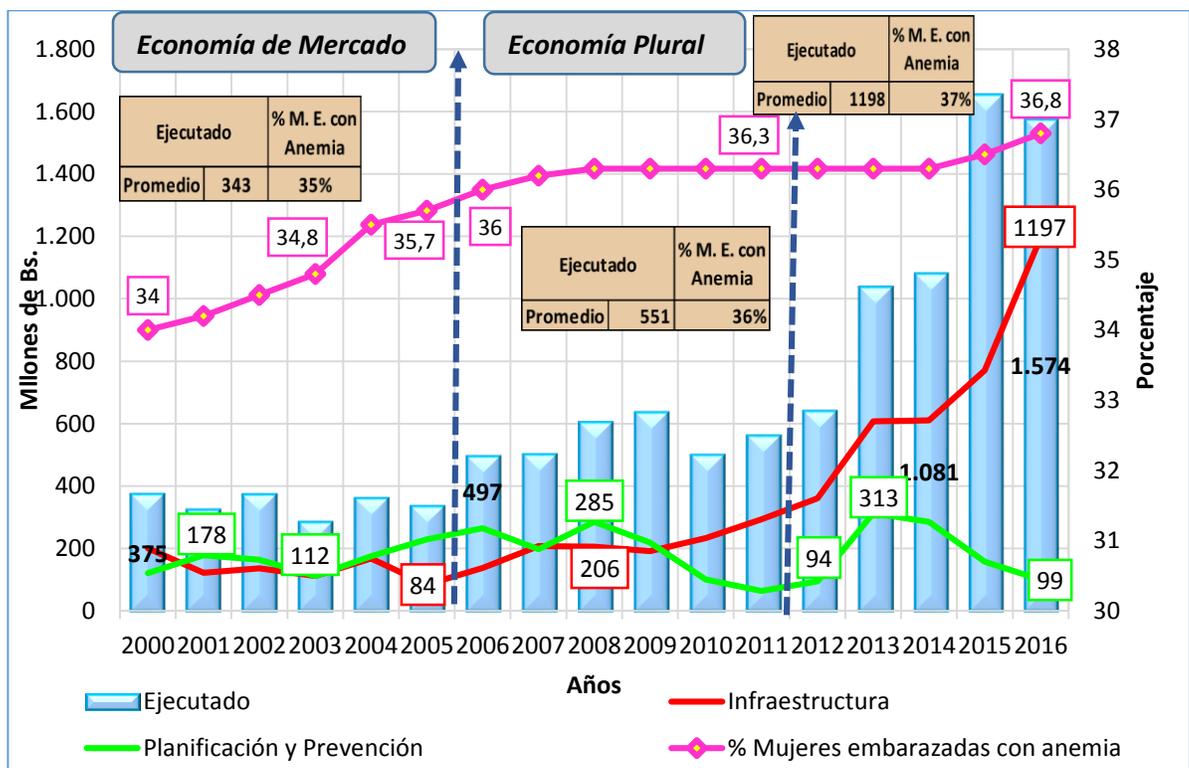
El aporte de la investigación en la mención de Gestión de Proyectos y Presupuesto es haber identificado la relación inversa entre la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública y los indicadores del Sector Salud, es decir que el crecimiento de la inversión reduce el porcentaje de mujeres embarazadas con anemia y recién nacidos con bajo peso.

Persiste el financiamiento interno y externo en la ejecución de proyectos y programas, destacándose mayor inversión en el tipo de proyecto infraestructura. La evidencia empírica destaca el papel del Estado en la economía y su intervención a través de políticas públicas, asignando mayores recursos al Sector Salud en el segundo periodo para incrementar la ejecución de los proyectos.

### 4.3 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

**“LOS INCREMENTOS EN LA EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN PÚBLICA EN SALUD NO CONTRIBUYEN A MEJORAR LOS INDICADORES DE MUJERES EMBARAZADAS CON ANEMIA Y RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO”.**

**Gráfico N°13: Ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud y el porcentaje de mujeres embarazadas con anemia; 2000-2016 (Millones de Bs. y Porcentaje)**



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE)-Banco Mundial(BM)  
 Elaboración Propia

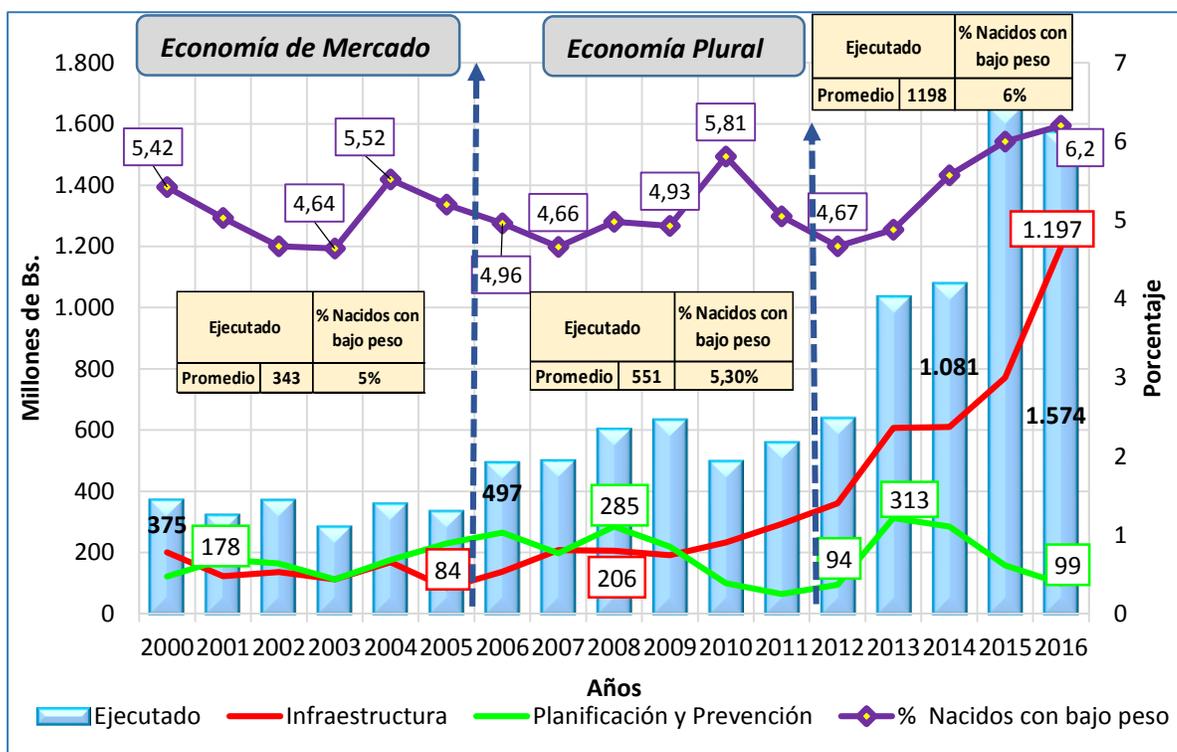
**Se acepta la Hipótesis**, la ejecución presupuestaria del Sector Salud presenta una tendencia creciente en el periodo de investigación a consecuencia del crecimiento de la ejecución presupuestaria en el tipo de proyecto de infraestructura y no así en planificación y prevención que presenta una notable reducción.

Los beneficios de la ejecución en el tipo de proyecto de infraestructura quedan limitadas a consecuencia de que el gobierno no dinamiza planificación y prevención a través de la ejecución de proyectos, cumpliendo con las políticas planteadas por el Plan Nacional y con las leyes, cuyo objetivo es disminuir la desnutrición e incrementar la promoción y prevención de enfermedades y erradicar obstáculos para permitir el acceso de la población a los servicios de salud.

Se observa en el Gráfico N°13, en el primer periodo, un comportamiento oscilante de la ejecución presupuestaria del Sector Salud, con un promedio de Bs. 343 Millones y una tendencia creciente del porcentaje de mujeres embarazadas con anemia, con un promedio de 35%.

De 2006 a 2011 del segundo periodo, se observa una ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud con un promedio de Bs. 551 Millones y un crecimiento del porcentaje de mujeres embarazadas con anemia a 36%, de 2012 a 2016 la ejecución de la inversión pública presenta un comportamiento creciente, en promedio presenta Bs. 1.198 Millones y mujeres embarazadas con anemia 37%.

**Gráfico N°14: Ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud y el porcentaje de recién nacidos con bajo peso; 2000-2016 (Millones de Bs. y Porcentaje)**



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE)-Instituto Nacional de Estadística (INE)  
Elaboración Propia

De acuerdo al Gráfico N°14, se puede observar que, en el periodo de investigación, la ejecución presupuestaria del Sector Salud presenta una tendencia creciente, y un crecimiento del porcentaje de recién nacidos con bajo peso. Se puede evidenciar en el primer periodo que el 5% representa 43.389 recién nacidos con bajo peso, en el segundo periodo comprendido de 2006 a 2011 el 5,30% equivale a 41.906 y de 2012 a 2016 el 6% representa 62.431.

Según Baly el incremento de la inversión se traduce en mayor beneficio para la población, es decir, presenta una mejora en los indicadores del Sector Salud, sin embargo, se observa en la investigación que, el incremento de la ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública no mejoran los indicadores del Sector Salud, es decir, que el porcentaje de mujeres embarazadas con anemia y recién nacidos

con bajo peso se incrementan paralelamente con la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública.

#### **4.4 EVIDENCIA TEÓRICA**

El paradigma de Enrique Sierra - Ricardo Cibotti y Richard Musgrave sostienen que la intervención del Estado es esencial para guiar, corregir y complementar las decisiones del mercado, el mecanismo del mercado no puede realizar todas las funciones económicas. El Estado interviene a través de sus acciones de producción de bienes y servicios, regulación, acumulación y de financiamiento, además de sus funciones de asignación, distribución y estabilización.

Se evidencia que la intervención del Estado repercute en el segundo periodo, a través de la asignación de recursos para satisfacer las necesidades de la población, incrementa la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud a consecuencia de la mayor participación de los recursos internos.

La implementación de un proyecto es de vital importancia para resolver necesidades humanas, a través del cumplimiento de las fases del ciclo de vida de los proyectos que es establecido por la teoría de Nassir y Reinaldo Sapag Chain y Karen Marie Mokate y las Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública. En ambos periodos los proyectos del Sector Salud presentan mayor programación que ejecución presupuestaria, a consecuencia del incumplimiento de la programación financiera de la fase de ejecución del ciclo de vida de los proyectos.

En la investigación se evidencia que invertir en la salud de los niños es significativo en el futuro, influye de manera positiva en los rendimientos laborales y mejora sus condiciones de vida. Se cumple la teoría de Michael Grossman (1975), quien señala que la salud es demandada como un bien de consumo y como un bien de inversiones.

La evidencia empírica sostiene que la anemia en mujeres embarazadas repercute de manera desfavorable en el desarrollo del recién nacido, se cumple con la teoría de Schejtman (1994) quien sostiene que el problema más agudo en materia de nutrición es la anemia y es especialmente dramática por ocasionar el retraso del desarrollo intrauterino. Se evidencia que la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública y los

indicadores del Sector Salud presenta un crecimiento paralelo, es decir, se incumple con la teoría de Baly (2001) quien señala que el incremento de la inversión se traduce en mayor beneficio para la población y se refleja a través de una mejora en los indicadores del Sector Salud.

## **4.5 RECOMENDACIONES**

### **4.5.1. Recomendaciones Específicas**

#### **a) Recomendación Específica 1**

Intensificar el control mediante el Órgano Rector para el cumplimiento de la fase de ejecución del ciclo de vida de los proyectos, controlando la programación y ejecución eficiente del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud, priorizando la satisfacción de las necesidades humanas de la población.

#### **b) Recomendación Específica 2**

Implementar un mecanismo de control para el cumplimiento de las leyes y políticas con lineamientos estratégicos respecto al Sector Salud planteados por el Plan Nacional en su totalidad, especialmente del tipo de proyecto de planificación y prevención de enfermedades.

#### **c) Recomendación Específica 3**

Fortalecer la participación del financiamiento interno, intensificando la asignación de recursos al Sector Salud para la ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública a través de la reducción del uso discrecional de los recursos.

#### **d) Recomendación Específica 4**

Ampliar la cobertura de dosis suplementaria de hierro, realizando protocolos de atención preventiva por parte del personal de hospitales y centros de salud, erradicando los obstáculos económicos, geográficos y de exclusión social, especialmente en el área rural, para mejorar el estado nutricional de la madre gestante.

**e) Recomendación Específica 5**

Fomentar la adecuada y temprana implementación de micronutrientes, vitaminas y minerales para el fortalecimiento físico e intelectual del recién nacido con bajo peso.

# **BIBLIOGRAFÍA**

## BIBLIOGRAFÍA

- ADHEMAR D. y VELÁSQUEZ E. 2005. Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas. Financiamiento de Programas Públicos de Salud en Bolivia casos: Chagas, Malaria, Tuberculosis e Inmunizaciones. 1999-2005. Bolivia. Pág. 8.
- ANDERSEN, L. BRANISA, B. y CANELAS, S. 2016. El ABC del Desarrollo en Bolivia. Fundación INESAD: La Paz-Bolivia. Pág. 208.
- ARNEZ M. Financiamiento de la Inversión boliviana y sus perspectivas futuras. Pág. 5.
- BALY A. 2001. La Economía de la Salud, la eficiencia y el Costo de Oportunidad. Cuba. pp.1-4
- BOLIVIA. 6 de diciembre de 2005. Ley N°3250. Ampliación del SUMI. Artículo 1°.
- BOLIVIA. 11 de junio de 2008. Decreto Supremo N° 29601. Salud Familiar Comunitario Intercultural. Artículo 4°.
- BOLIVIA. 2009. Decreto Supremo. N° 0066. Bono “Juana Azurduy”. Artículo 1°
- BOLIVIA. 21 de diciembre de 1999. Ley N° 2042. Ley de Administración Presupuestaria. Artículo 4°.
- BOLIVIA. 21 de noviembre de 2002. Ley N° 2426. Ley del Seguro Universal Materno Infantil. Artículo 1°.
- BOLIVIA. 30 de diciembre de 2013. Ley N° 475. Ley de Prestaciones de servicios de salud integral. Artículo 2°.
- BOLIVIA. Decreto Supremo N° 29894. Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional. Artículo 5°.
- BOLIVIA. Febrero 7 de 2009. Nueva Constitución Política del Estado. Artículo 35°.

- BOLIVIA. Ministerio de Hacienda. 2003. Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública. Pág. 5. Artículo 8°.
- BOLIVIA. Ministerio de Planificación de Desarrollo. 2012 Reglamento específico del Sistema Nacional de Inversión Pública. Pág. 5. Artículo 9°.
- BOLIVIA. Ministerio de Planificación del Desarrollo. Plan General de Desarrollo Económico y Social. 1997-2002. Bolivia XXI País Socialmente Solidario. Pág.23.
- BOLIVIA. Ministerio de Planificación del Desarrollo. Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien”. 2006-2011. Pág. 24.
- BOLIVIA. 20 de Julio de 1990. Ley N° 1178. Ley SAFCO. Artículo 8°.
- CABEZAS D. 2011. Prevalencia de Anemia Nutricional en el Embarazado, en centros de salud Sarcobamba y Solomon Klein. Bolivia. Pág. 2.
- CAÑIBANO C. El Capital Humano: Factor De Innovación, Competitividad Y Crecimiento. Universidad Rey Juan Carlos. Sexto Congreso de Economía de Navarra. pp 257-258.
- CÁRDENAS R. Presupuestos Teoría y Práctica. 2° Edición. Pág.3.
- CARDONA M. 2009. Capital Humano: Una Mirada Desde La Educación y la Experiencia Laboral. Universidad Eafit. Pág. 18.
- CATAFORA A. 2015. El Modelo Económico Social Comunitario Productivo. Eco plural. 15° Edición. Pág. 6.
- CEBEM. Política de salud en el periodo post nueva Constitución Política del Estado. P 12.
- CIBOTTI R. y SIERRA E. 2005. El Sector Público en la Planificación del Desarrollo. 4° Edición. Cap. I. pp 15-22.
- Constitución Política del Estado. 12 de agosto de 1994. Título segundo Régimen social.

- DIAZ DE IPARRAGUIRRE M. 2009. La Gestión Compartida Universidad-Empresa En La Formación Del Capital Humano, Su Relación Con La Promoción De La Competitividad Y El Desarrollo Sostenible. Caracas. pp 51-53.
- Economía. 7 de marzo de 2002. Un tercio de las mujeres en Bolivia son anémicas y tienen bajo peso.
- Economía. Bolivia registra 5.8% de recién nacidos con bajo peso al nacer. 3 de octubre 2001.
- Encuesta de Demografía y Salud. 2003. Bolivia. Pág. 215.
- FALGUERAS I. 2008. El Capital Humano En La Teoría Económica: Orígenes Y Evolución. Temas Actuales De Economía. Volumen 2. pp 31-35.
- Financiera del Desarrollo. Infraestructura de Salud.
- FONTAINE E. R. 2008. Evaluación Social de Proyectos. Edición. 13°. pp. 1-3. pp 36-39.
- FUERTES C. y MARTINEZ S. 2015. UDAPE. Evaluación del Impacto Programa de Salud Materno Infantil “Bono Juana Azurduy”. Bolivia. 1° Edición. Pág. 106.
- FUNDACIÓN JUBILEO. 2017. A 12 años del IDH Más Gasto que Inversión. Pág.39.
- FUNDACIÓN JUBILEO. Bolivia tiene menor dependencia de la cooperación internacional. Bolivia. Reporte de coyuntura N° 24. junio 2014. Pág. 10.
- GONZALES A. 2017. Para el fondo no hay sitio. Bolivia. Pág. 1.
- GROSSMAN M. 1975.” Un concepto de capital de salud y demanda de salud”. diario de economía política. Pág. 80.
- HERRERA C. y RODRIGUEZ C. 2002. La Economía de la salud: ¿Debe ser de interés para el campo sanitario? pp 359-361
- Instituto Nacional de Estadística. Censo 2012.
- Instituto Nacional de Estadística. Censo de Población y Vivienda 2012 Bolivia. Características de la Población Pág. 11.

- JUBILEO. 2017. La desaceleración de la economía empieza a afectar a los más pobres. Pág. 3.
- LAGRAVA I. 2017. Mortalidad neonatal en el Estado Plurinacional de Bolivia: desigualdades territoriales en el acceso a los servicios de salud. Notas de Población N°104. Pág. 62.
- LARRAIN F. y SACH J. 2002. Macroeconomía en la Economía Global. 2° Edición. Editorial Pearson Education S.A. Capítulo. 15. Pág. 509.
- LEDO, C. 2011. Sistema De Salud de Bolivia. Pág. 110.
- MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. 2010. Memoria de la Economía Boliviana. Bolivia. Pág. 83.
- MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. 2012. Memoria Fiscal 2012. Pág. 160.
- MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. 2013. Memoria de la economía boliviana. Pág. 157.
- MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. Economía Plural “El Modelo Neoliberal vs. El Nuevo Modelo”, publicación mensual. N°1. Septiembre. 2011. Pág. 11.
- MINISTERIO DE SALUD e INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. 2017. Encuesta de Demografía Salud 2016. Pág. 29.
- MINISTERIO DE SALUD. 2014. Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Pág. 11.
- MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. 2015. Memoria de la economía boliviana. pp. 191-192.
- MOKATE K. 2004. Evaluación Financiera de Proyectos de Inversión. 2° Edición. pp 1-18.
- MORALES R. 2012. El Desarrollo visto desde el SUR. La Paz-Bolivia. INESAD. Ciess-econométrica. pp.81-83.
- MUSGRAVE R. A. 1999. Hacienda Pública Teórica Y Aplicada. 5° Edición. Editorial McGraw-Hill. Capítulo 1. pp. 4-9.

- Organización Mundial de la Salud. Ministerio de sanidad y consumo de la salud. Promoción de la Salud. Pág. 11.
- Política Nacional de Salud 2004. Página 20
- Presupuesto General del Estado. 2010. Reporte coyuntural N°9.
- PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. 2016. Informe sobre Desarrollo Humano.
- Resolución Suprema N° 216779. 21 de Julio de 1996. Normas Básicas del Sistema Nacional de Planificación Artículo 12°.
- ROMÁN J. y CHIRINOS R. 2013. Estrategia de Implementación del marco de Asociación País en el Sector de la Salud-Bolivia. Bolivia. Pág. 92.
- SALAMANCA A. 2008. Documento país Bolivia. Pág.6.
- SAMPIERI H. y FERNÁNDEZ C. 2006. “Metodología de la Investigación”. Cuarta Edición. Mc Graw Hill. Pág. 4.
- SAPAG N. y SAPAG R. 2007. Preparación y Evaluación de Proyectos. 5° Edición. México. McGraw Hill, pp 1-25.
- SCHEJTMAN A. 1994. Economía política de los sistemas alimentarios en América Latina. Organización de las Naciones Unidas para la alimentación. Santiago de Chile. Pág. 75.
- STIGLITZ J. 2000. Economía del Sector Público. 3° edición. pp 24-25.
- STRAUSS S. y DIETZ H. 1998. Crecimiento y desarrollo de niños nacidos a término con bajo peso al nacer: efectos de factores genéticos y ambientales. Pág. 67.
- Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas. 2001. Evaluación de la economía 2000: Bolivia. Pp 32-33
- Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas. 2001. Bolivia: Evaluación de la Economía 2000. pp 32-33.
- Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas. 2003. Bolivia: Evaluación de la Economía 2002. Pág. 40.

- Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas. 2005. Bolivia: Evaluación de la Economía 2004. Pág. 41
- Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas.2005. Evaluación de la economía 2004. Pág. 28.
- URRIOLA R. 2011. Economía y Salud: Aportes y experiencias en América Latina. Chile. Pág. 17
- VALENZUELA R. 2013. Economía de la Salud. Santiago de Cuba. pp 80-90.
- VARGAS U.\_2003. Promoción, Prevención y Educación para la Salud. 1° Edición Costa Rica Pág. 45.
- Viceministerio de Género y Asuntos Generacionales. Bolivia: Informe de Progreso “Un mundo apropiado para los niños”; 2002-2006. P. 16.
- VICEMINISTERIO DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD FISCAL. Glosario de Conceptos y Definiciones.2010. pp.75-79.

# **ANEXOS**

## ANEXOS

### ANEXO N°1

#### CUADRO N°1: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR SUB SECTORES DEL SECTOR SOCIAL; 2000-2016 (Millones de Bs.)

AÑO	SALUD	EDUCACIÓN	SANEAMIENTO BÁSICO	URBANISMO Y VIVIENDA	TOTAL
2000	375	515	561	305	1756
2001	325	707	491	424	1947
2002	374	674	319	399	1766
2003	286	508	260	391	1445
2004	362	436	541	438	1777
2005	337	355	428	501	1621
2006	497	611	458	568	2134
2007	503	620	484	661	2268
2008	606	942	382	1318	3248
2009	637	1055	554	1068	3314
2010	501	1238	552	1010	3301
2011	563	1205	848	1387	4003
2012	642	1599	1075	1785	5101
2013	1038	2239	1385	2777	7439
2014	1081	3119	1752	3980	9932
2015	1653	2705	1576	2474	8408
2016	1574	2280	1272	2317	7443

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE)-  
Elaboración Propia

## ANEXO 2

### CUADRO N°2: ACUMULADO Y PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR SUB-SECTORES DEL SECTOR SOCIAL; 2000-2016(Millones de Bs y Porcentaje)

PERIODO	ACUMULADO				
	SALUD	EDUCACIÓN	SANEAMIENTO BÁSICO	URBANISMO Y VIVIENDA	TOTAL
<b>2000-2005</b>	2059	3195	2600	2458	10312
<b>2006-2016</b>	9295	17613	10338	19345	56591

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE)-  
Elaboración Propia

PERIODO	PROMEDIO				
	SALUD	EDUCACIÓN	SANEAMIENTO BÁSICO	URBANISMO Y VIVIENDA	TOTAL
<b>2000-2005</b>	343	533	433	410	1719
<b>2006-2016</b>	845	1601	940	1759	5145

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE)-  
Elaboración Propia

PERIODO	PORCENTAJE				
	SALUD	EDUCACIÓN	SANEAMIENTO BÁSICO	URBANISMO Y VIVIENDA	TOTAL
<b>2000-2005</b>	20%	31%	25%	24%	100%
<b>2006-2016</b>	16%	31%	18%	34%	99%

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE)-  
Elaboración Propia

### ANEXO 3

**CUADRO N°3: PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD; 2000-2016(Millones de Bs. y Porcentaje).**

<b>AÑO</b>	<b>PROGRAMADO</b>	<b>EJECUTADO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>% EJECUTADO</b>
2000	415	375	790	90%
2001	435	325	760	75%
2002	484	374	858	77%
2003	453	286	739	63%
2004	429	362	791	84%
2005	331	337	668	102%
2006	657	497	1154	76%
2007	679	503	1182	74%
2008	958	606	1564	63%
2009	897	637	1534	71%
2010	586	501	1087	85%
2011	870	563	1433	65%
2012	1282	642	1924	50%
2013	1649	1038	2687	63%
2014	1796	1081	2877	60%
2015	2664	1653	4317	62%
2016	2933	1574	4507	54%

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE)-  
Elaboración Propia.

#### ANEXO 4

**CUADRO N°4: ACUMULADO Y PROMEDIO DE LA PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD; 2000-2016(Millones de Bs. y Porcentaje).**

<b>AÑO</b>	<b>PROGRAMADO ACUMULADO</b>	<b>EJECUTADO ACUMULADO</b>	<b>PROGRAMADO PROMEDIO</b>	<b>EJECUTADO PROMEDIO</b>	<b>% EJECUTADO</b>
<b>2000-2005</b>	2.547	2.059	425	343	81
<b>2006-2011</b>	4.647	3.307	774	551	71
<b>2012-2016</b>	10.324	5.988	2.065	1.198	58

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE)- Elaboración Propia

## ANEXO 5

**CUADRO N°5: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR SUB SECTORES DEL SECTOR SALUD; 2000-2016 (Millones de Bs.)**

<b>AÑO</b>	<b>INFRAESTRUCTURA</b>	<b>MULTIPROGRAMA</b>	<b>OTROS</b>	<b>PREVENCIÓN Y PLANIFICACIÓN</b>	<b>SEGURIDAD SOCIAL</b>	<b>TOTAL</b>
2000	163	37	54	99	22	375
2001	78	44	25	137	41	325
2002	102	34	74	108	56	374
2003	30	82	62	83	29	286
2004	77	91	19	137	38	362
2005	58	26	24	196	33	337
2006	87	50	95	142	123	497
2007	130	78	98	67	130	503
2008	156	50	115	24	261	606
2009	162	29	227	37	182	637
2010	208	25	168	70	30	501
2011	263	30	206	39	25	563
2012	330	31	187	71	23	642
2013	574	33	118	260	53	1.038
2014	583	27	186	217	68	1.081
2015	1.225	43	160	121	97	1.646
2016	1.443	28	21	50	30	1.572

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE)- Elaboración Propi

## ANEXO 6

**CUADRO N°6: ACUMULADO Y PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TPO DE PROYECTO DEL SECTOR SALUD; 2000-2016(Millones de Bs y Porcentaje)**

PERIODO	ACUMULADO					
	INFRAESTRUCTURA	MULTIPROGRAMA	PREVENCIÓN Y PLANIFICACIÓN	OTROS	SEGURIDAD SOCIAL	TOTAL
2000-2005	508	314	760	258	219	2.059
2006-2011	1.006	262	379	909	751	3.307
2012-2016	4.155	162	719	672	271	5.979

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE)- Elaboración Propia

PERIODO	PROMEDIO					
	INFRAESTRUCTURA	MULTIPROGRAMA	PREVENCIÓN Y PLANIFICACIÓN	OTROS	SEGURIDAD SOCIAL	TOTAL
2000-2005	85	52	127	43	37	343
2006-2011	168	44	63	152	125	551
2012-2016	831	32	144	134	54	1.196

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE)- Elaboración Propia

PERIODO	PORCENTAJE					
	INFRAESTRUCTURA	MULTIPROGRAMA	PREVENCIÓN Y PLANIFICACIÓN	OTROS	SEGURIDAD SOCIAL	TOTAL
2000-2005	25%	15%	37%	28%	11%	1
2006-2011	32%	8%	11%	34%	23%	1
2012-2016	70%	3%	12%	14%	4%	1

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE)- Elaboración Propia.

## ANEXO 7

### CUADRO N°7: EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO; 2000-2016(Millones de Bs.)

AÑO	FMTO INTERNO	FMTO EXTERNO	TOTAL
2000	224	140	364
2001	125	189	314
2002	170	195	365
2003	115	171	286
2004	155	205	360
2005	143	193	336
2006	259	236	495
2007	302	196	498
2008	424	175	599
2009	414	218	632
2010	431	70	501
2011	415	148	563
2012	515	127	642
2013	838	200	1038
2014	936	144	1080
2015	1507	138	1645
2016	1419	153	1572

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE)-  
Elaboración Propia.

## ANEXO 8

**CUADRO N°8: ACUMULADO Y PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO; 2000-2016(Millones de Bs. y Porcentaje)**

<b>AÑO</b>	<b>FMTO INTERNO ACUMULADO</b>	<b>FMTO EXTERNO ACUMULADO</b>	<b>FMTO INTERNOS PROMEDIO</b>	<b>FMTO EXTERNOS PROMEDIO</b>	<b>FMTO INTERNOS %</b>	<b>FMTO EXTERNOS %</b>
<b>2000-2005</b>	932	1.093	155	182	46%	54%
<b>2006-2011</b>	2.245	1.043	374	174	68%	32%
<b>2012-2016</b>	5.215	762	1.043	152	87%	13%

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE)- Elaboración Propia.

## ANEXO 9

**CUADRO N°9: EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD Y PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS CON ANEMIA; 2000-2016(Millones de Bs. y Porcentaje)**

<b>AÑO</b>	<b>EJECUTADO</b>	<b>% MUJERES EMBARAZADAS CON ANEMIA</b>
2000	375	34,0%
2001	325	34,2%
2002	374	34,5%
2003	286	34,9%
2004	362	35,3%
2005	337	35,7%
2006	497	36,0%
2007	503	36,2%
2008	606	36,3%
2009	637	36,3%
2010	501	36,3%
2011	563	36,3%
2012	642	36,4%
2013	1038	36,5%
2014	1081	36,6%
2015	1653	36,7%
2016	1574	36,8%

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE)- Banco Mundial- Elaboración Propia

## ANEXO 10

**CUADRO N°10: EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD Y PORCENTAJE DE RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO; 2000-2016(Millones de Bs. y Porcentaje)**

<b>AÑO</b>	<b>EJECUTADO</b>	<b>% RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO</b>
2000	375	5,42%
2001	325	5,03%
2002	374	4,67%
2003	286	4,64%
2004	362	5,52%
2005	337	5,20%
2006	497	4,96%
2007	503	4,86%
2008	606	4,98%
2009	637	5,35%
2010	501	5,91%
2011	563	5,75%
2012	642	4,67%
2013	1038	4,88%
2014	1081	5,57%
2015	1653	6%
2016	1574	6,20%

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE)- Instituto Nacional de Estadística (INE)- Elaboración Propia

## ANEXO 11

**CUADRO N°11: PROMEDIO DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA Y PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS CON ANEMIA; 2000-2016 (Millones de Bs y Porcentaje)**

<b>AÑO</b>	<b>PREUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA PROGRAMADO</b>	<b>% MUJERES EMBARAZADAS CON ANEMIA PROMEDIO</b>
<b>2000-2005</b>	343	35%
<b>2006-2011</b>	551	36%
<b>2012-2016</b>	1.198	37%

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE)-  
Banco Mundial- Elaboración Propia

## ANEXO 12

**CUADRO N°12: PROMEDIO DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA Y PORCENTAJE DE RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO; 2000-2016 (Millones de Bs. y Porcentaje)**

<b>AÑO</b>	<b>PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA PROMEDIO</b>	<b>% RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO PROMEDIO</b>
<b>2000-2005</b>	343	5%
<b>2006-2011</b>	551	5,30%
<b>2012-2016</b>	1.198	6%

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE)-  
Instituto Nacional de Estadística (INE)- Elaboración Propia.

**PLANILLA DE CONSISTENCIA METODOLÓGICA**

**1. Título del Tema:** LA FASE DE EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DE BOLIVIA; 2000-2016

**2. Objeto de Investigación:** “La influencia de la fase de ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud de Bolivia”; 2000-2016.

**3. Problema:** “la incompatibilidad de la fase de ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública con el Sector Salud de Bolivia”.

**4. Objetivo General:** Demostrar la importancia de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud de Bolivia.

**5. Planteamiento de Hipótesis:** Los incrementos en la ejecución de los proyectos de inversión pública en salud no contribuyen a mejorar los indicadores de mujeres embarazadas con anemia y recién nacidos con bajo peso.

**6. Categoría Económica:**

C.E. Presupuesto de Inversión Pública.  
C.E.S. Sector Salud.

**7. Variables Económicas:**

**V.E.1.1.** Programación y ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud

**V.E.1.2.** Distribución del Presupuesto de Inversión Pública por tipo de proyecto del Sector Salud.

**V.E.1.3.** Ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud por Fuente de Financiamiento.

**V.E.S.2.1.** Porcentaje de mujeres embarazadas con anemia.

**V.E.S.2.2.** Porcentaje de recién nacidos con bajo peso.

**8. Objetivos Específicos:**

**O.E.1. Examinar** la programación y ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud

**O.E.2. Diferenciar** la distribución del Presupuesto de Inversión Pública por tipo de proyecto del Sector Salud

**O.E.3. Identificar** la ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud por fuente de financiamiento.

**O.E.4. Verificar** la recurrencia del porcentaje de mujeres embarazadas con anemia

**O.E.5. Determinar** el porcentaje de recién nacidos con bajo peso.

**PLANILLA DE CONSISTENCIA MARCO TEÓRICO**

**TEORÍA DEL SECTOR PÚBLICO**

**PRINCIPAL CONCLUSIÓN**

**AUTOR**

***EL PAPEL DEL ESTADO***

El papel que desempeña un gobierno se extiende más allá de la política fiscal. Los aspectos de la política fiscal son determinados por el presupuesto del gobierno, que establece el ingreso y los egresos del sector público en un periodo en particular.

**FELIPE LARRAIN B. , JEFREY D. SACH**

***FUNCIONES DEL SECTOR PÚBLICO***

Es más importante el hecho de que el mecanismo de mercado por sí solo no puede realizar todas las funciones económicas. La política pública es necesaria para guiar, corregir y complementar al mercado en algunos aspectos

**MUSGRAVE RICHARD**

<p style="text-align: center;"><b>ACCIONES DEL ESTADO</b></p> <p>Acción de regulación, el Estado tanto al producir bienes y servicios como al instalar capacidad productiva, crea corrientes de factores y de insumos, y moviliza recursos financieros, los que sin duda influyen sobre las decisiones que se derivarían del mercado.</p> <p>Acción de Acumulación, contribuyen a la formación de instalaciones y equipo necesarios para efectuar la prestación de servicios públicos tales como escuelas, hospitales, construcción de edificios, equipos de transporte.</p> <p>Acción de producción de bienes y servicios, este tipo de acciones se destacan los servicios públicos de educación, salud y provisión de agua potable y alcantarillado, estas acciones de producción de bienes y servicios se realizan a través de los organismos de la administración central, en especial las relacionadas con la prestación de servicios sociales.</p>	<p><b>RICARDO CIBOTTI Y ENRIQUE SIERRA</b></p>
<p>Elaboración Propia.</p> <p style="text-align: center;"><b>TEORIA DEL CICLO DE VIDA DEL PROYECTO</b></p>	
<p><b>PRINCIPAL CONCLUSIÓN</b></p>	<p><b>AUTOR</b></p>
<p><b>IDEA</b>, modo de solucionar un problema o aprovecha una oportunidad.</p> <p><b>PRE INVERSIÓN</b>, realiza distintos estudios de viabilidad: Perfil, Prefactibilidad y Factibilidad.</p> <p><b>INVERSIÓN</b>, ejecución de la inversión.</p> <p><b>OPERACIÓN</b>, puesta en marcha del proyecto</p>	<p><b>NASSIR SAPAG CHAIN , REINALDO SAPAG CHAIN</b></p>

**ETAPA EX ANTE**, corresponde a la pre inversión, compuesta por la fase de identificación, perfil, pre factibilidad y factibilidad.

**ETAPADE GESTIÓN**, comprende entre el momento que se inicia la inversión y el momento que se liquida o se deja de operar.

**ETAPA EX POST**, etapa posterior a la ejecución del proyecto

**KAREN MARIE MOKATE**

**FASE DE PRE INVERSIÓN**, abarca los estudios que se deben realizar sobre un proyecto de inversión pública, desde que se identifica como idea hasta que se toma la decisión de su ejecución, postergación o abandono.

**FASE EJECUCIÓN**, desde que se ejecuta el proyecto y se extiende hasta su implementación y el mismo está en condiciones de iniciar su operación.

**FASE DE OPERACIÓN**, funcionamiento del proyecto.

**NORMAS BASICAS DEL SISYEMA NACIONAL DE INVERSIÓN PÚBLICA**

Elaboración Propia.

<b>TEORIA DEL CAPITAL HUMANO</b>	
<b>CONCLUSION PRINCIPAL</b>	<b>AUTOR</b>
<p>Especifica el capital humano como el conjunto de conocimientos, capacidades y habilidades de la fuerza laboral ya sea por inversiones en educación, salud, seguridad y cultura.</p>	<p><b>BUSTAMANTE</b></p>
<p>Invertir en escolaridad, salud, en la forma de crianza de los niños, en profesionales, es invertir en capital humano, lo que a su vez disminuye la brecha entre pobres y ricos, brindándoles una mejor calidad de vida a las personas de escasos recursos.</p>	<p><b>THEODORE SCHULTZ</b></p>

<b>TEORIA DE ECONOMIA DE LA SALUD</b>	
<b>CONCLUSION PRINCIPAL</b>	<b>AUTOR</b>
<p>En cuanto a las prioridades de los países emergentes, están obligados a mejorar las coberturas de salud y redes de atención.</p>	<p><b>RAFAEL URRIOLA</b></p>
<p>Es la evaluación económica en la salud, analiza de manera explícita distintas alternativas de elección de procedimientos, servicios o tecnologías médicas para resolver o prevenir un problema de salud.</p>	<p><b>ALBERTO BALLY</b></p>

Elaboración Propia.

## PLANILLA DE ASPECTOS DE POLÍTICAS

<i>MODELO DE ECONOMÍA DE MERCADO (2000-2005)</i>	<i>MODELO DE ECONOMÍA PLURAL (2006-2016)</i>
<p><b>Plan General De Desarrollo Económico y Social 1997-2002</b>  <b>Política de Salud Integral</b>                      Se procura reducir las disparidades en las condiciones y en el acceso a la salud                      Los objetivos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrementar la cobertura;</li> <li>• Mejorar la accesibilidad y la satisfacción de los usuarios de los servicios;</li> <li>• Disminuir la brecha nutricional infantil;</li> <li>• Garantizar el acceso universal a múltiples prestadores de servicios de salud, nutrición.</li> </ul>	<p><b>Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien”</b>  <b>Política del Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud</b>                      Permitirá el acceso a los servicios de salud del 100 por ciento de la población boliviana, mediante la promoción de hábitos y conductas saludables en individuos, familia y la comunidad. Se fortalecerá las redes de salud (infraestructura, equipamiento, insumos, medicamentos y capacitación del personal de las redes de servicios de salud, redes sociales e intersectoriales) en todo el ámbito nacional.</p>
<p><b>Política de Nutrición Básica</b>                      Consiste en promoción de suministro de alimentación y de una nutrición apropiada.                      El propósito es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir la desnutrición global moderada y grave;</li> <li>• Reducir el déficit de micronutrientes en la infancia;</li> <li>• Coordinar políticas intersectoriales, servicios de salud, nutrición.</li> <li>• Aprovechar el acceso generalizado de la población a los medios de comunicación para la difusión de conocimientos en alimentación y nutrición.</li> </ul>	<p><b>Política de Rectoría</b>                      Recupera la soberanía y la rectoría del sistema, liderizando la intersectorialidad para la salud; con mayor capacidad de gestión que permitirá garantizar la sostenibilidad financiera del Sector para proteger la salud de los bolivianos, sus condiciones de vida</p>

<p><b>Promoción de la Salud</b></p> <p>La promoción de la salud comprende la enseñanza de los problemas de salud, los métodos para identificarlos y combatirlos.</p> <p>El propósito de la promoción de la salud es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuir a la reducción de la mortalidad infantil y materna;</li> <li>• Mejorar las condiciones de crecimiento del niño;</li> </ul> <p>Incrementar la protección contra enfermedades tanto las prevenibles como las que requieren acciones de protección del medio y uso adecuado de los recursos.</p>	<p><b>Política de Promoción de la Salud</b></p> <p>Propone la recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y la calidad de vida, orientada a intervenir coordinadamente entre el sector salud y los demás sectores del Estado en los factores determinantes de la exclusión social en salud incrementando el acceso de la población a servicios básicos.</p>
<p><b>Atención Primaria de Salud</b></p> <p>Implica la provisión de una canasta básica de salud.</p> <p>Contribuirá a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir la mortalidad infantil y materna</li> <li>• Mejorar las condiciones de acceso a la salud de la niñez</li> <li>• Incrementar las condiciones de nutrición de la madre gestante y del recién nacido</li> <li>• Mejorar los programas preventivos y curativos en los diferentes periodos de vida.</li> </ul>	<p><b>Política de Solidaridad</b></p> <p>Esta política desarrollará una alianza nacional para la erradicación de la desnutrición, la violencia y la inclusión de grupos más desprotegidos que viven en extrema pobreza, orientados a eliminar la exclusión social en salud más intolerable e inserción de esos grupos a mejores niveles de vida.</p>

Elaboración Propia.

## PLANILLA DE REFERENCIA NORMATIVA

<b>MODELO DE ECONOMÍA DE MERCADO (2000-2005)</b>	<b>MODELO DE ECONOMÍA PLURAL (2006-2016)</b>
<p><b>Ley N° 1178.</b> La Ley regula los Sistemas de Administración y de Control de los recursos del Estado y su relación con los sistemas nacionales de Planificación e Inversión Pública, con el objeto de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programar, organizar, ejecutar y controlar la captación y el uso eficaz y eficiente de los recursos públicos para el cumplimiento y ajuste oportuno de las políticas, los programas, la prestación de servicios y los proyectos del Sector Público</li> </ul> <p><b>Normas Básicas del Sistema Nacional de Planificación.</b> Tiene por objeto la generación y obtención de información confiable, útil y oportuna sobre la ejecución presupuestaria, para la evaluación del cumplimiento de la gestión pública.</p> <p><b>Normas Básicas- Sistema Nacional de Inversión Pública.</b> Los objetivos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lograr una eficiente asignación y administración de los recursos públicos destinados a la inversión, maximizando sus beneficios socio-económicos.</li> <li>• Establecer las metodologías, parámetros y criterios</li> </ul>	<p><b>D.S. 0066. Bono “Juana Azurduy”.</b> Tiene por objeto instituir el incentivo a la maternidad segura y el desarrollo integral de la población infantil de cero a dos años de edad, mediante el Bono Madre Niño-Niña “Juana Azurduy” en el marco del Plan Nacional de Desarrollo y las políticas de erradicación de la pobreza extrema.</p> <p><b>Decreto Supremo 29601. Salud Familiar Comunitario Intercultural. SAFCI.</b> 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.</p> <p><b>Ley N° 475. Ley de Prestaciones de servicios de salud integral.</b> Articula los procesos de promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad, con calidad, calidez, pertinencia, oportunidad, continuidad e idoneidad, a</p>

para la formulación, evaluación y ejecución de proyectos que deberán aplicar las entidades del sector público para el desarrollo de sus Proyectos de Inversión Pública.

- Establecer los procedimientos por los cuales los Proyectos de Inversión Pública, accederán a las fuentes de financiamiento interno y externo, y se incorporarán al Presupuesto General de la Nación.

**Ley de Administración Presupuestaria.**

Las asignaciones presupuestarias de gasto aprobados por la Ley de Presupuesto de cada año, constituyen límites máximos de gasto y su ejecución se sujetará a los procedimientos legales que en cada partida sean aplicables.

**Ley del Seguro Universal Materno Infantil.**

Se implementa en todo el territorio nacional con carácter universal, integral y gratuito, para otorgar las prestaciones de salud en los niveles de atención del Sistema de Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto y los niños y niñas desde su nacimiento hasta los 5 años de edad.

la persona, familia y comunidad.

