

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



TESIS DE GRADO

MENCIÓN: GESTIÓN DE PROYECTOS Y PRESUPUESTO

**“EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN EN LA EJECUCIÓN
DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR
SALUD EN EL GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE
LA PAZ; 1999-2018”**

POSTULANTE: CABEZAS FLORES, Rudy Alberto

TUTOR: MSc. MALDONADO JOVER, Diego

RELATOR: Lic. RODRIGUEZ TELLEZ, Harley

La Paz – Bolivia

2021

DEDICATORIA

A mis queridos padres Arturo y Julieta por todo el cariño, sacrificio, paciencia y los valores inculcados, ¡muchas gracias! Todo se los debo a ellos.

A mi abuelita Rosa quien me brindo sus consejos, amor y cuidados.

A mis hermanos Jorge, Mariela y Paola por todo el apoyo, ayuda y comprensión.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme permitido concluir mi carrera universitaria.

Mi gratitud a la Universidad Mayor de San Andrés y a los docentes de la Carrera de Economía de la Facultad de Ciencias Económicas y Financieras

A mi Tutor MSc. Diego Maldonado Jover por la guía en el presente trabajo de investigación.

A mi Docente Relator Lic. Harley Rodriguez Tellez por el aporte y sugerencias proporcionadas.

A Croskayna por todo el apoyo, paciencia, consejos y ayuda incondicional, ¡Gracias!

Contenido

CAPÍTULO I	1
REFERENCIA METODOLÓGICA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. DELIMITACIÓN DEL TEMA	1
1.1.1. Delimitación Temporal	1
1.1.2. Delimitación General	1
1.1.3. Restricción De Categorías y Variables Económicas	3
1.1.3.1. Categorías Económicas	3
1.1.3.2. Variables Económicas.....	3
1.2. PLANTEAMIENTO DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN	3
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.3.1. Problematización.....	3
1.3.1.1. Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud	4
1.3.2. Planteamiento del Problema.....	6
1.3.3. Justificación del Tema de Investigación	6
1.3.3.1. Económica.....	6
1.3.3.2. Teórica	6
1.3.3.3. Social.....	7
1.3.3.4. Institucional.....	7
1.3.3.5. Mención: Gestión de Proyectos y Presupuestos.....	8
1.4. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS	8
1.4.1. Objetivo General	8
1.4.2. Objetivos Específicos.....	8
1.5. PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS	9
1.6. APLICACIÓN METODOLÓGICA	9
1.6.1. Método de la Investigación	9
1.6.2. Tipo de Investigación.....	9
1.6.3. Instrumentos de Investigación	10
1.6.4. Fuentes de Información.....	10
1.6.5. Procesamiento de Información.....	10
1.6.6. Análisis de Resultados	11
1.7. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN	11

1.7.1. Aspectos Conceptuales y Definiciones	11
1.7.1.1. Descentralización	11
1.7.1.2. Autonomía.....	11
1.7.1.3. Inversión Pública	12
1.7.1.4. Presupuesto	12
1.7.1.5. Presupuesto de Inversión Pública	12
1.7.1.6. Programa de Inversión Pública	13
1.7.1.7. Proyecto	13
1.7.1.8. Proyecto de Inversión Pública.....	13
1.7.1.9. Programa.....	14
1.7.1.10. Programa de Inversión Pública	14
1.7.1.11. Fuentes Financiamiento	14
1.7.1.11.1. Recursos de los Gobiernos Autónomos Departamentales.....	15
1.7.1.12. Recursos Específicos.....	16
1.7.1.13. Crédito Externo.....	16
1.7.1.14. Donaciones.....	17
1.7.1.15. Donaciones HIPC II.....	17
1.7.1.16. El Ciclo de los Proyectos de Inversión Pública	17
1.7.1.17. Gestión	17
1.7.1.18. Gestión de Proyecto	17
1.7.1.19. Salud	18
1.7.1.20. Seguridad Social	18
1.7.1.21. Establecimientos de Salud	18
1.7.1.22. Niveles de Atención en Salud	19
1.7.1.23. Primer Nivel.....	19
1.7.1.24. Segundo Nivel.....	19
1.7.1.25. Tercer Nivel	20
1.7.2. TEORÍAS DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN	20
1.7.2.1. Teoría de la Descentralización	20
1.7.2.2. Teoría del Sector Público.....	23
1.7.2.3. Teoría del Ciclo del Proyecto.....	25
1.7.2.4. Teoría Económica de la Salud	28

CAPÍTULO II	30
ASPECTOS DE NORMAS, POLÍTICAS E INSTITUCIONAL	30
2.1. REFERENCIA NORMATIVA	30
2.1.1. Primer Periodo 2000-2005 (Economía de mercado)	30
2.1.1.1. La Constitución Política del Estado de 2004	30
2.1.1.2. Participación Popular	31
2.1.1.2.1. Recursos de Participación Popular.....	31
2.1.1.3. Descentralización Administrativa	32
2.1.1.3.1. Régimen económico y financiero	32
2.1.1.4. Autonomía Municipal	33
2.1.1.5. Gastos Municipales	33
2.1.1.6. Sistema de Inversión Pública	34
2.1.1.7. Sistema de Presupuesto.....	35
2.1.1.8. Sistema de Planificación	35
2.1.2. Segundo Periodo 2006-2018 (Modelo de Economía Plural)	36
2.1.2.1. Inversión Pública.....	37
2.1.2.2. Proceso de Inversión Pública	38
2.1.2.3. Presupuesto del Departamento de La Paz	38
2.1.2.4. Ley Marco de Autonomías y Descentralización	38
2.2. ASPECTOS DE POLÍTICAS	40
2.2.1. Primer Periodo 1998-2005 (Economía de mercado)	40
2.2.1.1. Políticas del Departamento de La Paz	40
2.2.1.1.1. Nuevo Rol de las Prefecturas	40
2.2.1.1.2. Desarrollo Institucional y Gestión Departamental	41
2.2.1.2. Política Fiscal.....	41
2.2.1.3. Formación y Salud Integral.....	41
2.2.2. Segundo Periodo 2006-2018 (Modelo de Economía Plural)	42
2.2.2.1. Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural	42
2.2.2.2. Rectoría	42
2.2.2.3. Determinantes de Salud	43
2.2.2.4. La Paz Solidaria.....	43
2.3. REFERENCIA INSTITUCIONAL	43

2.3.1. Ministerio de Planificación del Desarrollo	43
2.3.2. Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo.....	44
2.3.3. Gobierno Departamental de La Paz	45
CAPÍTULO III.....	46
3. FACTORES DETERMINANTES Y CONDICIONANTES DEL TEMA	46
3.1. ASPECTOS GENERALES	46
3.1.1. Departamento de La Paz.....	46
3.1.2. Localización y Límites Geográficos.....	46
3.1.3. Actividades Económicas	46
3.1.4. Sistema de Salud	47
3.1.5. Rectoría del Sistema de Salud.....	48
3.1.6. Establecimientos de Salud	49
3.2. EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SOCIAL EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ	51
3.3. PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ.	53
3.2.1. Comparación de Periodos	58
3.3. EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD	59
3.3.1. Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud con Financiamiento Interno	59
3.3.2. Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud con Financiamiento Externo.....	63
3.3.3. Comparación de Periodos	67
3.4. EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR NIVEL INSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD.	68
3.5. NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR TIPO DE ESTABLECIMIENTOS.....	74
CAPÍTULO IV	80
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	80
4.1. Conclusiones	80
4.1.1. Conclusión General.....	80
4.1.2. Conclusiones Específicas	81
4.2. APOORTE DE LA INVESTIGACIÓN EN LA MENCIÓN	83

4.3. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS	84
4.4. EVIDENCIA TEÓRICA	87
4.5. RECOMENDACIONES	88
4.5.1. Recomendación General	88
4.5.2. Recomendaciones Específicas	88
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- GRÁFICO N°1:** EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SOCIAL EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1999-2018 (Expresado en Millones de Bs) **52**
- GRÁFICO N°2:** PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1999-2018 (Expresado en Millones de Bs) **55**
- GRÁFICO N°3:** COMPARACIÓN PROMEDIO DE LA PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1999-2018 (Expresado en Millones de Bs y porcentaje) **58**
- GRÁFICO N°4:** EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO INTERNO DEL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1999-2018 (Expresado en Millones de Bs) **61**
- GRÁFICO N°5:** EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA CON FINANCIAMIENTO EXTERNO DEL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1999-2018 (Expresado en Millones de Bs) **65**
- GRÁFICO N°6:** COMPARACIÓN PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2018 (Expresado en Porcentaje y Millones de bs) **67**
- GRÁFICO N°7:** EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR NIVEL INSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2018 (Expresado en Millones de bs) **70**
- GRÁFICO N°8:** COMPARACIÓN PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR NIVEL INSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2018 (Expresado en Porcentaje) **73**
- GRÁFICO N°9:** ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR TIPO DE ESTABLECIMIENTOS EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1999-2018 (Número de Establecimientos) **76**
- GRÁFICO N°10:** COMPARACIÓN PROMEDIO DE NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO DEL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1999-2018 (Expresado en Porcentaje) **78**

GRÁFICO N°11: RELACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD CON LA EJECUCIÓN POR NIVEL INSTITUCIONAL, FINANCIAMIENTO INTERNO E INDICADOR DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1999-2018 (Expresado en Millones de Bs, Porcentajes y N.º de establecimientos)

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO N°1: TABLA N°1: PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1999-2018 (Expresado en Millones de Bs. y Porcentaje)	i
ANEXO N°2: TABLA N°1.1.: ACUMULADO Y PROMEDIO DE LA PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1999-2018 (Expresado en Millones de Bs y Porcentaje)	ii
ANEXO N°3: TABLA N°2: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO INTERNO DEL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1999-2018 (Expresado en Millones de Bs)	iii
ANEXO N°4: TABLA N°2.1: PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1999-2018 (Expresado en Millones de Bs)	iv
ANEXO N°5: TABLA N°3: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO EXTERNO DEL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1999-2018 (Expresado en Millones de Bs.)	iv
ANEXO N°6: TABLA N°3.1: ACUMULADO Y PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO DEL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1999-2018 (Expresado en Bs y Porcentaje)	v
ANEXO N°7: TABLA N°4: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR NIVEL INSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1999 – 2018 (Expresado en Bs y Porcentaje)	vi
ANEXO N°8: TABLA N°4.1: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR NIVEL INSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1999-2018 (Expresado en Porcentaje)	vii
ANEXO N°9: TABLA 5: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN	viii
ANEXO N°10: TABLA 5.1: PARTICIPACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ	ix
ANEXO N°11: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE TERCER NIVEL DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ (2005-2012-2018)	x

PRESENTACIÓN

El presente trabajo de investigación responde a la mención de Gestión de Proyectos y Presupuesto, cuyo título propuesto es: “El Proceso de Descentralización en la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud en el Gobierno Autónomo Departamental de La Paz; 1999-2018”. La elaboración inicia con el Perfil de Investigación, se prepara la referencia documental mediante la recolección de información estadística, documental y teórica, cuya finalidad es determinar el tema a ser investigado.

De esta manera la carrera de Economía promueve la modalidad de titulación de graduación, a través del desarrollo de la investigación científica como aporte a la coyuntura nacional y económica del país.

La investigación tiene la finalidad de evidenciar el efecto del proceso de Descentralización y Autonomías en la ejecución de Proyectos de Presupuesto de Inversión Pública del Gobierno Autónomo Departamental de La Paz y así describir el comportamiento de las variables económicas, en el Modelo de Economía de Mercado y el Modelo de Economía Plural donde se desarrollan acontecimientos económicos que influyen en ellas.

RESUMEN

La Investigación denota el comportamiento de la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud y cómo es influenciado por el proceso de Descentralización y Autonomía a nivel Departamental. Para determinar el comportamiento y el proceso de la ejecución presupuestaria, se efectúa el diagnóstico y análisis de las Políticas, Planes y Programas de desarrollo previos a la problemática. Así determinar la incidencia que ejerce el proceso de Descentralización y Autonomías sobre la ejecución de los Proyectos de presupuesto de Inversión Pública dirigidos a la satisfacción de las necesidades de los habitantes. La investigación se estructura de la siguiente manera:

CAPITULO I: Comprende la “Referencia Metodológica del Tema de Investigación” que evidencia la delimitación, el objeto, las categorías, variables económicas, problema, objetivos e hipótesis. Además, contempla los principales conceptos y teorías de Descentralización y Autonomías, Sector Público, Ciclo de Vida del Proyecto y el Sector Salud.

CAPITULO II: Se fundamenta con “Aspectos de políticas, Normas e Institucional” evidenciando estrecha relación con las categorías y variables económicas, incluye aspectos legales referentes al Sector Salud, Sector Público y al Presupuesto de Inversión Pública y las políticas que se implementan.

CAPITULO III: Desarrolla “Factores Determinantes y Condicionantes del tema de Investigación” donde se efectúa la descripción, explicación y comparación del comportamiento de cada variable y categoría económica, entre los periodos de estudio de los Modelos Economía de Mercado y Economía Plural.

CAPITULO IV: Presenta las “Conclusiones y Recomendaciones” que desarrolla el aporte de la investigación en la mención, la verificación de la hipótesis, evidencia teórica y las respectivas recomendaciones.

**REFERENCIA METODOLÓGICA DE
INVESTIGACIÓN**

CAPÍTULO

1

CAPÍTULO I

REFERENCIA METODOLÓGICA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DELIMITACIÓN DEL TEMA

1.1.1. Delimitación Temporal

La presente investigación comprende 20 años de estudio (1999-2018) divididos en dos periodos. El primero comprendido entre los años 1999 a 2005 Modelo de Economía de Mercado y el segundo periodo comprende los años 2006 a 2018 Modelo de Economía Plural. Estos periodos evidencian diferentes hechos sociales, económicos, políticos; referente a los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud en el Gobierno Autónomo Departamental de La Paz.

1.1.2. Delimitación General

a. Espacial

El espacio geográfico considerado para el presente trabajo de investigación es el Gobierno Departamental de La Paz, ubicado al noroeste de Bolivia, tercer Departamento con mayor superficie, dividido en 20 provincias, 87 municipios y 272 cantones¹.

b. Sectorial

La investigación comprende el Sector Salud, considera el Presupuesto de Inversión Pública para este sector, enfatizando la función del Estado, el asignar, distribuir y administrar los recursos económicos del país.

c. Institucional

- ✓ Ministerio de Economía y Finanzas Públicas
- ✓ Ministerio de Planificación del Desarrollo
- ✓ Ministerio de Salud y Deportes

¹INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. (2012). Censo de Población y Vivienda. Departamento de La Paz.

✓ Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo

d. Mención

El estudio se relaciona con la Mención de Gestión de Proyectos y Presupuestos que se especializa en el desarrollo de los proyectos, la programación, ejecución, financiamiento y Presupuestos de Inversión Pública, con la finalidad de satisfacer las necesidades de la población boliviana.

e. Referencia Histórica

La presente investigación considera años previos al periodo de investigación, para aclarar aspectos relacionados al tema propuesto; proceso de descentralización, reformas económicas, sociales e institucionales.

La descentralización en Bolivia, inicia con la ley de Participación Popular (Ley N°1551) en 1994, que devolvió el control sobre los presupuestos de “inversión” a los municipios para su desarrollo, al mismo tiempo el conservar el control sobre el personal y las remuneraciones en las direcciones locales del Ministerio de Salud².

El nuevo marco Normativo, derivado de la Nueva Constitución Política del Estado (NCPE) y la Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibañez” (Ley N°031) intentan alguna medida, corregir las falencias de la descentralización en términos fiscales; no obstante, la primacía de varios grupos socio-políticos de poder (que se verían económicamente afectados), con injerencia en las políticas públicas, ha limitado la realización de una reingeniería de las cuentas de los diferentes niveles de gobierno hacia una óptima descentralización fiscal³.

² BOSSERT THOMAS J. (2000). La Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica: Un Estudio Comparativo de Chile, Colombia y Bolivia. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard Pág. 11-12

³ MUREIL Beatriz H. (2011). Descentralización fiscal en Bolivia: ¿Hacia dónde vamos?

1.1.3. Restricción De Categorías y Variables Económicas

1.1.3.1. Categorías Económicas

La investigación presenta la siguiente categoría económica:

CE 1. Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud

1.1.3.2. Variables Económicas

V.E. 1.1. Programación y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud.

V.E. 1.2. Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Fuente de Financiamiento Interno.

V.E. 1.3. Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Fuente de Financiamiento Externo.

V.E. 1.4. Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Nivel Institucional.

V.E. 1.5. Número de establecimientos de Salud por tipo de atención.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN

El objeto de la presente investigación es:

El efecto del Proceso de Descentralización y Autonomías en la Ejecución
Presupuestaria de Inversión Pública del Sector Salud en el Gobierno Autónomo
Departamental de La Paz; 1999-2018

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.3.1. Problematización

El proyecto estatal autonómico se consolida en junio de 2010, con la promulgación de la Ley Marco de Autonomías y Descentralización Andrés Ibañez. Queda así configurado un orden autonómico complejo, con cuatro tipos de autonomías: departamental, indígena originario campesino, municipal, y regional. Se precisan competencias para las

autonomías y para el nivel central del Estado, y se definen mecanismos de coordinación para asegurar un proceso armónico y ordenado.⁴

Con las transferencias de recursos y competencias también se transfieren responsabilidades al Sector Público para cumplir con los planes y el Presupuesto de Inversión Pública de su respectiva institución. Los desafíos institucionales y técnicos que se presentan por el proceso de descentralización se agravan con los cambios políticos.

1.3.1.1. Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud

El presupuesto constituye una de las herramientas más importantes para la Política Fiscal, expresa los ingresos y gastos para el financiamiento de las Políticas Públicas del Gobierno a través de Programas y Proyectos de Inversión. Es el medio más efectivo de control de Gasto Público y en ellos se contempla las diferentes alternativas de asignación de recursos para gastos e inversiones⁵.

Los proyectos de Inversión Pública están dirigidos a satisfacer las necesidades de la población, en el Sector Salud está dirigida a mejorar la calidad de atención, en proveer el equipamiento necesario para la atención que aún se encuentra en precarias condiciones⁶.

- Programación y Ejecución del presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud

Son indicadores que ayudan a determinar la eficiencia de la programación y ejecución presupuestaria del sector salud en el departamento de La Paz. El presupuesto ejecutado muestra cuánto dinero ingresa y se gasta efectivamente con respecto al presupuesto programado.⁷ La importancia de la Ejecución de la Inversión Pública Programada en Salud, es la ejecución de los recursos haciendo énfasis en proyectos de primera necesidad

⁴ CLAUDIA PEÑA CLAROS “Gobiernos Autónomos Hoy – El Desafío de los Cambios” Pág. 11

⁵ MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS “Avances y Perspectivas del Presupuesto General del Estado”, Pág. 13

⁶ MINISTERIO DE HACIENDA. Sistema Nacional de Inversión Pública (Ley 1178). Pág. 1 Art. 1

⁷ MARCO LEGAL PARA LA GESTIÓN EN SALUD. Presupuesto, concepto y rubros. Pág. 34

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

que generen mejoras en los indicadores de salud y que aportan en las necesidades de la población.

- Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por fuente de Financiamiento interno

Las fuentes de financiamiento según el Sistema Nacional de Inversión Pública provienen de recursos del Tesoro General de la Nación. Recursos Específicos y recursos Externos, son importantes para los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública porque aseguran su ejecución.

Durante el Periodo de Economía de Mercado existe mayor ejecución de la Inversión Pública con Recursos Propios, para la Economía Plural incrementa la Ejecución del Presupuesto con recursos de transferencias para luego retomar y dinamizar la ejecución con recursos propios (Ver gráfica N°4).

En cuanto a la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública con financiamiento externo existe una mayor dependencia con créditos externos durante el primer periodo, para el segundo periodo si bien se evidencia una reducción del crédito externo durante el 2006-2011, sin embargo, para las siguientes gestiones el crédito externo vuelve a predominar la ejecución presupuestaria del sector (Ver gráfica N°5).

- Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Nivel Institucional

El Presupuesto de Inversión Pública por Nivel Institucional refleja lo fundamental que resultan los diferentes niveles institucionales de la Administración Central, departamental, Municipal y Regional en cuanto a la ejecución de los Proyectos de Inversión Pública. Permiten identificar qué nivel institucional ejecuta más recursos destinados a proyectos en sector salud, siendo la Administración Central predomina en cuanto a la ejecución del

presupuesto de inversión pública, seguido de la administración local y por último el nivel departamental⁸.

- Número de Establecimientos de Salud

Los recursos destinados al Sector Salud tienen la responsabilidad de proporcionar y mantener adecuadamente la infraestructura y equipamiento de los establecimientos; la infraestructura no cuenta con condiciones adecuadas para brindar sus servicios. Una gran parte de la población del área rural y de los barrios periféricos no tiene acceso a los servicios de salud, lo que representa una limitada cobertura de atención.

1.3.2. Planteamiento del Problema

El problema identificado es el siguiente:

Baja incidencia del proceso de Descentralización y Autonomías en la Ejecución del
Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del Gobierno Autónomo
Departamental de La Paz

1.3.3. Justificación del Tema de Investigación

1.3.3.1. Económica

La presente investigación se respalda en el ámbito económico, mediante el estudio de la descentralización y las autonomías, procesos implementados durante la Economía de Mercado, posteriormente en el Periodo de Economía Plural y la Inversión Pública en Salud del Gobierno Autónomo Departamental de La Paz como un proceso que promueve la distribución equitativa, mayor control y eficiencia en la administración y ejecución de los recursos públicos.

1.3.3.2. Teórica

Teóricamente se justifica en la descentralización mediante la intervención del Gobierno Central en el departamento de La Paz. Este considera la distribución y eficiente

⁸ UDAPE. (2011). El camino hacia el desarrollo de Bolivia. Boletín sobre el estado de sintonía social boliviana; 2011. Pág. 4.

Administración de los recursos destinados al sector público. El cual evidencia la capacidad de autoridades electas y estas cumplan con las responsabilidades designadas a través del ciclo de vida del proyecto.

Por otra parte, se sustenta a través del régimen autonómico que tiene como finalidad la distribución de las funciones político-administrativas del Estado de manera equilibrada y sostenible en el territorio para la efectiva participación de las ciudadanas y ciudadanos en la toma de decisiones, la profundización de la democracia y la satisfacción de las necesidades colectivas y del desarrollo socioeconómico integral del país.⁹

1.3.3.3. Social

El proceso constituyente boliviano, que permite el reconocimiento de la plurinacionalidad como base para la construcción de nuestro Estado, alberga también dentro de sí el proceso político y social de las autonomías. La característica plurinacional, el ordenamiento autonómico, y la economía plural, son los tres pilares sobre los cuales se sostiene el nuevo orden constitucional¹⁰.

La investigación contribuye mediante el proceso de autonomías y descentralización, que busca una distribución equitativa de los recursos con la finalidad de buscar el bienestar social de la población, generando calidad de vida a través de una eficiente ejecución de proyectos del presupuesto de Inversión Pública que denota gran importancia en el sector social y en este caso para el sector salud del departamento de La Paz para poder mejorar el bienestar de la sociedad.

1.3.3.4. Institucional

Le trabajo de investigación identifica el nivel competencial de la autonomía y descentralización que implica la elección directa de sus autoridades por las ciudadanas y los ciudadanos, la administración de sus recursos, y el ejercicio de las facultades

⁹ LEY MARCO DE AUTONOMÍAS Y DESCENTRALIZACIÓN “ANDRÉS IBÁÑEZ”. Ley N° 031 ley de 19 de julio de 2010. Art. 7

¹⁰ CLAUDIA PEÑA CLAROS. Ensayo Sobre La Autonomía En Bolivia. Pág. 7

legislativas, reglamentaria fiscalizadora y ejecutiva, por sus órganos del gobierno autónomo en el ámbito de su jurisdicción y competencias y atribuciones¹¹.

El ministerio de Planificación del Desarrollo se encarga de los mecanismos e instrumentos respecto de la Inversión Pública que se realiza en beneficio de población para poder satisfacer sus necesidades.

1.3.3.5. Mención: Gestión de Proyectos y Presupuestos

La mención Gestión de Proyectos y Presupuestos tiene relación con el Presupuesto de Inversión Pública mediante la asignación y distribución de los recursos para la ejecución de los Proyectos de Inversión Pública en función del ciclo de vida de los proyectos que tiene la finalidad de satisfacer las necesidades de la población en cuanto a salud se refiere.

1.4. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Analizar el efecto del proceso de Descentralización y Autonomías en los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud en el Gobierno Autónomo Departamental de La Paz.

1.4.2. Objetivos Específicos

- *Contrastar* la Programación y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud.
- *Establecer* los recursos principales en la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por fuente de financiamiento interno del sector salud.
- *Diferenciar* la distribución de la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por fuente de financiamiento externo del sector salud.

¹¹ CATALOGO COMPETENCIAL DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES AUTÓNOMAS (Etas) De Bolivia. Pág. 5

- *Identificar* el comportamiento de la ejecución del presupuesto de inversión pública por Nivel Institucional del sector salud.
- *Cuantificar* el número de centros Hospitalarios por tipo de Establecimientos

1.5. PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS

El proceso de Descentralización y Autonomías no incide efectivamente en la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud en el Gobierno Autónomo Departamental de La Paz.

1.6. APLICACIÓN METODOLÓGICA

1.6.1. Método de la Investigación

La metodología que se aplica en la presente investigación es el método deductivo; que parte de lo general a lo particular, a partir del estudio del Presupuesto de Inversión Pública se realiza el análisis de la Ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública, la ejecución del presupuesto por fuente de Financiamiento interno y externo en el Sector Salud del Gobierno Autónomo Departamental de La Paz.

1.6.2. Tipo de Investigación

El tipo de investigación para las categorías y variables económicas que se desarrolla es de tipo cuantitativo, longitudinal, explicativo y descriptivo.

Cuantitativo, porque se centra en la recolección de datos, posteriormente la construcción de estadísticas y cifras, para explicar las variables y demostrar la hipótesis.

Explicativo y descriptivo, porque a través de la recolección de datos se realiza un análisis de la realidad objetiva de ambos periodos de estudio donde se explica el comportamiento y la evolución de las categorías y variables¹².

¹²SAMPIERI HERNÁNDEZ R. FERNÁNDEZ CALLADO C. Y BAPTISTA LUCIO P. (2014). Metodología de la Investigación. (6ta edición). Pág. 4-5

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

El tipo de investigación es longitudinal, permite el estudio de diferentes años de estudio 1999-2018, que ayuda en el desarrollo de la investigación.

1.6.3. Instrumentos de Investigación

Los instrumentos que se utilizan en la investigación es la estadística descriptiva, a través de los promedios, porcentajes, máximos y mínimos se explica el comportamiento de las variables económicas.

1.6.4. Fuentes de Información

En la elaboración de la investigación se utiliza fuentes de información secundaria: mediante información documental como revistas, informes boletines relacionados al Presupuesto de Inversión Pública en el sector salud, fuente de información teórica basada en la revisión de libros relacionada con las categorías y variables económicas y estadística para la explicación del comportamiento de las categorías y variables económicas que fueron recabadas de las siguientes instituciones:

- ✓ Ministerio de Economía y Finanzas Publicas (MEFP)
- ✓ Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE)
- ✓ Unidad de Análisis Políticas Sociales y Económicas (UDAPE)
- ✓ Ministerio de Salud y Deportes (MSD)
- ✓ Fundación Jubileo
- ✓ Instituto Nacional de Estadística (INE)
- ✓ Instituto de Investigaciones Económicas (IIE)
- ✓ Gobierno Autónomo Departamental de La Paz (GADLP)
- ✓ Servicio Estatal de Autonomías (SEA)

1.6.5. Procesamiento de Información

La investigación con la obtención de datos, información documental y teórica, el procesamiento de los datos es mediante máximos, mínimos, acumulados, porcentajes, promedios, tablas, cuadros estadísticos, gráficos, esquemas y tortas para explicar el comportamiento de las categorías y variables económicas.

1.6.6. Análisis de Resultados

Para el análisis de resultados se realiza:

- Descripción
- Explicación
- Comparación

1.7. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1. Aspectos Conceptuales y Definiciones

1.7.1.1. Descentralización

La descentralización se puede definir en términos generales como un proceso de transferencias de competencias y recursos desde la administración nacional o central de un determinado estado, hacia las administraciones subnacionales¹³.

Según la perspectiva de Finot, señala que: “Desde el punto de vista económico, la descentralización es básicamente una reforma de la gestión pública dirigida a reducir ineficiencias en los procesos de asignación. Ella puede asumir dos formas fundamentales: i) descentralización política, que sería transferir la provisión de algunos bienes públicos a procesos democráticos locales, y ii) descentralización económica, que consistiría en transferir o exponer las decisiones sobre combinación de factores e insumos a la competencia económica”¹⁴.

1.7.1.2. Autonomía

Es la cualidad gubernativa que adquiere una entidad territorial de acuerdo a las condiciones y procedimientos establecidos en la Constitución Política del Estado y la presente Ley, que implica la igualdad jerárquica o de rango constitucional entre entidades territoriales autónomas, la elección directa de sus autoridades por las ciudadanas y los ciudadanos, la administración de sus recursos económicos y el ejercicio de facultades

¹³ CEPAL. (1993). Descentralización Fiscal: Marco conceptual. Santiago de Chile.

¹⁴FINOTT I. Descentralización y participación en América Latina: Una mirada desde la economía. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Pág. 142

legislativa, reglamentaria, fiscalizadora y ejecutiva por sus órganos de gobierno autónomo, en el ámbito de su jurisdicción territorial y de las competencias y atribuciones establecidas por la Constitución Política del Estado y la ley. La autonomía regional no goza de la facultad legislativa¹⁵.

1.7.1.3. Inversión Pública

Se entiende por Inversión Pública 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. El concepto de Inversión Pública incluye todas las actividades de pre inversión e inversión que realizan las entidades del sector público¹⁶.

1.7.1.4. Presupuesto

El presupuesto nacional es un complejo documento que ofrece una relación detallada de los ingresos y egresos de cada una de las dependencias del Estado: ministerios, corporaciones, etc. y constituye un medio eficaz que facilita la toma de decisiones en relación a los recursos públicos limitados¹⁷.

1.7.1.5. Presupuesto de Inversión Pública

El Presupuesto de Inversión Pública es el 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 para cada gestión fiscal. Forman parte del Presupuesto de Inversión Pública del MPD aquellos proyectos que cuenten con financiamiento asegurado¹⁸.

¹⁵ LEY MARCO DE AUTONOMÍAS Y DESCENTRALIZACIÓN “ANDRÉS IBÁÑEZ”. Ley N° 031 ley de 19 de julio de 2010. Artículo 6.

¹⁶ MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. (2012). “Reglamento específico del Sistema Nacional de Inversión Pública del Ministerio de Planificación del Desarrollo” Pág. 5

¹⁷ ABLAN BORTONE N. (2001). Apuntes de Presupuesto. El Presupuesto Público: Aspectos conceptuales del Presupuesto.

¹⁸ IBÍD 13 - Art. 11

1.7.1.6. Programa de Inversión Pública¹⁹

Se entiende por Programa de Inversión Pública el conjunto de Proyectos de Inversión se reúnen en las condiciones establecidas por el SNIP, ordenados de acuerdo a las prioridades definidas por los planes de desarrollo nacional, departamental o municipal, según corresponda.

El programa de inversión pública está conformado por el Presupuesto de Inversión Pública que comprende proyectos financiados, y el Programa de Requerimientos de Financiamiento. El Programa de Inversión Pública puede ser organizado en forma sectorial, regional o institucional, y su horizonte de duración es plurianual y depende de la duración de los proyectos que conforman.

1.7.1.7. Proyecto

Un proyecto es la búsqueda de una solución inteligente al planteamiento de un problema que tiende a resolver, entre tantos, una necesidad humana. Cualquiera que sea la idea que se pretende implementar, la inversión, la metodología o la tecnología por aplicar, ella con lleva necesariamente la búsqueda de proposiciones coherentes destinadas a resolver las necesidades humanas²⁰.

Para el economista, un proyecto es la fuente de costos y beneficios que ocurren en distintos periodos de tiempo. El desafío que enfrenta es identificar los costos y beneficios atribuibles al proyecto, medirlos y valorarlos con el fin de emitir un juicio sobre la conveniencia de ejecutar ese proyecto²¹.

1.7.1.8. Proyecto de Inversión Pública

Es el conjunto de actividades interrelacionadas que insumen recursos públicos, para la producción de bienes y/o prestación de servicios, con el propósito de lograr productos y

¹⁹ IBÍD 13 - Art. 10

²⁰NASSIR SAPAG CHAIN; REINALDO SAPAG CHAIN. (2008). Preparación y evaluación de proyectos. Quinta edición. Capítulo 1. El estudio de proyectos. Pág. 1-2.

²¹ FONTAINE, ERNESTO R. Evaluación Social de Proyectos. 13 edición. Pág. 1-4

beneficios en un tiempo y espacio determinados, en el marco de las prioridades establecidas en el Plan de Desarrollo Económico y Social²².

1.7.1.9. Programa

Es el conjunto de proyectos que buscan operativizar de forma sistémica 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 desarrollo²³.

1.7.1.10. Programa de Inversión Pública

Se entiende por Programa de Inversión Pública al conjunto de Proyectos de inversión que reúnen las condiciones establecidas por el SNIP, ordenados de acuerdo a las prioridades definidas por los planes de desarrollo nacional, departamental o municipal, según corresponda²⁴.

El Programa de Inversión Pública está conformado por el Presupuesto de Inversión Pública que comprende proyectos financiados, y el Programa de Requerimientos de Financiamiento. El Programa de inversión Pública puede ser organizado en forma sectorial, regional o institucional, y su horizonte de duración es plurianual y depende de la duración de los proyectos que lo conforman²⁵.

1.7.1.11. Fuentes Financiamiento²⁶

A los efectos del SNIP, se identifican las siguientes fuentes de financiamiento para los proyectos de inversión pública:

²² IBÍD 13 - Art. 13

²³ VICEMINISTERIO DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD FISCAL. (2010). Glosario de Conceptos y Definiciones. Pág. 75-79

²⁴ GACETA OFICIAL DE BOLIVIA. Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública. Pág. 5 Art.11

²⁵ IBÍD 21 – Pág. 6. Art. 11

²⁶ MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DE DESARROLLO. Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública Pág. 7 Art. 17

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

- ✓ **Recursos del Tesoro General del Estado:** Son los recursos administrados por el Gobierno Central que se asignan al MPD para financiar el Presupuesto de Inversión Pública, de conformidad a normas emitidas anualmente por el Órgano Rector para su incorporación en el PGE.
- ✓ **Recursos Específicos:** Son recursos que, se perciben y administran directamente por el MPD y se utilizan para financiar su Presupuesto de Inversión Pública y que deben ser incorporados en el PGE.
- ✓ **Recursos de Contravalor:** son recursos provenientes de donaciones y/o créditos concesionales, que el estado recibe como producto de convenios entre el Estado Plurinacional y los países cooperantes.
- ✓ **Recursos Externos:** Son recursos que el Órgano Rector de inversión pública contrata de Organismos Financieros Multilaterales, Agencias de Cooperación Internacional y Gobiernos, mediante convenios de crédito o donación, y que se transfieren al Ministerio de Planificación del Desarrollo para financiar el Programa de Inversión Pública.

1.7.1.11.1. Recursos de los Gobiernos Autónomos Departamentales²⁷

Los recursos de las entidades territoriales autónomas departamentales, los siguientes:

- Las regalías departamentales establecidas por la Constitución Política del Estado y las disposiciones legales vigentes.
- Los impuestos de carácter departamental, creados conforme a la legislación básica de regulación y de clasificación de impuestos.
- Las tasas y las contribuciones especiales creadas de acuerdo a lo establecido en el Numeral 23, Parágrafo I del Artículo 300 de la Constitución Política del Estado.
- Las patentes departamentales por la explotación de los recursos naturales de acuerdo a la ley del nivel central del Estado.

²⁷ LEY MARCO DE AUTONOMÍAS Y DESCENTRALIZACIÓN “ANDRÉS IBÁÑEZ”. Ley N° 031 ley de 19 de julio de 2010. Artículo 104

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

- Los ingresos provenientes de la venta de bienes, servicios y la enajenación de activos.
- Los legados, donaciones y otros ingresos similares.
- Los créditos y empréstitos internos y externos contraídos de acuerdo a lo establecido en la legislación del nivel central del Estado.
- Las transferencias por participación en la recaudación en efectivo del Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH) y del Impuesto Especial a los Hidrocarburos y Derivados (IEHD), y los establecidos por ley del nivel central del Estado.
- Aquellos provenientes por transferencias, por delegación o transferencia de competencias.

1.7.1.12. Recursos Específicos²⁸

Financiamiento que obtienen las instituciones de los Órganos Legislativo, Judicial y Electoral, Control de Defensa de la Sociedad y del Estado, Descentralizadas, Entidades Territoriales Autónomas por concepto de ingresos de operación, venta de bienes y servicios, regalías, contribuciones a la seguridad social, tasas, derechos, multas y otros que resultan de la actividad propia de dichas instituciones.

1.7.1.13. Crédito Externo²⁹

Financiamiento que obtienen el Tesoro General de la Nación, los Gobiernos Autónomos Departamentales, Municipales e Indígena Originario Campesino, Universidades Públicas, las Empresas Públicas y las Instituciones Financieras Públicas por concepto de préstamos monetizables y no monetizables obtenidos de organismos, países y de la banca privada internacional mediante la suscripción de convenios de crédito bilaterales y multilaterales.

²⁸ VIPFE. (2018). “Clasificadores Presupuestarios 2018”, Clasificador de Fuentes de Financiamiento. Pág. 120

²⁹ IBÍD 24 - Pág. 121

1.7.1.14. Donaciones

Fuente de financiamiento que obtienen las instituciones de los Órganos Ejecutivo, Legislativo, Judicial, Electoral, Entidades Territoriales Autónomas, Universidades Públicas, Empresas Públicas, por concepto de donaciones externas, monetízales y no monetízales³⁰.

1.7.1.15. Donaciones HIPC II³¹

Fondos que se originan por concepto de alivio de deuda externa en el marco de la iniciativa para Países Altamente Endeudados (HIPC) y que estarán destinados a gastos relacionados con sectores sociales de acuerdo a los establecido en la norma legal específica.

1.7.1.16. El Ciclo de los Proyectos de Inversión Pública

El Ciclo de los Proyectos de Inversión Pública consiste en el proceso que atraviesa un proyecto de Inversión Pública desde que nace como idea, se realizan estudios, se ejecuta, entra en operación o se decide su abandono, y cumple con su vida útil³².

1.7.1.17. Gestión

Son guías para orientar la acción, previsión, visualización y empleo de los recursos y esfuerzos a los fines que se desean alcanzar, la secuencia de actividades habrán de realizarse para lograr objetivos y el tiempo requerido para efectuar cada una de sus partes y todos aquellos eventos involucrados en su consecuencia³³.

1.7.1.18. Gestión de Proyecto

Es la disciplina que se encarga de organizar y de administrar los recursos de manera tal que se pueda concretar todo el trabajo requerido por un proyecto dentro del tiempo y del presupuesto definido³⁴.

³⁰ IBÍD 24 - Pág. 115

³¹ IBÍD 24 - Pág. 116

³² IBÍD 13 - Pág. 6

³³ BENAVIDES GAIBOR L. H. (2001). La Gestión: Concepto, Importancia, Tipos, Universidad Técnica Particular de Loja. Pág. 13

³⁴ IBÍD 29 - Pág. 13

1.7.1.19. Salud

La salud pública es un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria. En la literatura sobre promoción de la salud se ha establecido una distinción entre la salud pública y una nueva salud pública. Esta nueva salud pública basa su diferencia en una comprensión global de las formas en que los estilos de vida y las condiciones de vida determinan el estado de salud y en un reconocimiento de la necesidad de movilizar recursos y realizar inversiones razonadas en políticas, programas y servicios que creen, mantengan y protejan la salud, apoyando estilos de vida sanos y creando entornos que apoyan la salud³⁵.

La salud es una condición indispensable para el desarrollo humano y un medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Al ser de interés público la protección de la salud de la población, el Estado tiene la responsabilidad de regularla, vigilarla y promoverla³⁶.

1.7.1.20. Seguridad Social

Tiene como objetivo regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente del país, en todos los niveles de atención³⁷. 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 beneficiarios³⁸.

1.7.1.21. Establecimientos de Salud

Es la unidad operativa básica de la Red Funcional de Servicios de Salud, responsable de otorgar atención integral intercultural en cuanto a promoción de la salud. Prevención,

³⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD GINEBRA. Ministerio de sanidad y consumo. Promoción de la Salud Glosario. Pág. 11-12

³⁶ GIESECKE, RUITON J. Salud Guía para la Formulación de Proyectos de Inversión Exitosos. Edición Mario Sifuentes. Pág. 7

³⁷ MINISTERIO DE SALUD. (2014). Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud. pág. 11

³⁸ LEDO, C. (2011). Sistema de Salud de Bolivia. Pág. 110.

diagnóstico, tratamiento de la enfermedad y recuperación de la salud, logrando de esta manera la satisfacción de la persona, familia, comunidad y equipo de salud, incorporando la gestión participativa y control social³⁹.

1.7.1.22. Niveles de Atención en Salud⁴⁰

Los niveles de atención se definen por su capacidad técnica e instalada, son responsables de la solución de los problemas de salud y deben trabajar de manera coordinada, complementaria y corresponsable, se reconoce tres niveles de atención, según su capacidad resolutive, descritos en la norma Nacional de Características de Establecimientos de Salud.

Los Niveles de Atención son un conjunto de Establecimientos de Salud que, de acuerdo a su capacidad resolutive, se clasifican en: Primer Nivel, Segundo Nivel y Tercer Nivel.

1.7.1.23. Primer Nivel

Es la unidad básica operativa integral de la red funcional de Servicios de Salud, se construye en puerta de entrada al Sistema de Salud, con el objeto de contribuir a mejorar la calidad de vida y la situación de salud de personas, familias y comunidades mediante las funciones de atención integral intercultural de salud, docencia asistencial e investigación, gestión participativa y control social de la salud⁴¹.

1.7.1.24. Segundo Nivel

Es la instancia de referencia de los establecimientos de primer nivel de atención en el ámbito de su red funcional de servicios de salud, de mayor capacidad resolutive, ofrece servicio de medicina general, pediatría, anestesiología y otras especialidades de acuerdo al perfil epidemiológico local y avalado técnicamente por el SEDES según normativa vigente, cuenta con unidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento, recursos humanos, equipamiento, medicamentos, insumos, estructura física, medios de transporte y

³⁹MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. (2013). Norma Nacional de caracterización de establecimientos de salud. Pág. 21

⁴⁰ IBÍD 35 - Pág. 21

⁴¹ IBÍD 35 - Pág. 22

comunicación que permite prestar servicios de manera ininterrumpida las 24 horas del día durante los 365 días del año⁴².

1.7.1.25. Tercer Nivel

Es la instancia conformada por hospitales e institutos con mayor capacidad resolutive de la red funcional de servicios, su misión es la de resolver problemas de salud de la persona, familia y comunidad, ofrece servicios ambulatorios y de hospitalización en especialidades, apoyo diagnóstico y tratamiento, funciones de docencia asistencial e investigación, cuenta con recursos, equipamiento, medicamentos, insumos, estructura física que le permite prestar servicios de manera continua. Aplica la atención integral, intercultural y la gestión participativa y control social en salud, se articula con el primer nivel, segundo nivel y la medicina tradicional, mediante el componente de referencia y contra referencia⁴³.

1.7.2. TEORÍAS DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

1.7.2.1. Teoría de la Descentralización

La descentralización se puede definir en términos generales como un proceso de transferencias de competencias y recursos desde la administración nacional o central de un determinado Estado, hacia las administraciones subnacionales: estatales y municipales en los países federales, regionales y locales en los países constitucionalmente unitarios. En este contexto, la descentralización de las finanzas públicas requiere como condición previa que el país sea dividido territorialmente en unidades inferiores o menores, cada una con sus correspondientes gobiernos regionales y/o locales y estrechamente relacionados con la unidad superior o gobierno central⁴⁴.

*Ivan Finot*⁴⁵ establece a la descentralización como solución. Desde el punto de vista económico, la descentralización es básicamente una reforma de la gestión pública dirigida

⁴² IBÍD 35 – Pág. 22

⁴³ IBÍD 35 – Pág. 22

⁴⁴ GABRIEL AGHÓN. (1993). Descentralización Fiscal Marco conceptual, Serie de Política Fiscal, Santiago de Chile, Naciones Unidas Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 8 p.

⁴⁵ IVAN FINOT. (2002). Descentralización y participación en América Latina: Una mirada desde la economía, Revista de la CEPAL. Pág. 142

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

a reducir ineficiencias en los procesos de asignación. Ella puede asumir dos formas fundamentales:

- **Descentralización Política:** que sería transferir la provisión de algunos bienes públicos a procesos democráticos locales.
- **Descentralización Económica:** que consistiría en transferir o exponer las decisiones sobre combinación de factores e insumos a la competencia económica

De acuerdo a la postura presentada por *Oates Wallace*⁴⁶, plantea la Teoría del Federalismo Fiscal, cuyo objetivo principal consta en el estudio de las funciones económicas que debe desarrollar los diferentes niveles de gobierno y los instrumentos fiscales apropiados para desarrollar estas tareas. Con la finalidad de lograr una provisión y financiamiento eficiente de bienes públicos.

Los gobiernos locales deben cumplir las funciones, por eso tienen los siguientes instrumentos fiscales:

- **Recursos Tributarios:** los gobiernos locales deben contar con la posibilidad de establecer tributos, con la finalidad de tener los recursos suficientes para proveer bienes públicos.
- **Transferencia proveniente del Gobierno Central:** el Gobierno Central realiza transferencias al Nivel Local, cuyo objetivo es corregir las externalidades producidas en otras jurisdicciones. La manera más apropiada para manejar una externalidad positiva es a través de una transferencia condicionada de Nivel Central hacia el Local, puesto que permite que el último internalice en sus decisiones sobre el gasto público los beneficios que se aparecen a otras jurisdicciones con la prestación de servicios públicos a los residentes de su propia localidad; Propender por la igualación fiscal de las jurisdicciones. Mejorar el

⁴⁶ FRANCO VARGAS M. H.; CRISTANCHO ESCOBAR, F. A. (2011). El Federalismo Fiscal y el Proceso de Descentralización Fiscal en Colombia. Teoría del federalismo Fiscal. Pág. 4-8

sistema tributario; y asegurar la provisión mínima de ciertos bienes públicos en todas las jurisdicciones de la Nación.

- **Endeudamiento público:** El endeudamiento público debe ser utilizado por los gobiernos locales para proveer bienes que puedan ser consumidos por residentes actuales, así como los residentes futuros (por ejemplo, obras de infraestructura).

Las principales funciones del sector público son: Estabilización, Distribución de Ingresos y Asignación de recursos para la producción de bienes y servicios. Las dos primeras funciones e incluso la asignación de recursos para la producción de bienes públicos no diferenciables, son cumplidas mejor por el Gobierno Central, pero la asignación de recursos a la generación de bienes diferenciables según cada comunidad, es mejor realizada por gobiernos descentralizados. El sistema que reúne las ventajas de un sistema centralizado con las de uno descentralizado es el federalismo⁴⁷.

Para los autores *Pinilla Rodríguez D. E. Jiménez Aguilera J.D. y Montero Granados R*⁴⁸.; afirman que la descentralización trae como consecuencias concretas y positivas en el bienestar social, por una mayor eficiencia y una mejor focalización de los servicios públicos. Menores costos y más servicios de calidad, mejorar el acceso a la población a bienes como la salud o la educación

La descentralización remueve las ineficiencias en la asignación de bienes públicos, focalizando bienes sociales que suplen generalmente las necesidades más básicas, lo que corrige la exclusión social. En este sentido, una descentralización efectiva es aquella que puede demostrar una relación cierta y positiva con progresos sociales tan importantes como la reducción del analfabetismo o la mortalidad infantil y, en general, con un aumento de desarrollo humano⁴⁹.

⁴⁷ OATES WALLACE. (1972). Fiscal Federalismo. Trad. Federalismo Fiscal. Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local. 1977.

⁴⁸PINILLA RODRIGUEZ D. E. JIMENEZ AGUILERA J.D. Y MONTENEGRO GRANADOS R.. Descentralización fiscal en América Latina. Impacto social y determinantes. Pág. 79-80

⁴⁹IBÍD 44 - Pág. 79-80

1.7.2.2. Teoría del Sector Público

Para *Stiglitz*⁵⁰ la teoría del Sector Público se debe abordar cada una de las cuestiones económicas fundamentales, deben seguirse cuatro pasos: describir las actividades que realiza el Estado, analizar sus consecuencias, evaluar las distintas medidas posibles e interpretar las fuerzas políticas que condicionan a las decisiones que toman los Gobiernos.

Acciones del Estado

Según *Ricardo Cibotti y Enrique Sierra*⁵¹, el Sector Público interviene en la economía y planificación. Se reconoce al Estado como: un ente regulador a través de la manipulación de instrumentos de los agentes económicos. Un ente distribuidor por las transferencias de ingresos a grupos de individuos o sectores productores. Un ente productor cuando toma responsabilidades en la producción de bienes y servicios; y en la acumulación.

La organización formal del Estado, se consideran los siguientes tipos de acciones:

- **Acciones de Regulación**, tiene por objeto inducir a los agentes económicos hacia determinados comportamientos; el Estado tanto al producir bienes y servicios como al instalar capacidad productiva, crea corrientes de factores y de insumos, y moviliza recursos financieros, que influyen sobre las decisiones que se derivarían del mercado.

También existen acciones que tienen el objeto de regular, como las normativas y para cumplir con sus propósitos no necesitan que el Estado movilice directamente recursos físicos y financieros en las otras acciones; para realizar estas acciones se requiere disponer de un aparato administrativo que formule e imponga las normas y reglamentaciones⁵².

- **Acciones de producción de bienes y servicios**, es propio del Estado y su responsabilidad en la prestación de ciertos servicios generales relacionados con organización y funcionamiento de la comunidad y del propio Gobierno; los

⁵⁰STIGLITZ, J. (2000). Economía del Sector público. 3ra edición. Pág. 24-25

⁵¹CIBOTTI R. Y SIERRA E. El Sector Público en la Planificación del Desarrollo. 14ma Edición. Pág. 7-21

⁵² IBÍD 47 - Pág. 15-16

organismos públicos a cargo de la prestación de servicios son parte del aparato estatal o del Gobierno, en este tipo de acciones se destacan los servicios públicos de educación, salud, provisión de agua potable y alcantarillado, transportes, almacenaje, comercialización y comunicaciones, estas acciones de producción de bienes y servicios se realizan a través de organismos de la administración central y las referidas a los bienes son por medio de las empresas públicas⁵³.

- **Acciones de Acumulación**, contribuyen a la formación del acervo de instalaciones y equipos necesarios para efectuar la prestación de servicios públicos tales como escuelas, hospitales, y otros que requieren un gasto operativo anual con cargo al Estado o pueden ser: caminos, calles, parques, entre otros que tienen gasto en mantenimiento y conservación⁵⁴.
- **Acciones en el Campo del Financiamiento**, para que el Estado puede obtener los insumos y factores necesarios para la producción y acumulación, deben movilizar medios de pago que les permitan trasladar dichos recursos físicos al ámbito de la economía estatal⁵⁵.

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 eficiencia⁵⁶.

Para Musgrave las principales funciones del Estado son:

⁵³ IBÍD 47 - Pág. 17

⁵⁴ IBÍD 47 - Pág. 20

⁵⁵ IBÍD 47 - Pág. 21

⁵⁶ MUSGRAVE R.A. (1999). Hacienda Pública Teórica y Aplicada 5º Edición. Editorial McGraw-Hill. Cap.1

- La ***Función de Asignación*** y la provisión que determinan los bienes no pueden proveerse mediante el sistema de mercado, a través de transacciones entre consumidores y productores individuales. En algunos casos, el mercado falla totalmente mientras que otros pueden funcionar únicamente 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. La vinculación 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 presupuesto⁵⁷.
- La ***función de distribución***, en la de asignación que se ocupan 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. Es el ajuste de la distribución de la renta y riqueza para asegurar su adecuación, considerado por la sociedad como un Estado “equitativo o justo” de distribución⁵⁸.
- 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 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 que considere los efectos sobre el comercio internacional y la balanza de pagos⁵⁹.

1.7.2.3. Teoría del Ciclo del Proyecto

Según los hermanos **Nassir y Reinaldo Sapag Chain**, el proceso de un proyecto reconoce cuatro grandes etapas⁶⁰:

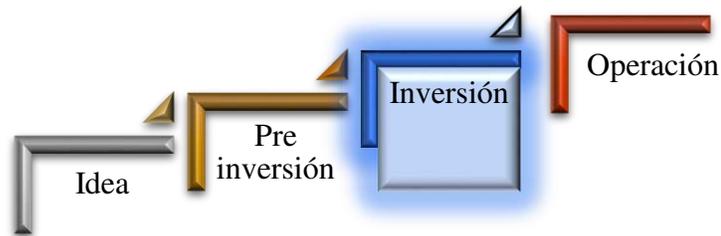
⁵⁷ IBÍD 52 - Pág. 4-9

⁵⁸ IBÍD 52 - Pág. 5

⁵⁹ IBÍD 52 -Pág. 6

⁶⁰ SAPAG CHAIN, N.; SAPAG CHAIN, R. Preparación y evaluación de Proyectos. 5ta edición. Pág. 21-23

ESQUEMA N ° 1 PROCESO DEL PROYECTO - SAPAG CHAIN



Fuente: SAPAG CHAIN. N. y SAPAG CHAIN R. Preparación y Evaluación de Proyectos

Elaboración Propia

- **Idea**, puede enfrentarse sistemáticamente bajo una modalidad de gerencia de beneficios; es decir, donde la organización está estructurada operacionalmente bajo un esquema de búsqueda permanente de nuevas ideas de proyecto.
- **Pre-inversión**, realizan varios estudios de viabilidad financiera, por lo que la explicación de esta etapa se concentrará exclusivamente en estos aspectos, en esta etapa se realizan los tres estudios de viabilidad:
- **Inversión**, fase de movilización de recursos humanos, financieros y físicos con el fin de garantizar los medios idóneos para el cumplimiento del objetivo social.
- **Operación**, corresponde a una actividad permanente y rutinaria, es cuando está en puesta el proyecto.

Para **Karen M. Mokate**⁶¹, el ciclo del proyecto está basado en tres principios básicos:

- Cada etapa del ciclo tiene su razón de ser.
- Involucrar a los diferentes actores interesados para la colaboración conjuntamente en su diseño.
- Se necesita construirlo sobre una secuencia flexible que se adapte con facilidad frente a las realidades de cada proyecto.

⁶¹ MOKATE, Karen. (2004). Evaluación Financiera de Proyectos de Inversión. 2ª edición. Pág. 1-18

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA**

El ciclo de vida del proyecto comprende tres etapas:

ESQUEMA N°2 PROCESO DEL PROYECTO – KAREN MOKATE



*Fuente: MOKATE, Karen.2004. Evaluación Financiera de Proyectos de Inversión.
Elaboración Propia*

- **Etapa de Formulación:** Corresponde a la pre inversión, la cual se constituye en las actividades de formulación y evaluación ex ante del proyecto, comprendida en el momento en que se tiene la idea del proyecto y el de la toma de decisiones de inversión, esta etapa tiene por objeto delinear y plantear los objetivos de la iniciativa que se propone y analiza y delimitar aspectos técnicos, financieros, institucionales y logísticos.
- **Etapa de Gestión:** Esta comprendida entre el momento en que se inicia la inversión y el momento en que se liquida o se deja de operar el proyecto, la gestión se orienta por los objetivos que dieron razones de ser al proyecto.
- **Etapa Ex Post:** Es la etapa posterior de la ejecución del proyecto, tiene como fin documentar la experiencia del proyecto y determinar hasta donde este ha funcionado según lo programado y en qué medida ha cumplido sus objetivos.

Según el **Sistema Nacional de inversión Pública**, el ciclo de vida del proyecto se compone en las siguientes fases⁶²:

ESQUEMA N.º 2 PROCESO DEL PROYECTO – SNIP



Fuente: Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública

Elaboración Propia

- **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,
- **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.
- **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.

1.7.2.4. Teoría Económica de la Salud

Según la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**⁶³, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce de grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o

⁶² MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DE DESARROLLO. 2012. Reglamento Específico del Sistema Nacional de Inversión Pública. Art. 9. Pág. 15

⁶³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Pág. 1

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

condición económica o social. La salud depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados. Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para la población, los Gobiernos tienen la responsabilidad en la salud de sus pueblos.

Según **Casulo, Escobar y Proenza (2013)**⁶⁴ la promoción y protección de la salud puede constituir la única solución posible a las necesidades de salud, implica un proceso de transformación política, cultural y social que permite hacer de la salud no solo una responsabilidad individual, sino una prioridad.

Para **Mushkin (1958 y 1999)**⁶⁵, la economía de la salud es un campo de investigación cuyo objeto es el uso óptimo de los recursos para la atención de las enfermedades y la promoción de la salud, para obtener el mayor estado de salud posible con la utilización de los recursos disponibles.

⁶⁴ CASULO, J. ESCOBAR, N. LUQUE, D. PROENZA, M. (2013). Economía de la salud. Pág. 87

⁶⁵ RESTRIPO, H. (2008). Introducción a la Economía de la Salud. Pág. 48.

ASPECTOS DE POLÍTICAS, NORMAS E
INSTITUCIONAL

CAPÍTULO

2

CAPÍTULO II

ASPECTOS DE NORMAS, POLÍTICAS E INSTITUCIONAL

2.1. REFERENCIA NORMATIVA

2.1.1. Primer Periodo 2000-2005 (Economía de mercado)

2.1.1.1. La Constitución Política del Estado de 2004

Los artículos que tienen relación en la investigación son:

La constitución Política del Estado, señala que el estado interviene en la economía mediante la ley y el Poder Ejecutivo a Nivel departamental se ejerce de acuerdo a un régimen de descentralización administrativa, en cada departamento existe un Consejo Departamental, presidido por el Prefecto⁶⁶.

Las rentas del Estado se dividen en nacionales, departamentales y municipales, y se invertirán independientemente por sus tesoros conforme a sus respectivos presupuestos, y en relación al Plan General de Desarrollo Económico y social del país. La ley clasificara los ingresos en nacionales, departamentales y municipales⁶⁷.

Los recursos departamentales, municipales, judiciales y universitarios, recaudados por oficinas dependientes del Tesoro Nacional, no serán centralizados en dicho Tesoro. El Poder Ejecutivo determinara las normas destinadas a la elaboración y presentación de los proyectos de presupuesto de todo el sector público⁶⁸.

El Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población; asegurando la continuidad de sus medios de subsistencia y rehabilitación de las personas inutilizadas; propenderá asimismo al mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar. Los regímenes de seguridad social se inspirarán en los

⁶⁶ BOLIVIA. 2004. Constitución Política del Estado. Art. 110 y 141

⁶⁷ IBÍD 63 - Art. 146

⁶⁸ IBÍD 63 - Art. 146

principios de universalidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad y eficacia⁶⁹.

2.1.1.2. Participación Popular⁷⁰

Se reconoce, promueve y consolida el proceso de participación popular articulando a las comunidades indígenas, campesinas y urbanas, en la vida jurídica, política y económica del país. Procura mejorar la calidad de vida de la mujer y el hombre boliviano, con una más justa distribución y mejor distribución y mejor administración de los recursos públicos. Fortalece los instrumentos políticos y económicos necesarios para perfeccionar la democracia representativa, facilitando la participación ciudadana y garantizando la igualdad de oportunidades en los niveles de representación a mujeres y hombres.

La ley delimita como jurisdicción territorial del Gobierno Municipal, a la Sección de Provincia. Amplia competencia e incrementa recursos a favor de los Gobiernos Municipales, y les transfiere infraestructura física de educación, salud, deportes, caminos vecinales, con la obligación de administrarla, mantenerla y renovarla.

2.1.1.2.1. Recursos de Participación Popular

Los recursos municipales de participación popular serán invertidos en la población urbana y rural, de manera equitativa, no se destinarán en gastos corrientes del Gobierno Municipal más de 10% de los recursos de la Participación Popular⁷¹.

Los ingresos del Estado se clasifican en nacionales, departamentales y municipales. La coparticipación Tributaria es entendida como una transferencia de recursos provenientes de los Ingresos Nacionales y las Universidades Públicas para el ejercicio de las competencias definidas por ley, ya para el cumplimiento de las Participación Popular, se distribuye entre las municipalidades beneficiarias en función del número de habitantes de cada jurisdicción departamental en la que se encuentren⁷².

⁶⁹ IBÍD 63 - Art. 158, 164

⁷⁰ BOLIVIA. 20 de abril de 1994. Ley N°1551. Ley de Participación Popular. Art. 1 y 2.

⁷¹ IBÍD 67 - Art. 10

⁷² IBÍD 67 - Art.19-21

A favor de los departamentos que están por debajo del promedio nacional de regalías departamentales por habitante, se establece una compensación presupuestaria anual a cargo del Tesoro General de la Nación, por un monto que permita alcanzar este promedio⁷³.

2.1.1.3. Descentralización Administrativa⁷⁴

Regula el Régimen de Descentralización Administrativa del Poder Ejecutivo a nivel departamental, que, conforme al sistema unitario de la República, consiste en la transferencia y delegación de atribuciones de carácter técnico-administrativo no privativas del Poder Ejecutivo a nivel Nacional.

2.1.1.3.1. Régimen económico y financiero⁷⁵

Los recursos de dominio y uso departamental, serán administrados por los prefectos, están constituidos por: Las regalías departamentales creadas por ley, los recursos del, fondo Compensatorio Departamental creado por la Ley N°1551, el 25% de la recaudación efectiva del Impuesto Especial a los Hidrocarburos y sus derivados, las asignaciones consignadas anualmente en el Presupuesto General de la Nación para el gasto en servicios personales de salud, educación y asistencia social, Las transferencias extraordinarias del Tesoro General de la Nación, en los casos establecidos en el Art. 148° de la Constitución Política del Estado, los créditos y empréstitos internos y externos contraídos de acuerdo a las normas del Sistema Nacional de Tesorería y Crédito Público, los recursos provenientes de la enajenación de los bienes a su cargo los ingresos provenientes de la prestación de servicios y del usufructo de los bienes a su cargo los legados, donaciones y otros ingresos similares.

El prefecto asignará para el financiamiento de programas y proyectos de inversión el 85% de recurso por regalía, compensación departamental e IEHD y un 15% de los recursos para financiar los gastos administrativos de sus dependencias.

⁷³ IBÍD 67 - Art 29

⁷⁴ BOLIVIA. (28 de Julio de 1995). Ley N°1654, Ley de Descentralización Administrativa. Art. 1, 5.

⁷⁵ IBÍD 71 - Art. 20, 21

2.1.1.4. Autonomía Municipal

La autonomía municipal consiste en la potestad normativa, fiscalizadora, ejecutiva, administrativa y técnica ejercida por el Gobierno Municipal en el ámbito de su jurisdicción territorial y de las competencias establecidas por la ley⁷⁶.

Los ingresos municipales son de carácter tributario y no tributario. Son ingresos municipales tributarios a los provenientes, con carácter enunciativo y no limitativo, los provenientes de: concesiones; venta o alquiler de bienes municipales; transferencias y contribuciones; donaciones y legados; derechos preconstituidos; indemnizaciones por daños a la propiedad municipal; multas y sanciones por transgresiones; y Operaciones de crédito público⁷⁷.

Dentro de cada gestión presupuestaria, los gobiernos Municipales podrán asignar recursos hasta un 15% de las coparticipaciones tributarias en su conjunto y al menos el 85% de los recursos de Coparticipación tributaria en gastos de inversión pública⁷⁸.

2.1.1.5. Gastos Municipales⁷⁹

Son gastos destinados a financiar las actividades recurrentes, para la prestación de servicios administrativos, entendiéndose como tales, el pago de servicios personales, obligaciones sociales, impuestos, transferencias corrientes, compra de materiales, servicios, enseres e insumos necesarios para el funcionamiento exclusivo de la administración del Gobierno Municipal.

Gastos de Inversión son todos los gastos destinados a la formación bruta de capital físico de dominio público, constituido por el incremento, mejora y reposición del stock de capital, incluyendo gastos de Pre inversión y supervisión.

Se establece como porcentaje máximo para gasto de funcionamiento, el 25%, que, para fines de cálculo, se aplica sobre el total de ingresos de las siguientes fuentes:

⁷⁶ BOLIVIA. (28 de octubre de 1999). Ley. Ley N°2028 Ley de Municipalidades. Art. 4

⁷⁷ IBÍD 77 - Art. 100, 102

⁷⁸ IBÍD 77 - Art. 107, 108

⁷⁹ BOLIVIA. (20 de diciembre de 2001). Ley N°2296. Ley de Gastos Municipales. Art. 2

Recursos de la Coparticipación Tributaria, Ingresos Municipales Propios y Recursos de la Cuenta Especial Diálogo 2000. Para financiar los gastos de funcionamiento, solo se pueden utilizar los Ingresos Municipales Propios y los Recursos de la Coparticipación Tributaria⁸⁰.

2.1.1.6. Sistema de Inversión Pública⁸¹

El Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP) es el conjunto de normas, instrumentos y procedimientos comunes para todas las entidades del sector público, mediante los cuales se relacionan y coordinan entre sí para formular, evaluar, priorizar, financiar y ejecutar los proyectos de inversión pública que, en el marco de los planes de desarrollo nacional, departamental y municipal, constituyen las opciones más convenientes desde la perspectiva económica social.

Inversión pública es todo gasto de recursos de origen público destinado a incrementar, mejorar o reponer las existencias de capital físico de dominio público y de capital humano, con el objeto de ampliar la capacidad del país para la prestación de servicios o producción de bienes.

Las fuentes de financiamiento para los proyectos de inversión pública son: recursos del Tesoro General de la Nación, recursos específicos de las entidades Públicas y recursos externos.

Según el SNIP el presupuesto de Inversión Pública es el conjunto de recursos asignados para la realización de los proyectos del Programa de Inversión Pública, que deben ser incorporadas en los presupuestos de Inversión Pública los proyectos, del Programa de Inversión Pública que cuenten con financiamiento asegurado.

⁸⁰ BOLIVIA. (20 de diciembre de 2001). Ley N°2296. Ley de Gastos Municipales. Art. 3

⁸¹ MINISTERIO DE HACIENDA. (18 de junio de 1996). Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública, Resolución Suprema N°21668, Art. 1, 8, 9, 12.

2.1.1.7. Sistema de Presupuesto

Las entidades públicas receptoras de transferencias de recursos del Tesoro General de la Nación por concepto de subvenciones y coparticipación tributaria, cuyo detalle de ingresos y gastos no se encuentren detallados en el Presupuesto aprobado por Ley del Presupuesto General de la Nación en forma anual, deberán remitir sus presupuestos aprobados por las instancias correspondientes al Ministerio de Hacienda, a través del Viceministro de Presupuesto y Contaduría⁸².

El Sistema de Presupuesto preverá, en función de las prioridades de la política gubernamental, los montos y fuentes de los recursos financieros para cada gestión anual y su asignación a los requerimientos monetarios de la Programación de Operaciones y de la Organización Administrativa adoptada.

La ejecución de los Presupuesto de gasto de las entidades. Está 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. No se permite la transferencia de gastos de inversión o excedentes de ingresos presupuestados a gastos de funcionamiento⁸³.

2.1.1.8. Sistema de Planificación⁸⁴

El Sistema Nacional de Planificación (SISPLAN) es un conjunto de procesos que se expresa en normas y procedimientos de cumplimiento general, de orden político, técnico y administrativo, que establece la forma y los mecanismos de participación de los niveles nacional, departamental y municipal en la racionalización de la toma de decisiones para la asignación de recursos públicos y en la definición de políticas de desarrollo.

⁸² BOLIVIA. (21 de diciembre de 1999). Ley de Administración Presupuestaria. Art. 3

⁸³ LEY N°1178. (20 de junio de 1990). Ley De Administración y Control Gubernamental. Art. 8

⁸⁴NORMAS BÁSICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN. (21 de julio de 1996). Resolución Suprema N° 216779. Órgano Rector del Sistema Nacional de Planificación, Art. 1, 6, 8, 65.

La asignación de recursos se fija en función de las prioridades del Plan General de Desarrollo Económico y Social de la República y expresan el énfasis que orientará la distribución y la asignación de recursos para el logro de los objetivos del desarrollo sostenible, los que se constituyen en instrumentos para los procesos de planificación desarrollados en los distintos niveles del SISPLAN.

El SISPLAN proporcionará objetivos y políticas definidos en los planes de desarrollo, los programas de mediano y largo plazo y los Índices de Asignación de Recursos destinados a orientar la asignación de recursos para la inversión pública.

2.1.2. Segundo Periodo 2006-2018 (Modelo de Economía Plural)

Los artículos relacionados con el tema de investigación son los siguiente:

- El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna⁸⁵.
- 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 gobierno⁸⁶.
- 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 salud⁸⁷.
- 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 financiera⁸⁸.
- La Ley Marco de Autonomías y Descentralización regulara el procedimiento para la elaboración de Estatutos Autonómicos y Cartas Orgánicas, la transferencia y

⁸⁵ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO. 2009. Artículo 18. II

⁸⁶IBÍD 82 – Art. 18.

⁸⁷ IBÍD 82 – Art. 35.

⁸⁸ IBÍD 82 – Art. 37.

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

delegación competencial, el régimen económico financiero y la coordinación entre el Nivel Central y las Entidades Territoriales Descentralizadas y Autónomas⁸⁹.

- El Gobierno Autónomo Departamental está constituido por una Asamblea Departamental, con la facultad deliberativa, fiscalizadora y legislativa departamental en el ámbito de sus competencias y pro un órgano ejecutivo⁹⁰.
- Las competencias definidas en la CPE son⁹¹:
 - **Privativas**, aquellas cuya legislación, reglamentación y ejecución no se transfiere ni delega y están reservadas para el Nivel Central del Estado.
 - **Exclusivas**, aquellas en las que un nivel de gobierno tiene sobre una determinada materia, facultades legislativas, reglamentaria y ejecutiva.
 - **Concurrente**, aquellas en las que la legislación corresponde al Nivel Central del Estado y los otros niveles ejercen simultáneamente las facultades reglamentaria y ejecutiva.
 - **Compartidas**, están sujetas a una legislación básica de la Asamblea Legislativa Plurinacional cuya legislación de desarrollo corresponde a las entidades territoriales autónomas, de acuerdo a su característica y naturaleza.

2.1.2.1. Inversión Pública

Se entiende por Inversión Pública todo gasto de recursos de origen público destinado a incrementar, mejorar o reponer las capacidades físicas, humanas, culturales, ambientales, económicas y sociales del Estado para la producción de bienes y/o prestación de servicios⁹².

⁸⁹IBÍD 82 – Art. 271

⁹⁰IBÍD 82 – Art. 277

⁹¹ IBÍD 82 – Art. 297

⁹²REGLAMENTO ESPECÍFICO DEL SISTEMA NACIONAL DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. Art. 9

2.1.2.2. Proceso de Inversión Pública

El proceso de Inversión Pública, comprende la formulación, priorización, seguimiento y evaluación de los proyectos de Inversión del Sector Público. Tiene como finalidad incrementar la capacidad productiva instalada del país en función de los objetivos y metas previstos en los planes, optimizando el uso de los recursos asignados⁹³.

2.1.2.3. Presupuesto del Departamento de La Paz

El Sistema de Presupuesto es un conjunto ordenado y coherente de principios, disposiciones normativas, procesos e instrumentos técnicos, que tiene por objeto la formulación, aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación, de los Presupuestos Públicos, según los programas y proyectos definidos en el marco del Plan General de Desarrollo Económico y Social de la República. Asimismo, 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 Pública⁹⁴.

2.1.2.4. Ley Marco de Autonomías y Descentralización⁹⁵

La Autonomía es la cualidad gubernativa que adquiere una entidad territorial de acuerdo a las condiciones y procedimientos establecidos en la Constitución Política del Estado y la presente Ley, que implica la igualdad jerárquica o de rango constitucional entre entidades territoriales autónomas, la elección directa de sus autoridades por las ciudadanas y los ciudadanos, la administración de sus recursos económicos y el ejercicio de facultades legislativa, reglamentaria, fiscalizadora y ejecutiva por sus órganos de gobierno autónomo, en el ámbito de su jurisdicción territorial y de las competencias y atribuciones establecidas por la Constitución Política del Estado y la ley N° 031. Mientras que la Descentralización Administrativa es la transferencia de competencias de un órgano público a una institución de la misma administración sobre la que ejerza tuición.

⁹³ Ley N°498. (2006). Ley de Planificación e Inversión Pública. Cap. 1, Art. 30.

⁹⁴ RESOLUCIÓN SUPREMA N°225558, Normas Básicas del Sistema de Presupuesto. Artículo 1

⁹⁵ BOLIVIA. (2010). Ley N°031. Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez” Art. 6

- **Competencias Departamentales⁹⁶**

De acuerdo a las competencias concurrentes establecidas en la Constitución Política del Estado las competencias de los Gobiernos Autónomos departamentales tienen las siguientes acciones en materia de salud:

- Formular y aprobar el Plan Departamental de Salud en concordancia con el Plan de Desarrollo Sectorial Nacional
- Ejercer la rectoría en salud en el departamento para el funcionamiento del Sistema Único de Salud, en el marco de las políticas nacionales.
- Proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del tercer nivel.
- Proveer a los establecimientos de salud del tercer nivel, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.
- Ejecutar los programas epidemiológicos en coordinación con el nivel central del Estado y municipal del sector.
- Elaborar y ejecutar programas y proyectos departamentales de promoción de salud y prevención de enfermedades en el marco de la política de salud.

- **Traspaso de Responsabilidades y Ámbito de Acción del Servicio Estatal de Autonomías**

La LMAD, de manera concreta, detalla la coordinación en el caso de competencias, programas y proyectos concurrentes. Estos casos se catalogan en transferencia, delegación o traspaso de responsabilidades. Cuando estos procedimientos involucren la prestación de servicios relativos a derechos fundamentales⁹⁷.

2.1.2.5. Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural⁹⁸

⁹⁶IBÍD 92 - Art. 81

⁹⁷ SERVICIO ESTATAL DE AUTONOMÍAS. Diagnóstico de los establecimientos de salud de tercer nivel para el traspaso de responsabilidades a los gobiernos autónomos departamentales. Pág. 16

⁹⁸DECRETO SUPREMO N°29601 “Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia” Pág. 3

El presente Decreto Supremo tiene por objeto establecer el Modelo de atención y de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural -SAFCI.

El objetivo del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo A los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la Salud(buscando la autogestión);brindar servicios de Salud que tomen en cuenta a la persona, familia, comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de condiciones de vida de la población.

2.2. ASPECTOS DE POLÍTICAS

2.2.1. Primer Periodo 1998-2005 (Economía de mercado)

2.2.1.1. Políticas del Departamento de La Paz

Promover la mejora del primer nivel de atención en salud mediante la dotación de servicios de Salud, de similar calidad en el área rural, urbana. Capacitar agentes comunarios que se desempeñen como sanitarios y parteros, incorporando curanderos y parteras empíricas. Se pretende ampliar la cobertura, hacer más efectiva la acción del primer nivel de atención en Salud para reducir la incidencia de las endemias en las comunidades suburbanas y rurales⁹⁹.

2.2.1.1.1. Nuevo Rol de las Prefecturas

El proceso de modernización del Estado que actualmente se lleva a cabo en el país, busca optimizar las funciones y el rendimiento del aparato estatal y pretende establecer un

⁹⁹ PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA PAZ” (1995).
Pág. 37

acercamiento entre Estado y la sociedad, una de las reformas trascendentales que impulsa el gobierno es la Descentralización Administrativa¹⁰⁰.

2.2.1.1.2. Desarrollo Institucional y Gestión Departamental

Las políticas de institucionalidad es apoyada por el programa de gobernabilidad y apoyo a grupos principales, como el programa de fortalecimiento institucional que tiene como objetivo consolidar el proceso de descentralización administrativa a través de mejorar la capacidad de gestión de la prefectura para procesar y responder a la demanda social, desarrollar capacidades de negociación y concertación, desarrollar procesos de capacitación en el manejo y la puesta en funcionamiento de los sistemas de planificación e inversión pública¹⁰¹.

2.2.1.2. Política Fiscal

Dadas las limitaciones estructurales y coyunturales que las finanzas públicas estas sujetas, se requiere una política permanente austera y racionalización de componentes no prioritarios del gasto público, así como la optimización del uso de los recursos externos. Con el objeto de permitir alguna flexibilidad en el gasto social y las inversiones requerida para el cumplimiento de objetivos estratégico del PGDES que son, fundamentalmente, la generación de oportunidades y de equidad, la creación de mayor riqueza, el potenciamiento humano y el fortalecimiento del pacto por la infancia y sus derechos.

2.2.1.3. Formación y Salud Integral

Esta política 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 eficiencia de las intervenciones y efectividad en la solución de los problemas que afectan, principalmente, a la niñez y a la adolescencia.¹⁰²

¹⁰⁰ PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ. (1995). CORDEPAZ- Gerencia de Planificación Pág. 9

¹⁰¹IBÍD 101 Pág. 42

¹⁰²PLAN GENERAL DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL PARA LA GESTIÓN (1997-2002). Pág. 80

2.2.2. Segundo Periodo 2006-2018 (Modelo de Economía Plural)

Los lineamientos estratégicos¹⁰³ que establece el Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva, Democrática para Vivir Bien”, los planes de desarrollo del país, en todos los ámbitos sectoriales y territoriales, según sus características, deberán incorporar la siguiente estructura, objetivos y composición de los pilares del Plan Nacional de Desarrollo:

Con Bolivia Digna la erradicación de la pobreza y la inequidad para lograron patrón equitativo de distribución o redistribución de ingresos, riqueza y oportunidades. Conformada por los sectores generadores de activos, condiciones sociales; por la política, estrategias, programas intersectoriales de Protección Social y Desarrollo Integral Comunitario. En cuanto a las políticas de desarrollo, el estado Plurinacional propone la concepción del vivir bien con la finalidad de lograr una convivencia equilibrada y equitativa a la economía estatal y la economía comunitaria.

2.2.2.1. Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural

Permitirá el acceso a los servicios de salud del 100% de la población boliviana bajo el sistema único de salud familiar comunitaria intercultural, mediante la promoción de hábitos y conductas saludables en individuos, familia y la comunidad, la prevención de riesgos, el control de daños y la rehabilitación de personas con ; logrando una población sana y productiva, que participe en la transformación económica, social y cultural, con la aplicación de un modelo de salud familiar comunitaria intercultural¹⁰⁴.

2.2.2.2. Rectoría

Recuperar la soberanía y la rectoría del sistema liderando la intersectorial dad para salud; con mayor capacidad de gestión que permitirá garantizar la sostenibilidad financiera del sector, 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

¹⁰³BOLIVIA. Ministerio de Planificación del Desarrollo. Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, productiva y Democrática para Vivir Bien”. 2006-2011. Pág. 40

¹⁰⁴ IBÍD 99 - Pág. 49

cuenta con un marco jurídico normativo, administrativo y financiero independiente de condicionamientos externos¹⁰⁵.

2.2.2.3. Determinantes de Salud

Propone la recuperación de la responsabilidad del estado en la cultura de la salud integral y la calidad de vida de las personas y familias. Está orientada a la disminución de la carga social sobre el proceso de salud enfermedad, a intervenir, coordinadamente, entre el sector salud y los demás sectores del desarrollo económico social, en los factores que determinan la calidad de vida, para incrementar lo el acceso de la población a los servicios básicos¹⁰⁶.

2.2.2.4. La Paz Solidaria¹⁰⁷

La política social pretende superar los problemas de exclusión social y deterioro ambiental para avanzar hacia un desarrollo humano sostenible, a través del Programa Salud con Calidad, se desarrollarán todos los esfuerzos que contribuyan a la implementación del Seguro Universal de Salud y la construcción de un Sistema de Salud Integral que promueva la movilización y la eliminación de la exclusión social.

2.3. REFERENCIA INSTITUCIONAL

2.3.1. Ministerio de Planificación del Desarrollo

El Ministerio de Planificación del Desarrollo tiene entre sus atribuciones planificar, coordinar el desarrollo integral del país, mediante la elaboración, coordinación, seguimiento de la estrategia nacional del desarrollo económico, social, cultural en relación con los Ministerios correspondientes; formular, coordinar las políticas, estrategias de desarrollo productivo y social; articular los planes de Desarrollo Departamental, Municipal con la Estrategia Nacional de Desarrollo Económico y Social; definir políticas

¹⁰⁵ IBÍD 99 - Pág. 49

¹⁰⁶ IBÍD 99 - Pág. 50

¹⁰⁷ PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ PDDDES-LP 2007-2010. Pág. 29-30

para fortalecer la presencia del Estado como actor productivo, financiero para la redistribución de la riqueza económica.

El Ministerio de Planificación del Desarrollo, es la entidad pública estratégica que dirige el desarrollo, la planificación y la reasignación de los recursos para la construcción del Estado Plurinacional y el Vivir Bien, mediante la articulación de procesos, actores, territorios y sectores en coordinación y con la acción protagónica de organizaciones sociales, entidades territoriales de instituciones internacionales y de la cooperación¹⁰⁸.

2.3.2. Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo

Coadyuva la gestión de la Inversión Pública, promoviendo la elaboración de estudios de Pre Inversión con calidad, como un medio de apalancamiento de recursos financieros que contribuyen al crecimiento y desarrollo económico y social con equidad del Estado Plurinacional.

El Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE) como instrumento de información que apoya la Gestión del Programa de Inversión Pública y de los Proyectos de Inversión, el VIPFE cuenta con dos sistemas de información importantes.

- Sistema de Información Sobre Inversiones (SISIN): es un instrumento de organización de información que reconoce al Proyecto de Inversión Pública como unidad del sistema y permite recopilar, almacenar, procesar y difundir la información de carácter financiero y no financiero; relativa al ciclo de vida de cada proyecto y su financiamiento.
- Sistema de Información Sobre Financiamiento Externo (SISFIN): es un instrumento del SNIP que reconoce al convenio o contrato de financiamiento como la unidad del sistema y que permite recopilar, almacenar, procesar y

¹⁰⁸ www.planificacion.gob.bo

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

difundir la información correspondiente a la gestión, asignación, negociación, contratación, ejecución y seguimiento del financiamiento externo.

Las atribuciones del Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo son¹⁰⁹:

- Ejercer las funciones de autoridad superior y administrar el Sistema Estatal de Inversión y Financiamiento para el Desarrollo.
- Coordinar, efectuar el seguimiento, evaluación de la aplicación de los programas del Sistema Estatal de Inversión y Financiamiento para el Desarrollo.
- Realizar el seguimiento, evaluación del Presupuesto de Inversión Pública, así como de los convenios de financiamiento externo, en coordinación con Ministerios, Entidades Territoriales Autónomas y Descentralizadas.
- Gestionar, negociar, 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.
- Programas, administrar los recursos de contravalor proveniente de donaciones externas y monetizaciones.
- Ejercer la tuición sobre los fondos de inversión, desarrollo y entidades vinculantes.

2.3.3. Gobierno Departamental de La Paz¹¹⁰

El Gobierno Autónomo departamental de La Paz es una unidad publica constituida por sus órganos Legislativo y Ejecutivo, que promueve el desarrollo Económico, Productivo y Social con inclusión social equilibrado entre sus diferentes regiones, en armonía con el medio ambiente con equidad de género e inclusión social.

¹⁰⁹ LEY N°2042 DE ADMINISTRACIÓN PRESUPUESTARIA- 1999. Cap. VIII, Art. 48.

¹¹⁰ GOBERNACIÓN DE LA PAZ. Misión y Visión del Gobierno Autónomo Departamental de La Paz.

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

CAPÍTULO

3

CAPÍTULO III

3. FACTORES DETERMINANTES Y CONDICIONANTES DEL TEMA

3.1. ASPECTOS GENERALES

3.1.1. Departamento de La Paz

El Departamento de La Paz, fue creado en enero de 1826, por el Mariscal Antonio José de Sucre. Actualmente tiene una extensión de 133.985 km², representando el 12,2% respecto del total de territorio nacional: es el tercer Departamento de Bolivia por su superficie. La ciudad Nuestra Señora de La Paz (actualmente municipio de La Paz) es capital del Departamento, es el mayor mercado y centro financiero del país y se halla ubicada a una altitud de 3.632 msnm, constituyéndose en una de las capitales más altas del mundo¹¹¹.

3.1.2. Localización y Límites Geográficos

El Departamento de La Paz se encuentra ubicada al Noroeste de Bolivia, entre paralelos 11°50° a 18°05° de latitud Sur y 66°42° a 69°32° de longitud Oeste respecto al meridiano de Greenwich. Limita al norte con el Departamento de Pando, al sud con el Departamento de Oruro, al este con el Departamento de Beni y Cochabamba y al oeste con las Repúblicas del Perú y Chile¹¹².

3.1.3. Actividades Económicas

Las principales actividades que sustentan la economía del Departamento de La Paz son: servicios financieros, servicios a las empresas, bienes inmuebles, industria manufacturera y servicios de la administración pública. El Departamento de La Paz posee recursos naturales de enorme magnitud. Los diferentes pisos ecológicos que afecta su territorio le dan una rica variedad tanto en la producción agrícola como en las razas de ganado que se adecuan a sus contratantes regiones¹¹³.

¹¹¹ ESTATUTO AUTONÓMICO DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ-2009, Pág. 12

¹¹² IBÍD 107 – Pág. 12

¹¹³ IBÍD 107 – Pág. 13

3.1.4. Sistema de Salud

El sistema de salud de Bolivia se encuentra organizado por el sector público y el sector privado que prestan servicios de salud, reguladas por el Ministerio de Salud se encuentra conformado de la siguiente manera¹¹⁴:

El subsector público está encabezado por el Ministerio de Salud y Deportes, de carácter normativo, de regulación y conducción de políticas y estrategias nacionales. En el ámbito regional, se encuentran las prefecturas, que a través de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) son responsables de la administración de los recursos humanos. En el ámbito local, los gobiernos municipales son los encargados de la administración de los establecimientos de salud a través de los Directorios Locales de Salud (DILOS).

El subsector de la *seguridad social* atiende a los trabajadores asalariados, organizados. Brinda atención de enfermedad, maternidad, niñez y riesgo profesional. Está conformado por 9 entes gestores (Cajas de Salud) y seguros delegados. Es fiscalizado por el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES).

El subsector privado, está constituido por compañías de seguros y 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, se incluyen las Compañías de Seguro, las Compañías de Medicina Prepagada y las Organizaciones No Gubernamentales.

El Subsector Medicina, el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad se creó el 8 de marzo de 2006, que tiene como objetivo facilitar el acceso a los programas y proyectos de salud a los pueblos indígenas, originarios, campesinos y afrobolivianos; también facilitar una atención de salud equitativa a través de una red de establecimientos básicos de salud con adecuación y enfoque intercultural, dentro del derecho fundamental a una vida digna.

¹¹⁴ USAID. (2007). Perfil de los Sistemas de Salud Bolivia. Pág. 25-26

3.1.5. Rectoría del Sistema de Salud¹¹⁵

El sistema de salud establece 4 ámbitos de gestión:



*FUENTE: LEDO, C SORIA, R. 2011. Sistema de Salud Bolivia
Elaboración propia*

- El **MSD** es la institución legalmente encargada de fungir como rector del sistema de salud y, en esa medida, normar la gestión de los servicios y formular estrategias, políticas, planes y programas a nivel nacional para el sistema nacional de salud.
- Los **SEDES** se encargan prioritariamente de la articulación de las políticas nacionales y la gestión municipal en relación con la administración de la prestación de servicios de atención a la salud de la población. Si bien técnicamente los SEDES dependen del MSD, en términos administrativos se encuentran bajo la

¹¹⁵ LEDO, C. SORIA, R. (2011). Sistema de Salud de Bolivia. Pág. 116

jurisdicción de las prefecturas departamentales, ya que cada prefecto nombra al director del SEDES correspondiente.

- **DILOS**, a nivel municipal se debe articular las políticas nacionales en el nivel local en función de las prioridades de cada municipio. Los DILOS son dirigidos por cada uno de los alcaldes, en coordinación con el director técnico del SEDES y el presidente del Comité de Vigilancia.
- **Local**, correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y brigada móvil como nivel operativo.

3.1.6. Establecimientos de Salud¹¹⁶

El acceso al Sistema de salud se inicia en los establecimientos de salud de primer nivel, quienes otorgan la atención de acuerdo a la capacidad de resolución y en caso de ser necesario referirán al segundo o tercer nivel de atención que corresponda de acuerdo a la estructura de la red y a normas y protocolos de atención establecidos por el Ministerio de Salud y Deportes. El acceso a los hospitales de segundo y tercer nivel requiere de la referencia de los establecimientos de menor complejidad definidos por la red, excepto en los casos de emergencia.

Los establecimientos de salud según su capacidad resolutive se clasifican de la siguiente manera:

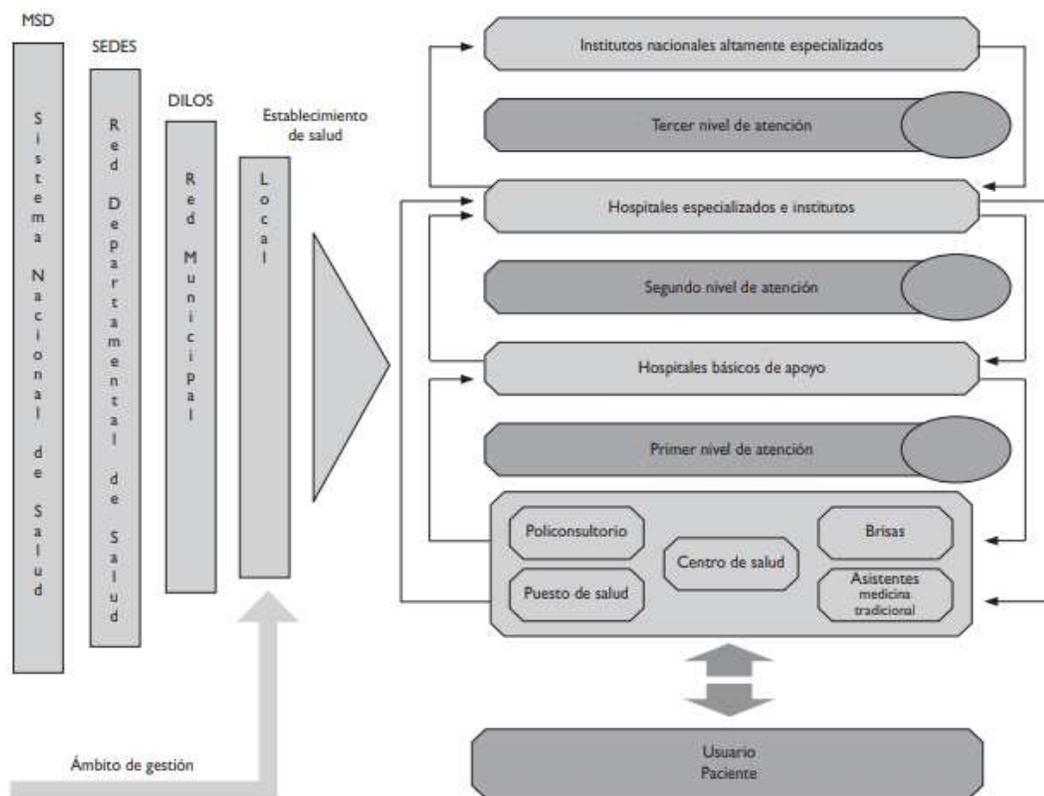
- **Primer nivel:** Se enmarca predominantemente en el autocuidado de la salud, consulta ambulatoria y la internación de tránsito. Está conformado por: Brigadas Móviles de Salud, Puesto de Salud, Centro de Salud con o sin camas, Policlínicas y Policonsultorios, sean estos públicos, de la Seguridad Social, las Iglesias, ONGs, Privados y de Medicina Tradicional y/o alternativa.
- **Segundo nivel:** Se realiza atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las cuatro especialidades básicas (medicina interna, cirugía, pediatría y ginecoobstetricia, con apoyo de anestesiología y

¹¹⁶ USAID. 2007. Perfil de los Sistemas de Salud Bolivia. Pág. 25-26

opcionalmente traumatología) y sus servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento. Este nivel está conformado por el hospital de segundo nivel.

- **Tercer nivel:** Corresponde a la consulta ambulatoria de alta complejidad y de internación hospitalaria de especialidades y subespecialidades. Está conformado por el Hospital General e Institutos y Hospitales Especializados.

REDES DE SERVICIOS DE SALUD - BOLIVIA



FUENTE: LEDO, C SORIA, R. 2011. *Sistema de Salud de Bolivia*

Los establecimientos de Salud en el Departamento de La Paz para la gestión 2005 registra un total de 602 establecimientos, donde los establecimientos de primer nivel representan el 92,4%, seguido de los establecimientos de segundo nivel con una reducida participación que representa el 5% y los establecimientos en atención de tercer nivel que comprende los

hospitales generales e institutos especializados representa el 2,7% del total de establecimientos para esta gestión.¹¹⁷

Al final del periodo de estudio en la gestión 2018 presenta un total de 795 establecimientos, con un porcentaje de participación de 94,2% en los establecimientos de primer nivel con un incremento en dos puntos porcentuales, los hospitales básicos que prestan servicios de segundo nivel representan el 3%, y sin variación porcentual en los establecimientos de tercer nivel representa el 2,8% (Ver Anexo N°10).

3.2. EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SOCIAL EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ

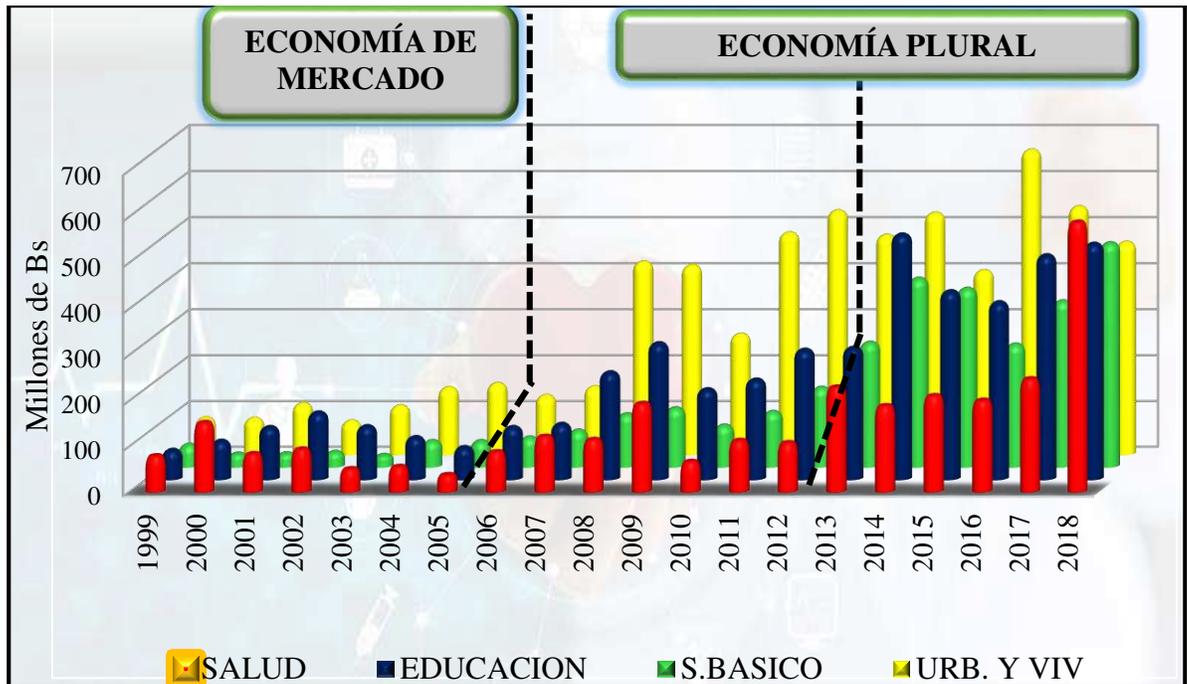
En el Gráfico N°1 se observa que el sector de Urbanismo y Vivienda tiene una mayor participación en cuanto a la ejecución del presupuesto de inversión pública en ambos periodos de estudio, seguido de saneamiento básico, educación y por último el sector salud siendo que es el sector con menor ejecución a pesar que presenta un comportamiento ascendente.

En la Economía de Mercado la ejecución el presupuesto de inversión pública del sector salud presenta una tendencia cíclica descendente con un promedio de Bs. 79 millones, se evidencia que a partir de la gestión 2001 presenta una disminución en cuanto a la ejecución hasta el 2005.

A diferencia de los demás sectores que presentan un comportamiento ascendente en el caso del sector de educación y saneamiento básico, en cuanto al sector de Urbanismo y Vivienda que presenta una tendencia cíclica ascendente.

¹¹⁷ VICEMINISTERIO DE INVERSIÓN PÚBLICA Y FINANCIAMIENTO EXTERNO (VIPFE).
Número de Establecimientos de Salud por nivel de atención. Datos estadísticos

Gráfico N°1: Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Social en el Departamento de La Paz; 1999-2018 (Expresado en Millones de Bs)



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

En el Segundo Periodo en el Gráfico N°1 muestra que desde el año 2006 a 2011 la ejecución presupuestaria del sector salud presenta un promedio de Bs. 117 millones y de 2012 a 2018 un promedio de Bs. 254, a pesar de un mayor incremento en el promedio de ejecución permanece en último lugar del sector social siendo que el sector de Educación presenta la mayor ejecución de 2012 a 2018 con un promedio de Bs. 416 millones.

El sector salud durante la Economía Plural presenta bajos niveles de ejecución esto en comparación de los demás sub sectores del sector social, a pesar que perciben mayores recursos desde el 2006 por el Impuesto Directo a los Hidrocarburos, el sector permanece con la menor participación.

3.3. PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ.

En el Gráfico N°2 durante el primer periodo de estudio (Modelo de Economía de Mercado) presenta una tendencia cíclica tanto en el Presupuesto Programado como en el Ejecutado.

El Presupuesto Programado alcanza un total acumulado de Bs. 724 millones, que representa un promedio de Bs. 103 millones; para el año 2001 el presupuesto registra un máximo de Bs. 138 millones, posteriormente disminuye hasta un mínimo en la gestión 2005 de Bs. 65 millones.

En cuanto a la Inversión Pública Ejecutada se observa un total acumulado de Bs. 556 millones, éste representa en promedio Bs. 79 millones; en el año 2000 se registra un máximo ejecutado de Bs. 157 millones; para la gestión 2005 se registra un mínimo de Bs. 38 millones (Ver Anexo N°2).

En términos porcentuales de ejecución, el máximo registrado se da en el año 2000 con 119% de ejecución, posteriormente en la gestión 2003 registra un mínimo de 55% ejecutado.

En la gestión 1998 se diseña la Reforma de Salud y se aprueba el Decreto Supremo de creación del Seguro Básico de Salud (SBS), se implementa en mayo de 1999 garantizando el acceso gratuito, fundamentalmente a niños menores de cinco años; esto explica el incremento en programación y ejecución del año 1999, en esta gestión se reorganiza las estructuras de los Servicios Departamentales de salud (SEDES), facilitándose el desarrollo de los sistemas de Información y de Vigilancia Epidemiológica¹¹⁸.

La ejecución en el año 2000 registra el 119% del programado, mayor al año anterior, el incremento se atribuye a que se organizó la Unidad de Seguimiento de la Inversión y el Gasto Público en Salud, orientada a lograr mayor eficiencia en la ejecución

¹¹⁸UDAPE. Evaluación de la Economía. Bolivia. 1999. Pág. 33

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

presupuestaria sectorial. Se elaboró un modelo ordenador de la inversión pública en salud que permitió observar la asignación de recursos por componente de la Reforma de Salud¹¹⁹.

El Gasto Público Social prácticamente se cuadruplico entre 1990 y 2002, (...). En tanto que, el Gasto en salud creció más de 6 veces en el mismo periodo, (...). Ello determino que aumente la participación de la ejecución del sector salud con respecto al PIB¹²⁰.

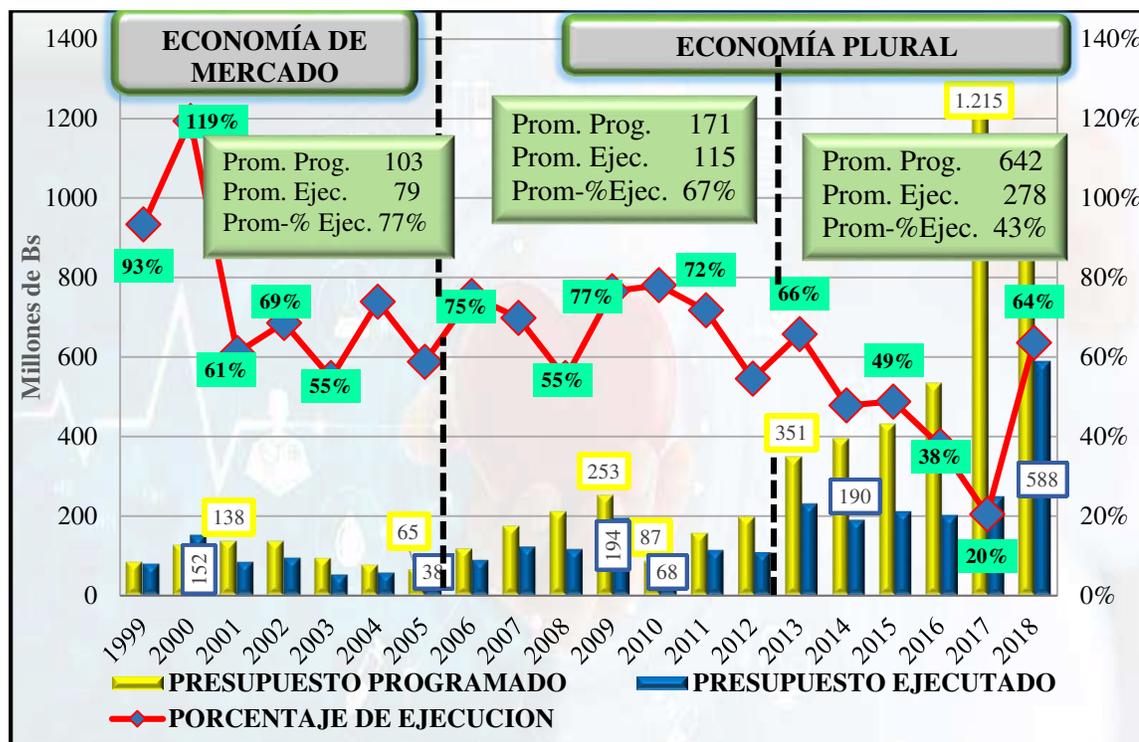
A partir del año 2001 se logra evidenciar una disminución en la Inversión del Sector Salud, en el año 2003 la ejecución solo alcanza 55% de ejecución del programado. Los niveles bajos de ejecución se deben al retraso en la aprobación del PGN, la promulgación de la nueva Ley de Organización del Poder 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%¹²¹.

¹¹⁹UDAPE. (2000). Evaluación de la Economía. Bolivia. Pág. 59

¹²⁰UDAPE. Caso Bolivia: Armonización de las Funciones Esenciales de la Salud Publica (FESP) con la Clasificación Funcional del Manual de Estadística de Finanzas Publicas (MEFP-2001), pág. 10

¹²¹UDAPE. (2003). Evaluación de la Economía. Bolivia. Pág. 41

Gráfico N°2: Programación y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud en el Departamento de La Paz: 1999-2018 (Expresado en Millones de Bs y Porcentaje)



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

En el segundo periodo del Modelo de Economía Plural (Económico, Comunitario, Social, Productivo) se observa un comportamiento variable. El Presupuesto programado acumulado entre los años 2006-2012 es de Bs. 1201 millones, este representa en promedio Bs. 171 millones. El máximo se registra en la gestión 2009 con Bs. 253 millones, posteriormente disminuye a un mínimo en 2010 de Bs. 87 millones. Entre los años 20013-2018 el presupuesto programado acumulado es de Bs 3854 millones, representando en promedio Bs 642 millones. Registra mínima programación en 2013 con Bs 350 millones, posteriormente incrementa a un máximo en el año 2017 con Bs 1215 millones (Ver anexo N°1).

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

El Presupuesto Ejecutado denota una tendencia cíclica. Entre los años 2006-2012 registra un total acumulado de Bs. 810 millones que representa en promedio Bs. 116 millones. Para el año 2009 registra la máxima ejecución de Bs 194 millones, año siguiente registra la mínima ejecución de Bs 67 millones. Los años comprendidos entre 2013-2018 evidencia un total acumulado de Bs 3854 millones, que representa un promedio de Bs 278 millones. En 2014 presenta la mínima ejecución de Bs 189 millones, años siguiente incrementa hasta el máximo en 2018 de Bs 588 millones.

En el segundo periodo de economía plural, Bolivia transita a un proceso de profunda transformación política, económica y social el año 2006 marca un proceso de redefinición en el rol del Estado boliviano¹²².

La gestión 2006 inicia con incremento en el presupuesto programado y ejecutado en el sector salud, los factores que dieron lugar a este suceso fueron principalmente el entorno externo favorable que permitió el incremento de las exportaciones bolivianas. En segundo lugar, como resultado de la lucha por la nacionalización, el Impuesto Directo a los hidrocarburos (IDH) ha permitido generar ingresos, que junto con un manejo adecuado y prudente de la política fiscal permitió generar, por primera vez en 20 años, un superávit global¹²³.

Desde el año 2006 hasta el año 2009, el presupuesto de Inversión Pública denota una tendencia creciente, debido a la creación del IDH y el incremento de los precios internacionales de las materias primas han generado un importante crecimiento en los ingresos fiscales, con una consecuente reducción de independencia de la ayuda externa, en términos de su contribución a la Inversión Pública¹²⁴.

¹²² BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID). (2011-2015). Evaluación del programa del país. Bolivia Pág. 7

¹²³ MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. (2006). Informe Económico y Social Primer Semestre 2006 y Perspectivas. Pág. 3

¹²⁴ FUNDACIÓN JUBILEO. (2014). “Bolivia tiene menor Dependencia de la Cooperación Internacional”. Pág. 10

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

La mayor inversión pública en el año 2010 corresponde principalmente a mayores asignaciones en los sectores productivos, de infraestructura y educación, cuyo monto de inversión ejecutada se incrementó en 248,1%, 11,8% y 16,9%, respectivamente¹²⁵. En este entendido se refiere a la asignación presupuestaria en el sector salud era reducida.

Para el año 2011 se tiene un incremento en el presupuesto asignado al sector salud y esto debido ante al aumento en la sensibilidad de las cuentas fiscales ante los ingresos por explotación de recursos naturales (regalías IDH), los que en total representan algo más del 31% del Presupuesto General del Estado (PGE)¹²⁶.

Otro dato que se debe recalcar para la gestión 2011 es la fuerte presencia de financiamiento a través de créditos en el presupuesto de la nación, el cual representa el 32,8% del total de los recursos prestado¹²⁷.

Para las gestiones comprendidas entre 2013 y 2016 se evidencia notable aumento en la ejecución y programación presupuestaria. El incremento se atribuye principalmente al enfoque de la Administración Central en reducir la inequidad en temas de salud como la atención médica, mejorar la calidad, provisión en infraestructura de salud y dar continuidad al pago del bono Juan Azurduy.

En el año 2017, cerca del 76,4% del flujo de inversión pública estuvo concentrada en los departamentos de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz, Potosí y Tarija. Respecto al departamento de La Paz se observa uno de los incrementos más altos, con 12,8% respecto al 2016¹²⁸.

El presupuesto programado para la gestión 2018 tiene una notable disminución, esto debido a que, según el nivel sectorial, educación representó el mayor porcentaje en

¹²⁵ MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2010). Memorias de la economía boliviana 2010. Bolivia. Pág. 83

¹²⁶ CONFEDERACIÓN DE EMPRESARIOS PRIVADOS DE BOLIVIA. (2012). Bolivia: La economía en el 2011 y perspectivas para el 2012. Pág. 19

¹²⁷ CONFEDERACIÓN DE EMPRESARIOS PRIVADOS DE BOLIVIA. (2012). Bolivia: La economía en el 2011 y perspectivas para el 2012. Pág. 20

¹²⁸ MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2017). Memoria de la economía boliviana 2017. Bolivia. Pág. 166-167

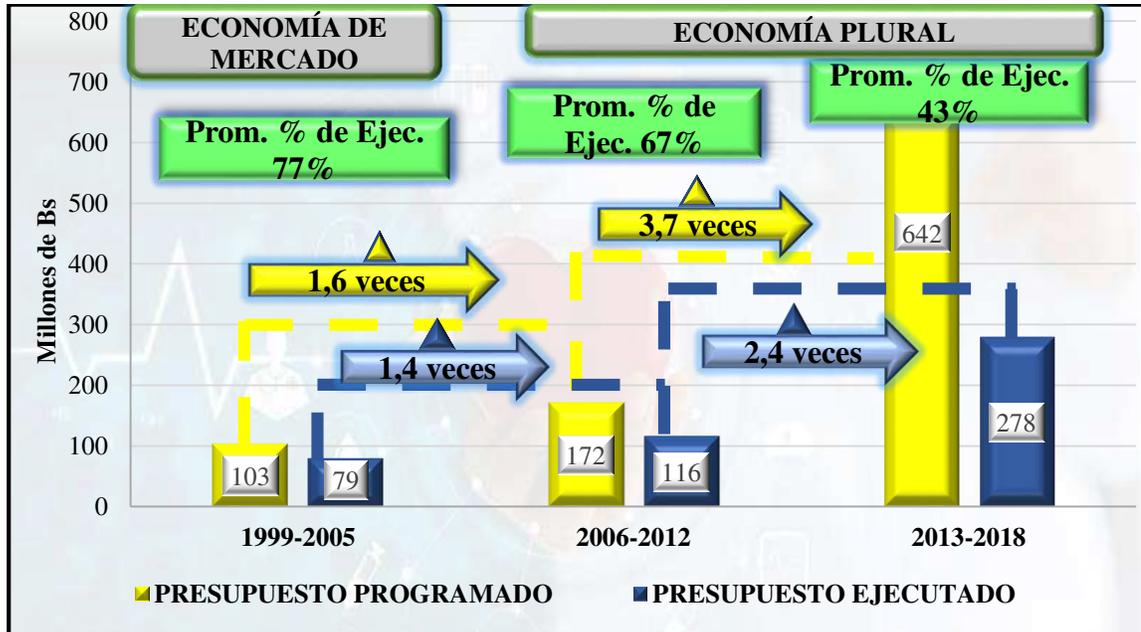
inversión social con 47,1% del gasto total, seguido de protección social con 29,5%, salud con 17,0% y vivienda y servicios comunitarios con 6,4%¹²⁹.

Respecto a años anteriores, el 2018 presenta notable incremento en ejecución y es atribuido principalmente También está conformado por la gratuidad de acceso a los servicios integrales, programas como el Bono Juana Azurduy, el subsidio universal prenatal por la vida y otros¹³⁰.

Durante este periodo la ejecución presupuestaria permite la construcción del Hospital de Cotahuma, Hospital los Pinos, Hospital del Norte, Hospital el Alto.

3.2.1. Comparación de Periodos

Gráfico N°3: Comparación Promedio de la Programación y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud en el Departamento de La Paz; 1999-2018 (Expresado en Millones de Bs y Porcentaje)



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

¹²⁹ MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS 2018. Memorias de la economía boliviana 2018. Bolivia. Pág. 208

¹³⁰ MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS 2018. Memorias de la economía boliviana 2018. Bolivia. Pág. 211

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

El primer periodo de estudio comprendido entre los años 1999 a 2005 (Grafico N°2) se observa que la programación promedio del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud es de Bs. 103 millones y la ejecución promedio es de Bs. 79 millones, que en promedio equivale a 77% de ejecución (Ver Anexo N°2).

Para los años 2006 a 2012, se observa la programación promedio del presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud asciende a Bs. 171 millones y la ejecución promedio es de Bs. 115 millones, que en términos porcentuales es 67%. Entre 2013 a 2018 se evidencia una programación promedio de Bs 642 millones, la ejecución asciende a Bs 278 millones y éste representa el 43% de ejecución (Ver Anexo N°2).

Se logra evidenciar que el Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud tiene considerable incremento en la programación de 1,6 veces, en el segundo subperiodo comprendido entre 2013-2018 el incremento es de 4.7 veces. La ejecución presupuestaria incrementa en 1,4 veces, para el segundo subperiodo el incremento es de 2,4 veces.

De acuerdo a la evidencia empírica, se observa una tendencia creciente de la inversión pública, pero en la transición del primer al segundo periodo predomina la programación ante la ejecución presupuestaria. Por ello se considera el incumplimiento en la programación financiera de ejecución del Ciclo de Vida del Proyecto, propuesto por las Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública.

3.3. EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD

3.3.1. Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud con Financiamiento Interno

El gráfico N°3 la ejecución presupuestaria de Inversión Pública con Financiamiento Interno denota un comportamiento variante. Presenta un promedio de ejecución de Bs 48 millones, registra máxima ejecución el año 2000 con Bs 136 millones, posteriormente reduce hasta un mínimo de Bs 20 millones en 2005 (Ver Anexo N°3).

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

Los recursos de Transferencias presentan una máxima ejecución en el año 2001 con Bs 21 millones, posteriormente decrecen hasta el mínimo registrado en el primer periodo de Bs 3 millones. En cuanto a la ejecución de los Recursos Específicos, presentan máxima ejecución en el año 2000 con Bs 124 millones, años siguientes decrece a un mínimo en 2003 de Bs 3 millones (Ver Anexo N°3).

Una de las principales fuentes de financiamiento Interno en el primer periodo fue el Tesoro General de la Nación. Los montos provenientes del TGN durante el período mantuvieron su participación, las nuevas acciones emprendidas por el Ministerio de Salud y Deportes tuvieron que ser cubierta por los recursos provenientes de las Cajas de Salud¹³¹.

La gestión 2000 registra máxima ejecución por fuente de financiamiento Interno, debido a la participación del TGN, garantizando la sostenibilidad del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Se aplicó la vacuna pentavalente y hasta diciembre de 2000 no se registró ningún caso de sarampión, logro importante en el objetivo de erradicar esta enfermedad¹³².

El 2003 presenta baja ejecución presupuestaria por fuente de financiamiento Interno que se atribuye principalmente al retraso en la aprobación del PGN, 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 inversión¹³³.

Los tres principales proyectos con Financiamiento Interno son: Soporte y Protección Epidemiológica para la Reforma de Salud con Bs. 52,45 millones la gestión 2003 y 2002 con Bs. 47, 98 millones, seguido por el Programa Nacional de Medicamentos Esenciales con Bs. 28,19 millones la gestión 2001¹³⁴.

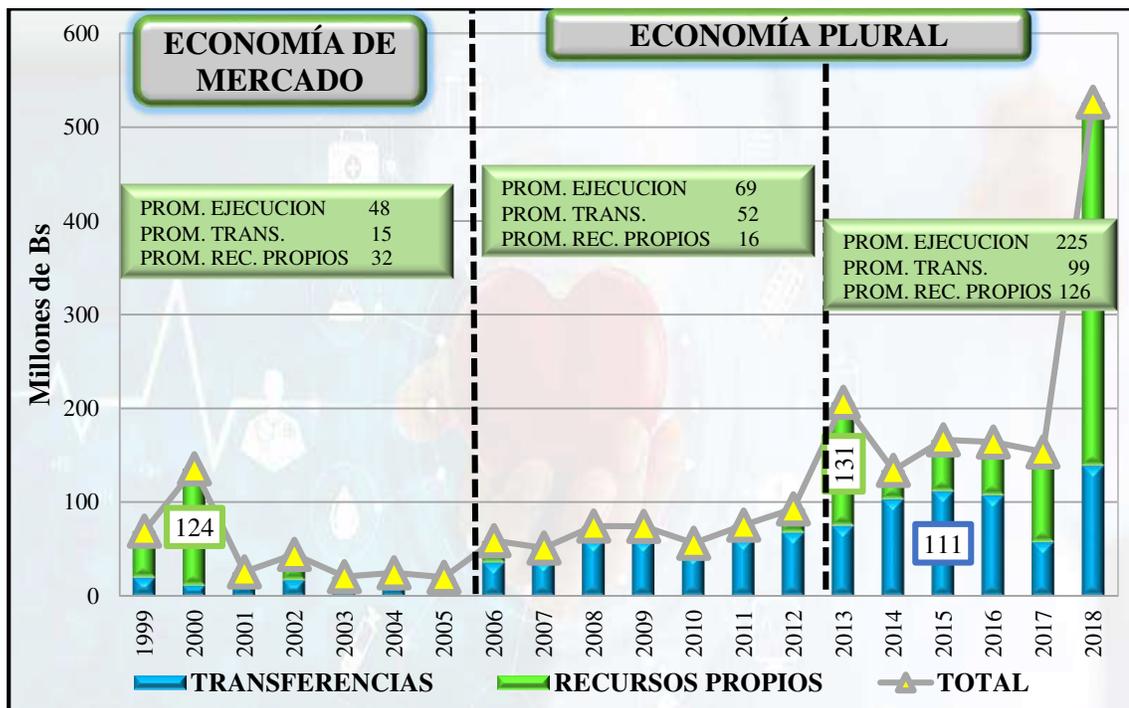
¹³¹ADHEMAR D. Y VELASQUEZ E. 2005. Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas. Financiamiento de Programas Políticos de Salud en Bolivia casos: Chagas, Malaria, Tuberculosis e Inmunizaciones. 1995-2005. Bolivia. Pág. 8

¹³² UDAPE 2001. BOLIVIA: Evaluación de la Economía 2000. Pág. 59

¹³³ UDAPE 2004. BOLIVIA: Evaluación de la Economía 2003. Pág. 41

¹³⁴CARVAJAR ZENTENO L. A. 2016. EL Financiamiento de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud en el Departamento de La Paz (2000-2015). UMSA. Fac. Ciencias Económicas y Financieras. Pág. 68

Gráfico N°4: Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Fuente de Financiamiento Interno del Sector Salud en el Departamento de La Paz: 1999-2018
(Expresado en Millones de Bs)



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

El segundo periodo de estudio, el presupuesto ejecutado con fuente de financiamiento Interno presenta un comportamiento constante entre los años 2006-2012. Registra un promedio ejecutado de Bs 69 millones, la mínima ejecución se da en el año 2007 con Bs 51 millones y posteriormente incrementa hasta el máximo registrado en 2012 con Bs 93 millones. Entre los años 2013-2018 presentan un comportamiento creciente y un promedio de ejecución de Bs 225 millones. En 2014 la ejecución mínima registrada en el subperiodo es de Bs 134 millones y este incrementa a un máximo en 2018 de Bs 527 millones (Ver anexo N°3).

Los recursos provenientes de las Transferencias, entre los años 2006-2012 registran mínima ejecución en el primer año del periodo con Bs 36 millones e incrementan en los años siguientes hasta el 2012 que registra el máximo ejecutado en el subperiodo con Bs

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

68 millones. Los recursos Propios presentan en 2010 la mínima ejecución de Bs 10 millones que posteriormente incrementa en 2012 a Bs 25 millones (Ver anexo N°3).

Entre el 2013 a 2018 los recursos de Transferencias registran en 2017 la mínima ejecución del subperiodo con Bs 58 millones, año siguiente incrementa al máximo de Bs 139 millones. Recursos Propios registran el mínimo ejecutado en el año 2014 con Bs 31 millones y para el último año del periodo de estudio presenta la máxima ejecución de Bs 388 millones (Ver anexo N°3).

Hasta mediados de 2005 el Impuesto Especial a los Hidrocarburos y sus Derivados IEDH era el impuesto más importante que gravaba a la actividad petrolera, sin embargo, a partir de junio de 2005 los resultados que genera este impuesto fueron rebasados, en gran medida, por el Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH), incorporado al sistema impositivo a través de la Ley de Hidrocarburos N°3058 del 17 de mayo de 2005¹³⁵.

El desempeño de ingresos por impuesto a los hidrocarburos responde al comportamiento de las recaudaciones del Impuesto Especial a los Hidrocarburos y sus Derivados (IEHD) que registraron una variación negativa de 11,4 % en 2010, asociada a la disminución de 54,8% de las recaudaciones en valores. Sin embargo, las recaudaciones en efectivo por IEHD se incrementaron en 64,7%; estos ingresos son los que se coparticipan a las gobernaciones, significando mayores ingresos para los departamentos¹³⁶.

Los recursos Internos han ido incrementando su participación en la inversión pública, que de financiar 34%, el 2004, llegaron a cubrir 73%, el año 2012, con una consecuente reducción en el financiamiento con donaciones y con créditos externos; sobre todo a partir del 2006, tras la última iniciativa de alivio de deuda¹³⁷.

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

¹³⁵ MINISTERIO DE HACIENDA. Memoria Fiscal 2006. Pág. 46

¹³⁶ MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS PUBLICAS. (2010). Memorias de la Economía Boliviana. Pág. 75

¹³⁷ FUNDACION JUBILEO. (2014). Bolivia tiene menor dependencia de la cooperación internacional. Bolivia coyuntura N°24. Pág. 10

financiera de casi tres veces superior. Esto es un incremento del 283%. Es considerado un efecto de la nacionalización de los hidrocarburos de mayo de 2006¹³⁸.

Los tres principales proyectos del Modelo de Economía Plural con Financiamiento Interno son: Protección y Soporte Epidemiológico para la Reforma de Salud con Bs 31,07 millones, Const. Servicios Oncohematología del Hospital del Niño con Bs 118,95 millones la gestión 2013¹³⁹.

3.3.2. Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud con Financiamiento Externo

En el grafico N°4 en el primer periodo de estudio, el Presupuesto de Inversión Pública con financiamiento Externo denota un comportamiento creciente hasta el 2001 y éste decrece hasta la culminación del periodo, presenta un promedio de ejecución de Bs 31 millones, en 1999 registra la mínima ejecución con Bs 10 millones y posteriormente incrementa en 2001 a un máximo de Bs 58 millones (Ver anexo N°5).

Los recursos provenientes de créditos registran mínima ejecución en el año 1999 con Bs 2 millones e incrementan a un máximo en 2001 a Bs 38 millones. Los recursos de donaciones inician en 2000 con un máximo de Bs 20 millones y decrece a un mínimo en el año 2003 con Bs 6 millones. Las Donaciones de HIPC II no presenta mayor significancia en el primer periodo (Ver anexo N°5).

La principal fuente de financiamiento entre 1998-2004 fue el crédito externo con 27%, seguido de donaciones con 26% y el TGN con 25%. Los montos provenientes del Tesoro General de la Nación (TGN) durante el período mantuvieron su participación, las nuevas

¹³⁸ ARNEZ M. Financiamiento de la inversión boliviana y sus perspectivas futuras. Pág. 5

¹³⁹CARVAJAR ZENTENO L. A. (2016). EL Financiamiento de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud en el Departamento de La Paz (2000-2015). UMSA. Fac. Ciencias Económicas y Financieras. Pág. 68

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

acciones emprendidas por el Ministerio de Salud y Deportes tuvieron que ser cubierta por los recursos provenientes de las Cajas de Salud¹⁴⁰.

Cabe resaltar que el crédito y las donaciones se mantuvieron constantes en el modelo de economía de mercado debido principalmente a la intervención del estado y a la baja intervención del financiamiento interno. En consecuencia, el año 2001 registra la máxima ejecución para el primer periodo.

El presupuesto 2005 para el Ministerio de Salud y Deportes asciende a 42 millones de dólares, el financiamiento proviene de Donación (30%), de TGN (28%), de transferencias de las Cajas de Salud (22%), Crédito (16%) y recursos propios (4%). El crédito ha disminuido su participación a cifras menores a las del período 1998-2004, la razón para tal situación es que los proyectos de inversión pública financiados con esta fuente están llegando a su final¹⁴¹.

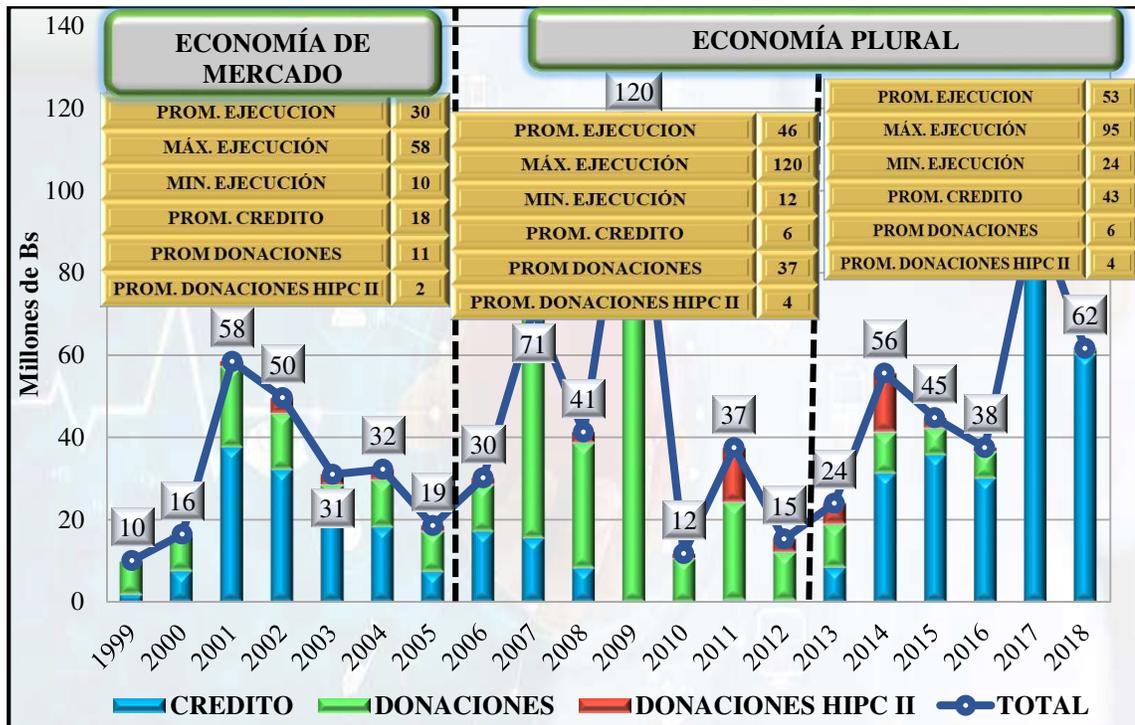
Los tres principales Proyectos con Financiamiento Externo en el Modelo de Economía de Mercado son: Equipamiento Postas Sanitarias, Centros Médicos y Hospitalarios La Paz con Bs 16,37 millones la gestión 2000. Programa Nacional de Medicamentos Esenciales con Bs 27,35 millones la gestión 20001, Soporte y Protección Epidemiológica para la Reforma de Salud con Bs 21,26 millones la gestión 2002¹⁴².

¹⁴⁰ ADHEMAR D. Y VELASQUEZ E.(2005). Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas. Financiamiento de Programas Políticos de Salud en Bolivia casos: Chagas, Malaria, Tuberculosis e Inmunizaciones. 1995-2005. Bolivia. Pág. 8

¹⁴¹ IBÍD 135 - Pág. 19

¹⁴² CARVAJAL ZENTENO L. A. (2016). El Financiamiento de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud en el Departamento de La Paz (2000-2015) UMSA. Fac. Ciencias Económicas y Financieras

Gráfico N°5: Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública con Financiamiento Externo del Sector Salud en el Departamento de La Paz; 1999-2018 (Expresado en Millones de Bs)



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

En el periodo de modelo de Economía Plural, el presupuesto de Inversión Pública con fuente de financiamiento Externo presenta un comportamiento inestable. Entre los años 2006-2012 registra un promedio de ejecución de Bs 47 millones, la máxima ejecución en el año 2009 con Bs 120 millones y años siguiente presenta mínima ejecución con Bs 12 millones. Para la segunda etapa del periodo, el promedio de ejecución asciende a Bs 53 millones, inicia con la mínima ejecución en 2013 con Bs 24 millones e incrementa al máximo registrado de Bs 95 millones (Ver Anexo N°5).

Para primera etapa del segundo periodo, los recursos provenientes de Crédito inician el periodo con un máximo ejecutado de Bs 17 millones y decrecen para el año 2009 a Bs 0 millones. La ejecución de Donaciones presenta máxima ejecución en 2009 con Bs 117

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

millones y decrecen al año siguiente a Bs 11 millones. Las Donaciones HIPC II registran un mínimo en 2010 de Bs 1 millón e incrementan año siguiente a Bs 13 millones.

Entre los años 2013-2018 la ejecución de Crédito inicia con un mínimo de Bs 8 millones e incrementa hasta el año 2017 con Bs 91 millones. Las donaciones inician con máxima ejecución de Bs 10 millones y decrecen hasta el año 2018 con Bs 1 millón. La ejecución presupuestaria de Donaciones HIPC II registran un máximo en 2014 de Bs 14 millones y decrecen hasta un mínimo en 2017 de Bs 0.339 millones.

La creación en Bolivia del impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH) 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% en porcentaje del PIB, el 2005, a 5% el 2012¹⁴³.

En términos de su contribución a la inversión pública, las donaciones han reducido su porcentaje de participación de forma significativa; el año 2003, las donaciones financiaron 20% de la inversión pública y el 2012 financiaron 5,2%¹⁴⁴.

Ante la importancia que adquirió la inversión pública como estrategia de impulso al crecimiento y fomento al desarrollo, y la pérdida de relevancia de los recursos externos para su financiamiento, interesa analizar los cambios en las prioridades asignadas a los distintos niveles del estado y a los distintos sectores de intervención¹⁴⁵.

Los tres principales proyectos de Modelo de Economía Plural con financiamiento Externo son: Equipamiento Hospital de Tercer Nivel del Norte en El Alto-La Paz con Bs 102,25 millones la gestión 2009 y 2014 con Bs 18,69 millones, Control y Vigilancia de la Malaria-Nacional con Bs 4,40 millones la gestión 2007.

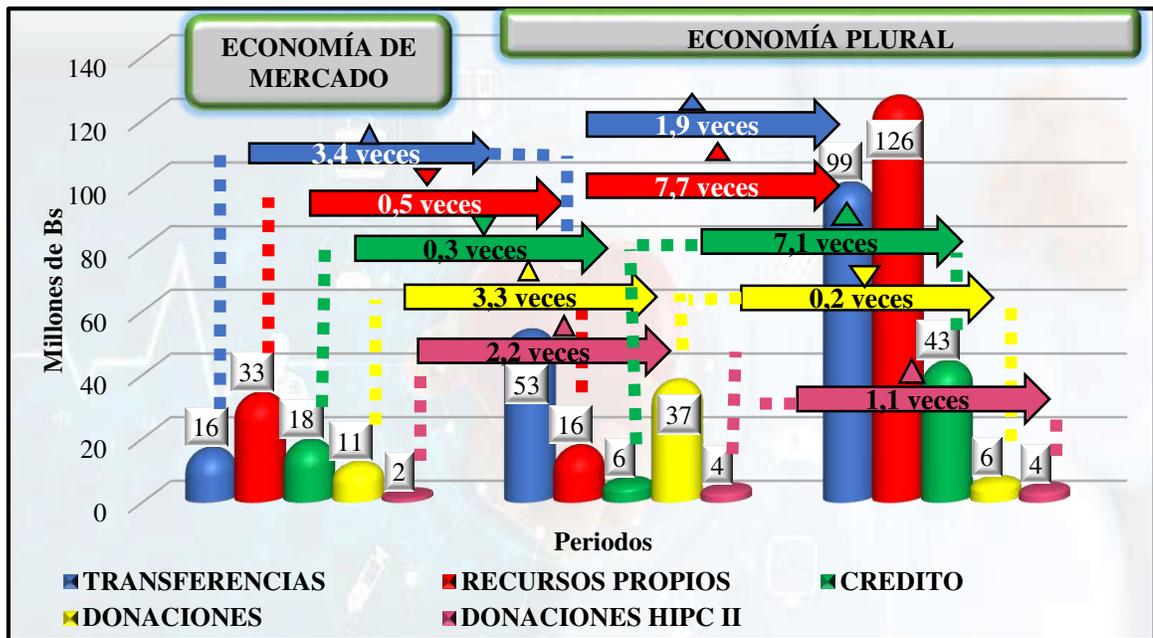
¹⁴³ FUNDACION JUBILEO. (2014). “Bolivia tiene menor Dependencia de la Cooperación Internacional”. Pág. 10

¹⁴⁴ IBID 138 - Pág. 10

¹⁴⁵ PAZ ARAUCO V. 2016. El financiamiento del Desarrollo en Bolivia Cambios y Continuidades en la Relación Estado-Cooperación Internacional (2006-2013) Pág. 19

3.3.3. Comparación de Periodos

Gráfico N°6: Comparación Promedio de la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Fuente de Financiamiento del Sector Salud en el Departamento de La Paz; 1999-2018 (Expresado en Porcentaje y Millones de Bs)



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

En el Gráfico N°6, durante el primer periodo se observa que los Recursos Propios tienen mayor participación en los Recursos Internos con un promedio de Bs 33 millones que en términos porcentuales representa el 68%, las Transferencias denotan una ejecución promedio de Bs 16 millones que se traduce en un 32% de participación sobre los Recursos Internos; para la primera etapa del segundo periodo el escenario se revierte, los recursos provenientes de Transferencias incrementan a Bs 53 millones que en promedio se traduce en un 76% de ejecución, mientras que los recursos propios disminuyen a Bs 16 millones representando el 24% de ejecución; finalmente entre 2013-2018 ambos recursos Internos incrementan a Bs 99 millones en Transferencias y Bs 126 millones en Recursos Propios que en términos porcentuales representan el 44% y 56% respectivamente.

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

Respecto a la ejecución presupuestaria de los recursos con fuente de Financiamiento Externo entre 1999-2005 los recursos provenientes de Créditos presenta un promedio de ejecución de Bs 18 millones que representa el 18%, las Donaciones registran un promedio de 11 millones con un promedio de 36% y por último las Donaciones de HIPC evidencian una participación de 2% que en promedio representa Bs 2 millones; en la primera etapa del segundo periodo el Crédito Externo reduce su participación a Bs 6 millones que representa 13%, las Donaciones incrementan a Bs 37 millones con 79% de participación y las donaciones HIPC a Bs 4 millones con una participación de 8%; por ultimo entre 2013-2018 el crédito registra un incremento a Bs 43 millones que representa 81%, las Donaciones reducen a Bs 6 millones con una participación de 12% y las Donaciones HIPC se mantiene con Bs 4 millones que representa el 7% de participación.

Se logra evidenciar que en la primera y segunda etapa del segundo periodo existe una menor dependencia en la ejecución del presupuesto con recursos Externos (Créditos, Donaciones, Donaciones HIPC), en comparación al primer periodo.

En base a la evidencia empírica se evidencia el cumplimiento de la teoría planteada por W. Oates, indica que los gobiernos locales deben tener la posibilidad de establecer tributos y contar con recursos necesarios para proveer los bienes públicos que beneficien a su jurisdicción.

3.4. EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR NIVEL INSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD.

El Gráfico N°7 entre los años 1999-2005 el Presupuesto de Inversion Publica por Nivel Institucional denota un comportamiento decendente. La ejecución de los Proyectos de la Administracion Central, presenta un promedio de ejecucion de Bs 52 millones, un máximo registrado en el año 2000 de Bs 134 millones, posteriormente decrece de manera considerable hasta el 2005 a Bs 23 millones, siendo el mínimo registrado en el rimer periodo(Ver anexo N° 7).

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

La Ejecución de Presupuesto del Nivel Departamental registra un promedio ejecutado de Bs 14 millones, la máxima ejecución se evidencia en el año 2001 con Bs 36 millones y posteriormente registra la mínima ejecución en 2004 con Bs 4 millones; La ejecución presupuestaria de la Administración Local evidencia un promedio de Bs 8 millones, en el año 2001 presenta la máxima ejecución con Bs 10 millones que años siguientes decrece a un mínimo registrado en 2005 de Bs 6 millones; La ejecución del presupuesto de Cofinanciamiento Regional alcanza un promedio ejecutado de Bs 6 millones, denotando menor promedio de ejecución (Ver anexo N°8).

En el marco de la política social se incorporaron en la agenda pública, políticas y acciones orientadas a mejorar las condiciones de vida de la población, en particular, mediante la provisión de servicios sociales como educación, salud y servicios básicos¹⁴⁶.

Durante el año 2000 se dio continuidad a diferentes programas sociales (salud, educación, saneamiento básico, vivienda) orientados a mejorar las condiciones de vida de la población. Los avances logrados en los sectores sociales demuestran la importancia de respaldar las reformas en curso y convertirlas en políticas de Estado¹⁴⁷.

En cuanto al fortalecimiento institucional, se organizó la Unidad de Seguimiento de la Inversión y el Gasto Público en Salud, orientada a lograr mayor eficiencia en la ejecución presupuestaria sectorial. Se elaboró un modelo ordenador de la inversión pública en salud que permitió observar la asignación de recursos por componente de la Reforma de Salud¹⁴⁸.

Desde el año 2003 se evidencia una disminución de la ejecución presupuestaria del sector, reflejado en los distintos niveles. Este suceso puede atribuirse a los conflictos sociales y las consecuencias del cambio de autoridades en las entidades ejecutoras, aspectos que dificultaron la ejecución de proyectos¹⁴⁹.

¹⁴⁶ UDAPE. (2001). BOLIVIA: Evaluación de la Economía 2000. Pág. 54

¹⁴⁷ IBÍD 141 - Pág. 56

¹⁴⁸ IBÍD 141 –Pág. 59

¹⁴⁹ UDAPE. (2004). BOLIVIA: Evaluación de la Economía 2003. Pág. 59

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA**

Para el año 2005 se observa menor participación de la ejecución, este comportamiento se atribuye principalmente a la menor ejecución en el sector salud, cuya participación se redujo de 7,9% en 2003 a 6,7% para el tercer trimestre 2004¹⁵⁰.

**Grafico N°7: Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Nivel Institucional del Sector Salud en el Departamento de La Paz; 1999-2018
(Expresado en Millones de Bs)**



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

En el periodo de Economía Plural entre los años 2006-2012 la ejecución del presupuesto de Inversión Pública del nivel Institucional presenta un comportamiento cíclico. La ejecución presupuestaria del Nivel Central registra un promedio de ejecución de Bs 50 millones; para el 2009 registra la máxima ejecución con Bs 116 millones, año siguiente sufre una disminución de Bs 23 millones el mínimo registrado en el periodo. La ejecución

¹⁵⁰ UDAPE. (2005). INFORME ECONÓMICO Y SOCIAL. Situación Económica y Social durante 2004. Pág. 25

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

presupuestaria del nivel Departamental registra un promedio ejecutado de Bs 13 millones. El nivel de administración Local alcanza un promedio de Bs 48 millones (Ver anexo N°7).

En la segunda etapa comprendida entre los años 2013-2018 se observa una tendencia creciente en la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por nivel Institucional. La administración Central registra un promedio ejecutado de Bs 176 millones, con una mínima ejecución en 2014 de Bs 59 millones y un máximo en 2018 con Bs 483 millones. La ejecución presupuestaria del nivel Departamental presenta un promedio ejecutado de Bs 12 millones, la administración Local incrementa de manera significativa a un promedio de ejecución de Bs 81 millones, el cual evidencia un incremento significativo respecto al primer periodo de Economía Plural (Ver anexo N°7).

Bolivia ha transitado un profundo proceso de transformación político, económico y social, enmarcando un proceso de redefinición del rol del Estado boliviano, un Estado Plurinacional Autónomico, enmarcado en la Nueva Constitución Política aprobada y promulgada en 2009. Este proceso de redefinición se ahondó con la aprobación de la Ley Marco de Autonomías y Descentralización (2010) que busca consolidar las competencias y funciones de los órdenes sub –nacionales.

De acuerdo al Decreto Reglamentario del IDH, la distribución del impuesto beneficiara a los departamentos Productores y no Productores, TGN, Pueblos Indígenas y Originarios, Comunidades Campesinas, Municipios, Universidades, Fuerzas Armadas, Policía Nacional y otros. En el nivel local, se estableció que los recursos del IDH deben ser invertidos en desarrollo económico, empleo, educación, salud y seguridad ciudadana, prohibiéndose el gasto en sueldos, salarios y beneficios sociales¹⁵¹.

La profundización del proceso descentralizador asociado al nuevo orden constitucional propició una amplia transferencia de recursos y responsabilidades hacia los entes subnacionales. Sin embargo, estos enfrentan desafíos importantes. El proceso de descentralización se profundizó con la aprobación de la Ley Marco de Autonomías y

¹⁵¹MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DE DESARROLLO UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2005). Informe Económico y Social 2005 y perspectivas 2006. Pág. 50

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA**

Descentralización (LMAD) en 2010. Bajo este nuevo ordenamiento, en 2013, el Estado canalizó regalías departamentales y transferencias a las gobernaciones, municipios y universidades públicas¹⁵².

En términos de instituciones públicas, las menos eficientes en ejecutar el presupuesto son los gobiernos municipales y las gobernaciones, tomando en cuenta el incremento en la vulnerabilidad de la economía boliviana a los precios internacionales de los commodities, plantea una coyuntura mucho menos favorable en 2012¹⁵³.

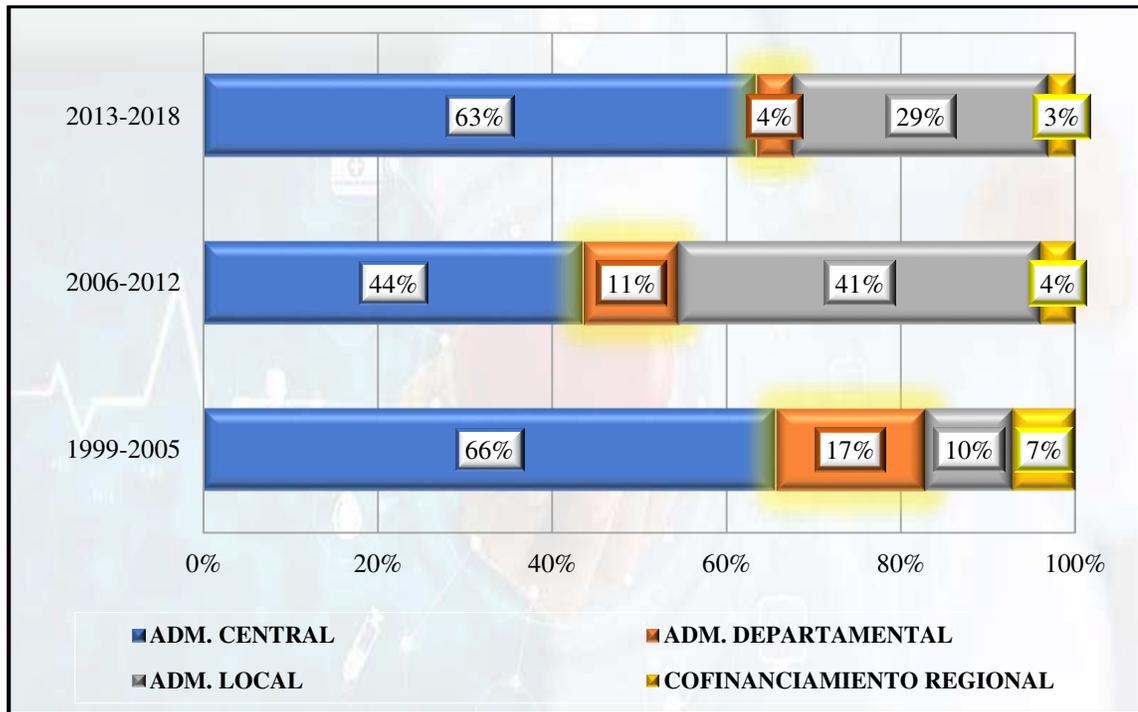
Para el año 2018 se evidencia un incremento considerable de la ejecución por Nivel Institucional que se atribuye principalmente al aumento de recursos provenientes de regalías y coparticipación tributaria que se elevaron en 24,0% y 8,9%, respectivamente, y representaron conjuntamente el 74,8% del total de recursos de estas entidades en la gestión¹⁵⁴.

¹⁵²BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID). 2015. BOLIVIA (2011-2015). Evaluación del programa País. Pág. 6

¹⁵³CONFEDERACIÓN DE EMPRESARIOS PRIVADOS DE BOLIVIA. (2012). Bolivia: la economía en 2011 y perspectivas para el 2012. Pág. 20

¹⁵⁴ MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2018). Memorias de la Economía Boliviana. Pág. 174

GRÁFICO N°8: Comparación Promedio de la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Nivel Institucional del Dector Salud en el Departamento de La Paz; 1999-2018 (Porcentaje)



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

En términos porcentuales entre los años 1999-2005 la ejecución presupuestaria de Administración Central representa el 66%, disminuye su participación entre 2006-2012 a 44% y por último incrementa en la segunda etapa del segundo periodo a 63% de participación (Ver anexo N°8).

La participación de la Administración Departamental en términos porcentuales denota un comportamiento decreciente e inicia el primer periodo de estudio con 17% y este disminuye entre los años 2013-2018 con una participación de 4% (Ver anexo N°8).

El porcentaje de ejecución del Nivel Local denota un incremento considerable con una participación inicial entre 1999-2005 de 10% a 41% entre 2006-2012 y este decrece para los años 2013-2018 a 29% de participación (Ver anexo N°8).

El Cofinanciamiento Regional representa menor participación de ejecución en términos porcentuales de Nivel Institucional e incluso disminuyendo entre los periodos de estudio de 7% a 3% (Ver anexo N°8).

Para la primera etapa del segundo periodo, desde el año 2006 se evidencia un constante crecimiento en la ejecución del presupuesto de inversión pública del nivel institucional debido principalmente a que durante la gestión 2005, la distribución de los recursos del IDH, entre las prefecturas departamentales y gobiernos municipales, además de la elección de prefectos por voto directo implicaron los acontecimientos más importantes en temas de descentralización.

No cumple con la teoría de *Oates Wallace (1999), la teoría del Federalismo Fiscal*¹⁵⁵, tiene como objeto de estudio las funciones económicas que deben desarrollar los distintos niveles de gobierno y los instrumentos fiscales apropiados para desarrollar sus funciones, con la finalidad de lograr una provisión y financiación eficiente de bienes públicos.

El Plan General de Desarrollo y el Plan Departamental de Desarrollo en el primer periodo implementan políticas que van dirigidas al fortalecimiento institucional para la gerencia y gestión pública descentralizada, estas no se cumplen debido a que el Nivel Central denota mayor ejecución presupuestaria que en términos porcentuales refleja 66%.

El segundo periodo se implementa políticas orientadas al fortalecimiento institucional a cargo del PND y el PDES que son cumplidos debido a la disminución de participación del nivel central entre 2006-2012 con 44%. Mientras que en la segunda etapa del segundo periodo incrementa a 63%.

3.5. NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR TIPO DE ESTABLECIMIENTOS

De acuerdo al gráfico N°9, para el primer periodo de estudio, el número de establecimientos de salud en el Gobierno Autónomo Departamental de La Paz presenta

¹⁵⁵FRANCO VARGAS, M. H.; CRISTANCHO ESCOBAR, F. A. 2011. El Federalismo Fiscal y el Proceso de Descentralización Fiscal en Colombia. Teoría Económica del Federalismo Fiscal. Pág. 4-8

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

una tendencia creciente y de acuerdo a los establecimientos según el nivel de atención incrementan de 425 establecimientos en 1999 a 556 establecimientos en 2005; los establecimiento de segundo nivel incrementan de 27 en 1999 a 30 establecimientos en 2005; por ultimo en 1999 incrementan de 14 establecimientos de tercer nivel a 16 establecimientos.

Para este primer periodo los hospitales de tercer nivel evidencian un comportamiento constante desde 1999 con 14 establecimientos hasta la gestión 2003 que, en este último año registra un incremento a 15 centros hospitalarios de tercer nivel. Año siguiente reduce a 14 y por último cierra el periodo en 2006 con un incremento a 16 establecimientos de salud de tercer nivel.

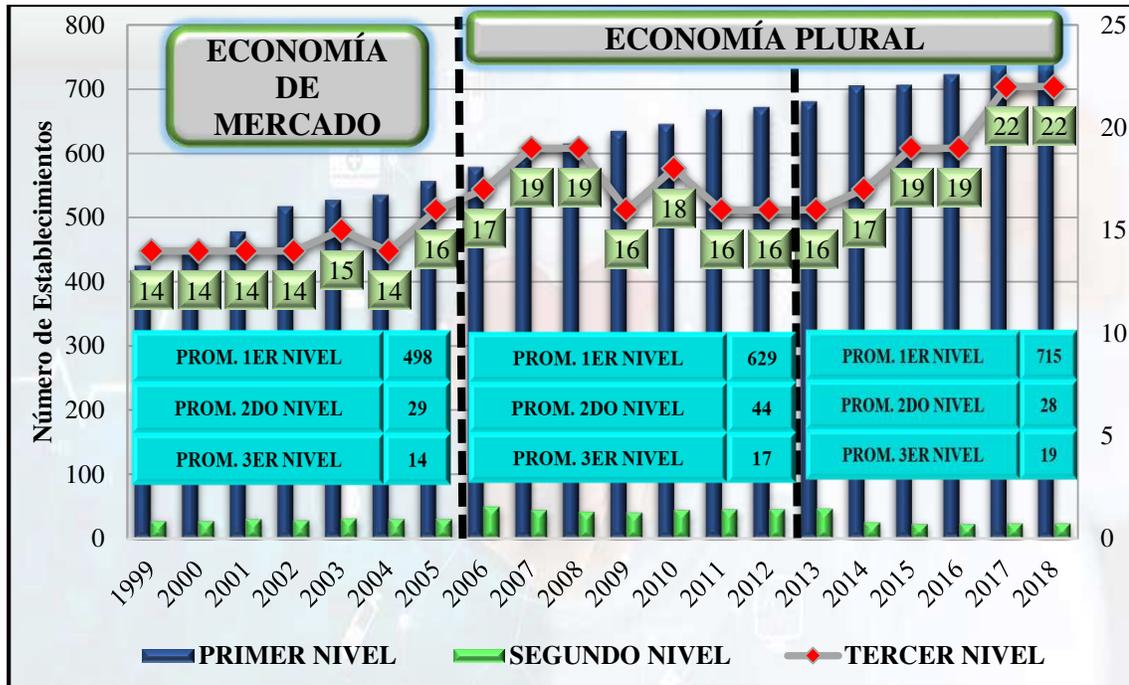
El promedio que registra este periodo 1999-2005 es de 14 centros hospitalarios de tercer nivel. Siendo considerado el más bajo promedio respecto a primer y segundo nivel de atención., cuyo promedio son 29 y 498 respectivamente.

Los establecimientos de primer nivel de atención presentan un elevado promedio de número de centros hospitalarios y este suceso se atribuye a: “las políticas planteadas por el Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social de La Paz que proponen promover la mejora del primer nivel de atención de salud mediante la dotación de servicios de salud, la implementación de programas de educación sanitaria y la difusión de programas de salud preventiva¹⁵⁶.

En el primer periodo resaltan las políticas que están orientadas al mejoramiento del Primer Nivel de atención, en ese sentido, se evidencia un incremento constante en el número de centros hospitalarios del Primer Nivel de atención, así dando cumplimiento a las políticas.

¹⁵⁶ PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ. (1995). CORDEPAZ – Gerencia de Planificación. Pág. 37

GRÁFICO N°9: Establecimientos de Salud por Tipo de Establecimientos en el Departamento de La Paz; 1999-2018 (Número de Establecimientos)



*Fuente: Instituto Nacional de Estadística
Elaboración Propia*

De acuerdo al gráfico N°9 en la primera etapa del segundo periodo de estudio se evidencia un incremento en el número de establecimiento de manera general. Pero de acuerdo al nivel de atención, los establecimientos de primer nivel, inician el periodo en 2006 con 578 e incrementa hasta el 2012 a 671 establecimiento; el segundo nivel de atención inicia el periodo en el año 2006 con 49 establecimientos y finaliza el periodo con una disminución a 45 centros de segundo nivel en 2012; por último, los establecimientos de tercer nivel de atención presentan 17 establecimientos en el año 2006 y disminuyen a 16 en 2012.

Durante la primera etapa del segundo periodo (2006-2012) el promedio de número de establecimientos de tercer nivel es de 17, el más bajo respecto a establecimientos de primer y segundo nivel de atención que registran 629 y 44 respectivamente.

Para la segunda etapa del segundo periodo (2006-2018) existe un incremento del número de establecimientos de manera general, este hecho cambia de acuerdo a cada nivel de

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

atención. Los establecimientos de primer nivel presentan 680 establecimientos en 2013 e incrementan de manera constante hasta el año 2018 con 741 establecimientos; el segundo nivel de atención evidencia un comportamiento decreciente en el número de hospitales que, en 2013 registra 46 centros hospitalarios y disminuye considerablemente hasta el año 2018 con 24 establecimientos de salud de segundo nivel; por último los establecimientos de tercer nivel denotan un comportamiento creciente e inician en el año 2013 con 16 establecimientos e incrementa hasta el año 2018 a 22 centros hospitalarios.

En la segunda etapa del segundo periodo el promedio de establecimientos de salud de tercer nivel es de 19 establecimientos y al igual que la primera etapa del segundo periodo es menor respecto a los establecimientos de salud de primer y segundo nivel que registran 715 y 28 establecimientos respectivamente.

El Plan Nacional en el Sector Salud tiene el Objetivo de eliminar la exclusión social con la implementación del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, y con la implementación del programa Salud Familiar y Comunitaria Intercultural se fortalece las redes de salud, la extensión de cobertura en todo el ámbito nacional¹⁵⁷, a través de la construcción de establecimientos de salud en los diferentes niveles de atención.

En la gestión 2010 se destaca la implementación de los establecimientos de segundo nivel: Hospital los Pinos, Hospital Cotahuma y Hospital la Merced con una ejecución de Bs 12, 45 y 8 millones respectivamente.

En el año 2015 se implementa el Hospital del Norte en la ciudad de El Alto con una ejecución de Bs 120 millones aproximadamente con el respaldo del Gobierno Municipal del El Alto, del Gobierno Autónomo Departamental de La Paz, el Gobierno Central y el Ministerio de Salud¹⁵⁸; este nuevo Hospital Tecnológico cuenta con áreas de gastroenterología, neurología, cardiología, traumatología y cirugía entre otros. En la gestión 2018 el Instituto de Medicina Nuclear de la Ciudad de El Alto se encuentra en la

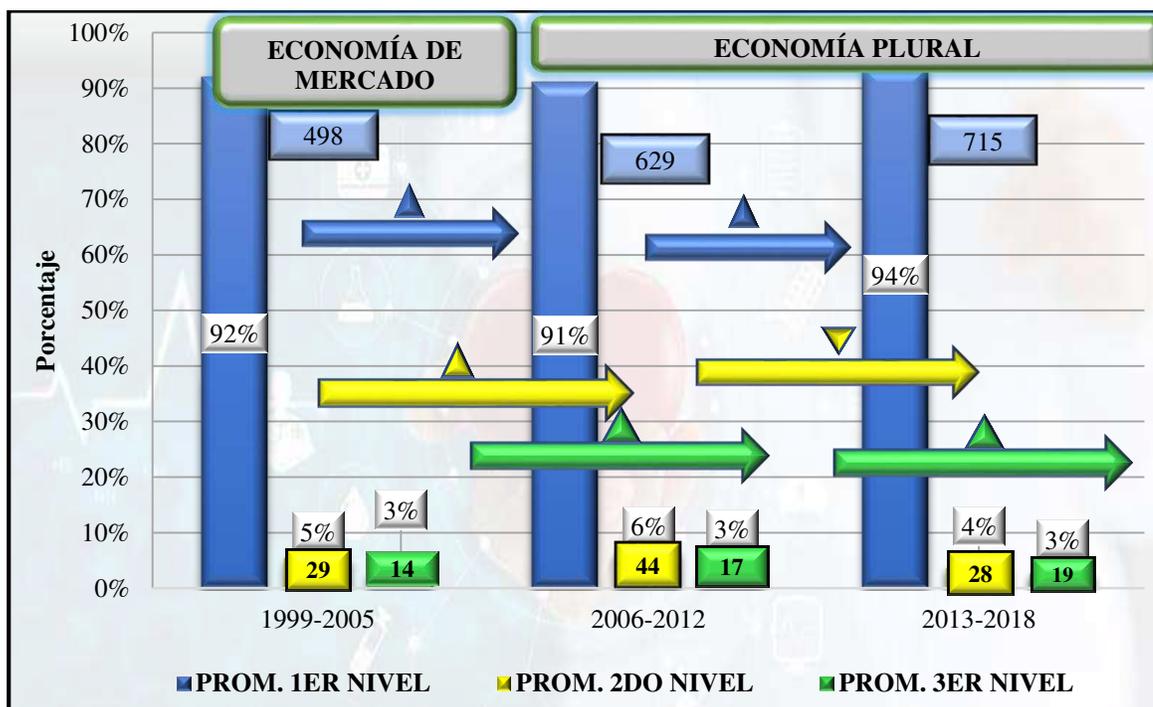
¹⁵⁷ PLAN NACIONAL DE DESARROLLO, Evo Morales Ayma, Presidente del Estado Plurinacional de Bolivia, 2006-2011. Pág. 49

¹⁵⁸ EL HOSPITAL. (2015). Entrega del complejo hospitalario más grande y moderno de Bolivia

segunda fase de ejecución que otorga el servicio para el tratamiento del cáncer, además de contar con el equipamiento de última tecnología como aceleradores lineales y dos tomógrafos¹⁵⁹.

A pesar de contar con mayores recursos por parte de las gobernaciones y estos deben estar destinados para la creación y mejora de infraestructura en salud, esto no se refleja en los establecimientos de salud siendo que la atención de tercer nivel no presenta una significativa variación de un periodo a otro y los mismos se encuentran con equipamiento obsoleto e infraestructura inadecuada que no está acorde a los nuevos requerimientos en cuanto a la demanda de la sociedad.

GRÁFICO N°10: Comparación Promedio de Número de Establecimientos de Salud por Tipo de Establecimiento del Sector Salud en el Departamento de La Paz; 1999-2018 (Expresado en Millones de Bs y porcentaje)



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

¹⁵⁹ LA ÉPOCA. 2019 Aben confirma que en octubre se inaugura el Instinto de Medicina Nuclear de EL Alto

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

De acuerdo al gráfico N°10 refleja un incremento en general de establecimientos de 541 establecimientos a 690 en la primera etapa del segundo periodo y posteriormente incrementa a 762 establecimientos en la segunda etapa.

Los establecimientos de salud de primer nivel incrementan de 498 a 629 y posteriormente a 715 para el último periodo; el segundo nivel incrementa de 29 a 44 establecimientos y disminuye en la segunda etapa del segundo periodo a 28 establecimientos; por último, los establecimientos de tercer nivel incrementan de 14 a 17 y finaliza la segunda etapa del segundo periodo con 19 establecimientos.

Los Establecimientos de Salud de primer nivel representa el 92% en el primer periodo y para el segundo periodo representa el 91% y 94% respectivamente, los de segundo nivel en el primer periodo representan el 5% y en el segundo periodo incrementa a 6% en la primera etapa y disminuye en la segunda etapa del segundo periodo a 4%; por último, los establecimientos de tercer nivel representan el 3% en ambos periodos de estudio.

De acuerdo a la evidencia empírica, cumple con las políticas que plantea el Plan Nacional de Desarrollo, Sistema Único Familiar Comunitaria e Intercultural, cuya finalidad es incentivar la mejora de establecimientos de primer nivel de atención de salud, a través de la dotación de servicios de salud, implementación de educación sanitaria y la difusión de programas de salud preventiva.

Evidencia el cumplimiento de la teoría Planteada por Ricardo Cibotti y Enrique Sierra, el cual indica que el estado cumple acciones de Acumulación que contribuyen a la formación del acervo de instalaciones y equipo necesario para efectuar la prestación de servicios públicos, como la construcción de centros hospitalarios y dotación de insumos.

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

CAPÍTULO

4

CAPÍTULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

4.1.1. Conclusión General

El efecto que genera el proceso de descentralización y autonomía en la ejecución del Presupuesto de inversión Pública en el Gobierno Autónomo Departamental es positivo, se evidencia mayor asignación de recursos a los Niveles Institucionales, sin embargo, los subniveles denotan dependencia del nivel Central y en consecuencia se observa el incumplimiento de la Ley Marco de Autonomías y Descentralización, el cual indica que: el Estado debe distribuir las funciones política-administrativas de manera equilibrada y sostenible en el territorio para la efectiva participación de las ciudadanas y ciudadanos.

El indicador del Sector Salud en el periodo de estudio no refleja un incremento significativo en cuanto al número de Establecimientos de Salud de Tercer Nivel, siendo competencia del Gobierno Autónomo Departamental de La Paz, en ese sentido, se evidencia un deficiente manejo de recursos y administración del Nivel Departamental.

En base a la evidencia empírica se observa la existencia de una centralización, debido principalmente a una mayor participación en la ejecución del presupuesto del Nivel Central, resaltando el primer periodo comprendido entre 1999-2005. El proceso de descentralización y su efecto queda asociado a la realidad económica y social. La óptima distribución y ejecución de los recursos del Gobierno Central a los niveles subnacionales está asociada a distintos criterios. En base a esos factores se observa el incumplimiento de la teoría de descentralización, el cual indica que se debe dar prioridad a proyectos en Salud de la mano de la administración subnacional.

4.1.2. Conclusiones Específicas

➤ Conclusión Específica 1

La contrastación de la programación y la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública permite evidencia un promedio ejecutado de 77% en el primer periodo, una ejecución del 67% en la primera etapa y por último una reducción con un 43% de ejecución en la segunda etapa del segundo periodo.

En base al contraste, se concluye que existe el incumplimiento de la Fase de Ejecución del Ciclo de vida del Proyecto planteado por Nassir y Reinaldo Sapag Chain, Karen M. Mokate y el Sistema Nacional de Inversión Pública, que en síntesis, indica que el nivel de ejecución óptimo del Presupuesto de inversión Pública debe alcanzar el 100%, esto debido a que la ejecución del PIP del Sector Salud presenta bajos niveles de ejecución y esto por temas de coordinación de los diferentes niveles de administración o porque no se realiza el seguimiento continuo de los diferentes proyectos.

➤ Conclusión Específica 2

Se establece que la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por fuente de Financiamiento Interno está dividida en Recursos Propios con una participación de 68% y las transferencias representan el 32% para el primer periodo, que posteriormente, incrementa en la primera etapa del segundo periodo a 76% Transferencias y 24% Recursos Propios. Por último, en la segunda etapa denota 44% las Transferencias y 56% los Recursos Propios.

De acuerdo a criterio del proceso de descentralización, este exige la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública se realice con Recursos Propios. En consecuencia, existe el cumplimiento de la teoría propuesta por W. Oates, el cual indica que los gobiernos locales deben tener la posibilidad de establecer tributos, para contar con los recursos necesarios y así proveer los bienes públicos que benefician a su jurisdicción.

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

➤ **Conclusión Específica 3**

La ejecución del Presupuesto de Inversión Pública con financiamiento Externo en el segundo periodo de estudio reduce su participación en comparación a la ejecución por fuente de financiamiento interno. El financiamiento externo registra un promedio ejecutado de Bs 31 millones en el primer periodo e incrementa hasta la segunda etapa del segundo periodo a Bs 53 millones, sin embargo, ese incremento no es significativo en comparación a la ejecución con fuente de financiamiento interno.

En base a la evidencia empírica, se demuestra que en ambos periodos existe el cumplimiento del paradigma planteado por Ricardo Cibotti – Enrique Sierra y Richard Musgrave, que señala la necesidad de la intervención del estado a favor de la economía, el mecanismo de mercado por sí solo no puede realizar todas las funciones económicas. La intervención por parte del Sector Público a través de Políticas Presupuestarias son necesarias para guiar, corregir y complementar al mercado en algunos aspectos.

➤ **Conclusión Específica 4**

El nivel central denota en ambos periodos, mayor participación en la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública alcanzando un promedio de Bs 52 millones en el primer periodo, Bs 50 millones en la primera etapa del segundo periodo y Bs 176 millones en la segunda etapa que representan 66%, 44% y 63% respectivamente.

La evidencia demuestra que no existe una descentralización total tanto en el primer como en el segundo periodo, por ello se concluye en el incumplimiento de la teoría planteada por Oates W. la Teoría del Federalismo Fiscal explica que: los gobiernos locales tienen tres instrumentos fiscales que sirven para la provisión de bienes públicos y estos a su vez son recursos prioritarios propios, provenientes de las transferencias a cargo del Gobierno Central y endeudamiento Público.

➤ **Conclusión Específica 5**

Los centros hospitalarios de primer nivel evidencian una participación de 92%, disminuyen en la primera etapa del segundo periodo en un punto porcentual e incrementan al culminar el periodo de estudio a 94%, en cambio los establecimientos de segundo nivel incrementan de 5% a 6% y disminuyen a 4% en la segunda etapa; en tanto los centros de salud pertenecientes al tercer nivel evidencian 3% de participación en ambos periodos.

De acuerdo a la LMDA, el Gobierno Autónomo Departamental de La Paz tiene la atribución de proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento, así como proveer los servicios básicos, equipo, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros del tercer nivel de atención en salud, sin embargo, en ambos periodos de estudio se evidencia que el porcentaje de participación de establecimientos de tercer nivel es inferior a la participación de primer y segundo nivel, siendo que los mismos presentan una mínima variación, denotando cumplimiento parcial de la Ley N°031.

Cumple con la teoría propuesta por Ricardo Cibotti y Enrique Sierra donde el estado cumple acciones de Acumulación que contribuyen a la formación del acervo de instalaciones y equipo necesario para efectuar la prestación de servicios públicos, como la construcción de centros hospitalarios y dotación de insumos.

4.2. APOORTE DE LA INVESTIGACIÓN EN LA MENCIÓN

El aporte en base a la evidencia empírica sobre el presente trabajo de investigación es haber identificado el proceso y efectos de las Autonomías y Descentralización sobre la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en el sector Salud del Gobierno Autónomo Departamental de La Paz.

Se evidencia la importancia de la Teoría de la Intervención del Estado en la economía con la finalidad de corregir fallas del mercado, a través de la asignación de bienes y servicios. Es importante que el nivel Central programe, distribuya y ejecute el presupuesto de Inversión Pública de manera participativa y así satisfaga las necesidades de la población.

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

La Ley Marco de Autonomías y Descentralización N°031, establece que el régimen de descentralización administrativa departamental es la entidad territorial a cargo de la unidad territorial del Gobierno Autónomo departamental de La Paz, en ese sentido se evidencia un incumplimiento teórico y se atribuye a razón del desplazamiento de las competencias departamentales y la contención de la Gestión de Proyectos interinstitucionales a cargo del nivel Central.

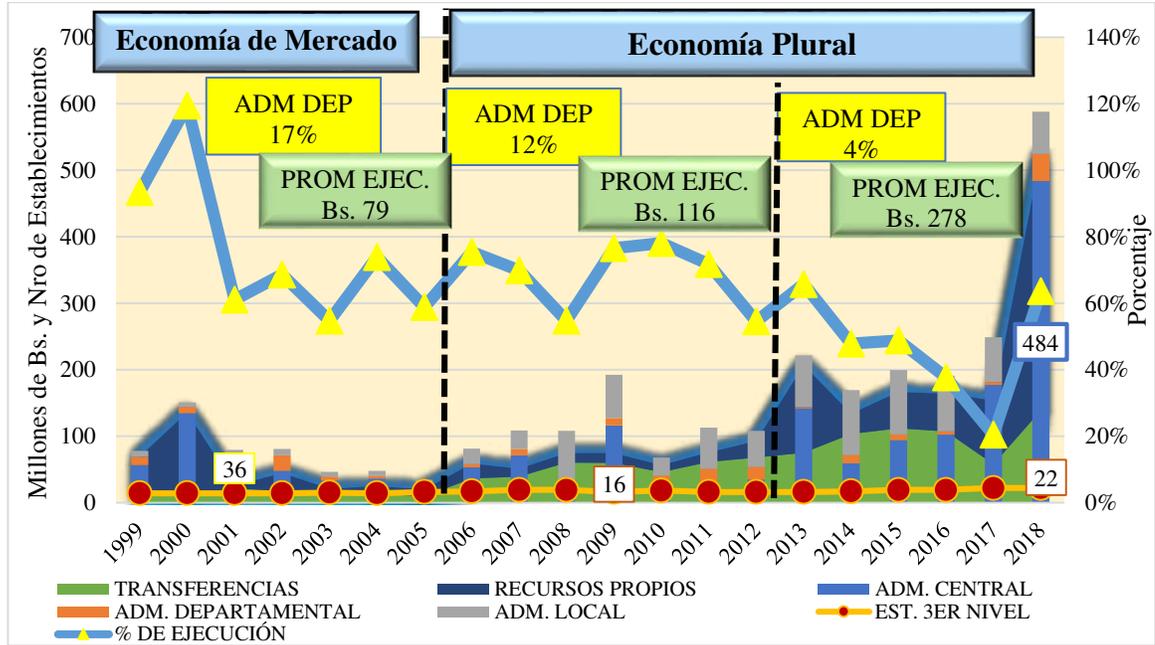
4.3. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

El proceso de Descentralización y Autonomías no incide efectivamente en la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud en el Gobierno Autónomo Departamental de La Paz.

Según el Gráfico N°11 se evidencia que la ejecución del presupuesto de inversión pública presenta una tendencia cíclica en ambos periodos de estudio, en la Economía de Mercado presenta un promedio de Bs. 79 millones, en la Economía Plural de 2006 a 2012 un promedio de Bs. 116 millones y de 2013-2018 se evidencia un incremento con un promedio de Bs. 278 millones.

La ejecución del presupuesto por Nivel Institucional presenta una mayor participación del Nivel de Administración Central en ambos periodos de estudio, con una mayor ejecución en las gestiones 2012 – 2018, seguido de la Administración Local que evidencia una mayor ejecución a partir del 2006, a diferencia de la Administración Departamental que presenta bajos nivel de ejecución mostrándose insensible al proceso de descentralización, la cual está dirigida a reforzar y mejorar las ejecuciones de acuerdo a sus atribuciones y competencias establecidas en LMAD.

Gráfico N°11: Relación de la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud con la Ejecución por Nivel Institucional, Financiamiento Interno e Indicador de Salud del Departamento de La Paz; 1999-2018 (En Millones de Bs, Porcentajes y N.º de Establecimientos)



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

Efectuada previamente la descripción, explicación y comparación de variables, se ACEPTA la hipótesis “El proceso de Descentralización y Autonomías no incide efectivamente en la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud en el Gobierno Autónomo Departamental de La Paz”.

De acuerdo al desarrollo del tema de investigación se evidencia que existe una mayor asignación de recursos al Sector Salud en el transcurso de los periodos de estudio, debido a una mayor intervención del Estado a través de la redistribución del excedente, sin embargo se observa que el proceso de Autonomía y Descentralización no tiene una incidencia efectiva en la ejecución presupuestaria de inversión pública, siendo que el

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

mismo tiene el objeto de poder realizar una ejecución óptima y eficiente en el sentido de las atribuciones con las que cuenta cada nivel institucional.

En tanto el promedio de ejecución del Presupuesto de Inversión Pública de la Administración Departamental representa el 17% del promedio total de la ejecución durante la Economía de Mercado, el 12% y 4% de 2006-2012 y 2013-2018 respectivamente, donde el nivel de ejecución se concentra e incrementa en el nivel de Administración Central a partir de la Economía Plural.

Por otra parte, los establecimientos de salud reflejan leve incremento en el número de establecimientos de Tercer Nivel, siendo que registra un incremento promedio de 3 establecimientos en salud de 1999-2005 a 2006-2012 y posteriormente incrementan en 2 establecimientos de salud en 2013-2018. Este indicador no mejora de manera considerable tomando en cuenta que disminuye su representación en el total de establecimientos de salud y no presenta condiciones adecuada en infraestructura y equipamiento.

En consecuencia, se evidencia un quiebre paradigmático con la teoría de Finot, Pinilla y Oates, los cuales indican que la descentralización está orientada a mejorar y cumplir con los diferentes objetivos sociales como la asignación de bienes y servicios, provisión y financiamiento de bienes públicos. Este incumplimiento se atribuye a los bajos niveles de ejecución presupuestaria del nivel de Administración Departamental que incide en la ejecución total del presupuesto de inversión pública, dando lugar a la postergación las diferentes necesidades del sector y de la población.

Además en el Gráfico N°11 se evidencia a la ejecución con recursos de Transferencias registra un mayor aporte a partir de la Economía Plural con un promedio de Bs. 53 millones que asciende a Bs. 99 millones de 2013 a 2018, en los recursos propios se genera una disminución en promedio de Bs. 33 millones a Bs. 16 millones de 2006 a 2012 (Ver anexo N°4), sin embargo estos incrementan debido a un dinamismo por parte de mayores ingresos por venta de bienes y servicios del departamento, en ese sentido cumple parcialmente con las políticas que están relacionadas a mejorar la capacidad de gestión

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

técnica debido a una mayor priorización en la ejecución con recursos propios y no tanto con la dependencia de las transferencias por parte de la Administración Central.

De acuerdo a la evidencia registrada en el Gráfico N°11 el porcentaje de Ejecución del Nivel de Administración Departamental, denota mayor participación en la ejecución para el primer periodo de estudio, mas no en el segundo periodo el cual refleja una reducida participación respecto a la ejecución total de los niveles Institucionales, demostrando que en ambos periodos el nivel con mayor ejecución es el Nivel Central es superado quedando en evidencia que el proceso de Autonomía y Descentralización no incide de manera efectiva en la ejecución del presupuesto de inversión pública.

4.4. EVIDENCIA TEÓRICA

Los paradigmas propuestos para la *Teoría del Sector Público* por los autores: Ricardo Cibotti – Enrique Sierra y Richard Musgrave sostienen que el estado interviene en la planificación con la finalidad de guiar, corregir, complementar al mercado y en las responsabilidades de la producción de bienes y servicios, en el caso de le sector salud se realiza mediante la acción acumulación y financiamiento y la función de asignación y distribución.

La *Teoría de la Descentralización* propuesto por Oates y Finott I. señalan que la descentralización tiene el objetivo de mejorar la provisión, financiamiento y lograr una eficiencia en los procesos de asignación y ejecución de acuerdo a las competencias para la provisión de bienes públicos, no cumple con la teoría debido a los bajos niveles de ejecución de la Administración Departamental.

La *Teoría del Ciclo de Vida del Proyecto* planteada por los hermanos Nassir y Reinaldo Sapag Chain, Karen Marie Mokate y el Sistema Nacional de Inversión Pública, y haciendo énfasis en las etapas de *Inversión, Gestión y Ejecución* de los autores respectivamente. Plantean que el cumplimiento del Ciclo de Vida del Proyecto está destinado a mejorar y satisfacer las necesidades humanas, consideran que el nivel óptimo de ejecución presupuestaria debe alcanzar el 100%, sin embargo, de acuerdo a la evidencia empírica de

la investigación se observa el incumplimiento de la teoría, debido a bajos niveles de ejecución presupuestaria en ambos periodos de estudio.

La *Teoría de la Salud* según la OMS señala que los Gobiernos tienen la responsabilidad en la salud de sus pueblos a través del fomento y protección a la salud, de acuerdo a la evidencia que el nivel departamental no cumple con niveles óptimos de ejecución en función a las necesidades de la población.

4.5. RECOMENDACIONES

4.5.1. Recomendación General

Determinar una fiscalización de las funciones, atribuciones y competencias en los distintos niveles de gobierno que intervienen en el Sector Salud, a través del Órgano Rector, con la finalidad de que el proceso de Autonomías y Descentralización sea un proceso enteramente establecido.

4.5.2. Recomendaciones Específicas

➤ Recomendación Específica 1

Efectuar mayor control, seguimiento y prioridad en la ejecución los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud, con la finalidad de dar cumplimiento a la fase de ejecución de Ciclo de Vida del Proyecto.

➤ Recomendación Específica 2

Garantizar el financiamiento con recursos internos en base a las competencias establecidas en cada nivel de intervención en el Sector Salud, así reducir paulatinamente el grado de dependencia hacia el nivel Central.

➤ Recomendación Específica 3

Determinar de manera óptima la recepción de los recursos con fuente externa y direccionar en proyectos de gran rentabilidad económica y así impulsar la economía y calidad de vida en favor de servicios de salud adecuados.

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

➤ **Recomendación Específica 4**

Incentivar e impulsar la ejecución de los proyectos de Inversión Pública de la administración Subnacional, mediante las distintas Leyes establecidas en cada una de las jurisdicciones territoriales y así fomentar mejor distribución.

➤ **Recomendación Específica 5**

Dinamizar y Garantizar la construcción de hospitales de tercer nivel, dotarlos de insumos y equipamiento adecuado con la finalidad de mejorar el servicio y accesibilidad de salud, respondiendo a las necesidades de la población en general.

BIBLIOGRAFÍA

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

BIBLIOGRAFÍA

- ABLAN BORTONE N. 2001. Apuntes de Presupuesto. El Presupuesto Público: Aspectos conceptuales del Presupuesto.
- ADHEMAR D. Y VELASQUEZ E. 2005. Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas. Financiamiento de Programas Políticos de Salud en Bolivia casos: Chagas, Malaria, Tuberculosis e Inmunizaciones. 1995-2005. Bolivia.
- ARNEZ M. Financiamiento de la inversión boliviana y sus perspectivas futuras.
- BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID). 2015. BOLIVIA 2011-2015. Evaluación del programa País.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Evaluación del programa del país. Bolivia 2011-2015
- BENAVIDES GAIBOR L. H. 2001. La Gestión: Concepto, Importancia, Tipos, Universidad Técnica Particular de Loja.
- BOLIVIA. 20 de abril de 1994. Ley N°1551. Ley de Participación Popular.
- BOLIVIA. 2004. Constitución Política del Estado.
- BOLIVIA. 20 de diciembre de 2001. Ley N°2296. Ley de Gastos Municipales.
- BOLIVIA. 28 de julio de 1995. Ley N°1654. Ley de Descentralización Administrativa.
- BOLIVIA. 28 de octubre de 1999. Ley. Ley N°2028 Ley de Municipalidades.
- BOLIVIA. Constitución Política del Estado. 2009.
- BOLIVIA. Ley de Administración Presupuestaria de 21 de diciembre de 1999.
- BOLIVIA. Ley N°1178 de Administración y Control Gubernamental- 20 de junio de 1990.
- BOLIVIA. Ley N°498, de Planificación e Inversión Pública – 2006.
- BOLIVIA. Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social de La Paz 1995.
- BOLIVIA. Plan General de Desarrollo Económico y Social para la gestión 1997-2002.
- BOLIVIA. Plan Nacional de Desarrollo 2007. Pág. 40
- BOLIVIA. Reglamento Específico del Sistema Nacional de Inversión Pública de Ministerio de Planificación del Desarrollo

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

- BOLIVIA. Resolución Suprema N°225558, Normas Básicas del Sistema de Presupuesto.
- BOSSERT THOMAS J. 2000. L Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica: Un Estudio Comparativo de Chile, Colombia y Bolivia. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard.
- CALDERÓN, C. 2004. “La Descentralización en Bolivia: efectos financieros de la ley sobre las Prefecturas.
- CARVAJAR ZENTENO L. A. 2016. EL Financiamiento de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud en el Departamento de La Paz (2000-2015). UMSA. Fac. Ciencias Económicas y Financieras.
- CATALOGO COMPETENCIAL DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES AUTÓNOMAS (Etas) De Bolivia.
- CASULO, J. ESCOBAR, N. LUQUE, D. PROENZA, M. (2013). Economía de la salud. Pág. 87
- CEPAL. 1993. Descentralización Fiscal: Marco conceptual. Santiago de Chile.
- CIBOTTI R. Y SIERRA E. El Sector Publico en la Planificación del Desarrollo. 17ma Edición.
- CLAUDIA PEÑA CLAROS. Ensayo Sobre La Autonomía En Bolivia.
- CONFEDERACIÓN DE EMPRESARIOS PRIVADOS DE BOLIVIA. 2012. Bolivia: La economía en el 2011 y perspectivas para el 2012.
- DECRETO SUPREMO N°29601 “Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia”
- ESTATUTO AUTONÓMICO DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ-2009.
- FINOTT I. Descentralización y participación en América Latina: Una mirada desde la economía. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- FONTAINE, ERNESTO R. Evaluación Social de Proyectos. 13 edición.
- FRANCO VARGAS M. H.; CRISTANCHO ESCOBAR, F. A. 2011. El Federalismo Fiscal y el Proceso de Descentralización Fiscal en Colombia. Teoría del federalismo Fiscal.
- FUNDACIÓN JUBILEO “Bolivia tiene menor Dependencia de la Cooperación Internacional” (2014)

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

- FUNDACION JUBILEO. Bolivia tiene menor dependencia de la cooperación internacional. Bolivia coyuntura N°24. Junio 2014.
- GABRIEL AGHÓN.1993. Descentralización Fiscal Marco conceptual, Serie de Política Fiscal, Santiago de Chile, Naciones Unidas Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- GACETA OFICIAL DE BOLIVIA. Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública.
- GIESECKE, Ruiton J. Salud Guía para la Formulación de Proyectos de Inversión Exitosos. Edición Mario Sifuentes.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA. 2012. Censo de Población y Vivienda. Departamento de La Paz
- IVAN FINOT, 2002 Descentralización y participación en América Latina: Una mirada desde la economía, Revista de la CEPAL.
- LEDO, C. 2011. Sistema de Salud de Bolivia.
- MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS PUBLICAS “Avances y Perspectivas del Presupuesto General del Estado”
- MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS 2010. Memorias de la economía boliviana 2010.
- MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS 2017. Memorias de la economía boliviana 2017. Bolivia.
- MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS 2018. Memorias de la economía boliviana 2018. Bolivia.
- MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS PÚBLICAS. Memorias de la Economía Boliviana 2010.
- MINISTERIO DE HACIENDA. 2003. “Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública”
- MINISTERIO DE HACIENDA. Memoria Fiscal 2006.
- MINISTERIO DE HACIENDA. Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública, resolución Suprema N° 21668, 18 de junio de 1996.

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

- MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DE DESARROLLO UNIDAD DE ANALISIS DE POLITICAS SOCIALES Y ECONOMICAS: Informe Económico y Social 2005 y perspectivas 2006.
- MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DE DESARROLLO. 2011. Reglamento Específico del Sistema Nacional de Inversión Pública.
- MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO 2006. Informe Económico y Social Primer Semestre 2006 y Perspectivas.
- MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. Reglamento Específico Del Sistema Nacional De Inversión Pública.2012.
- MINISTERIO DE SALUD. 2014. Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- MOKATE, Karen. Evaluación Financiera de Proyectos de Inversión. 2º edición.2004
- MUREIL BEATRIZ H. 2011. Descentralización fiscal en Bolivia: ¿Hacia dónde vamos?
- MUSGRAVE R.A. 1999. Hacienda Pública Teórica y Aplicada 5º Edición. Editorial McGraw-Hill.
- NASSIR SAPAG CHAIN; REINALDO SAPAG CHAIN. Preparación y evaluación de proyectos. Quinta edición. 2008. Capítulo 1. El estudio de proyectos.
- NORMAS BÁSICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN. Resolución Suprema N°216779, 21 de julio de 1996. Órgano Rector del Sistema Nacional de Planificación
- OATES WALLACE 1972. Fiscal Federalism. Trad. Federalismo Fiscal. Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local. 1977.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) 2006. Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD GINEBRA. Ministerio de sanidad y consumo. Promoción de la Salud Glosario.
- PAZ ARAUCO V. 2016. El financiamiento del Desarrollo en Bolivia Cambios y Continuidades en la Relación Estado-Cooperación Internacional (2006-2013)

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

- PINILLA RODRIGUEZ D. E. JIMENEZ AGUILERA J.D. Y MONTENEGRO GRANADOS R. descentralización fiscal en América Latina. Impacto social y determinantes.
- SAMPIERI HERNÁNDEZ R. FERNÁNDEZ CALLADO C. Y BAPTISTA LUCIO P. 2014, Metodología de la Investigación. (6ta edición).
- SAPAG CHAIN, N.; SAPAG CHAIN, R. Preparación y evaluación de Proyectos. 5ta edición.
- SERVICIO ESTATAL DE AUTONOMIAS. Diagnóstico de los establecimientos de salud de tercer nivel para el traspaso de responsabilidades a los gobiernos autónomos departamentales.
- STIGLITZ, J. Economía del Sector público. 3ra edición, 2000
- UDAPE 2004. BOLIVIA: Evaluación de la Economía 2003
- UDAPE Evaluación de la Economía. Bolivia. 1999.
- UDAPE Evaluación de la Economía. Bolivia. 2000.
- UDAPE, Caso Bolivia: Armonización de las Funciones Esenciales de la Saludo Publica (FESP) con la Clasificación Funcional del Manual de Estadística de Finanzas Publicas (MEFP-2001)
- UDAPE. 2005. INFORME ECONÓMICO Y SOCIAL. Situación Económica y Social durante 2004.
- VICEMINISTERIO DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD FISCAL. Glosario de Conceptos y Definiciones.2010.
- VIPFE “Clasificadores Presupuestarios 2018”, Clasificador de Fuentes de Financiamiento.
- www.planificacion.gob.bo

ANEXOS

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA**

ANEXOS

**ANEXO N°1: TABLA N°1: PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE
INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ;
1999-2018 (Expresado en Millones de Bs y Porcentaje)**

GESTIÓN	PRESUPUESTO PROGRAMADO	PRESUPUESTO EJECUTADO	PORCENTAJE DE EJECUCION
1998	31.267.927	28.207.398	90%
1999	84.834.338	79.234.964	93%
2000	127.315.919	152.031.767	119%
2001	137.686.848	84.070.768	61%
2002	137.195.376	94.102.124	69%
2003	94.508.286	51.747.411	55%
2004	76.867.863	56.815.111	74%
2005	65.416.537	38.462.672	59%
2006	118.002.528	88.997.202	75%
2007	175.112.235	122.361.284	70%
2008	211.574.156	115.734.181	55%
2009	253.426.064	194.066.834	77%
2010	86.886.293	67.851.652	78%
2011	157.686.282	113.123.181	72%
2012	198.331.492	108.192.770	55%
2013	350.554.290	230.500.121	66%
2014	396.372.874	189.624.404	48%
2015	432.647.669	211.252.461	49%
2016	534.970.388	201.528.640	38%
2017	1.215.450.829	248.736.351	20%
2018	924.396.083	588.269.281	64%

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo

Elaboración: Propia

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA**

ANEXO N°2: TABLA N°1.1.: ACUMULADO Y PROMEDIO DE LA PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1999-2018 (Expresado en Millones de Bs y Porcentaje)

PERIODO		PROGRAMADO	EJECUTADO	% EJECUCIÓN
ACUMULADO				
ECO. MER.	ACUMULADO 1999-2005	723.825.167	556.464.816	77%
ECO. PLU.	ACUMULADO 2006-2012	1.201.019.049	810.327.104	67%
	ACUMULADO 2013-2018	3.854.392.132	1.669.911.258	43%
PROMEDIO				
ECO. MER.	1999-2005	103.403.595	79.494.974	77%
ECO. PLU.	2006-2012	171.574.150	115.761.015	67%
	2013-2018	642.398.689	278.318.543	43%

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo

Elaboración: Propia

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

ANEXO N°3: TABLA N°2: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO INTERNO DEL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1999-2018 (Expresado en Millones de Bs)

AÑO	TRANSFERENCIAS	RECURSOS PROPIOS
1999	20.202.221	49.005.812
2000	11.430.798	124.164.683
2001	21.274.530	4.308.695
2002	17.402.617	27.059.277
2003	17.163.164	3.536.723
2004	12.488.168	12.041.352
2005	9.534.780	10.338.820
2006	35.946.126	22.904.722
2007	38.870.882	12.345.751
2008	59.911.172	14.496.004
2009	59.457.097	14.840.815
2010	45.711.729	10.409.597
2011	61.217.873	14.433.983
2012	67.836.325	25.048.286
2013	75.133.206	131.366.940
2014	103.220.526	30.801.397
2015	111.860.399	54.615.810
2016	107.157.120	56.830.310
2017	57.881.399	95.606.752
2018	138.779.941	387.829.744

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo

Elaboración: Propia

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

**ANEXO N°4: TABLA N°2.1: PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL
PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENET DE
FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE LA
PAZ; 1999-2018**
(Expresado en Millones de Bs)

PERIODO	TRANSFERENCIAS	REC. ESPECIFICOS
1999-2005	15.642.326	32.922.195
2006-2012	52.707.315	16.354.165
2013-2018	99.005.432	126.175.159

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo

Elaboración: Propia

**ANEXO N°5: TABLA N°3: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN
PÚBLICA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO EXTERNO DEL SECTOR
SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1999-2018 (Expresado en
Millones de Bs)**

AÑO	CREDITO	DONACIONES	DONACIONES HIPC II	TOTAL
1999	1.797.470	8.229.460	0	10.026.931
2000	7.569.794	8.866.492	0	16.436.285
2001	37.714.354	19.552.176	1.221.013	58.487.543
2002	32.206.502	13.710.038	3.723.690	49.640.230
2003	22.239.218	6.254.248	2.554.058	31.047.524
2004	18.294.317	11.448.626	2.542.648	32.285.591
2005	7.457.403	9.775.118	1.356.551	18.589.072
2006	17.227.298	11.306.933	1.612.123	30.146.354
2007	15.566.416	54.107.428	1.470.806	71.144.650
2008	8.286.007	30.532.780	2.508.218	41.327.005
2009	119.305	117.337.795	2.311.822	119.768.922
2010	0	10.581.183	1.149.143	11.730.326
2011	491.286	23.764.222	13.215.817	37.471.325
2012	437.372	11.675.687	3.195.101	15.308.159
2013	8.453.265	10.472.994	5.073.716	23.999.975

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA**

2014	31.367.142	10.000.325	14.235.015	55.602.482
2015	35.873.637	6.386.975	2.515.641	44.776.253
2016	30.087.771	6.453.750	999.689	37.541.210
2017	91.321.681	3.614.676	311.843	95.248.200
2018	60.241.433	1.078.845	339.318	61.659.596

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo

Elaboración: Propia

**ANEXO N°6: TABLA N°3.1
ACUMULADO Y PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE
INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO DEL SECTOR SALUD EN
EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1999-2018 (Expresado en Millones de Bs)**

ACUMULADO

	CRÉDITO	DONACIONES	DONACIONES HIPC II
1999-2005	18.182.722	11.119.451	1.628.280
2006-2012	6.018.241	37.043.718	3.637.576
2013-2018	42.890.822	6.334.594	3.912.537

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo

Elaboración: Propia

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

**ANEXO N°7: TABLA N°4: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN
PÚBLICA POR NIVEL INSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD EN EL
DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1999 – 2018 (Expresado en millones de Bs)**

AÑOS	ADM. CENTRAL	ADM. DEPARTAMENTAL	ADM. LOCAL	COFINANCIAMIENTO REGIONAL	TOTAL
1999	56,4301	12,3197	9,1946	1,2906	79,2350
2000	134,2183	9,6120	6,8001	1,4013	152,0318
2001	33,6078	35,5945	9,9809	4,8876	84,0708
2002	47,7375	23,6121	9,5789	13,1736	94,1021
2003	33,1600	5,7697	7,3479	5,4698	51,7474
2004	36,3664	3,8347	7,3304	9,2836	56,8151
2005	23,3923	4,7648	6,1028	4,2027	38,4627
2006	52,9779	4,7895	23,1779	8,0519	88,9972
2007	71,2358	9,5955	27,6522	13,8778	122,3613
2008	27,8725	3,1443	76,7708	7,9465	115,7342
2009	115,8918	11,0781	65,1104	1,9866	194,0668
2010	23,1492	17,2531	27,4494	0,0000	67,8517
2011	27,0139	23,9150	61,7030	0,4913	113,1232
2012	34,9050	18,9383	54,3494	0,0000	108,1928
2013	141,6981	1,5940	78,3690	8,8390	230,5001
2014	59,0066	12,3925	97,7157	20,5096	189,6244
2015	93,9207	8,9475	96,4646	11,9196	211,2525
2016	102,4714	4,4826	83,8371	10,7374	201,5286
2017	176,836	4,1908	67,5119	0,1972	248,7364
2018	483,669	40,7182	63,8773	0,0047	588,2693

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

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

**ANEXO N°8: TABLA N°4.1: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE
INVERSIÓN PÚBLICA POR NIVEL INSTITUCIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LA
PAZ; 1999-2018 (Expresado en porcentaje)**

AÑOS	ADM. CENTRAL	ADM. DEPARTAMENTAL	ADM. LOCAL	COF. REGIONAL
1999	71,2%	15,5%	11,6%	1,6%
2000	88,3%	6,3%	4,5%	0,9%
2001	40,0%	42,3%	11,9%	5,8%
2002	50,7%	25,1%	10,2%	14,0%
2003	64,1%	11,1%	14,2%	10,6%
2004	64,0%	6,7%	12,9%	16,3%
2005	60,8%	12,4%	15,9%	10,9%
2006	59,5%	5,4%	26,0%	9,0%
2007	58,2%	7,8%	22,6%	11,3%
2008	24,1%	2,7%	66,3%	6,9%
2009	59,7%	5,7%	33,6%	1,0%
2010	34,1%	25,4%	40,5%	0,0%
2011	23,9%	21,1%	54,5%	0,4%
2012	32,3%	17,5%	50,2%	0,0%
2013	61,5%	0,7%	34,0%	3,8%
2014	31,1%	6,5%	51,5%	10,8%
2015	44,5%	4,2%	45,7%	5,6%
2016	50,8%	2,2%	41,6%	5,3%
2017	71,1%	1,7%	27,1%	0,1%
2018	82,2%	6,9%	10,9%	0,0%

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo

Elaboración: Propia

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

ANEXO N°9: TABLA 5: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ (Expresado en N.º de Establecimientos)

AÑOS	PUESTOS Y CENTROS DE SALUD	HOSP. BÁSICO	HOSP. GRAL. E INST. ESP.	TOTAL
	PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL	
1999	425	27	14	466
2000	448	27	14	489
2001	478	30	14	522
2002	517	28	14	559
2003	527	31	15	573
2004	535	30	14	579
2005	556	30	16	602
2006	578	49	17	644
2007	593	44	19	656
2008	614	41	19	674
2009	634	40	16	690
2010	645	44	18	707
2011	667	45	16	728
2012	671	45	16	732
2013	680	46	16	742
2014	705	25	17	747
2015	706	23	19	748
2016	722	23	19	764
2017	736	24	22	782
2018	741	24	22	787

PERIODOS	PROM. 1ER NIVEL	PROM. 2DO NIVEL	PROM. 3ER NIVEL
1999-2005	498	29	14
2006-2012	629	44	17
2013-2018	715	28	19

Fuente: Instituto Nacional de Estadística
Elaboración: Propia

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

ANEXO N°10: TABLA 5.1: PARTICIPACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1999-2018 (Expresado en Porcentaje)

AÑOS	1ER NIVEL	2DO NIVEL	3ER NIVEL
1999	91,2%	5,8%	3,0%
2000	91,6%	5,5%	2,9%
2001	91,6%	5,7%	2,7%
2002	92,5%	5,0%	2,5%
2003	92,0%	5,4%	2,6%
2004	92,4%	5,2%	2,4%
2005	92,4%	5,0%	2,7%
2006	89,8%	7,6%	2,6%
2007	90,4%	6,7%	2,9%
2008	91,1%	6,1%	2,8%
2009	91,9%	5,8%	2,3%
2010	91,2%	6,2%	2,5%
2011	91,6%	6,2%	2,2%
2012	91,7%	6,1%	2,2%
2013	91,7%	6,2%	2,2%
2014	94,4%	3,3%	2,3%
2015	94,4%	3,1%	2,5%
2016	94,5%	3,0%	2,5%
2017	94,2%	3,0%	2,8%
2018	94,2%	3,0%	2,8%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Elaboración: Propia

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
CARRERA DE ECONOMÍA**

ANEXO N°11: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE TERCER NIVEL DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ (2005-2012-2018)

2005				
TIPO	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO	SUB SECTOR	NIVEL	N.º DE CAMAS
INSTITUTO ESPECIALIZADO	HOSP. DE LA MUJER	Público	3er NIVEL	90
HOSPITAL GENERAL	HOSP. DE CLINICAS	Público	3er NIVEL	329
INSTITUTO ESPECIALIZADO	HOSP. DEL NIÑO	Público	3er NIVEL	158
INSTITUTO ESPECIALIZADO	INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA	Público	3er NIVEL	24
INSTITUTO ESPECIALIZADO	INSTITUTO NAL.DE OFTALMOLOGIA	Público	3er NIVEL	26
INSTITUTO ESPECIALIZADO	INSTITUTO NAL.DEL TORAX	Público	3er NIVEL	128
INSTITUTO ESPECIALIZADO	INST.NAL.SALUD OCUPACIONAL	Público	3er NIVEL	0
INSTITUTO ESPECIALIZADO	SELADIS	Público	3er NIVEL	0
INSTITUTO ESPECIALIZADO	INLASA	Público	3er NIVEL	0
2012				
INSTITUTO ESPECIALIZADO	HOSP. DE LA MUJER	Público	3er NIVEL	90
HOSPITAL GENERAL	HOSP. DE CLINICAS	Público	3er NIVEL	329
INSTITUTO ESPECIALIZADO	HOSP. DEL NIÑO	Público	3er NIVEL	158

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
CARRERA DE ECONOMÍA**

INSTITUTO ESPECIALIZADO	INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA	Público	3er NIVEL	24
INSTITUTO ESPECIALIZADO	INSTITUTO NAL.DE OFTALMOLOGIA	Público	3er NIVEL	26
INSTITUTO ESPECIALIZADO	INSTITUTO NAL.DEL TORAX	Público	3er NIVEL	128
INSTITUTO ESPECIALIZADO	INST.NAL.SALUD OCUPACIONAL	Público	3er NIVEL	0
2018				
INSTITUTO ESPECIALIZADO	HOSPITAL DE LA MUJER	Público	3er NIVEL	108
HOSPITAL GENERAL	HOSPITAL DE CLINICAS	Público	3er NIVEL	354
INSTITUTO ESPECIALIZADO	HOSPITAL DEL NIÑO	Público	3er NIVEL	133
INSTITUTO ESPECIALIZADO	INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA	Público	3er NIVEL	38
INSTITUTO ESPECIALIZADO	INSTITUTO NAL. DE OFTALMOLOGIA	Público	3er NIVEL	20
INSTITUTO ESPECIALIZADO	INSTITUTO NAL. DEL TORAX	Público	3er NIVEL	78
HOSPITAL GENERAL	HOSPITAL DEL NORTE	Público	3er NIVEL	190
INSTITUTO ESPECIALIZADO	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA NUCLEAR	Público	3er NIVEL	6

Fuente: Ministerio de Salud- SNIS

Elaboración: Propia

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA**

ANEXO N°12: PLANILLA DE CONSISTENCIA METODOLOGICA

TITULO DEL TEMA	EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN EN LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD EN EL GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ; 1999-2018	
OBJETO DE LA INVESTIGACION	El efecto del Proceso de Descentralización y Autonomías en la Ejecución Presupuestaria de Inversión Pública del Sector Salud en el Gobierno Autónomo Departamental de La Paz; 1999-2018	
PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS
Baja Incidencia del Proceso de Descentralización y Autonomías en la Ejecución Presupuestaria de Inversión Pública del Sector Salud en el Gobierno Autónomo Departamental de La Paz; 1999-2018	Analizar el efecto del Proceso de Descentralización y Autonomías en la Ejecución Presupuestaria de Inversión Pública del Sector Salud en el Gobierno Autónomo Departamental de La Paz	El proceso de Descentralización y Autonomías no incide efectivamente en la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud en el Gobierno Autónomo Departamental de La Paz.
CATEGORIAS ECONÓMICAS	VARIABLES ECONÓMICAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
CE.1 PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD	VE. 1.1. Programación y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud.	<i>Contrastar</i> la Programación y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud.
	VE1.2. Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Fuente de Financiamiento Interno.	<i>Establecer</i> los recursos principales en la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por fuente de financiamiento interno del sector salud.
	VE1.3. Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Fuente de Financiamiento Externo.	<i>Diferenciar</i> la distribución de la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por fuente de financiamiento externo del sector salud.
	VE 1.4. Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Nivel Institucional.	<i>Identificar</i> el comportamiento de la ejecución del presupuesto de inversión pública por Nivel Institucional del sector salud.

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
CARRERA DE ECONOMÍA

	VE.1.5. N.º de Establecimientos de Salud por tipo de Establecimiento.	<i>Cuantificar</i> el número de centros Hospitalarios por tipo de Establecimientos
--	--	--