

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



**TESIS DE GRADO**

**MENCIÓN                      GESTIÓN DE PROYECTOS Y PRESUPUESTO**

**LA EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN  
PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ;  
1998-2014**

**POSTULANTE**                      : ENCINAS MONTERO KATTERINE TATIANA

**TUTOR**                                      : M.Sc. ROBERTO TICONA GARCÍA

**RELATOR**                                    : M.Sc. HERNÁN DANIEL LEÓN RADA

**LA PAZ – BOLIVIA  
2016**

## ***DEDICATORIA***

*El presente trabajo está dedicado con todo cariño a mis queridos papás José Encinas Torrez y Elvira Montero Balcázar por todo el apoyo incondicional en mi formación personal y académica. A mis hermanos Roberto y Sergio por sus consejos y apoyo.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*Agradezco a Dios por darme fuerza en todo momento, A mi familia por guiarme hacia el camino correcto de la vida.*

*A la Universidad Mayor de San Andrés por acogerme a lo largo de mi carrera universitaria.*

*Agradezco al Docente tutor Lic. Roberto Ticona García y al Institución que él representa “Instituto de Investigaciones Económicas (IIE)” por su paciencia, comprensión y ayuda, que fueron decisivos para la elaboración, desarrollo y culminación de la presente tesis.*

*Agradezco al Docente Relator Lic. Hernán Daniel León Rada por su colaboración y valiosas sugerencias que mejoraron y enriquecieron el contenido de la presente tesis.*

# ÍNDICE

	Pág.
<b>PRESENTACIÓN</b>	
<b>RESUMEN</b>	
<b><i>CAPÍTULO I</i></b> .....	<b>1</b>
<b>1. MARCO REFERENCIAL METODOLÓGICO</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 DELIMITACIÓN DEL TEMA</b> .....	<b>1</b>
1.1.1 Delimitación Temporal.....	1
1.1.1.1 Primer Período 1998-2005 .....	1
1.1.1.2 Segundo Periodo 2006-2014 .....	1
1.1.2 Delimitación Espacial .....	2
1.1.2.1 Geográfica.....	2
1.1.2.2 Política Fiscal .....	3
1.1.2.3 Sector Salud.....	3
1.1.2.4 Mención.....	3
1.1.3 Referencia Histórica .....	3
1.1.4 Restricción de Categorías y Variables Económicas.....	5
1.1.4.1 Categorías Económicas.....	5
1.1.4.2 Variables Económicas .....	5
<b>1.2. OBJETO DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>6</b>
<b>1.3. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	<b>6</b>
1.3.1. Problematización.....	6
1.3.2 El Problema.....	7
1.3.3 Justificación.....	7
1.3.3.1 Justificación Teórica .....	7
1.3.3.2 Justificación Económica .....	8

1.3.3.3 Justificación Social .....	8
1.3.3.4 Justificación desde el Punto de Vista de la Mención.....	8
<b>1.4 PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS .....</b>	<b>8</b>
1.4.1 Objetivo General .....	8
1.4.2 Objetivos Específicos .....	8
<b>1.5 HIPÓTESIS.....</b>	<b>9</b>
<b>1.6 METODOLOGÍA.....</b>	<b>9</b>
1.6.1 Método de Investigación.....	9
1.6.2 Tipo de Investigación .....	9
1.6.3 Fuentes de Información.....	9
1.6.4 Procesamiento de Datos .....	10
1.6.5 Análisis de Resultados .....	10
<b>1.7 MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>10</b>
1.7.1 Elementos Conceptuales.....	10
1.7.1.1 Ejecución Presupuestaria.....	10
1.7.1.2 Gasto social.....	10
1.7.1.3 Gasto de Capital e Inversión Pública.....	11
1.7.1.4 Gestión.....	11
1.7.1.5 Gestión de Proyectos .....	11
1.7.1.6 Inversión Pública .....	11
1.7.1.7 Presupuesto de Inversión Pública .....	12
1.7.1.8 Presupuesto Público.....	12
1.7.1.9 Programa de Requerimiento de Financiamiento .....	12
1.7.1.10 Proyecto de Inversión Pública .....	13
1.7.1.11 Proyectos de inversión social .....	13
1.7.1.12 Proyectos Capitalizables .....	13

1.7.1.13 Proyectos No Capitalizables .....	14
1.7.1.14 Salud .....	14
1.7.1.15 Sector Salud .....	14
1.7.1.16 Sistema de Presupuesto.....	14
1.7.1.17 Sistema Nacional de Inversión Pública .....	15
1.7.2 Fundamentos Teóricos.....	15
1.7.2.1 Teoría del Sector Público .....	15
1.7.2.2 El Rol del Estado.....	16
1.7.2.3 Sector Público en Economía y Planificación .....	17
1.7.2.4 La Equidad Forma Parte de la Economía .....	19
1.7.2.5 Teoría del Presupuesto .....	20
1.7.2.6 El Presupuesto en el Sector Público.....	20
<b>1.7.2.7 El Estudio de Proyectos .....</b>	<b>20</b>
1.7.2.8 El ciclo de Vida de los Proyectos.....	21
1.7.2.9 Capital Humano.....	23
1.7.2.10 Sector Salud.....	24
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>26</b>
<b>2. ASPECTOS NORMATIVOS, DE POLÍTICA E INSTITUCIONAL .....</b>	<b>27</b>
<b>2.1 Referencia Normativa .....</b>	<b>27</b>
2.1.1 Primer Periodo 1998-2006 (Economía de Mercado).....	27
2.1.1.1 La Constitución Política del Estado de 2004.....	27
2.1.1.2 Rentas y Presupuestos .....	27
2.1.1.3 Administración y Control de Recursos .....	28
2.1.1.4 Organización Territorial .....	29
2.1.1.5 Estructura Organizativa a Nivel Departamental .....	30
2.1.1.6 Reestructuración del Estado.....	30

2.1.1.7 Estrategias Básicas de Reducción de La Pobreza.....	31
2.1.1.8 Seguro Universal Materno Infantil.....	32
2.1.1.9 Sistema Nacional de Inversión Pública.....	32
2.1.2. Segundo Periodo 2006-2013 (Economía Plural) .....	33
2.1.2.1 La Constitución Política del Estado 2009.....	33
2.1.2.2 Organización Económica y Financiero.....	33
2.1.2.3 Rentas y Presupuesto.....	34
2.1.2.4 Las Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez” en el Sector Salud ..	34
2.1.2.5 Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural.....	36
<b>2.2 ASPECTOS DE POLÍTICA.....</b>	<b>37</b>
2.2.1 Primer Periodo 1998-2006 (Economía de Mercado).....	37
2.2.1.1 Políticas de Desarrollo Económico y Social .....	37
2.2.1.2 Políticas para Promover la Atención en Salud .....	38
2.2.2 Segundo Periodo 2006-2013 (Economía Plural) .....	39
2.2.2.1 Lineamientos Estratégicos.....	39
2.2.2.2 Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud .....	39
2.2.2.3 Promoción de la Salud .....	40
2.2.2.4 Implementación de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI).....	40
<b>2.3 REFERENCIA INSTITUCIONAL .....</b>	<b>40</b>
2.3.1 Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.....	40
2.3.2 Ministerio de Planificación del Desarrollo .....	41
2.3.3 Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo .....	42
2.3.4 Ministerio de Salud y Deportes.....	43
<b><i>CAPÍTULO III</i> .....</b>	<b>46</b>
<b>3. FACTORES DETERMINANTES Y CONDICIONANTES DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>46</b>

<b>3.1 ASPECTOS GENERALES .....</b>	<b>46</b>
3.1.1 El Presupuesto de Inversión Pública .....	46
3.1.2 Ejecución de la Inversión Pública del Sector Salud a Nivel Nacional.....	47
3.1.3 Ejecución de Inversión Publica Per cápita en el Sector Salud del Departamento de La Paz.....	51
3.1.4 Ejecución de la Inversión Pública del Sector Salud en el Departamento de La Paz .....	53
<b>3.2. Ejecución de la Inversión Pública en Proyectos Capitalizables .....</b>	<b>58</b>
3.2.1 Ejecución de la Inversión Pública en Proyectos de Construcción y Equipamiento de Hospitales.....	58
3.2.2 Ejecución de la Inversión Pública en Proyectos en Construcción y Equipamiento de Centros de Salud .....	61
<b>3.3 Ejecución de la Inversión Pública de Proyectos No Capitalizables .....</b>	<b>64</b>
3.3.1 Ejecución de la Inversión Pública en Planificación y Educación para la Salud ..	64
3.3.2 Ejecución de la Inversión Pública en Epidemiología .....	67
3.3.3 Ejecución de la Inversión en Programas Integrales de Salud .....	69
3.3.4 Ejecución de la Inversión Pública en Multiprograma Salud.....	72
3.3.5 Ejecución de la Inversión Pública por tipo de Proyecto (Capitalizables y No Capitalizables) .....	74
<b><i>CAPITULO IV</i>.....</b>	<b>78</b>
<b>4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>78</b>
<b>4.1 CONCLUSIÓN.....</b>	<b>78</b>
4.1.1 CONCLUSIÓN GENERAL .....	78
4.1.2 CONCLUSIONES ESPECÍFICAS .....	78
<b>4.2 APORTE DE LA INVESTIGACIÓN EN LA MENCIÓN .....</b>	<b>79</b>
<b>4.3 DEMOSTRACIÓN DE LA HIPÓTESIS .....</b>	<b>80</b>
<b>4.4 EVIDENCIA TEÓRICA.....</b>	<b>81</b>



<b>4.5 RECOMENDACIONES</b> .....	<b>81</b>
4.5.1 Recomendación General.....	81
4.5.2 Recomendaciones Específicas.....	81
<b><i>BIBLIOGRAFÍA</i></b> .....	<b>83</b>
<b><i>ANEXOS</i></b> .....	<b>86</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
<b>GRÁFICO 1</b> Ejecución de la Inversión Pública del Sector Salud a Nivel Nacional .....	47
<b>GRÁFICO 2</b> Comparación de la Inversión Pública Programada y Ejecutada .....	49
<b>GRÁFICO 3</b> Ejecución de la Inversión Pública Per cápita del Sector Salud en el Departamento de La Paz .....	50
<b>GRÁFICO 4</b> Promedio de la Inversión Pública Per cápita del Sector Salud del Departamento de La Paz .....	51
<b>GRÁFICO 5</b> Ejecución de la Inversión Pública en el Sector Salud del Departamento de La Paz .....	53
<b>GRÁFICO 6</b> Comparación Promedio de la Inversión Pública Programada y Ejecutada del Sector Salud en el Departamento de La Paz .....	56
<b>GRÁFICO 7</b> Ejecución de la Inversión Pública en Construcción y Equipamiento de Hospitales .....	57
<b>GRÁFICO 8</b> Comparación Promedio Inversión Pública Programado y Ejecutado en Construcción y Equipamiento de Hospitales .....	59
<b>GRÁFICO 9</b> Ejecución de la Inversión Pública en Proyectos en Construcción y Equipamiento de Centros de Salud.....	60
<b>GRÁFICO 10</b> Comparación Promedio Inversión Pública Programada-Ejecutada en Construcción de Centros de Salud.....	62
<b>GRÁFICO 11</b> Ejecución de la Inversión Pública Programada y Ejecutada en Planificación y Educación para la Salud .....	63
<b>GRÁFICO 12</b> Comparación Promedio de Inversión Pública en Planificación y Educación de Salud .....	65
<b>GRÁFICO 13</b> Ejecución de la Inversión Pública en Epidemiología .....	66

<b>GRÁFICO 14</b> Comparación Promedio Inversión Pública en Epidemiología .....	68
<b>GRÁFICO 15</b> Ejecución de la Inversión Pública en Programas Integrales de Salud .....	69
<b>GRÁFICO 16</b> Comparación Promedio Inversión Pública en Programas Integrales de Salud .....	70
<b>GRÁFICO 17</b> Ejecución de la Inversión Pública Multiprograma Salud .....	71
<b>GRÁFICO 18</b> Comparación Promedio de Inversión Pública Multiprograma Salud .....	72
<b>GRÁFICO 19</b> Ejecución de Inversión Pública Ejecutada por Tipo de Proyecto del Sector Salud en el Departamento de La Paz .....	73
<b>GRÁFICO 20</b> Comparación Promedio Presupuesto de Inversión Pública por Tipo de Proyecto del Sector Salud .....	74
<b>GRÁFICO 21</b> Demostración de la Hipótesis .....	79

## ÍNDICE DE ANEXOS

	<i>Pág.</i>
<b>ANEXO 1 CUADRO 1</b> <i>Inversión Programada y Ejecutada Nacional en Salud (Expresado en Millones de Bs.)</i> .....	87
<b>ANEXO 2 CUADRO 2</b> <i>Inversión Pública Per Cápita (Expresado en Millones de Bs.)</i> .....	88
<b>ANEXO 3 CUADRO 3</b> <i>Inversión Pública Programada y Ejecutada Departamental en Salud (Expresado en Millones de Bs.)</i> .....	89
<b>ANEXO 4 CUADRO 4</b> <i>Inversión Pública Ejecutada en Proyectos Capitalizables y No Capitalizables (Expresado en Millones de Bs.)</i> .....	90
<b>ANEXO 5 CUADRO 5</b> <i>Inversión Pública Programada y Ejecutada en Construcción y Equipamiento De Hospitales (Expresado en Millones de Bs.)</i> .....	91
<b>ANEXO 6 CUADRO 6</b> <i>Inversión Pública Programada y Ejecutada en Construcción y Equipamiento de Centros de Salud (Expresado en Millones de Bs.)</i> .....	92

<b>ANEXO 7 CUADRO 7</b> <i>Inversión Pública Programada y Ejecutada en Planificación y Educación para La Salud (Expresado en Millones de Bs.)</i> .....	93
<b>ANEXO 8 CUADRO 8</b> <i>Inversión Pública Programada y Ejecutada En Epidemiología (Expresado en Millones de Bs.)</i> .....	94
<b>ANEXO 9 CUADRO 9</b> <i>Inversión Pública Programada y Ejecutada En Multiprograma Salud (Expresado en Millones de Bs.)</i> .....	95
<b>ANEXO 10 CUADRO 10</b> <i>Inversión Pública Programada y Ejecutada en Programas Integrales de Salud (Expresado en Millones de Bs.)</i> .....	96
<b>ANEXO 11 TABLA 1</b> <i>Los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud más Importantes Con Tipo Inversión Capitalizable y No Capitalizable</i> .....	97
<b>ANEXO 12 TABLA 2</b> <i>Planilla De Consistencia Metodológica</i> .....	100

## ACRÓNIMOS

- (APS)** Atención Primaria de Salud
- (CAFUSP)** Consejo Asesor del Fondo Único de Salud
- (DILOS)** Directorio Local de Salud
- (FUSE)** Fondo Único de Salud
- (FPS)** Fondo Nacional de Inversión Productiva y Social
- (GPS)** Gasto Público Social
- (GM)** Gobiernos Municipales
- (IDH)** Impuesto Directo a los Hidrocarburos
- (INASES)** Instituto Nacional de Seguros de Salud
- (ONG)** Organizaciones No Gubernamentales
- (PND)** Plan Nacional de Desarrollo
- (SAFCI)** Salud Familiar Comunitaria Intercultural
- (SUS)** Sistema Único de Salud
- (SBS)** Seguro Básico de Salud
- (SUMI)** Seguro Universal Materno Infantil
- (SSPAM)** Seguro de Salud para el Adulto Mayor
- (SEDES)** Servicios Departamentales de Salud
- (SNIP)** Sistema Nacional de Inversión Pública

## **PRESENTACIÓN**

El presente trabajo de investigación corresponde a la Mención de Gestión de Proyectos y Presupuestos. Se inicia en la materia de Seminario de Grado I, ajustando y perfeccionando el perfil de investigación científica, en Seminario de Grado II se concluyó con la redacción de los capítulos 1,2,3 y 4 de la investigación denominada “La Ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del Departamento de La Paz; 1998-2014”.

De esta manera la carrera de Economía promueve la nueva modalidad de graduación, mediante el desarrollo de Investigación Científica como aporte de la carrera de Economía y de la Universidad Mayor de San Andrés, en el contexto Nacional y Económico.

Se destaca el apoyo del Instituto de Investigaciones Económicas ( I.I.E.), mediante la realización de talleres de investigación, para el seguimiento, perfeccionamiento y conclusión de los proyectos de Investigación, bajo la modalidad de Tesis de Investigación Científica.

El trabajo de Investigación estudia la contribución de la Fase de Ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del Departamento de La Paz para demostrar que la Inversión Pública es Ineficiente por el incumplimiento del Ciclo de Vida de los proyectos)

## RESUMEN

El presente trabajo de La Ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del Departamento De La Paz; 1998-2014”, ha sido elaborado bajo la modalidad de Tesis de Grado.

Para el efecto, el estudio está estructurado en los 5 capítulos siguientes:

El Capítulo I, de la tesis de grado, presenta el marco metodológico referencial, considerando, como delimitación del tema de investigación La Ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del Departamento de La Paz, Estableciéndose los objetivos, y definiéndose la hipótesis, se presenta el marco conceptual y teórico del trabajo de investigación, y las bases teóricas que argumentan la concepción de la También se hace una descripción del marco teórico dentro la Mención de Gestión de Proyectos y Presupuestos.

El Capítulo II, corresponde al marco de políticas, legales e institucionales referidas al tema de investigación. Donde se identifican y describen las políticas nacional y departamental, Estableciéndose el marco legal, y el marco institucional vigente, así como las normas que regulan el Presupuesto de Inversión Pública.

El Capítulo III, describe y analiza el comportamiento de la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud y la Inversión en Proyectos Capitalizables y No Capitalizables

En el capítulo IV, se exponen las principales conclusiones del trabajo de tesis de grado y se realiza las recomendaciones que emergen de la investigación efectuada.

**CAPÍTULO I**  
**MARCO**  
**REFERENCIAL**  
**METODOLÓGICO**



## **CAPÍTULO I**

### **1. MARCO REFERENCIAL METODOLÓGICO**

#### **1.1 DELIMITACIÓN DEL TEMA**

##### **1.1.1 Delimitación Temporal**

El período de estudio, considerado en el presente trabajo de investigación, proporciona información de la Ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud en el Departamento de La Paz que comprende desde el año 1998 al 2014, diecisiete periodos anuales.

##### **1.1.1.1 Primer Período 1998-2005**

Se caracteriza por la aplicación del Modelo de Economía de Mercado, se construye desde agosto de 1985 y termina en diciembre de 2005, el Estado asume la concepción de Mercado donde la tarea principal que desempeña es la estabilización macroeconómica; los sucesos importantes son las leyes creadas para la asignación eficiente de recursos en el Presupuesto de Inversión Pública, las reformas estructurales económicas y sociales. El contexto externo adverso expresado en términos de intercambio desfavorables evidencia la existencia de déficits fiscales financiados con Crédito Externo<sup>1</sup>.

Los resultados esperados de la aplicación de los ajustes estructurales consistían no solo en crecientes sino también en altas tasas anuales de crecimiento, tasas que al mismo tiempo permitirían mejoras en el bienestar de los sectores populares<sup>2</sup>.

##### **1.1.1.2 Segundo Periodo 2006-2014**

Con el nuevo Modelo Económico, Social, Comunitario, Productivo, Bolivia experimenta un cambio político importante, en esta fase se promueve una visión

---

<sup>1</sup>Fundación Milenio-Konrad Adenauer Stiftung, Morales Juan Antonio (Coordinador), German Molina, et al., *¿Dónde está la plata?-Los Ingresos Extraordinarios de la Bonanza 2006-2013, Primera Edición, Septiembre de 2014, Cap. VI, Pág. 103.*

<sup>2</sup>Análisis del Sector Salud en Bolivia (2013) pág. 46

de país multiétnico y plurinacional con un mayor rol del Estado en la distribución con planificación del desarrollo.

El nuevo rol del Estado tiene como objetivo contribuir a la construcción del Nuevo Modelo Económico Social, basado en la concepción del Vivir Bien, formulando políticas macroeconómicas soberanas que preserven la estabilidad como patrimonio de la población boliviana, promueven la equidad económica, social; en el marco de una gestión pública acorde a los principios y valores del nuevo Estado Plurinacional. Desde el 2006 la gestión fiscal se caracteriza por la existencia de continuos superávits fiscales, con la creación del Impuesto Directo a Hidrocarburos (IDH) mediante Ley de Hidrocarburos N°3058 y con mejores precios internacionales el Sector Público recibe mayores ingresos, por tanto la Inversión Pública aumenta constantemente<sup>3</sup>.

La política actual de salud privilegia la promoción y prevención, tiene un enfoque colectivo centrado en la familia con la comunidad, trata a la salud como un derecho<sup>4</sup>.

## **1.1.2 Delimitación Espacial**

### **1.1.2.1 Geográfica**

El espacio geográfico considerado para el presente trabajo de investigación es el Departamento de La Paz.

El Departamento de La Paz se encuentra ubicado al Oeste del país. Es el tercer departamento con mayor superficie, tiene aproximadamente 133.985 kilómetros cuadrados, cuenta con 2.798.653 habitantes y 87 Municipios que representa el 27,3% de la población de Bolivia.

---

<sup>3</sup> *Fundación Jubileo, Análisis del Presupuesto General del Estado 2014, Elementos para el Pacto Fiscal, Reporte de Coyuntura N° 23, Marzo 2014, Pág. 9.*

<sup>4</sup> *Ibíd.2, pág. 66*

### **1.1.2.2 Política Fiscal**

En los últimos años el Gobierno Central ha basado su Política Fiscal para fomentar la Inversión Pública con la expectativa de promover el bienestar social, disminuir la pobreza, fomentar el crecimiento económico entre otros.

### **1.1.2.3 Sector Salud**

El Sector Salud en Bolivia se encuentra segmentado en tres sectores claramente definidos, estos son el subsector público, la seguridad social y el subsector privado. La investigación comprende el Presupuesto de Proyectos de Inversión Pública del Sector Salud en el subsector público del Departamento de La Paz.

### **1.1.2.4 Mención**

La presente investigación está en función a la Mención de Gestión de Proyectos y Presupuestos en el cual se estudia el Ciclo de Vida de los Proyectos.

### **1.1.3 Referencia Histórica**

La investigación considera algunos años de 1990 para aclarar aspectos relacionados al tema que no están dentro del periodo del objeto de Investigación; el suceso de reformas estructurales, sociales, económicas dirigidas a crear condiciones para restablecer la estabilidad económica.

Este escenario se basa en la gobernabilidad fiscal a partir de la Descentralización de Recursos Públicos y responsabilidades de Instituciones Públicas mediante la aplicación de la Ley N° 1551<sup>5</sup>, (Ley de Participación Popular) promulgada el 20 de abril de 1994 y la creación de la Ley N° 1654<sup>6</sup>, (Ley de Descentralización Administrativa) del 28 de julio de 1995; estas tienen el objetivo de reducir las disparidades económicas regionales, departamentales, municipales favoreciendo decisiones institucionales con participación de Organizaciones Económicas y Sociales sobre los requerimientos de la población destinado a satisfacer sus

---

<sup>5</sup> *Gaceta Oficial de Bolivia, Ley de Participación Popular N° 1551, Promulgada en fecha 20 de abril de 1994.*

<sup>6</sup> *Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, Ley de Descentralización Administrativa N° 1654, del 28 de julio de 1995.*

demandas básicas<sup>7</sup>, y con la aplicación de la Ley SAFCO que regula la programación, ejecución y control del Gasto Público de las Entidades Públicas que distribuyen sus recursos públicos mediante el Presupuesto y su Plan<sup>8</sup>.

Con una atención centralista y hospitalaria se inició en Bolivia el Sistema Nacional de Salud. En 1953 se implementó el sistema solidario de seguridad social que se limitó a los trabajadores dependientes o independientes que cotizaban en este sistema, excluyendo al resto de la población que no podía cotizar y generando fuertes niveles de desigualdad, más aún si se consideran los altos niveles de desempleo y de informalidad que tendría la Economía Boliviana. Esta situación obligó a reformar el Sistema Nacional de Sistema (SNS) en la década de los 70 a adoptar un nuevo modelo de atención a través de médicos familiares en los hospitales.

En 1984, se inicia una regionalización de la salud en Bolivia y se crean los Distritos y Áreas de Salud en el subsistema público, centrándose en la Atención Primaria de Salud (APS) y en una perspectiva más técnica y pragmática, gracias a los ajustes económicos impuestos por la crisis de los 80 y al aumento de las desigualdades.

Los mecanismos de seguro se desarrollaron poco a poco en la década siguiente, con el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (1996), el Seguro Básico de Salud (1998), el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) en (2002) y el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) en 2006. Pese a estas reformas permanecían problemas persistentes de accesibilidad geográfica y cultural, especialmente en el área rural, que el gobierno actual, propugnando valores de interculturalidad, busca solucionar mediante la reformulación del Sistema Nacional de Salud hasta su forma actual basada en la política Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) puesta en marcha desde el año 2008, con la premisa de superar la inequidad en el acceso y en las coberturas de los servicios de salud, y

---

<sup>7</sup>Revista el Economista, Octubre/Noviembre 2014, N° 47-48, Nueva Época, El Proceso de Descentralización de la Inversión Pública Regional, pág. 17-19.

<sup>8</sup> Revista el Economista, El Proceso de las Reformas Económicas en el Ciclo de los Proyectos de Inversión Pública del Sector Público, pág. 4-5

de ajustarse a la realidad cultural boliviana<sup>9</sup>. La implementación del Sistema Único de Salud (SUS), tiene como objetivo lograr que todo el sistema público, incluida la seguridad social, funcione de manera concertada, que tenga la misma calidad, las mismas prestaciones y permita el acceso de todos los bolivianos a la atención médica gratuita. Dentro de este proyecto se subraya el papel central de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), pretende garantizar el derecho a la salud y el acceso universal de todos los habitantes en el territorio nacional, con carácter universal, gratuito, integral, equitativo, intercultural, participativo, con calidad y control social. Se suprimen el Seguro Universal Materno Infantil y el Seguro de Salud para el Adulto Mayor. Se creen instancias que deben garantizar la implementación y continuidad del Seguro Único de Salud, entre éstas el Fondo Único de Salud (FUSE), un Consejo Asesor del Fondo Único de Salud (Cafusp) y el Servicio Nacional de Contratación de Farmacias (Sernacofar). Con la creación de esta última instancia, se pretende garantizar el acceso de la población a los medicamentos. Uno de los aspectos más discutidos del Sistema Único de Salud, principalmente en las instituciones de seguros de salud, es el financiamiento del Seguro Único<sup>10</sup>.

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

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

- Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud

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

- Presupuesto de Inversión Pública Programado y Ejecutado
- Presupuesto de Inversión Pública Programado y Ejecutado en Proyectos Capitalizables
- Presupuesto de Inversión Pública Programado y Ejecutado en Proyectos No Capitalizables

---

<sup>9</sup> *Ibíd.*, pág. 92

<sup>10</sup> *Ibíd.*, pág. 93

## 1.2. OBJETO DE INVESTIGACIÓN

El objeto de Investigación es:

La Contribución de la Fase de Ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del Departamento de La Paz (1998-2014)

## 1.3. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

### 1.3.1. Problematización

Existe una ineficiencia en la Ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud.

**Presupuesto Programado:** comprende un conjunto de proyectos priorizados en el Sector Salud, existe ineficiencia por que no cumple el Ciclo de Vida de los Proyectos del Presupuesto respecto a su programación. Los programas y presupuestos anuales y multianuales, contemplan políticas, programas y proyectos de inversión en equidad social y de genero garantizando un presupuesto real para satisfacer las necesidades y demandas diferenciadas de la población<sup>11</sup>.

**Presupuesto Ejecutado:** Muestra cuánto dinero ingreso y cuanto se gastó efectivamente con respecto al Presupuesto Programado Cuando se ejecuta los proyectos en salud se debería observar mejoras en los indicadores de salud ; pero siguen existiendo las insatisfacciones siguientes. Bajo porcentaje de población con acceso a seguro de salud<sup>12</sup>.

**Proyectos Capitalizables:** No existe una supervisión adecuada para ver si se ejecutan los Proyectos en Infraestructura. La red de equipamientos de salud en el Departamento de La Paz, no se encuentra completa y ocasiona sobresaturación en los servicios de salud en el tercer nivel. No existen redes de equipamiento y servicios de salud en el área rural.

---

<sup>11</sup> Marco Legal para la Gestión Municipal en Salud, 2011, pág. 34

<sup>12</sup> Plan de Desarrollo Municipal de La Paz 2007-2011, resumen ejecutivo, pág. 23

**Proyectos No capitalizables:** Los Proyectos de Inversión Pública responden a las necesidades de la población; en el caso del Sector Salud en mejorar la calidad en servicios de salud. Existe una deficiente supervisión para los programas en Salud ocasionando una baja participación y control social en el modelo de gestión compartida de los servicios de salud que afecta la calidad de la atención, bajo porcentaje de población con acceso a seguro de salud.

**Proyectos No capitalizables:** Los Proyectos de Inversión Pública responden a las necesidades de la población; en el caso del Sector Salud en mejorar la calidad en servicios de salud. Existe una deficiente supervisión para los programas en Salud ocasionando una baja participación y control social en el modelo de gestión compartida de los servicios de salud que afecta la calidad de la atención, bajo porcentaje de población con acceso a seguro de salud.

### **1.3.2 El Problema**

Ineficiencia de la Fase de Ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del Departamento de La Paz.

### **1.3.3 Justificación**

#### **1.3.3.1 Justificación Teórica**

La presente investigación estudia la Política Fiscal<sup>13</sup> que es una rama de la política económica que configura el Presupuesto del Estado, priorizar el gasto, principalmente en Inversión Pública (Infraestructura - protección social). El balance fiscal entre ingresos y gastos permite mantener resultados superavitarios en el Sector Público.

---

<sup>13</sup> Carlos Sabino (1991), *Diccionario de Economía y Finanzas*, Editorial Panapo Venezuela, pág. 304

### **1.3.3.2 Justificación Económica**

Con la presente investigación se estudia el Presupuesto de **Inversión** Pública en el Sector Salud, el cual está dirigido a los programas de apoyo económico en el marco de bienestar social y apoyo a la infraestructura.

### **1.3.3.3 Justificación Social**

En el aspecto social, está enfocado a su efecto sobre la calidad de vida de la sociedad, el Sector Salud es un pilar fundamental como un componente del capital humano es decir a los recursos humanos proporcionando información sobre los marcos de referencia de estos programas y de qué manera explican su aporte después de su implementación.

### **1.3.3.4 Justificación desde el Punto de Vista de la Mención**

En la mención, se justifica por que se desarrolla un estudio crítico, reflexivo sobre los efectos de la gestión del Presupuesto de Inversión Pública en los proyectos, programas hacia el Sector Salud.

## **1.4 PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS**

### **1.4.1 Objetivo General**

*Demostrar la Importancia de la Fase de Ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del Departamento de La Paz.*

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Evaluar los niveles de Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud
- Verificar el cumplimiento del Presupuesto de Inversión Pública Programada y Ejecutada en Proyectos Capitalizables



- Relacionar el Presupuesto de Inversión Pública Programada y Ejecutada en Proyectos No Capitalizables

## **1.5 HIPÓTESIS**

La Fase de Ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud es Ineficiente por el incumplimiento del Ciclo de Vida de los proyectos.

## **1.6 METODOLOGÍA**

### **1.6.1 Método de Investigación**

La presente investigación utiliza el Método Deductivo que conduce de lo general a lo particular, permite extender los conocimientos que se tienen sobre una clase determinada de fenómenos a otro cualquiera que pertenezca a esa misma clase<sup>14</sup>. Se inicia con el estudio de Categorías Económicas para concluir a nivel de Variables Económicas Este método comienza con la teoría y de ésta se derivan expresiones lógicas denominadas hipótesis que se busca someter a prueba<sup>15</sup>.

### **1.6.2 Tipo de Investigación**

En enfoque es cuantitativo. La investigación comenzará su estudio con un alcance longitudinal, descriptivo que requiere el manejo de datos para después pasar a uno explicativo cuyo interés se centra en explicar porque ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta<sup>16</sup>.

### **1.6.3 Fuentes de Información**

Las fuentes de información son secundarias: documentos estadísticos, anuarios, memorias institucionales del Vice Ministerio de Inversión Pública y Financiamiento

---

<sup>14</sup>Francisco J. Rodríguez; Irina Barrios y María Teresa Fuentes (2002)“Introducción a la metodología de las investigaciones sociales” Pág. 27

<sup>15</sup>Hernández Sampieri Roberto, Fernández collado Carlos y Baptista Lucio Pilar (2010), Metodología de la investigación (5° ed.), Editorial; Mc Graw Hill, Bogotá. pág. 6

<sup>16</sup>Ibíd. 15, pág. 158

Externo, Ministerio de Salud y Deportes Instituto Nacional de Estadística, relacionados con el tema de la Inversión Pública en el Sector Salud en el Departamento de La Paz.

#### **1.6.4 Procesamiento de Datos**

Para el presente trabajo de investigación se utilizó gráficos con procesamiento de datos, elaboración de cuadros estadísticos, análisis de resultados para explicar el comportamiento de las variables.

#### **1.6.5 Análisis de Resultados**

Se recurrió a un detallado escrutinio descriptivo y justificativo de las variables económicas utilizadas, a través de los instrumentos estadísticos, un adecuado procedimiento para proceder a comparar los dos periodos de estudio.

### **1.7 MARCO TEÓRICO**

#### **1.7.1 Elementos Conceptuales**

**1.7.1.1 Ejecución Presupuestaria**, la Ejecución del presupuesto comprende los procesos administrativos de captación de recursos, de realización de desembolsos o pagos, y de ajustes al presupuesto aprobado, sujeto a las regulaciones contenidas en las normas legales inherentes a la materia.<sup>17</sup>

**1.7.1.2 Gasto social**, es aquel que financia la prestación de servicios sociales. No existe una definición única acerca de los sectores y grupos de gastos que deberían incorporarse Específicamente en el GPS (Gasto Público Social), porque, de acuerdo a las prioridades y políticas, los países utilizan diferentes aperturas programáticas para el gasto social. Sin embargo, pueden encontrarse similitudes en las definiciones propuestas en diferentes países y según diferentes organismos (CEPAL y Fondo Monetario Internacional, entre otros), tal el caso del gasto público

---

<sup>17</sup> Normas Básicas del Sistema de Presupuesto; Artículo 25, pág. 10

destinado a los Sectores de Salud, Educación, Saneamiento Básico y Seguridad Social, entre los más importantes<sup>18</sup>.

**1.7.1.3 Gasto de Capital e Inversión Pública**, los gastos de capital comprenden la asignación de recursos para la compra de bienes y equipos nuevos, adquisición de tierras y terrenos, construcciones de programas y proyectos de Inversión y transferencias de capital<sup>19</sup>.

**1.7.1.4 Gestión**, la gestión está formada por las actividades de información, decisión, acción y control, todas ellas formando parte de un ciclo en permanente retroalimentación, que permite crecer y alcanzar los objetivos propuestos por las organizaciones. Tomando el concepto de gestión como un ciclo, se afirma que la gestión es un proceso<sup>20</sup>.

**1.7.1.5 Gestión de Proyectos**, la gestión de proyectos es la aplicación de conocimientos, habilidades, herramientas y técnicas a las actividades de un proyecto para satisfacer los requisitos del proyecto. Consiste en reunir varias ideas para llevarlas a cabo, y es un emprendimiento que tiene lugar durante un tiempo limitado, y que apunta a lograr un resultado único. Surge como respuesta a una necesidad, acorde con la visión de la organización aunque esta puede desviarse en función del interés<sup>21</sup>.

**1.7.1.6 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<sup>22</sup>.

La inversión Pública es un programa específico de gasto público que crea una estructura de coste y demanda que hacen que la inversión privada sea ventajosa.

---

<sup>18</sup> Bolivia, *Gasto Público Social y Gasto para la Niñez 2000-2004*" UDAPE - UNICEF, La Paz - Bolivia, 2006.

<sup>19</sup> Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, *Directrices de Formulación Presupuestaria*, 2014, pag.21

<sup>20</sup> Ortun Vicente(1995) "Gestión Pública: Conceptos y Métodos"

<sup>21</sup> Mokate Karen (2004) "Evaluación Financiera de Proyectos de Inversión 2da edición" pág. 6

<sup>22</sup> Reglamento Específico del Sistema Nacional de Inversión Pública pag 5 – art.9

La lucha por la estabilización ha reclamado un interés preferente de las inversiones públicas, tanto para conseguir la recuperación del paro como para dirigir el crecimiento de la renta por un camino de plena ocupación de los recursos<sup>23</sup>.

**1.7.1.7 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 Institucionales de cada entidad pública y en el Plan general Nacional para cada gestión fiscal. Solo forman parte del Presupuesto de Inversión Públicos los proyectos del Programa de Inversión Pública que cuenten con financiamiento asegurado<sup>24</sup>.

**1.7.1.8 Presupuesto Público**, es la estimación de programación de ingresos y gastos del Sector Publico para una gestión (1 año), es un instrumento de planificación y control que describe los planes y resultados esperados, expresados en la asignación de recursos. Por tanto constituye la expresión financiera de los planes de gobierno; es un instrumento de política fiscal, entendiéndose esta como parte de la política gubernamental que se refiere a la obtención de ingresos las decisiones sobre el gasto público<sup>25</sup>.

**1.7.1.9 Programa de Requerimiento de Financiamiento**, el programa de Requerimiento de Financiamiento es el conjunto de proyectos que forman parte del Programa de Inversión Pública que no cuentan con recursos suficientes para financiar su realización; los requerimientos de financiamiento podrán ser cubiertos con recursos internos de futuras gestiones fiscales, o mediante la negociación y contratación de créditos y donaciones en el marco de los programas de cooperación internacional al Estado Plurinacional de Bolivia<sup>26</sup>.

Proyectos de Inversión se puede entender como un paquete discreto de inversiones, insumos y actividades diseñados con el fin de reducir restricciones al

---

<sup>23</sup> Musgrave Richard y Musgrave Peggy (1995.), "Hacienda Pública Teórica y Aplicada", (5° ed.) McGraw-Hill Editores, México pág. 4

<sup>24</sup> Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Publica

<sup>25</sup> Guía para la interpretación y el análisis del Presupuesto General de la Nación (2008), pág. 7

<sup>26</sup> Reglamento Específico del Sistema Nacional de Inversión Pública, Art. 12

desarrollo para lograr uno o más productos o beneficio, términos de aumento de la productividad y del mejoramiento de la calidad de vida de un grupo de beneficiarios dentro de un determinado periodo de tiempo<sup>27</sup>.

**1.7.1.10 Proyecto de Inversión Pública**, se entiende por Proyecto de Inversión Pública, a todo gasto con recursos de origen público destinado a incrementar, mejorar o reponer las existencias de capital físico, de dominio público y/o capital humano, con el objeto de ampliar la capacidad del país para la prestación de servicios o producción de bienes<sup>28</sup>.

De manera general se entiende por proyecto de Inversión Pública toda solución a cargo de una entidad pública que se idealiza y materializa con la finalidad de satisfacer una o más necesidades de la colectividad o de la propia institución, y puede tratarse de obras, servicios o adquisición de bienes, para cuya ejecución, consecución u obtención, respectivamente, se emplean recursos públicos<sup>29</sup>.

**1.7.1.11 Proyectos de Inversión Social**, estos proyectos tienen como característica la búsqueda de una mejor calidad de vida de una población, ya sea mejorando la infraestructura existente en la región (tales como el transporte o las comunicaciones), o por medio de proyectos que ayuden a al desarrollo social, mejorando la prestación de servicios básicos como la salud, el bienestar<sup>30</sup>.

Son “aquellos destinados principalmente a satisfacer necesidades sociales de una comunidad mediante el aprovechamiento de los servicios ofrecidos, como proyectos de salud, educación, saneamiento básico, recreación, etc.<sup>31</sup>.

**1.7.1.12 Proyectos Capitalizables**, son aquellos que están orientados a crear y mejorar el capital físico, que contribuyen a la formación bruta de capital. En estos proyectos, el costo total se considera capitalizable<sup>32</sup>.

---

<sup>27</sup> *Ibíd.* 21 ,pág. 1

<sup>28</sup> *Normas Básicas de Inversión Publica art. 6*

<sup>29</sup> *Normas de Auditoría Gubernamental Normas de Auditoría de Proyectos de Inversión Pública, Pág. 13.*

<sup>30</sup> *Julio A. Sarmiento S. (2002) Evaluación de Proyectos ,pág. 1*

<sup>31</sup> *Del Carpio Gonzales Jorge E., Gestión de proyectos, 4ta edición, La Paz-Bolivia 2008. Pág.47*

<sup>32</sup> *Directrices de Presupuesto de Inversión Pública, pág. 10*

Están destinadas a mejoras que signifiquen incremento de valor y de vida útil, comprendiendo: unidades sanitarias, hospitales, edificios para oficinas, viviendas, penitenciarias, construcciones del sector de defensa y seguridad, edificaciones<sup>33</sup>.

**1.7.1.13 Proyectos No Capitalizables**, son aquellos que están orientados a crear, ampliar y mejorar el capital humano social, cultural y/o medio ambiental (se excluye específicos de infraestructura y/o equipamiento) partidas del grupo 40000<sup>34</sup>.

Los proyectos no capitalizables son dirigidos al fortalecimiento institucional, capacitación y transferencia de tecnología, medio ambiente educación, salud, asistencia social y otros<sup>35</sup>.

**1.7.1.14 Salud**, es la condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social. Es decir, el concepto de salud no sólo da cuenta de la no aparición de enfermedades o afecciones sino que va más allá de eso. En otras palabras, la idea de salud puede ser explicada como el grado de eficiencia del metabolismo y las funciones de un ser vivo a escala micro (celular) y macro (social)<sup>36</sup>.

**1.7.1.15 Sector Salud**, se define como el conjunto de valores, normas, instituciones y actores que desarrollan actividades de producción, distribución, consumo de bienes y servicios, cuyos objetivos principales o exclusivos son proteger y promover la salud de individuos y grupos de población<sup>37</sup>.

**1.7.1.16 Sistema de Presupuesto**, el presupuesto del sector público perdigue reflejar los gastos y los ingresos previstos para un ámbito determinado del sector público es un periodo de tiempo. Esto significa que mide habitualmente para el intervalo de un año, los montos que como máximo se destinaran a las distintas partidas de gastos, así como las previsiones de recaudación y la estimación de los

---

<sup>33</sup> *Directrices y Clasificador Presupuestario 2015*

<sup>34</sup> *Directrices de Presupuesto de Inversión Pública, pág. 10*

<sup>35</sup> *Ibíd., 26, Art. 12*

<sup>36</sup> *Organización Mundial de la Salud (OMS)*

<sup>37</sup> *Ibíd., 16*

fondos provenientes de otras fuentes de ingresos. 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 pública<sup>38</sup>.

**1.7.1.17 Sistema Nacional de Inversión Pública**, es el conjunto de normas, instrumentos y procedimientos comunes para todas las entidades del sector público, mediante los cuales se relacionan, 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, Departamentales y Municipales, constituyan las opciones más convenientes desde el punto de vista económico social.<sup>39</sup>

## **1.7.2 Fundamentos Teóricos**

Para la presente investigación se explicara una serie de teorías y documentos con énfasis en el Presupuesto de Inversión Pública y su influencia en el Sector Salud.

### **1.7.2.1 Teoría del Sector Público**

La Participación del Estado en el Sector Publico de acuerdo a Richard Musgrave, el Estado tiene tres Funciones, que se relacionan mutuamente permitiendo ver las actividades que realiza<sup>40</sup>.

#### **❖ Función de Asignación<sup>41</sup>**

La provisión de bienes sociales o el proceso por el uso de los recursos se divide entre bienes privados y sociales, se elige la combinación de bienes sociales. Esta provisión puede ser denominada función de asignación de la política presupuestaria. Las políticas de regulación, que pueden igualmente ser consideradas como una parte de la función de asignación, no se

---

<sup>38</sup> Cornejo Miguel A. (2004) "El Presupuesto del Sector Publico". Editorial INAP. Chile

<sup>39</sup> Informe de Misión "Elaboración de guía / Manual de Procedimientos Para inversión Pública"

<sup>40</sup> Musgrave Richard y Musgrave Peggy (1995), "Hacienda Pública Teórica y Aplicada", (5° ed.) McGraw-Hill Editores, México. Pág. 4

<sup>41</sup> *Ibíd.*, 40, pág. 28

incluyen aquí, debido a que no son primordialmente un problema de política presupuestaria.

Determina el nivel y composición de las necesidades públicas que habrán de satisfacerse y las correcciones a las fallas de mercado que habrán de introducirse fijando la estructura de gastos e impuestos correspondientes.

#### ❖ **Función de Distribución**<sup>42</sup>

El ajuste de la distribución de la renta y la riqueza para asegurar su adecuación a la sociedad considera un estado “equitativo” de distribución, aquí denominada función de distribución. Los aspectos distributivos son un importante punto de controversia donde se debe tener en cuenta que la distribución mediante el mercado supone un grado sustancial de desigualdad especialmente en la distribución de la renta del capital la mayoría coincidiría en la necesidad de algún ajuste que pueden comportar “costes de eficiencia” que deben ser tenidos en cuenta en el diseño de las políticas distributivas. Se ocupa de la forma en que los bienes producidos por el Estado se distribuyen dentro de la población. Este brazo trata dos temas centrales: equidad y la disyuntiva entre equidad-eficiencia. Sin alterar la asignación de recursos, agrega las transferencias necesarias para modificar la distribución del ingreso de manera deseada.

#### ❖ **Función de Estabilización**<sup>43</sup>

Esta función interviene en aspectos macroeconómicos y son determinantes para la función del Estado sin alterar las asignaciones de recursos ni la distribución de ingresos previstas en las fases anteriores, incluye los impuestos o gastos requeridos para lograr el déficit o superávit necesarios

### 1.7.2.2 El Rol del Estado

Según Joseph Stiglitz<sup>44</sup>, los mercados fallan en la asignación de los recursos y el Estado con frecuencia no consigue corregirlos; el mercado sólo es eficiente bajo

---

<sup>42</sup>Musgrave Richard y Musgrave Peggy (1995), “Hacienda Pública Teórica y Aplicada”, (5° ed.)McGraw-Hill Editores, México. Pag 28

<sup>43</sup>Ibíd., 42, Pag 28

<sup>44</sup>Stiglitz, Joseph. (1997). *La Economía del Sector Público*. (2° ed.), Editorial. Barcelona: Antoni Bosch. Pág. 24



algunos supuestos restrictivos. El Estado debe intervenir en las áreas donde existen fallas del mercado, su intervención supone la mejora, participando activamente en el mantenimiento del pleno empleo y en la reducción de la pobreza.

Para abordar cada una de las cuestiones económicas fundamentales, deben seguirse cuatro pasos: *describirlas* actividades que realiza el Estado, analizar sus consecuencias, evaluar las distintas medidas posibles e interpretar las fuerzas políticas que condicionan a las decisiones de los gobiernos<sup>45</sup>.

- Las actividades del estado son tan complejas que resultan difícil saber cuáles son sus gastos totales en que se emplea este dinero. Por otra parte, los impuestos y los gastos se recaudan u se efectúan, respectivamente, en varias esferas: en la mayoría de los países, los contribuyentes no solo pagan los impuestos que establece el gobierno central, también los que establecen los gobiernos regionales, locales.
- *Comprender y prever, en la medida de lo posible todas las consecuencias de estas actividades del estado.* Las consecuencias de la política de los gobiernos son demasiado complicadas para poder predecirlas exactamente e incluso después de que se adopte una medida, surgen fuertes discrepancias sobre sus efectos.
- *Evaluar otras medidas posibles.* Es preciso no solo conocer las consecuencias de las diferentes medidas posibles, sino también establecer unos criterios para evaluarlas, para empezar es preciso comprender los objetivos de la política gubernamental.

### **1.7.2.3 Sector Público en Economía y Planificación<sup>46</sup>**

Para que el Estado tenga una participación activa en la economía, se debe considerar las siguientes acciones:

---

<sup>45</sup> Stiglitz, Joseph. (1997). *La Economía del Sector Público*. (2° ed.), Editorial. Barcelona: Antoni Bosch. Pág. 24

<sup>46</sup> Cibotti Ricardo y Sierra Enrique (1973). "El Sector Público en la Planificación Del Desarrollo". Siglo Xxi, Editores. México, pag16

### **a) Regulación del comportamiento de los agentes económicos**

Tienen por objeto inducir a los agentes económicos hacia determinados comportamientos. El Estado tanto en la producción de bienes y servicios como al instalar capacidad productiva influye sobre las decisiones que se derivan del mercado; sin embargo, existen acciones cuyo único objetivo es la regulación en sí misma, son *típicamente normativas* caracterizadas, porque para cumplir con sus propósitos no necesitan que el estado movilice directamente recursos físicos y financieros como los demandados por otro tipo de acciones.

### **b) Producción de bienes y servicios**

El Estado por naturaleza tiene bajo su responsabilidad la organización y la prestación de servicios de justicia, policía, defensa nacional, propiedades, etc. desde el punto de vista económico lo que se denomina "*administración pública*" puede concebirse como una unidad productora de ciertos servicios indispensables en una comunidad organizada que combina factores de producción, genera valor agregado de la eficiencia con que funcione y de los recursos que se asigne. Las causas que determinan la extensión de las actividades estatales hasta este tipo de acciones son muy variadas; una se vincula con la ideología del gobierno, otra responde a consideraciones técnicas.

### **c) Acumulación de instalación destinada para la producción**

Contribuyen a la formación del acervo de instalaciones y equipo necesario para efectuar la prestación de servicios públicos tales como la construcción de empresa de semillas, adquisición de los edificios de la administración pública, etc. se refiere a una ejecución delegada del bien de capital, como en la mayoría de los casos se trata de construcción de equipamiento o instalación el proyecto de ingeniería lo realiza el estado y solo queda a cargo de la entidad su ejecución, en este caso quedaría a cargo de nuestros productores campesinos.

#### **d) Financiamiento para cubrir el gasto en inversión**

Para que el Estado pueda obtener los insumos y factores necesarios para la producción y acumulación debe movilizar medios de pago que permitan trasladar dichos recursos físicos al ámbito de la economía Estatal. El Estado realiza acciones orientadas a modificar el destino de las corrientes financieras, sin que su motivo central sea la utilización de recursos para sí mismo en este sentido sus fines son en ultimo termino alterar la distribución de los ingresos para favorecer el desarrollo de ciertas actividades o proporcionar a determinados grupos un ingreso relativamente mayor que el que obtendrían del juego del mercado.

El presupuesto en las actividades de planificación cumple los roles de:

- ✓ Fiscalización permitiendo garantizar la eficiencia y la ejecución
- ✓ Implementar un sistema central de contabilización del presupuesto en cada periodo de gobierno con el objeto de contar con información específica de los movimientos monetarios realizados por el sector público, ayuda a la toma de decisiones y al análisis de la política económica.

El problema de la distribución consiste en la valoración de un cambio en el que alguien sale ganando mientras que otro pierde.

#### **1.7.2.4 La Equidad Forma Parte de la Economía<sup>47</sup>**

La “teoría de la distribución” los economistas se han referido tradicionalmente a la teoría de la formación de precios de los factores y división de la renta nacional entre los rendimientos de la tierra del trabajo, capital. Esta teoría de la participación de factores juega un papel esencial en el análisis económico, pero su importancia se enmarca principalmente en el área de la asignación eficiente. Para que el uso de recursos sea eficiente, los factores de producción deben ser aplicados que iguallen el valor de su producto marginal en todos sus usos.

---

<sup>47</sup>*Ibid.,41, cap. 6*

### 1.7.2.5 Teoría del Presupuesto

El Presupuesto Público persigue reflejar los gastos y los ingresos previstos para un ámbito determinado del Sector Público en un período de tiempo determinado. El presupuesto público, por tanto, sintetiza desde la perspectiva económica y financiera el plan de actuación que presidirá la gestión gubernamental<sup>48</sup>.

El Presupuesto Público es un instrumento de gestión, que tiene por objeto determinar y asignar recursos para la realización de las operaciones que permitan alcanzar los objetivos de gestión previstos en el Programa de Operaciones y, en su conjunto, en los Planes de Desarrollo<sup>49</sup>.

### 1.7.2.6 El Presupuesto en el Sector Público

Se constituye en la expresión monetaria del POA, consiguientemente, del Plan de Desarrollo, estableciendo de manera concreta los recursos a disponer en un determinado período fiscal, su asignación para realizar los programas y proyectos que permitan lograr los objetivos de gestión establecidos en los distintos niveles del proceso de planificación<sup>50</sup>

### 1.7.2.7 El Estudio de Proyectos<sup>51</sup>

Un **proyecto** es, la búsqueda de una solución inteligente al planteamiento de un problema tendiente a resolver, entre tantos una necesidad humana. Cualquiera que sea la idea que se pretende implementar, la inversión la metodología por aplicar, ella conlleva necesariamente la búsqueda de proposiciones coherentes a resolver las necesidades de la persona humana.

---

<sup>48</sup>Avelino y Salinas Sánchez, Javier (1994.) *Manual de Hacienda Pública. General y de España.* Editorial Tecno, Barcelona, teoría del presupuesto (cap. 5)

<sup>49</sup>Contraloría General de la República “Sistemas de Programas Operaciones y Presupuesto para el Nivel Superior”, Bolivia.

<sup>50</sup>Ibíd., 41

<sup>51</sup>Nassir Sapag chain, Reinaldo Sapag Chain (2004) *Preparación y Evaluación de Proyectos (5° ed) Edición, Editorial; Mc Graw Hill, Bogotá pág.21*

### 1.7.2.8 El ciclo de Vida de los Proyectos <sup>52</sup>

El proceso de un proyecto reconoce cuatro grande etapas:

- **Idea**, son los diferentes modos de solucionar un problema o aprovechar una oportunidad en respuesta a una necesidad.
- **Pre inversión**, en esta etapa procede la elaboración de estudios del proyecto:
  - ✓ Perfil, más que calcular la rentabilidad del proyecto, busca determinar si existe alguna razón que justifique el abandono de una idea antes de que se destinen recursos.
  - ✓ Pre Factibilidad, se estiman las inversiones probables, los costos de operación y los ingresos que demandara y generara el proyecto
  - ✓ Factibilidad, se elabora sobre la base antecedentes precisos obtenidos mayoritariamente a través de fuentes de información primarias.
- **Inversión**, etapa de la ejecución de la inversión.
- **Operación**, puesta en marcha del proyecto.

Según la autora Karen Marie Mokate<sup>53</sup> el Ciclo del Proyecto comprende tres etapas

#### ✓ **Etapas de Formulación**

Está comprendida entre el momento en que se tiene la idea del proyecto y el de la toma de decisión de iniciar la inversión, se compone de cuatro fases.

- Identificación (el diagnóstico y la generación de las ideas).
- Perfil.- (planteamiento de alternativas).
- Pre factibilidad.- (estudio de alternativas).
- Factibilidad.- (anteproyecto definitivo).

---

<sup>52</sup> *Ibíd.,51, pág. 21*

<sup>53</sup> *Ibíd. 21, pág. 15*

### ✓ **Etapa de Gestión**

La “gestión está comprendida en el momento en que se inicia la inversión y el momento en que se liquida o se deja de operar el proyecto, orientado por dos fases diseños definitivos del proyecto y montaje y operación<sup>54</sup>.

### ✓ **Etapa Ex post**

Esta etapa mide los efectos que generan los proyectos.

El Reglamento Específico del **Sistema Nacional Inversión Pública**<sup>55</sup>, el ciclo de los Proyectos de Inversión Pública consiste en el proceso que atraviesa un proyecto de Inversión Pública que nace como idea, se formula y evalúa, entra en operación, o se decide su abandono y cumple con su vida útil.

Se identifican las siguientes fases.

- ✓ **Fase de Pre inversión.-** abarca todos los estudios que se deben realizar sobre un proyecto de Inversión Pública, desde que el mismo es identificado a nivel de idea en los Planes de Desarrollo de los distintos niveles institucionales, hasta que se toma la decisión de su ejecución, postergación o abandono.
- ✓ **Fase de Ejecución.-** comprende desde la decisión de ejecutar el proyecto de Inversión Pública y se extiende hasta que se termina su implementación y el mismo está en condiciones de iniciar su operación. En esta fase de deben 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 las acciones relativas al funcionamiento del proyecto, a efectos de que el mismo genere los beneficios identificados y estimados durante la fase de preinversión.

---

<sup>54</sup> *Ibíd.*, 21 pág. 16

<sup>55</sup> *Reglamento Específico del Sistema Nacional de Inversión Pública Art16, pag.6*

### 1.7.2.9 Capital Humano

Un buen estado de salud es tan importante como el nivel de educación, en la medida en que éste determinará que el desempeño que el trabajador tenga en su trabajo y pueda de esta forma generar una mayor retribución monetaria en su trabajo, siendo además un factor que alargue la vida útil del trabajador<sup>56</sup>.

La relación del capital humano y la salud se basa en la idea de que las personas, como agentes productivos, mejoran con la inversión obteniendo un rendimiento continuo en el futuro en el trabajo y en la educación. Una medida general de ese rendimiento es el producto del trabajo creado por esta inversión y los ahorros de gastos en salud en el futuro como consecuencia de la reducción en la enfermedad<sup>57</sup>.

La formación de capital en salud determina la cantidad de tiempo que las personas pueden gastar para trabajar y ganar dinero, así un incremento del stock de capital salud reduce las cantidades de tiempo perdido por estar enfermo<sup>58</sup>.

La Economía de la salud es una rama de la economía pública.<sup>59</sup> La Economía es la ciencia que se ocupa del estudio de la asignación de recursos con el objetivo de maximizar el bienestar social. La definición anterior es válida para explicar qué es la Economía de la Salud, la asignación de recursos dentro de este sector y en el bienestar social en términos de salud con el objetivo de estudiar la distribución de los escasos recursos disponibles para obtener el máximo rendimiento posible, medido a través de la mejoría en los indicadores de cantidad y calidad de la salud. La Economía y en particular la Evaluación Económica en la Salud, analiza de manera explícita las distintas alternativas de elección de procedimientos, servicios o tecnologías médicas para resolver o prevenir un problema de Salud; o sea, identifica las alternativas, Por ejemplo, si en un municipio se detecta que el principal problema de Salud es el parasitismo intestinal, asociado a condiciones

---

<sup>56</sup> Schultz, Theodore W. (1985). "Investing in people The economics of population quality". Editorial Ariel, S.A. España, Pág. 9

<sup>57</sup> Mushkin Selma (1972) health as an investment;

<sup>58</sup> Grossman Mishael (1972) on the concept of health capital and demand for health

<sup>59</sup> Antonio Cisterna(2006), Economía De La Salud pág. 41

higiénicas inadecuadas en las viviendas, se puede decidir la asignación de un porcentaje más elevado del presupuesto para la solución de problemas higiénico ambientales, con relación a que se podría asignar a otros programas.

Las necesidades a cubrir en el sector son ilimitadas y los recursos son escasos. Quiere decir que los recursos consumidos en una actividad relacionada con la salud, limitan la realización de otra dentro o fuera del sector.<sup>60</sup> Se respecta a la estructura de los presupuestos de salud, los gastos en servicios de Salud pueden subdividirse en gastos de capital (instalaciones y bienes duraderos) gastos fijos, los dos conceptos siguientes: servicios personales en instituciones de Salud (hospitalización y dispensarios) y en el exterior (asistencia domiciliaria o en la comunidad), otros servicios como son los de mejoramiento de las condiciones del medio, enseñanza e investigaciones.

La salud se acompaña de la demanda de bienes y servicios cuyo consumo está relacionado con la salud y, también con otras satisfacciones (alimentación, vestimenta, vivienda, etc.), de servicios específicos de atención orientada a preservar la salud y de un medio ambiente adecuado al desarrollo humano<sup>61</sup>.

#### **1.7.2.10 Sector Salud**

El Sector Salud se define como el conjunto de valores, normas, instituciones y actores que desarrollan actividades de producción, distribución, consumo de bienes y servicios, cuyos objetivos principales o exclusivos son proteger y promover la salud de individuos y grupos de población.<sup>62</sup>

Las actividades que estas instituciones y actores desarrollan están orientadas a promover, prevenir, controlar la enfermedad, atender a los enfermos, investigar y capacitar en salud. Para el propósito de esta metodología, la definición anterior se

---

<sup>60</sup> Alberto Baly Gil; María Eugenia Toledo y Félix Rodríguez Jústiz (2001) *La Economía De La Salud, La Eficiencia Y El Costo De Oportunidad* pág. 86

<sup>61</sup> Rolando Morales (2013) *El Desarrollo Visto Desde el Sur* ,pág. 51

<sup>62</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS)



refiere al sector de atención a las personas, a los grupos sociales o a la salud pública no incluye el sector de atención al ambiente.

Esa definición se inscribe en un marco conceptual formado por: El concepto de Salud adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el reconocimiento de sus determinantes y factores condicionantes. El reconocimiento de que cada país cuenta con su propia definición del Sector Salud, además, promueve su propio proceso de desarrollo nacional de la salud. Las relaciones del Sector Salud con otros sectores del desarrollo social y económico. Una visión dinámica del sector, que destaca los cambios en las instituciones y en los actores que conforman el Sector Salud, el entorno económico en el cual desarrollan sus actividades, así como el conjunto de valores, conocimientos, habilidades, organización, recursos, tecnologías, actitudes e intereses de las instituciones de actores que conforman ese Sector.

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

## **CAPÍTULO II**

### **2. ASPECTOS NORMATIVOS, DE POLÍTICA E INSTITUCIONAL**

#### **2.1 Referencia Normativa**

##### **2.1.1 Primer Periodo 1998-2006 (Economía de Mercado)**

###### **2.1.1.1 La Constitución Política del Estado de 2004**

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 principios de universalidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad y eficacia<sup>63</sup>

Establece que el Régimen Económico propenderá al fortalecimiento de la independencia nacional al desarrollo del país aprovechando los recursos naturales y humanos en resguardo de la seguridad del Estado en procura del bienestar del pueblo boliviano.

El Estado formulará periódicamente el Plan General de Desarrollo Económico, Social de la República, cuya ejecución será obligatoria. Este planeamiento comprenderá los sectores estatal, mixto y privado de la economía nacional.

###### **2.1.1.2 Rentas y Presupuestos**

Las rentas del Estado se dividen en nacionales, departamentales y municipales, se invertirán independientemente por sus tesoros conforme a sus respectivos presupuestos, en relación al plan general de desarrollo económico social del país. La Ley clasificará los ingresos nacionales, departamentales y municipales<sup>64</sup>.

---

<sup>63</sup> *Constitución Política del Estado de 2004*; Artículo 158

<sup>64</sup> *Ibíd.* 63, ; Artículo 140

El Poder Ejecutivo determinará las normas destinadas a la elaboración y presentación de proyectos de presupuestos de todo el Sector Público<sup>65</sup>. Presentará al Legislativo, dentro de las treinta primeras sesiones ordinarias, los proyectos de Ley de los Presupuestos Nacionales y Departamentales<sup>66</sup>. Todo proyecto de Ley que implique gastos para el Estado debe indicar, al propio tiempo, la manera de cubrirlos y la forma de su inversión.

### **2.1.1.3 Administración y Control de Recursos**

Esta Ley tiene como finalidad **regular** los sistemas de Administración y Control de los recursos del Estado<sup>67</sup> y su relación con los Sistemas Nacionales de Planificación e Inversión Pública con el objeto de:

- Programa de Operaciones.
- Organización Administrativa.
- Presupuesto.
- Administración de Personal.
- Administración de Bienes y Servicios.

Para ejecutar las actividades programadas:

- Tesorería Crédito Público.
- Contabilidad Integrada.

Para controlar la gestión del Sector Público:

- Control Gubernamental.

Ratifica al Sistema de Inversión Pública como órgano rector de la gestión de la Inversión Pública, regula los Sistemas de Administración, Control y regula con Sistemas Nacionales de Planificación e Inversión Pública. Se relaciona con los Sistemas Nacionales de Planificación para definir estrategias y políticas públicas que serán ejecutadas por los Sistemas de Administración y Control.

---

<sup>65</sup> *Ibíd.* 63; Artículo 146

<sup>66</sup> *Ibíd.* 63 ;Artículo 147

<sup>67</sup> *Ley No. 1178 Administración Financiera y Control Gubernamental de julio de 1990; Artículo 22*

El funcionamiento anula los sistemas de Programación de Operaciones, Organización Administrativa, Presupuesto, Tesorería, Crédito Público, los Sistemas de Planificación e Inversión Pública compatibilizan e integran los objetivos, planes estratégicos, de cada entidad los proyectos de Inversión Pública que deberán ser ejecutados, con los planes de mediano y largo plazo.

#### **2.1.1.4 Organización Territorial**

Obras y Proyectos<sup>68</sup> Las obras de competencia municipal que se estuviesen realizando por las Corporaciones Regionales de Desarrollo, serán transferidas a los Gobiernos Municipales, junto con el financiamiento internacional y los pasivos de la parte de la obra o el proyecto a ejecutarse si lo hubiere.

Los Proyectos y Obras de las Corporaciones Regionales de Desarrollo, que por razones técnicas o financieras calificadas por el sistema nacional de Inversión Pública, no pudieran ser transferidas a los municipios, se mantendrán bajo la responsabilidad de aquellas, con el fin de evitar desfases en su ejecución.

Los Proyectos de las Corporaciones Regionales de Desarrollo, que se encuentran en fase de aprobación por el Fondo Nacional de Desarrollo Regional, serán de competencia municipal, serán objeto de concertación entre los Gobiernos Municipales y las Corporaciones para determinar la modalidad de ejecución y participación técnico-financiera de ambas instituciones.

En estos casos, los municipios tendrán la prioridad para definir su participación.

Las obras y proyectos en ejecución de las Corporaciones Regionales de Desarrollo, anteriores, distintos al rol asignado a la presente Ley, serán analizadas en cada caso a través del Sistema Nacional de Inversión Pública.

---

<sup>68</sup>Ley No.1551 de Participación Popular , abril de 1993; Artículo 29

### **2.1.1.5 Estructura Organizativa a Nivel Departamental<sup>69</sup>**

Establece que los recursos de dominio y uso departamental son<sup>70</sup>: Las regalías departamentales creadas por Ley; los recursos del Fondo Compensatorio Departamental creado por la Ley 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.

Los créditos y empréstitos internos y externos contraídos de acuerdo a las normas del Sistema Nacional de Tesorería y Crédito Público. Los legados, donaciones y otros ingresos similares.

Los recursos, no podrán exceder al 10% de la recaudación efectiva del Impuesto Especial a los Hidrocarburos y sus derivados. En caso de exceder este límite su distribución se ajustará proporcionalmente entre los departamentos beneficiarios.

La distribución de los recursos se efectuará de la siguiente manera: 50% en función del número de habitantes de cada departamento y 50% en forma igualitaria para los nueve departamentos

### **2.1.1.6 Reestructuración del Estado**

La presente Ley<sup>71</sup> es complementaria a la Ley de Participación Popular y a los aspectos relacionados con el proceso de gestión de la Inversión Pública tiene por objeto regular el régimen municipal establecido, está vinculada a promover, dinamizar el desarrollo humano sostenible, en forma equitativa, participativa mediante la formulación y ejecución de políticas, planes, programas, proyectos concordante con la planificación del desarrollo departamental y nacional.

---

<sup>69</sup> Ley No.1654 de Descentralización Administrativa, aprobado en julio de 1995; Artículo 83

<sup>70</sup> *Ibid.*, 63

<sup>71</sup> Ley No. 2028 de Municipalidades, octubre de 1999, Artículo 106

Reconoce competencias en materia de desarrollo humano sostenible, en infraestructura, administrativas financieras, en defensa del consumidor, servicios. También, ejecutar planes y programas que permitan eliminar o reducir las causas y efectos de los desastres naturales, provocados por el hombre.

La Ley reconoce las atribuciones del Alcalde Municipal para formular y ejecutar su Programa Operativo Anual y Presupuesto, conforme a normas de los sistemas de la Ley No.1178. Límites Financieros: establece el 15% de la coparticipación tributaria para gastos corrientes, el 20% de los ingresos propios para municipios mayor a 20.000 habitantes y el 30% para menores a esta población. Siendo el saldo de los recursos, destinados a gastos de Inversión.

#### **2.1.1.7 Estrategias Básicas de Reducción de La Pobreza<sup>72</sup>**

La Ley,<sup>73</sup> aprueba lineamientos de la gestión Estrategia de Reducción de la Pobreza guía las acciones del Estado para el crecimiento equitativo; define criterios de distribución de recursos del programa de alivio de la deuda externa multilateral

La Ley del Diálogo Nacional es un mecanismo permanente de la participación social en el diseño, seguimiento y ajuste de las políticas destinadas a reducir la pobreza. El Fondo Solidario Municipal en Educación Escolar y Salud Pública, contempla los siguientes porcentajes:

- a) 70% programas municipales de obras en infraestructura productiva y social.
- b) 20% mejoramiento de la calidad de servicios de educación escolar pública, según la población escolarizada de municipio, oficialmente registrada en el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
- c) 10% mejoramiento a la calidad de servicios de Salud Pública, según datos de población del último Censo Nacional de Población y Vivienda.

---

<sup>72</sup> Ley No 2235 del Diálogo nacional 2000 julio de 2001; Artículo 13

<sup>73</sup> *Ibíd.* 72; Artículo 14

### **2.1.1.8 Seguro Universal Materno Infantil**

Se crea el *Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)*<sup>74</sup>, dirigido a la atención gratuita de mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los seis meses después del parto a niños y niñas desde su nacimiento hasta los 5 años de edad. Estas prestaciones de salud serían realizadas en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo, con la norma los gobiernos municipales quedan encargados de la implementación de este seguro se destina el 10% de los recursos de coparticipación tributaria para el financiamiento de insumos, servicios no personales y medicamentos esenciales destinadas exclusivamente al SUMI.

El presente Decreto Supremo<sup>75</sup> tiene por objeto establecer el modelo básico de organización, atribuciones y funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud.

### **2.1.1.9 Sistema Nacional de Inversión Pública**

El SNIP<sup>76</sup> 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, ejecutar los proyectos de Inversión Pública que, en el marco de los planes de desarrollo nacional, departamentales, municipales, constituyan las opciones más convenientes desde el punto de vista económico, social.

Se entiende por Inversión Pública todo gasto de origen destinado a incrementar, mejorar o reponer las existencias de capital físico de dominio público 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

---

<sup>74</sup> Ley No. 2426, noviembre de 2002, Artículo 3

<sup>75</sup> Decreto supremo N° 25233 De 27 de noviembre de 1998 Hugo Banzer Suarez

<sup>76</sup> Normas Básicas del SNIP, , junio 1996, Artículo 1



las actividades de pre-inversión e inversión que realizan las entidades del sector público<sup>77</sup> .

## **2.1.2. Segundo Periodo 2006-2013 (Economía Plural)**

### **2.1.2.1 La Constitución Política del Estado 2009**

Es la norma suprema del ordenamiento jurídico boliviano y goza de primacía frente a cualquier otra disposición normativa<sup>78</sup>.

Las atribuciones del órgano Legislativo es Aprobar el Presupuesto General del Estado para cada gestión financiera en un plazo de 60 días, previa presentación del proyecto de Ley del Presupuesto General del Estado por Órgano Ejecutivo, considerando el Plan de Desarrollo económico, social , aprobar Leyes, abrogarlas, derogarlas, modificarlas en materia de presupuestos, endeudamiento, control y fiscalización de recursos estatales de créditos público y subvenciones, para la realización de obras públicas y de necesidad social<sup>79</sup>.

Las atribuciones del Órgano Ejecutivo son hacer cumplir las leyes mediante decretos y resoluciones convenientes, presentar al Órgano Legislativo el plan de desarrollo económico social además dentro de las primeras treinta sesiones el proyecto de Ley del Presupuesto General del Estado para su aprobación y proponer mediante su vigencia, las modificaciones que se estime necesarias, asimismo, presentar proyectos de ley de urgencia económica que serán tratados con prioridad<sup>80</sup>.

### **2.1.2.2 Organización Económica y Financiero**

La Constitución Política del Estado establece el Modelo Económico Boliviano Plural orientado a mejorar la calidad de vida y el vivir bien, está conformado por organizaciones económicas:

---

<sup>77</sup> *Normas Basicas del SNIP, , junio 1996, Articulo 8*

<sup>78</sup> *Constitución Política del Estado de 2009; Artículo 410*

<sup>79</sup> *Ibíd. 78,Artículo 158*

<sup>80</sup> *Ibíd.78 ; Artículo 172*

- Comunitaria.
- Estatal
- Privada
- Social Cooperativa

El Estado tiene como máximo valor al ser humano asegurara el desarrollo mediante una redistribución equitativa de los excedentes económicos en políticas sociales de educación, salud, cultura y reinversión en desarrollo productivo, para mejorar la calidad de vida<sup>81</sup>.

### **2.1.2.3 Rentas y Presupuesto<sup>82</sup>**

Los ingresos del Estado se invertirán conforme con el plan general de desarrollo económico, social del país, el Presupuesto General del Estado con la Ley, se dividen en Nacionales, Departamentales, Municipales e indígena originario campesinas, recursos que se invertirán conforme a sus respectivos presupuestos con relación al Plan General de Desarrollo Económico Social del país. Asimismo, el Ejecutivo determinará las normas destinadas a la elaboración y presentación de los proyectos de presupuesto de todo el Sector Público presentará al Legislativo dentro de las primeras treinta sesiones, el proyecto de Ley del Presupuesto General del Estado, para su aprobación.

### **2.1.2.4 Las Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez” en el Sector Salud**

Se distribuyen las competencias a los Gobiernos departamentales autónomos de la siguiente manera<sup>83</sup>.

Formular y aprobar el Plan Departamental de Salud en concordancia con el Plan de Desarrollo Sectorial Nacional.

---

<sup>81</sup>*Ibíd.*,78;Artículo 306

<sup>82</sup>*Ibíd.* 78 ;Artículos339 y 340

<sup>83</sup>*Ley 031 Marco de Autonomías y Descentralización: arts. 81*

- 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, 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, controlar su uso.
- Coordinar con los municipios y universidades públicas el uso exclusivo de establecimientos del Sistema de Salud público para la formación adecuada de los recursos humanos.
- Acreditar los servicios de Salud dentro del departamento de acuerdo a la norma del nivel central del Estado. Ejecutar los programas epidemiológicos en coordinación con el nivel central del Estado, municipal del Sector.
- Elaborar ejecutar programas, proyectos departamentales de promoción de salud y prevención de enfermedades en el marco de la política de Salud.
- Fortalecer el desarrollo de los recursos humanos necesarios para el Sistema Único de Salud en conformidad a la ley que lo regula.
- Cofinanciar políticas, planes, programas, proyectos de salud en coordinación con el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas en el departamento.
- Ejecutar las acciones de vigilancia y control sanitario del personal y poblaciones de riesgo en los establecimientos públicos y de servicios, centros laborales, educativos, de diversión, de expendio de alimentos y otros con atención a grupos poblacionales, para garantizar la Salud colectiva, en coordinación y concurrencia con los Gobiernos Municipales.

### **2.1.2.5 Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural<sup>84</sup>**

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.

#### **a. Participación Comunitaria**

Es la capacidad autogestionaria de las comunidades urbanas, rurales en la Identificación, priorización, ejecución y seguimiento de planes, programas, proyectos de desarrollo integral comunitario en Salud, en los diferentes niveles de gestión para consolidar una visión nacional, de acuerdo con intereses colectivos no sectoriales o corporativos.

#### **b. Intersectorialidad**

Es la intervención coordinada entre la población y los diferentes sectores (salud, educación, saneamiento básico, producción, vivienda, alimentación), con el fin de actuar sobre las determinantes socioeconómicas de la Salud en base a las alianzas estratégicas, programáticas, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas y necesidades identificadas.

---

<sup>84</sup> Decreto Supremo N° 29601 "Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia" pág. 3

### **c. Interculturalidad**

Es el desarrollo de procesos de articulación complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras), a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de Salud.

### **d. Integralidad**

Es la capacidad del servicio de Salud para concebir el proceso salud enfermedad como una totalidad, que contempla la persona, su relación con la familia, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual; con el fin de implementar procesos de promoción de la Salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y recuperación de manera eficiente y eficaz.

## **2.2 ASPECTOS DE POLÍTICA**

### **2.2.1 Primer Periodo 1998-2006 (Economía de Mercado)**

#### **2.2.1.1 Políticas de Desarrollo Económico y Social <sup>85</sup>**

Propone una nueva concepción del Desarrollo para articular las esferas económica, social, ambiental, definiendo objetivos nacionales y políticas de mediano y largo plazo con base a potencialidades de los ecosistemas del país y otorgando prioridades de Inversión Pública para consolidar las bases materiales del desarrollo.

El nuevo modelo, está sustentado por los siguientes principios:

- Crecimiento económico con estabilidad
- Equidad social con base al desarrollo humano.

---

<sup>85</sup> *Plan General de Desarrollo Económico y Social 1994*, pág. 23

- El uso racional de los recursos naturales, entendido como la conservación de los recursos renovables y preservación del medio ambiente.
- La gobernabilidad para perfeccionar la democracia.

El rol del Estado tiene la responsabilidad de crear las condiciones objetivas para el buen funcionamiento del mercado, del desarrollo de infraestructura de apoyo al crecimiento de la Inversión Privada y de la Inversión Social, también de normar el uso de los recursos naturales, consolidar el respeto a la diversidad étnica y cultural.

El Plan considera los recursos naturales como la base material del desarrollo sostenible, proponiendo objetivos estratégicos como; lograr el aprovechamiento racional de los recursos naturales, la preservación del medio ambiente, establecer una relación armónica entre la población y recursos naturales renovables. El enfoque de la inversión, constituye desde la óptica privada como el motor del crecimiento y el papel de la Inversión Pública como el generador de condiciones para que el sector privado se desarrolle.

#### **2.2.1.2 Políticas para Promover la Atención en Salud**

Promover la mejora del primer nivel de atención en salud <sup>86</sup>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 rurales, especialmente del trópico.

---

<sup>86</sup> *Plan Departamental de Desarrollo Económico Social de La Paz, 1995, pág. 37*

## 2.2.2 Segundo Periodo 2006-2013 (Economía Plural)

### 2.2.2.1 Lineamientos Estratégicos<sup>87</sup>:

Propone que los bolivianos y bolivianas vivamos bien. Con el objetivo de lograr una convivencia equilibrada equitativa de la economía estatal, comunitaria, mixta y privada debido a que la misma cuenta con un excedente económico traducida en Inversión Social, productiva con una visión para el corto, mediano y largo plazo conjuntamente con el Ministerio de Planificación permitirá direccionar los recursos internos y externos en función a las prioridades nacionales.

Los lineamientos estratégicos 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 lograr un 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.

### 2.2.2.2 Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud

La estrategia de esta política es la Universalidad del acceso al **sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud**<sup>88</sup>, orientada a superar toda forma de exclusión en Salud, que se traduce en altos índices de enfermedad y muerte, pero también en personas con hábitos no saludables. Se fortalecerá las redes de Salud (infraestructura, equipamiento, insumos, medicamentos y capacitación del personal de las redes de servicio de Salud, redes sociales intersectoriales) en todo el ámbito nacional (9 Prefecturas y 329 municipios).

---

<sup>87</sup> Plan Nacional de Desarrollo 2007. Pág. 40

<sup>88</sup> Plan Nacional de Desarrollo, 2006-2011, pág. 50

### **2.2.2.3 Promoción de la Salud**

Es la estrategia de implementación del Modelo SAFCI como un proceso político de movilización social, continua por el cual el equipo de salud se involucra con los actores sociales facilitando su organización y movilización, para responder a la problemática de salud y sus determinantes para lograr el Vivir Bien en relación directa con el estado de bienestar general. Este proceso abarca las acciones encaminadas a fortalecer las habilidades, capacidades de las personas, dirigidas a modificar y mejorar sus condiciones sociales, económicas, ambientales.

### **2.2.2.4 Implementación de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI)**

La política para el Sector Salud a nivel departamental es **la implementación de salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI)**<sup>89</sup>, con acceso universal, sin costo en el punto de atención.

Implementación del modelo de atención en Salud basado en la promoción, prevención y atención (calidad de atención, cobertura, acceso). Con el programa Salud Familiar departamental; mediante los proyectos de construcción, equipamiento de los establecimientos de Salud.

## **2.3 REFERENCIA INSTITUCIONAL**

### **2.3.1 Ministerio de Economía y Finanzas Públicas<sup>90</sup>**

El Ministerio de Economía es uno de los actores principales. Entre sus principales funciones están:

- Formular, ejecutar y controlar políticas de Inversión Pública y realizar su respectivo seguimiento, además de formular, ejecutar políticas de financiamiento externo, suscribir los respectivos convenios, así como determinar la pre Inversión, elaborar el Presupuesto de Inversión Pública, de acuerdo a las prioridades establecidas en los Consejos Nacionales.

---

<sup>89</sup> Plan de Desarrollo del Departamento de La Paz al 2020, pág. 109

<sup>90</sup> Ministerio de Economía y Finanzas Públicas



- Elaborar el proyecto de Presupuesto General de la Nación en coordinación con los demás ministros de Estado y otras instituciones públicas, en el marco de los lineamientos, políticas diseñados por el Ministerio de Planificación del Desarrollo.
- Controlar el cumplimiento de las políticas nacionales de ejecución presupuestaria de todas las entidades públicas que perciben recursos del Tesoro General de la Nación.

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

El Ministerio de Planificación del Desarrollo es la máxima instancia del gobierno responsable de generar las políticas necesarias y su articulación, de manera que el Estado tenga como rol fundamental el lograr una Bolivia Digna, Soberana Productiva para vivir bien.

Busca 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 otros Ministerios, entidades públicas departamentales, locales y las organizaciones sociales representativas de la sociedad civil.<sup>91</sup>

El ministerio de Planificación según Ley 3351, tiene como atribuciones las siguientes

- Desarrollar políticas de planificación y ordenamiento territorial y medio ambiente.
- Elaborar políticas presupuestarias sobre la base de las estrategias del desarrollo nacional en coordinación con los demás ministerios y otras entidades.
- Plantear políticas y estrategias de inversión pública y financiamiento para el desarrollo nacional.
- Realizar el seguimiento de los Sistemas Nacionales de Inversión Pública de Planificación y Financiamiento.

---

<sup>91</sup> Decreto Supremo N° 29894; artículo 52

### **2.3.3 Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo**

El Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE) tiene como objetivo identificar y programar eficientemente los recursos de financiamiento para programas y proyectos nacionales, Sectoriales y regionales, canalizados a través de organismos multilaterales y agencias bilaterales, promoviendo el relacionamiento Gobierno Cooperación Internacional, así como apoyar y coordinar el relacionamiento Estado-ONG's a nivel nacional, regional local, que permita mayor racionalidad en el uso de recursos

El VIPFE juega un rol importante en el cumplimiento de estos objetivos porque es responsable de elaborar la programación anual y controlar la ejecución de la Inversión Pública y el Financiamiento Externo, para ser incorporada en el Presupuesto General de la Nación, bajo las normas definidas por el Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP), los lineamientos de la Estrategia Nacional de Desarrollo Sostenible.

Otras de las atribuciones del Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, en el marco de las competencias asignadas al nivel central por la Constitución Política del Estado, son las siguientes<sup>92</sup>:

- a) Diseñar las políticas de Inversión Financiamiento para el desarrollo con participación y consulta con los actores económicos, sociales.
- b) Proponer, a las instancias correspondientes, políticas, estrategias de inversión pública, financiamiento según los lineamientos estratégicos del Plan de Desarrollo Económico, Social.
- c) Elaborar el Plan de Inversión Pública, de acuerdo con las políticas nacionales, el Plan Sectoriales y de las Entidades Territoriales Autónomas y Descentralizadas.
- d) Realizar el seguimiento y evaluación del Presupuesto de Inversión Pública, así como de los convenios de financiamiento externo, en coordinación con

---

<sup>92</sup> Decreto Supremo N° 298947; Artículo 48

Ministerios, Universidades, Entidades Territoriales Autónomas y Descentralizadas, todas aquellas estatales que ejecutan Inversión Pública.

### **2.3.4 Ministerio de Salud y Deportes**

El Ministerio de Salud y Deportes es el órgano rector-normativo encargado de formular las estrategias, políticas, planes, programas y normas en salud a nivel nacional; así como de establecer las normas que rigen el sistema de salud en el ámbito Nacional, las cuales son ejecutadas y supervisadas a nivel departamental por los Servicios Departamentales de Salud, que dependen técnicamente del Ministerio de Salud y Deportes y administrativamente de la Prefectura o Gobierno Departamental (la máxima autoridad del Servicio Departamental de Salud de La Paz). Es el nivel máximo de gestión técnica en Salud en el Departamento. Articula las políticas nacionales de la gestión municipal, coordina supervisa la gestión de los Servicios de las redes de Salud en el Departamento, en directa permanente coordinación con los gobiernos municipales, promoviendo la participación comunitaria del sector privado. El SEDES es el encargado de cumplir y hacer cumplir la política, las normas de orden público. Dentro de cada Municipio la máxima autoridad es el Directorio Local de Salud (DILOS), que tiene por tarea el cumplimiento, implementación y aplicación de las políticas y de los programas de salud considerados prioritarios en el municipio, el Directorio Local de Salud está conformado por el Alcalde Municipal, el Director Técnico del Servicio Departamental de Salud y el presidente del Comité de Vigilancia. Y en el ámbito local corresponde a los establecimientos de salud de área y a las brigadas móviles hacerse cargo de la prestación de los servicios.

Las instituciones involucradas para la aplicación de políticas públicas para la gestión de salud son a nivel nacional, departamental, municipal<sup>93</sup>

Nivel Nacional: conformado por el ministerio de salud y deportes que es el órgano rector-normativo de la gestión de salud a nivel nacional, responsable de formular

---

<sup>93</sup> Ley N° 031 y Marco de Autonomías y Descentralización ,artículo 81

la política, estrategia, planes, programas nacionales, así como de establecer normas que rigen el sistema de salud en el ámbito nacional.

Nivel Departamental: está constituido por el Servicio Departamental de salud que es el máximo nivel de gestión técnica en salud de un departamento además coordina y supervisa la servicios de salud en el con directa y permanente coordinación con los gobiernos municipales. Es el encargado de hacer cumplir la Política Nacional de Salud y normas de orden público en su jurisdicción territorial, alcanzando las instituciones o entidades que conforman tanto el sector público y privado.

Los Servicios Departamentales de Salud, cuya sigla será SEDES, son órganos desconcentrados de las Prefecturas de Departamento. Tienen estructura propia e independencia de gestión administrativa, competencia de ámbito departamental y dependen linealmente del Prefecto y funcionalmente del Director de Desarrollo Social de la respectiva Prefectura de Departamento.

En cada Departamento, tiene como misión fundamental: a Ejercer como Autoridad de Salud en el ámbito departamental. Establecer, controlar, evaluar permanentemente la situación de Salud en el Departamento. Promover la demanda de Salud y planificar, coordinar, supervisar, evaluar su oferta. Velar por la calidad de los servicios de Salud a cargo de prestadores públicos, privados. Promover la participación del Sector Público y de la sociedad, en la formulación y ejecución de planes, programas, proyectos de salud.

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

## **CAPÍTULO III**

### **3. FACTORES DETERMINANTES Y CONDICIONANTES DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 ASPECTOS GENERALES**

##### **3.1.1 El Presupuesto de Inversión Pública**

En Bolivia la Inversión Pública en el Sector Salud es muy ineficiente, resultado de un Financiamiento insuficiente, situación geográfica, barreras culturales<sup>94</sup>. La organización a nivel institucional del Sector Salud en Bolivia se encuentra segmentada en tres sectores claramente definidos, estos son los Subsectores Público, la Seguridad Social y el Subsector Privado.

##### **➤ Subsector Público**

Comprende el Ministerio de Salud y Deporte, los Gobiernos Municipales (GM). Estos tienen las siguientes competencias: responsable de las normas e implementación de políticas, administración de recursos humanos (para el cumplimiento de metas a nivel nacional), la administración (a nivel local) de los establecimientos de salud respectivamente. Adicionalmente, se encuentran el Fondo Nacional de Inversión Productiva y Social (FPS) que apoya proyectos, programas para el desarrollo de la red de servicios de salud a nivel local.

##### **➤ Seguridad Social**

El Subsector de la seguridad social está integrado por la Dirección General de Previsión Social del Ministerio de Salud y Deporte se encuentra el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) que se encarga de la coordinación, fiscalización supervisión, por último las Cajas de Salud son las prestadoras de servicios de Salud.

##### **➤ Subsector Privado**

Compuesto por los seguros privados de salud, las instituciones privadas con fines de lucro, las ONGs, la Iglesia, la medicina tradicional. Entre estas se encuentran consultorios privados, las compañías de seguro que intermedian recursos para

---

<sup>94</sup> Banco Mundial [BM, 2000], pág. 12

ofertar los servicios, las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que tienen una visión más preventiva, de promoción y asistencial.

### **3.1.2 Ejecución de la Inversión Pública del Sector Salud a Nivel Nacional**

En el Gráfico 1 la Inversión Pública Programada en el Sector Salud presenta una tendencia cíclica; en 1998 la inversión comienza con Bs 230 millones, posteriormente los siguientes años se incrementa, en 2002 llega a un nivel máximo de Bs 479 millones decreciendo hasta llegar en 2005 a Bs 276 millones.

La Inversión Pública Ejecutada en el Sector Salud tiene un comportamiento cíclico en el año 1998 con Bs 243 millones posteriormente incrementa a un máximo el año 2000 con Bs.424 millones, el año 2003 presenta un mínimo de Bs. 258 millones y en el año 2005 llega a incrementar, presenta Bs. 281 millones (Ver Anexo 1).

La asignación del gasto entre los diferentes niveles del gobierno fue cambiando desde mediados de los años 90, ejecutando transferencias considerables de recursos a las áreas rurales alejadas, impulsando un dinámico proceso de descentralización de competencia a las prefecturas y municipios.

En el Modelo de Economía de Mercado se observa una tendencia cíclica debido a que la Inversión Pública está relacionada con los desequilibrios fiscales que ocasionaron reducciones o atrasos en las transferencias que hace el gobierno central también se caracteriza por una fuerte dependencia de los flujos de cooperación externa, la persistencia de un alto nivel de endeudamiento. En 2001 y 2002 la Inversión en el Sector Social tuvo un significativo aumento impulsados por los efectos del HIPC<sup>95</sup>.

A partir de los años 2003, 2004 existe un incremento de la Inversión Pública este logro debe ser atribuido en gran medida a un notable incremento de los Ingresos Tributarios del gobierno, en mucha menor medida a un control estricto de la

---

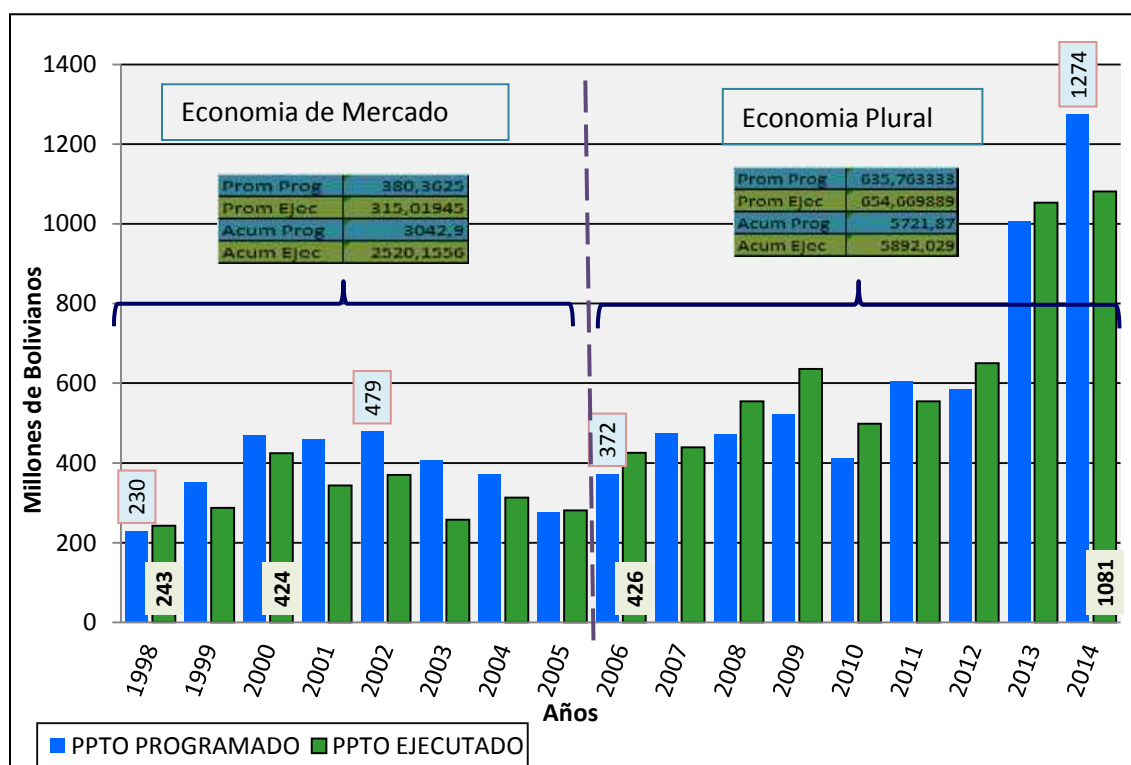
<sup>95</sup> "Como se gasta el dinero publico banco mundial, la paz 2008 pág. 8

expansión del gasto. A esto se agregó el efecto del nuevo Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH)<sup>96</sup>, creado por la nueva Ley del área.

El IDH es en gran parte el principal factor que explica la notable disminución del déficit fiscal, esto indica que el gasto continuo expandiéndose a un ritmo superior al aumento de los ingresos fiscales del país.<sup>97</sup>

### GRÁFICO 1

#### Ejecución de la Inversión Pública del Sector Salud a Nivel Nacional (En Millones de Bolivianos)



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia

Para el Segundo Periodo del Modelo de Economía Plural (Económico, Comunitario, Social, Productivo) la Inversión Pública Programada comienza con un incremento el año 2006 con Bs. 372 millones, el año 2010 existe un mínimo de

<sup>96</sup>En el 2005, el IDH fue aplicado recién desde el segundo semestre del año.

<sup>97</sup>IBID 1 pág. 15



Bs 412 millones el año 2011 al 2013 existe un gran incremento en la Inversión Pública de Bs 1006 millones.

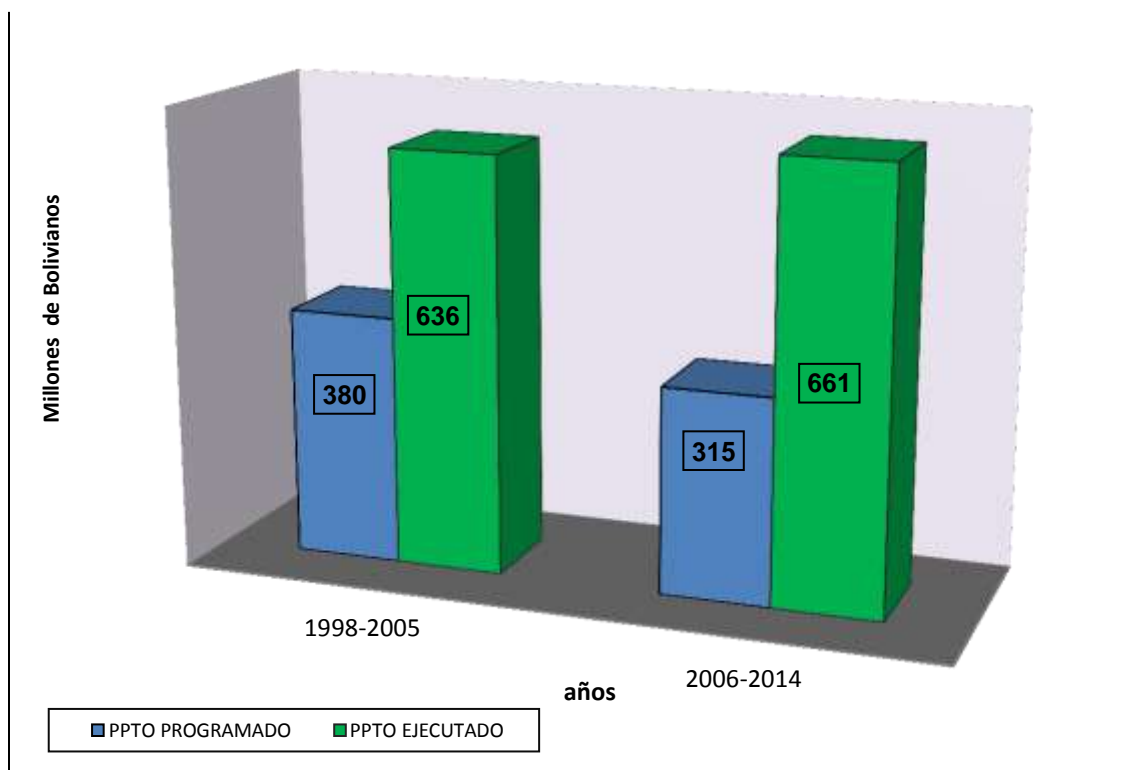
La Inversión Pública ejecutada en el Sector Salud tiene un comportamiento creciente en el año 2006 con Bs. 425 millones hasta llegar a un máximo el año 2009 con Bs. 635 millones después su comportamiento es decreciente llegando al año 2010 con un mínimo de Bs. 498 millones posteriormente tiene un crecimiento el año 2013 con Bs 1.053 millones. 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 Pública<sup>98</sup>. En los últimos años la inyección de recursos se hizo en sectores como la construcción infraestructura vial, centros de salud, educación, otras obras sociales y de desarrollo. (Ver Anexo 1)

---

<sup>98</sup> *Fundación Jubileo "Bolivia tiene menor Dependencia de la Cooperación Internacional"*(2014), pág. 10

## GRÁFICO 2

### Comparación Promedio de la Inversión Pública Programada y Ejecutada (En millones de Bs.)



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia

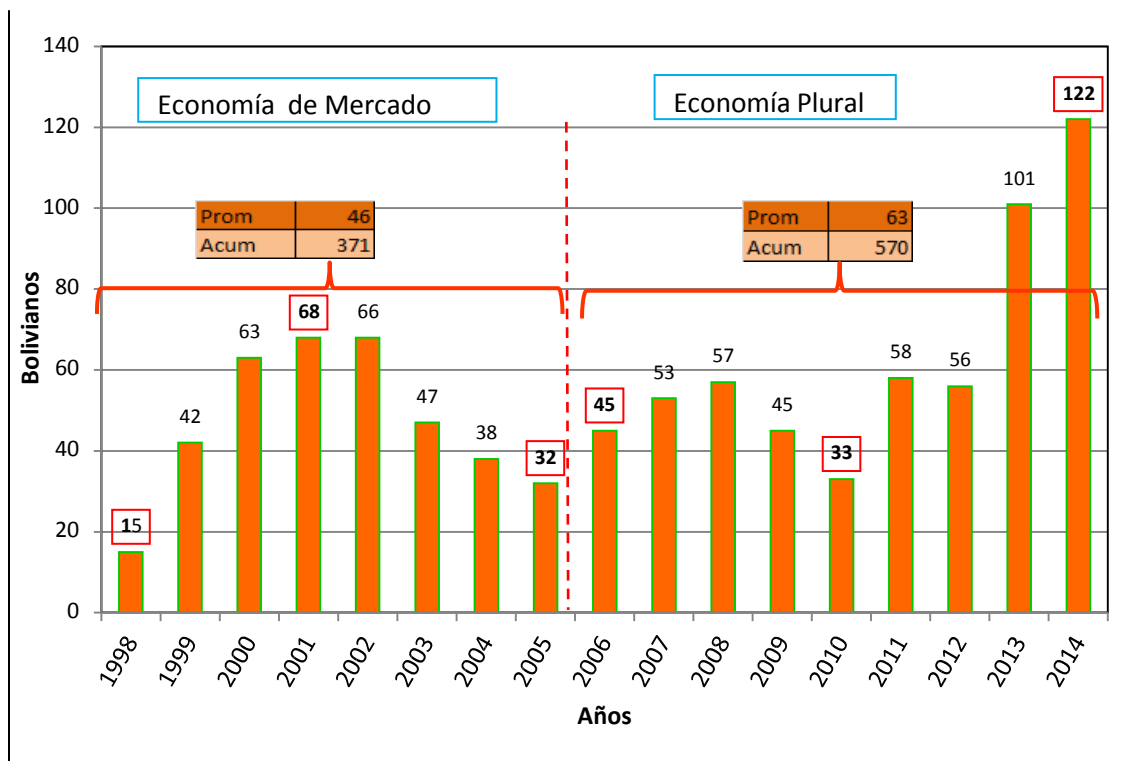
En el Gráfico 2 Se presenta la comparación entre los dos periodos, la Inversión Programada en el Sector Salud en el Modelo de Economía de Mercado y de Modelo de Economía Plural; en el segundo se registra una mayor Inversión por las políticas implementadas en este periodo; contribuyendo con programas y proyectos. La asignación del gasto entre los diferentes niveles del gobierno fue cambiando desde mediados de los años 90, ejecutando transferencias considerables de recursos a las áreas rurales alejadas, impulsando un dinámico proceso de descentralización de competencia a las prefecturas y municipios. En el primer periodo existe prioridad a los servicios en Salud; es decir a los proyectos no capitalizables como ser programas en Salud con una mayor inversión de recursos

externos, mientras que en modelo de mercado existe una mayor ejecución con recursos internos<sup>99</sup>.

### 3.1.3 Ejecución de Inversión Pública Per cápita en el Sector Salud del Departamento de La Paz

**GRÁFICO 3**

#### Ejecución de la Inversión Pública Per cápita del Sector Salud en el Departamento de La Paz (En Bolivianos)



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE) - Instituto Nacional de Estadística INE (2015) Elaboración Propia

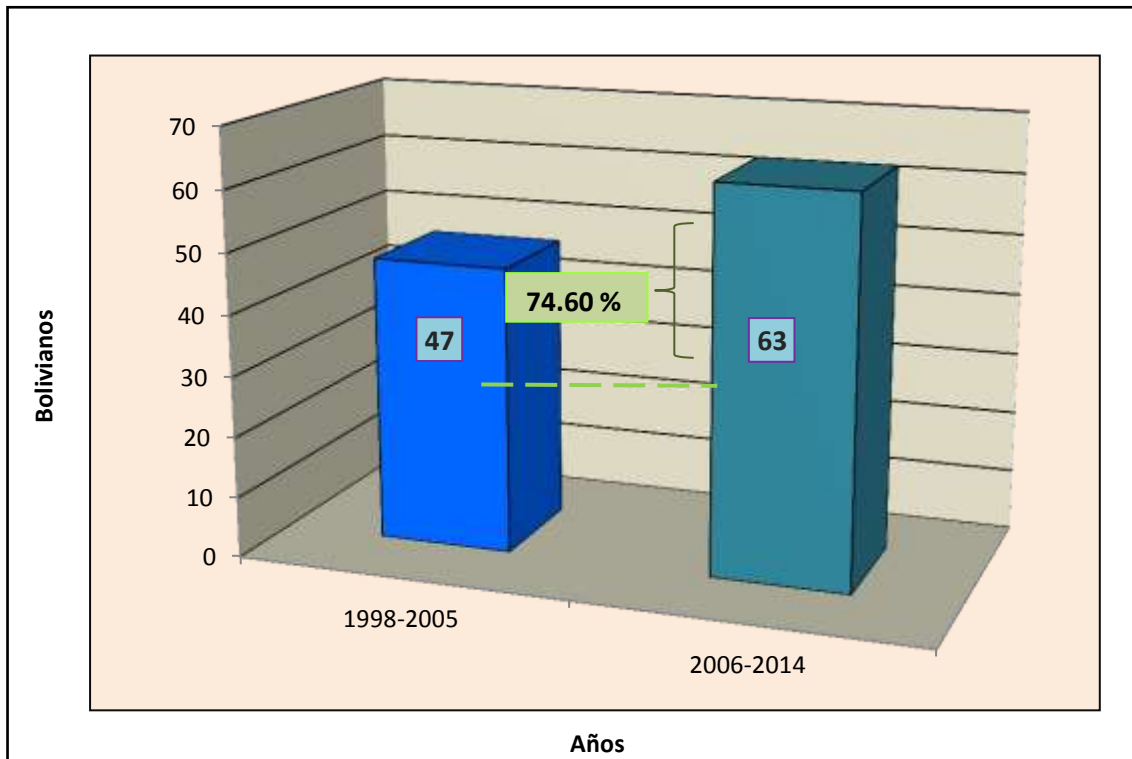
En el Gráfico 3 Para la Inversión Pública Per cápita del Sector Salud del Departamento de La Paz realizado en base a la población del Censo 2012, (tiene 2.798.653 habitantes). Se evidencia que el año 1998 presenta una inversión de Bs.15 por persona, el año 2001 se presenta un máximo de Bs.68, el año 2005 desciende con Bs.32. El año 2006 vuelve a incrementar la Inversión Per cápita del

<sup>99</sup> Los ciclos recientes de la Economía Boliviana; Una Interpretación del Desempeño Económico e Institucional (2009);pag.17

Sector Salud con Bs. 45, el año 2010 disminuye a Bs. 33 pero el año 2014 llega a un máximo de Bs 122 por Persona .Ver Anexo (2).

#### GRÁFICO 4

**Promedio de la Inversión Pública Per cápita del Sector Salud del Departamento de La Paz (En millones de Bs.)**



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE) - Instituto Nacional de Estadística INE (2015)  
Elaboración Propia

En el Gráfico 4, se evidencia que en el primer periodo la Inversión per cápita del Sector Salud presenta un promedio de Bs. 47, en comparación del segundo periodo la inversión crece en un 74.60% con un promedio de Bs 63 por persona.

En el primer periodo de Economía de Mercado la Inversión Per cápita en el Departamento de La Paz es mínima, no es significativa por la capitalización privatización de la Economía, En la Modelo Plural se aplican políticas de redistribución del ingreso, mayores transferencias a niveles subnacionales, que

permite una mayor ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en programas y proyectos en el Sector Salud.

### **3.1.4 Ejecución de la Inversión Pública del Sector Salud en el Departamento de La Paz**

En el Gráfico 5 En el modelo de Economía de Mercado el Presupuesto Programado es descendente durante el periodo; la gestión 2001 presenta mayor monto de inversión de Bs. 137.69 millones, en 2003 registra con una mínima de Bs. 94.3 millones, posteriormente los años 2004, existe un decremento en el año 2005 con Bs. 65,42 millones.(Ver Anexo 3)

Los fuertes incrementos del gasto en salarios, fueron el resultado de reformas estructurales de los sectores de pensiones, educación, salud. La elevada dependencia de la Inversión Pública de la cooperación internacional para el financiamiento de Proyectos de Inversión Pública en todos los sectores. Esta dependencia hace que numerosos Proyectos de Inversión sufran notables atrasos por las dificultades en la tramitación de recursos externos o en la disponibilidad de contraparte que cofinancien las inversiones<sup>100</sup> junto con los financiamientos externos

La disponibilidad de los recursos HIPC fomento aún más los incrementos, estos recursos cubrieron más de la mitad del incremento del gasto en los años 2001 a 2003.La asignación sectorial de la Inversión Pública ha evolucionado en el Sector Social representaba el mayor porcentaje de la Inversión Total, impulsado fundamentalmente por inversiones en educación, saneamiento básico. En 2004 la asignación de los recursos HIPC II, los cuales muestran una tendencia decreciente y cuyo valor no es significativo<sup>101</sup>.

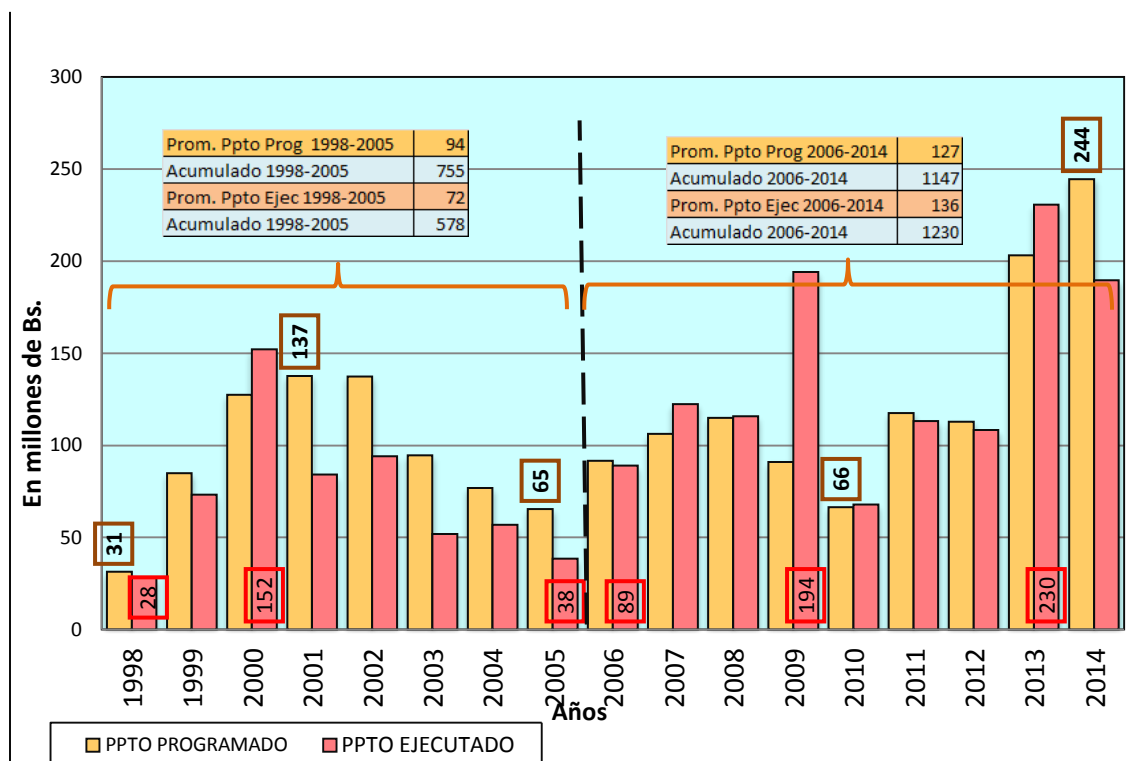
---

<sup>100</sup>“ Como se gasta el dinero publico banco mundial, la paz 2008

<sup>101</sup> Estimación del Gato Publico Social Del Gobierno Autónomo Municipal de La Paz,2003-2013, pág. 52

## GRÁFICO 5

### Ejecución de la Inversión Pública en el Sector Salud del Departamento de La Paz (En millones de Bs.)



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia

En este periodo se observa un leve incremento leve donde se registra un mínimo en el Presupuesto Programado del Departamento de La Paz en el año 2006 con Bs. 91,62 millones el año 2008 presenta un mínimo de 114,92 millones, el año 2010 se registra el máximo con un monto de Bs. 66,33 millones, posteriormente el presupuesto tiende a decrecer observándose en el año 2013 con Bs. 203,14 millones (ver Anexo 3)

En la Economía Plural el Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo dependiente del Ministerio de Planificación del Desarrollo (MPD), como

uno de los principales motores del crecimiento social del Estado plural de Bolivia.<sup>102</sup>

La Ejecución Presupuestaria en Salud el año 2008 está afectada por la gobernabilidad; esto significa que si la gestión municipal tiene problemas de transparencia, continuidad y acuerdos partidarios, estos pueden influir en la capacidad o la voluntad política para invertir en salud a nivel local<sup>103</sup>.

En 2012, los sectores de infraestructura (transporte, comunicaciones, energía, recursos hídricos) concentraron el 40% de la inversión; seguidos por los sectores productivos (agropecuario, hidrocarburos, industria, turismo y minería). La inversión en los sectores sociales (educación, cultura, salud, seguridad social, saneamiento básico, urbanismo, vivienda).

El programa de Gobierno Actual impulsa inversiones en el Sector Salud, de manera directa o vía Gobiernos Municipales. En el ámbito productivo esta inversión ha tenido varias características, pero casi siempre es intensiva en uso de tecnología y no de mano de obra<sup>104</sup>.

La distribución de la Inversión Pública de acuerdo con el nivel administrativo que los ejecuta. Entre 1997 y 2000 se tiende a revertir la tendencia creciente de aumento de participación de niveles regional, municipal que comenzó con el proceso de descentralización de Bolivia de mediados de los noventa. Con la disponibilidad de recursos HIPC desde 2001 se detuvo esta tendencia, fortaleciendo la participación del Gobierno Central en el total de Inversión Pública.

En el primer periodo el presupuesto ejecutado tiene un comportamiento cíclico; llega a un máximo en el año 2000 con Bs 152.032 millones después tiene un descenso en el año 2005 llega a un mínimo Bs. 38.463 millones.

---

<sup>102</sup> Correa r Herminio "Informe 2012 sobre Inversión Publica Financiamiento para el Desarrollo en Bolivia" Diciembre 2013, pág. 10

<sup>103</sup> Análisis Sobre la Gestión de Salud a nivel Municipal 2008, pág. 69

<sup>104</sup> Cebem, Las economía boliviana en la etapa post nueva CPE, pág. 11

A partir de 2003, esta tendencia cambia a favor del Sector Infraestructura, se trata esencialmente de inversiones en caminos y carreteras. En términos de la capacidad de ejecución sectorial, en el 2003, con un nivel de ejecución históricamente bajo por los eventos políticos de ese año. Los niveles de ejecución del presupuesto de Inversión Pública se recuperaron rápidamente en el 2004 y 2005, lográndose ejecuciones superiores al 100 por ciento en casi todos los sectores.

A partir del año 2006 el presupuesto ejecutado tiene un incremento de Bs. 89 millones llegando a un máximo en el año 2009 de Bs. 194.067 millones por políticas aplicadas en el nuevo Modelo Económico Plural, una mayor Ejecución de los Proyectos Capitalizables (infraestructura) en el Sector Salud, en el año 2010 presenta un mínimo de Bs. 67.852 millones, para el año 2013 vuelve a incrementar, es el año con mayor ejecución del presupuesto para el sector con un monto de Bs. 230.500 millones. (Ver Anexo 3)

A partir del año 2005 y en el presupuesto 2006<sup>105</sup> existe un nuevo cambio. Este reforzamiento de la Inversión en las prefecturas tiene que ver con la profundización de descentralización (simbolizado por la elección de prefectos en diciembre de 2005) por los efectos de la distribución del IDH.

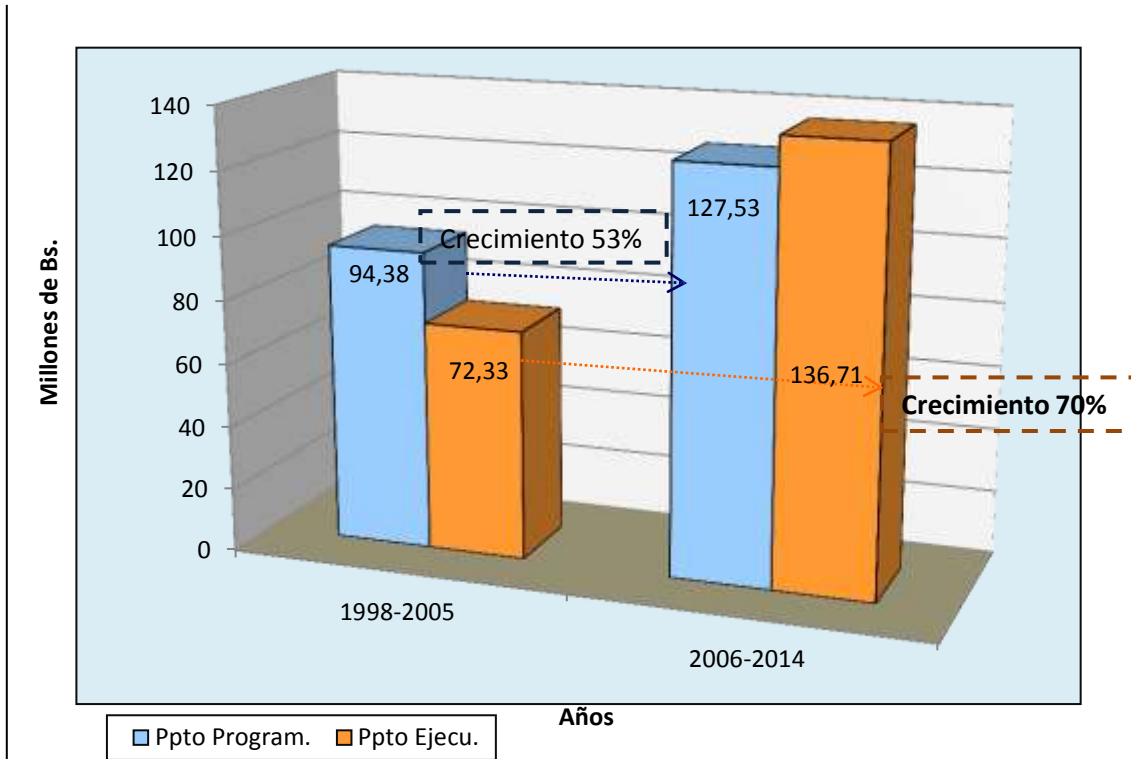
---

<sup>105</sup> Banco Mundial, *Como se Gasta el Dinero Publico* pág. 23



## GRÁFICO 6

### Comparación Promedio de la Inversión Pública Programada y Ejecutada del Sector Salud en el Departamento de La Paz (En millones de Bs.)



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia

Existe una mayor ejecución del presupuesto en el Sector Salud en el Modelo Económico Plural con respecto al Modelo de Economía de Mercado, porque este sector es un pilar fundamental en la Economía Boliviana. En el año 2006 hubo un incremento de recursos en los sectores de la construcción, infraestructura vial, centros de Salud y educación, otras obras sociales de desarrollo.

En el segundo periodo las inversiones en el Sector Salud se realiza en base al cumplimiento de las políticas frente a problemas como: limitada cobertura, baja calidad de atención en el sistema de Salud, enfoque de Salud basado en la atención, prevención y promoción<sup>106</sup>.

<sup>106</sup> Plan de Desarrollo del Departamento de La Paz al 2020, pág. 109

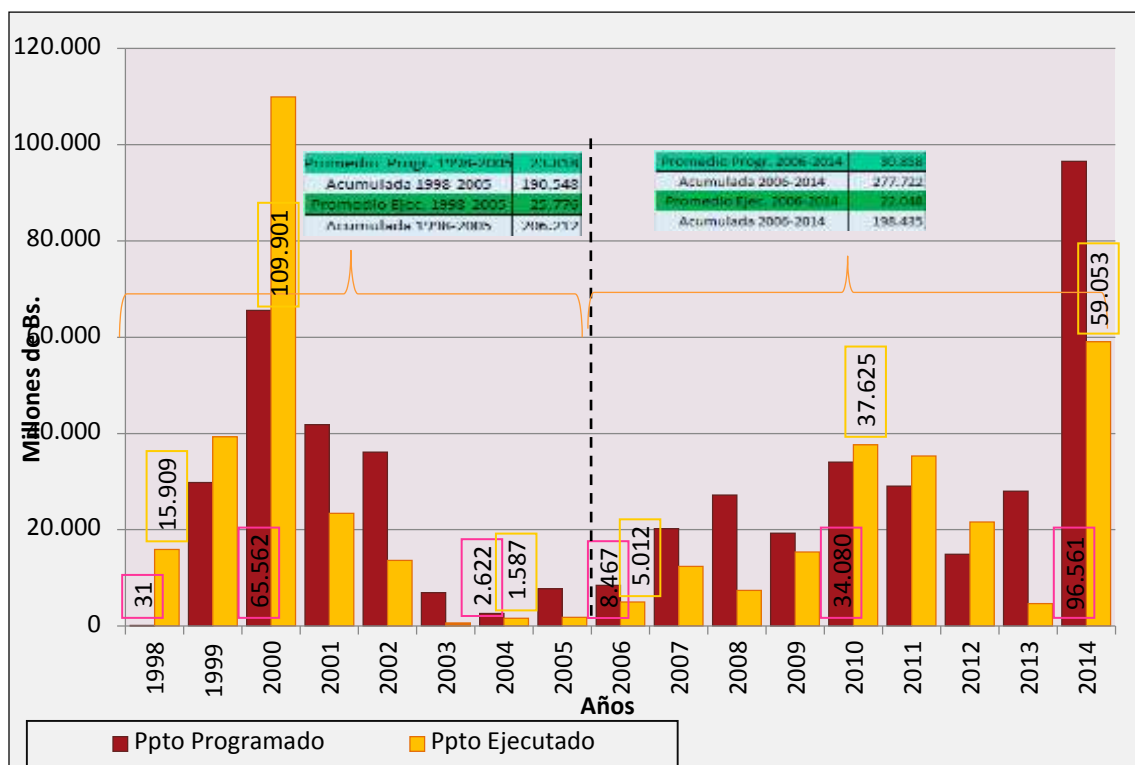
El perfil de la Inversión Departamental refleja como prioridades proyectos relacionados con los objetivos y acciones propuestas en la Estrategia, destacándose los Sectores de Educación, Salud y Saneamiento Básico<sup>107</sup>.

### 3.2. Ejecución de la Inversión Pública en Proyectos Capitalizables

#### 3.2.1 Ejecución de la Inversión Pública en Proyectos de Construcción y Equipamiento de Hospitales

**GRÁFICO 7**

**Ejecución de la Inversión Pública en Construcción y Equipamiento de Hospitales (En Millones de Bs.)**



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia

En el Gráfico 7, se observa la evolución del Presupuesto Programado en Proyectos de Construcción y Equipamientos de Hospitales en el año 1998

<sup>107</sup>Instituto Nacional de Estadística (2005)Departamento de La Paz Recursos Financieros e Indicadores Sociales Sectoriales pág. 10

comienza con una inversión mínima de Bs 31.318 millones, posteriormente el año 2000 incrementa a Bs 65.562 millones el año 2004 disminuye a Bs 2.622 millones la Ejecución de la Inversión Pública el año 1998 es de Bs. 15.909 millones con una ejecución máxima el año 2000 de Bs. 109.901 millones disminuyendo el año 2004 en Bs. 1.587 millones.

La diferencia de los niveles de ejecución se atribuye a las diferentes escalas de proyectos y grados de capacidad institucional en los municipios. En el primer caso los procedimientos administrativos para pequeños proyectos son más ágiles y tienen requisitos menores que en el caso, los procedimientos administrativos para pequeños proyectos son más ágiles y tienen requisitos menores que en el caso de proyectos grandes; en el segundo caso existen municipios que tienen mayor capacidad para la preparación y diseño de proyectos así como para la realización de los procedimientos para la ejecución de obras<sup>108</sup>.

En el Gráfico 7, Para el Segundo Periodo la Inversión Programada en Construcción y Equipamiento de Hospitales presenta un comportamiento volátil el año 2006 de Bs. 8.467 millones con un crecimiento en 87% llegando el año 2014 a Bs. 96.561 millones, la Ejecución de Inversión Pública tiene un mínimo el año 2006 de Bs. 5.012 millones con un crecimiento del 84 % el 2014 a Bs. 59.063 millones. (Ver Anexo 5).

Los proyectos más destacados en el Modelo de Economía Plural en el Departamento de La Paz es la construcción de Hospitales como: Hospital del Norte, Hospital de Los Andes y Hospital Maternológico en la Ciudad de El Alto<sup>109</sup>.

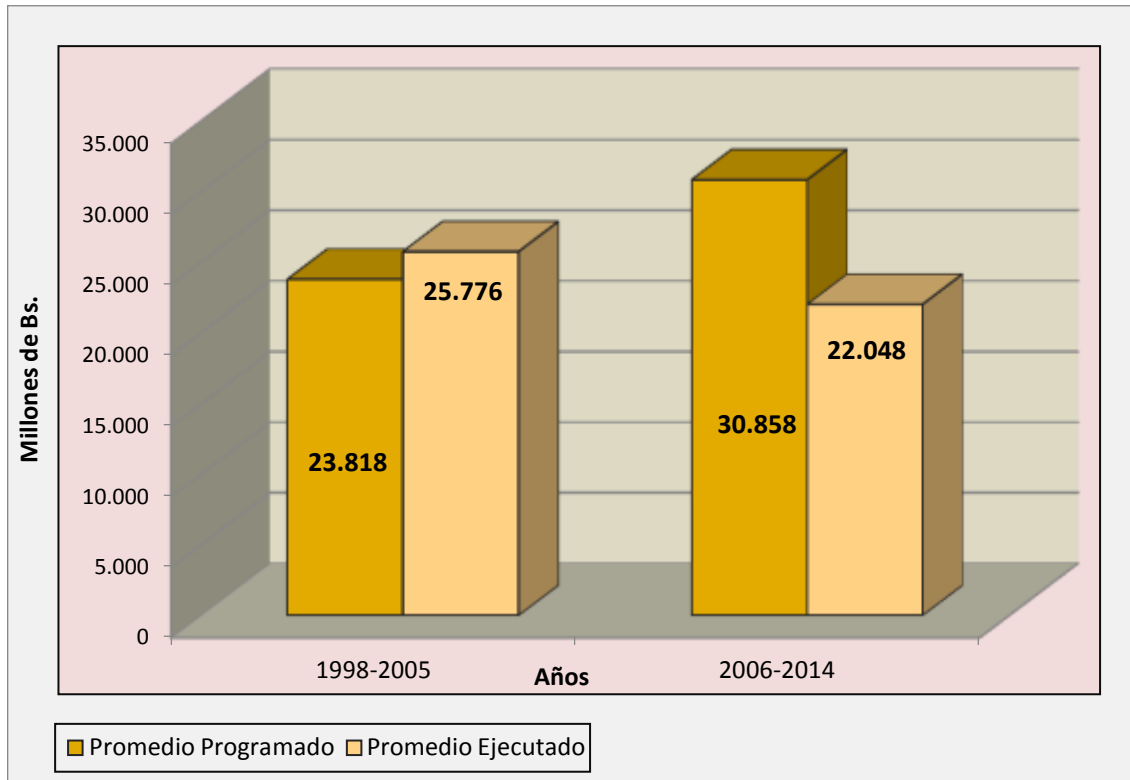
---

<sup>108</sup> Instituto Nacional de Estadística (2005) Departamento de La Paz Recursos Financieros e Indicadores Sociales Sectoriales pág. 9

<sup>109</sup> Informe sobre Inversión Pública y Financiamiento para el Desarrollo en Bolivia(2013), pág. 27

## GRÁFICO 8

### Construcción y Equipamiento de Hospitales (En Millones de Bs.)



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia

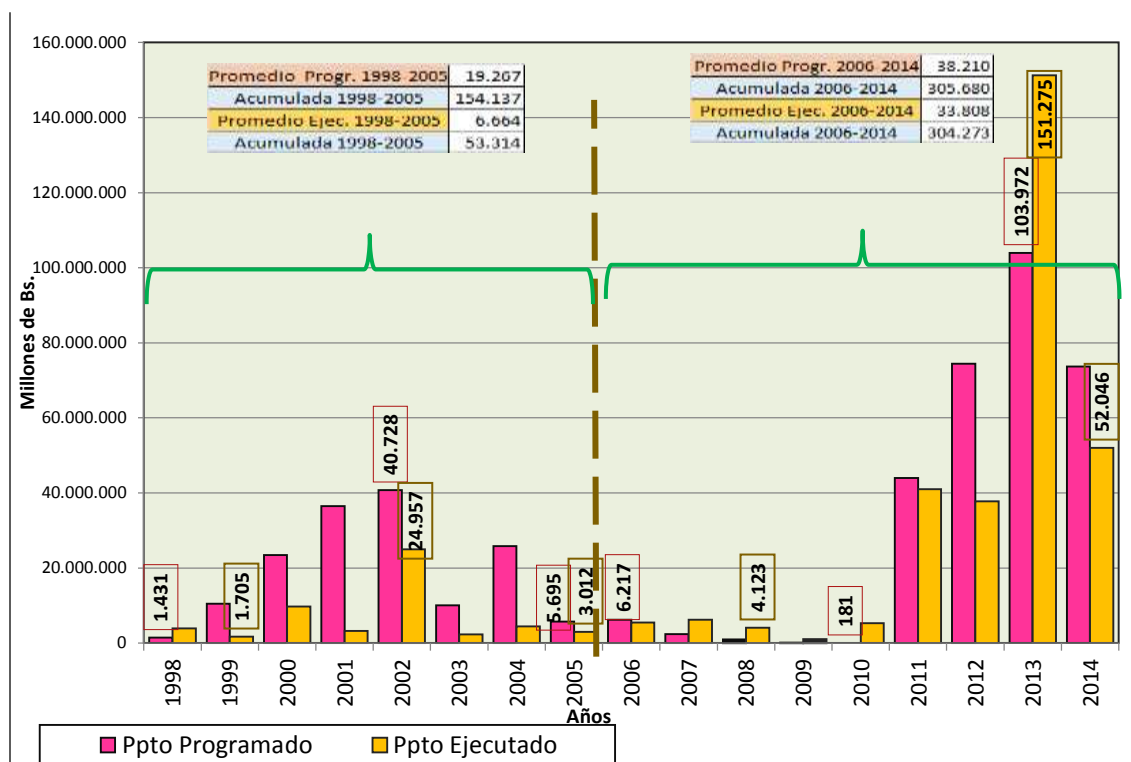
En el Gráfico 8 se aprecia que el Promedio del Presupuesto de Inversión Pública Programado en Construcción y Equipamiento de Hospitales del Departamento de La Paz tiene un crecimiento para el Modelo de Economía Plural de 77.18%. El análisis del Modelo de Economía Plural el comportamiento del Presupuesto Ejecutado disminuye en 85%. Por el deterioro del contexto internacional, junto con crecientes presiones sociales y serias restricciones presupuestarias, obligaban al estado a direccionar sus recursos de Inversión hacia sectores sociales priorizando la formación de Infraestructura de carácter social<sup>110</sup>, Con respecto al Modelo de Economía de Mercado.

<sup>110</sup> CEPB, *Inversiones y Crecimiento en Bolivia "Desencuentros recurrentes"*(2013),pág. 4

### 3.2.2 Ejecución de la Inversión Pública en Proyectos en Construcción y Equipamiento de Centros de Salud

GRÁFICO 9

#### Ejecución de la Inversión Pública en Proyectos en Construcción y Equipamiento de Centros de Salud (En Millones de Bs.)



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia

En el Gráfico 9, se observa que el año 1998 la Inversión Pública Programado es de Bs. 1.431 millones posteriormente el presupuesto alcanza un máximo el año 2002 con Bs. 40.228 millones tendiendo a disminuir el año 2005 con un mínimo en 5.695 millones. La Ejecución de la Inversión Pública presenta un mínimo el año 1999 con Bs. 1.705 millones tendiendo a incrementar el año 2002 a Bs. 24.957 millones con un mínimo el año 2005 de Bs. 3.012 millones. En este periodo no existe mucha cobertura en la Inversión Pública de Construcción de Centros de Salud, se hacen más programas de prevención en salud. (Ver Anexo 6).

En el Gráfico 9 en el Modelo de Economía Plural la Inversión Pública Programado presenta un comportamiento volátil iniciando el año 2006 con Bs. 6.217 millones disminuyendo el año 2010 a Bs. 181 millones, una máximo el año 2013 con Bs. 103.972 millones. La Ejecución de la Inversión Pública en el Periodo de Economía Plural presenta un mínimo el año 2008 con Bs. 4.123 millones con una tendencia creciente el año 2013 en Bs. 151.275 millones pero el año 2014 presenta una disminución en Bs. 52.046 millones (Ver Anexo 6).

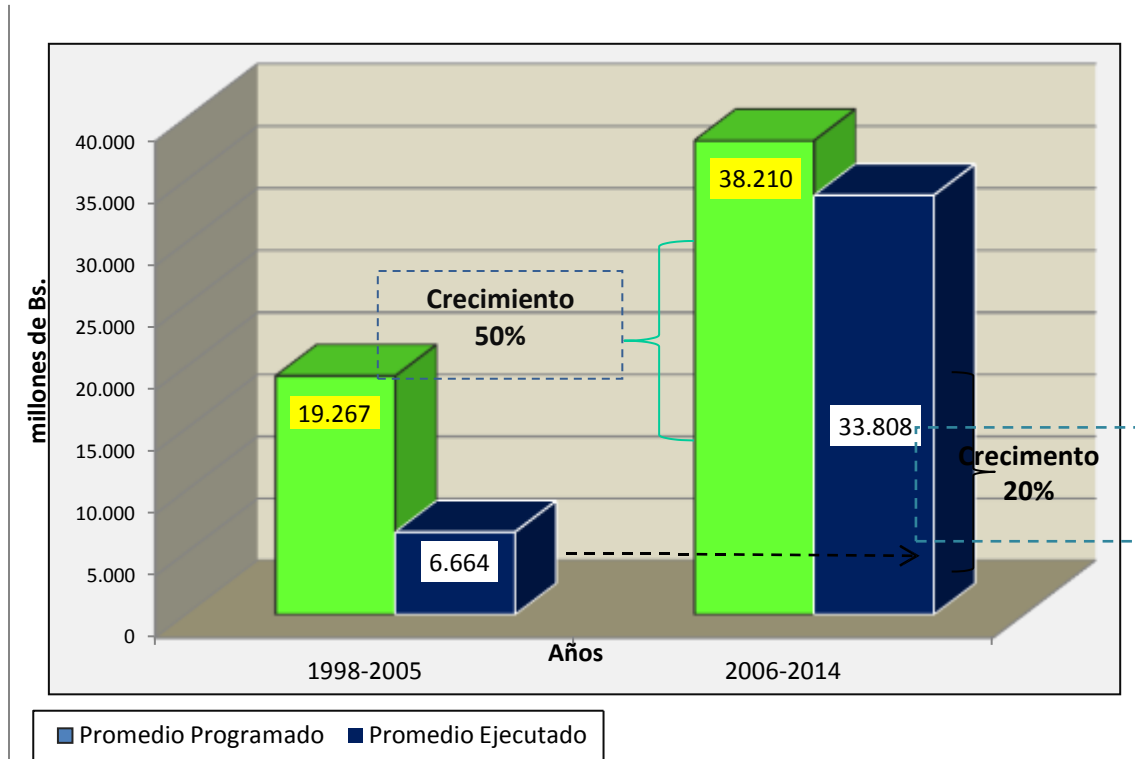
La ejecución se puede asimilar con una función de producción, pues existe un proceso de combinación y transformación de recursos para lograr un producto final, que puede ser un conjunto habitacional, un embalse con propósitos de energía, una campaña de seguridad estimulada por las autoridades, la construcción, instalación y dotación de un centro de salud, etc.<sup>111</sup>.

---

<sup>111</sup> Juan José Miranda Miranda *Gestión De Proyectos*, pág. 50

## GRÁFICO 10

### Comparación Promedio Inversión Pública Programada-Ejecutada en Construcción de Centros de Salud (En millones de Bs.)



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia

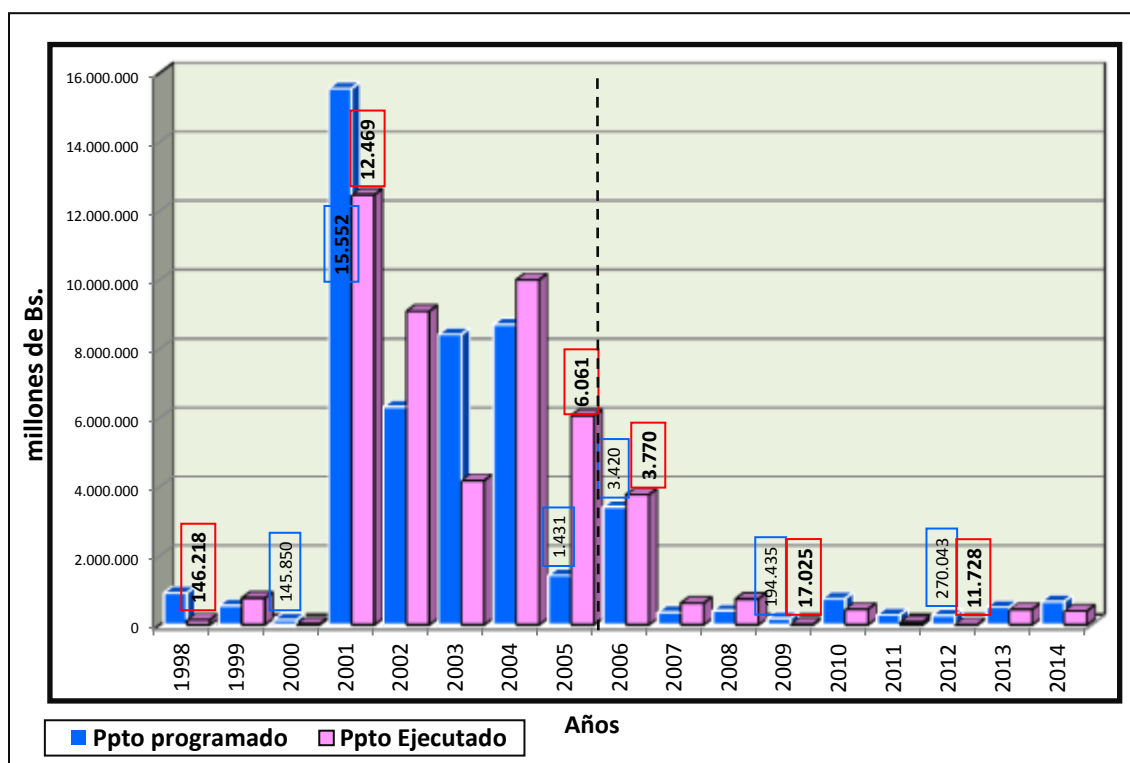
En el Primer Periodo la Inversión Pública Programado presenta un promedio de Bs. 19.267 millones tendiendo a crecer con 50% en el Nuevo Modelo de Economía Plural a Bs. 38.210 millones la Ejecución de la Inversión Pública presenta un incremento en el promedio de Bs. 6.664 millones a 33.808 millones con un crecimiento de 20%.

### 3.3 Ejecución de la Inversión Pública de Proyectos No Capitalizables

#### 3.3.1 Ejecución de la Inversión Pública en Planificación y Educación para la Salud

GRÁFICO 11

Ejecución de la Inversión Pública Programada y Ejecutada en Planificación y Educación para la Salud (En millones de Bs).



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia

En el Gráfico 11, para el Primer Periodo que predomina el Modelo de Economía de Mercado dentro del análisis que parte del año 1998-2005, presenta un Presupuesto Programado mínimo el año 2000 con Bs. 145.850 millones, con un máximo el año 2001 con Bs. 15.552 millones registrando una tendencia decreciente para el año 2005 de Bs. 1.431 millones. la Inversión Pública Ejecutada el año 1998 presenta un mínimo de Bs.146.218 millones con un crecimiento el año 2001 de Bs. 12.469 millones llegando a descender en Bs.6.061 millones el año 2005 (Ver Anexo 7).



En el Modelo de Economía Plural el comportamiento del Presupuesto de Inversión Pública Programada es tiene un comportamiento decreciente tiene un máximo el año 2006 de Bs. 3.420 millones llegando a un mínimo el año 2012 de Bs. 270.043 millones. El comportamiento de la Inversión Pública Ejecutada presenta una disminución durante el nuevo Modelo de Economía Plural con un máximo de Bs. 3.770 millones llegando a una mínima ejecución el año 2012 de Bs. 11.728 millones. (Ver Anexo 7).

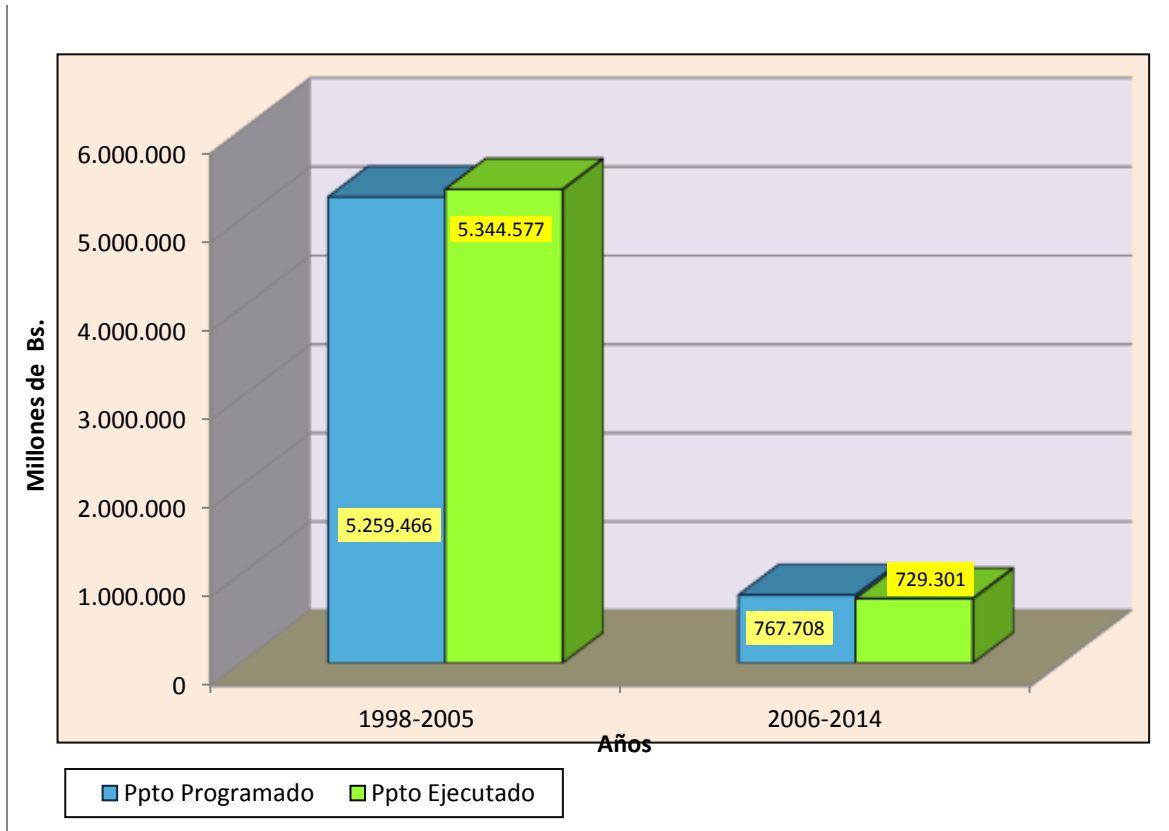
El fomento de los derechos de las poblaciones vulnerables supone el diseño de una estrategia de educación en salud para la participación en la toma de decisiones de grupos vulnerables en coordinación con otros ministerios e instituciones (se destaca la necesidad de la participación activa de dichos grupos en los consejos sociales municipales y de una estrategia de inserción laboral de las personas con discapacidad)<sup>112</sup>.

---

<sup>112</sup> *Estrategia De Cooperación De País Bolivia / 2011-2015* pág. 23

## GRÁFICO 12

### Comparación Promedio de Inversión Pública en Planificación y Educación de Salud (En millones de Bs.)



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia

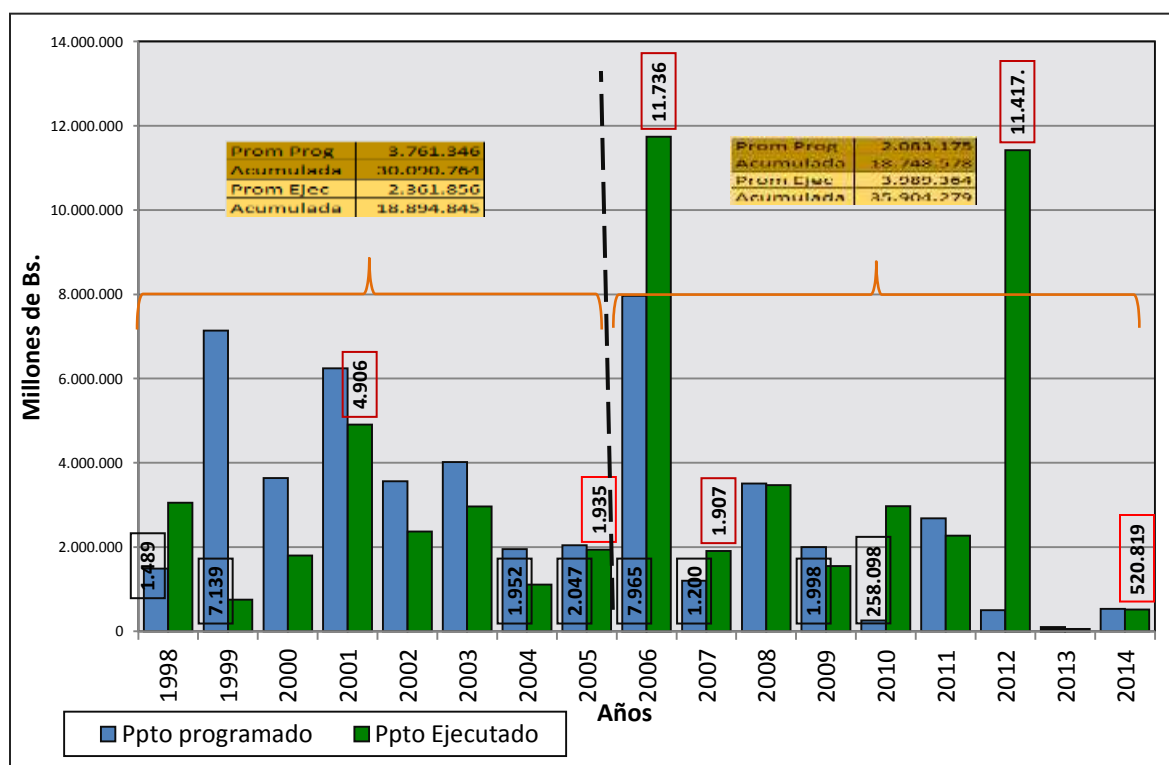
En la comparación Promedio que se observa en el Gráfico 12 en el Periodo de Economía de Mercado La Inversión Pública Programada en Planificación y Educación de Salud es de Bs. 5.259.466 millones para el nuevo Modelo de Economía Plural es Bs. 767.708 millones, reduciendo en 15%. En el Primer Periodo la Ejecución de Inversión Pública en Planificación y Educación de Salud presenta Bs. 5.344.577 millones disminuyendo un 13 % para el Modelo de Economía Plural a Bs. 729.301 millones.

### 3.3.2 Ejecución de la Inversión Pública en Epidemiología

Se observa en el Gráfico 13 la Inversión Pública Programada en Epidemiología en el Primer Periodo tiene un comportamiento cíclico el año 1998 con un mínimo de Bs. 1.489 millones y un máximo en el año 1999 con Bs. 7.139 millones descendiendo el año 2004 a Bs. 1.952 millones. La Ejecución de la Inversión Pública en Epidemiología en el año 2001 un ejecución máxima de 4.906 millones con una tendencia descendente el año 2005 a Bs. 1.935 millones. (Ver Anexo 8).

**GRÁFICO 13**

**Ejecución de la Inversión Pública en Epidemiología (En millones de Bs.)**



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia

En el Gráfico 13, se observa que en el Segundo Periodo de Modelo de Economía Plural la Inversión Pública Programada en Epidemiología presenta un comportamiento volátil, el año 2006 presenta un máximo de Bs. 7.965 millones y el

año 2007 presenta un mínimo de Bs.1.200 millones, el año 2010 registra un mínimo de Bs. 258.098 millones. La Ejecución de la Inversión Pública en Epidemiología el año 2006 tiene un máximo de Bs. 11.736 millones descendiendo abruptamente el año 2007 a Bs. 1.907 millones con un crecimiento en la ejecución en el año 2012 a Bs. 11.417 millones pero con una tendencia descendente en el año 2014 a Bs. 520.819 millones.

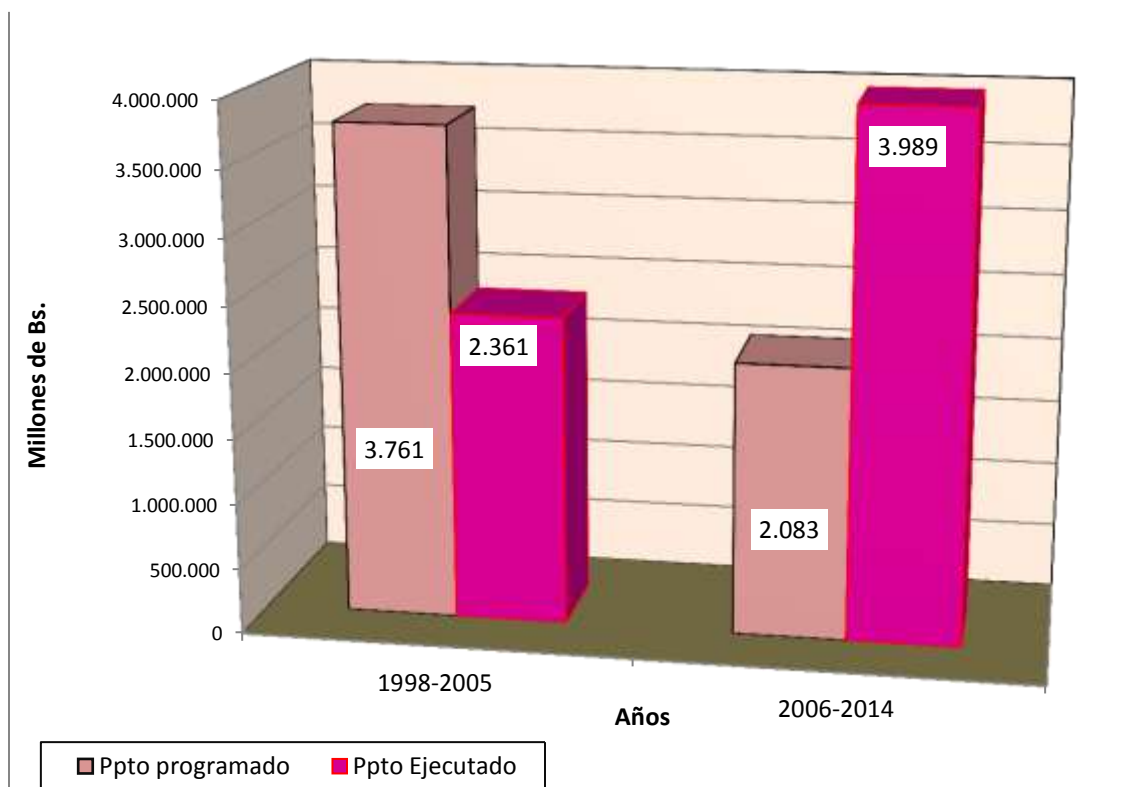
La mayor ejecución se dieron en programas y proyectos para controlar y disminuir el impacto de la epidemia del dengue y la pandemia de Influenza AH1N1; en el Programa de malaria, incorporación de rutinas de análisis epidemiológico local; también la introducción de nuevas vacunas y refuerzos en el esquema nacional de inmunización (vacuna contra influenza estacional, H1N1, refuerzos de DPT y antipolio)<sup>113</sup>.

---

<sup>113</sup> *Estrategia De Cooperación De País Bolivia / 2011-2015 pág. 19*

## GRÁFICO 14

### Comparación Promedio Inversión Pública en Epidemiología (En millones de Bs.)



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia

En el Gráfico 14 se estima en el Primer Periodo el Promedio de la Inversión Pública Programado en Epidemiología es de Bs. 3.761 millones con una disminución en 55 % llegando a Bs. 2.083 millones en el Modelo de Economía Plural. La ejecución de Inversión Pública en el Primer Periodo es Bs. 2.361 millones con un crecimiento en su ejecución del 60% para el Segundo Periodo en el Modelo de Economía Plural llego a Bs. 3.989 millones.

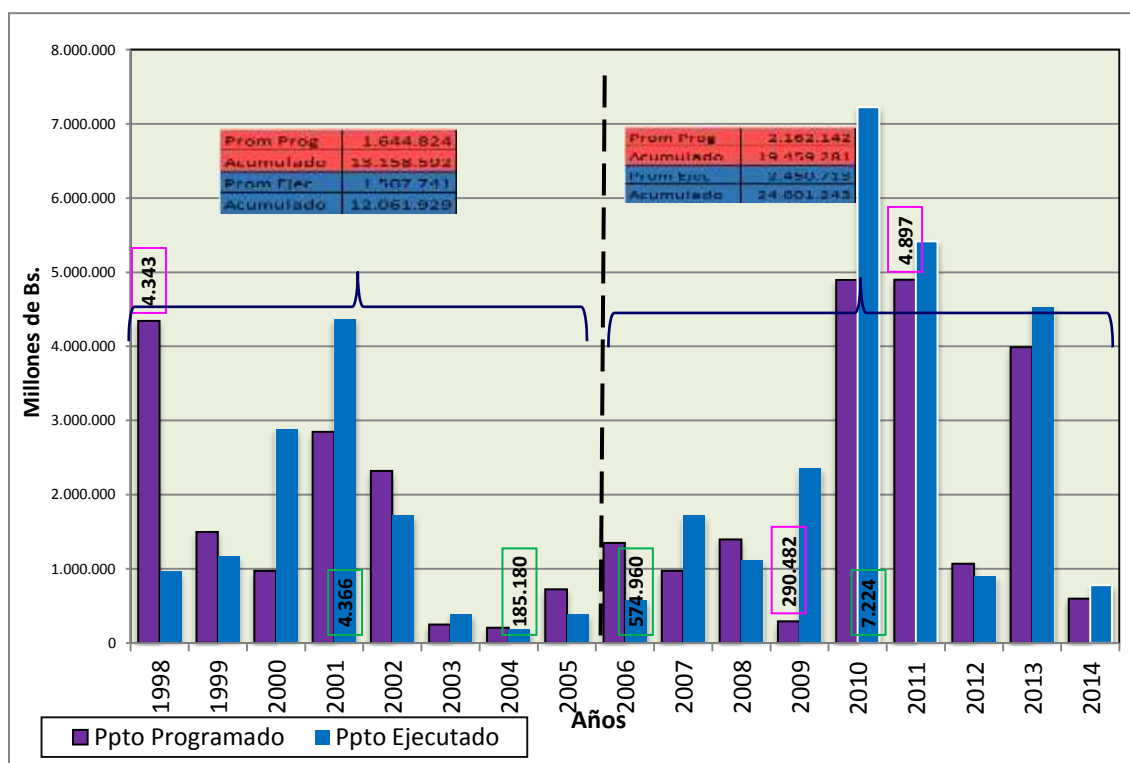
#### 3.3.3 Ejecución de la Inversión en Programas Integrales de Salud

El Gráfico 15 se aprecia la Inversión Pública Programado en Programas Integrales de Salud en el Primer Periodo del Modelo de Economía de Mercado, su comportamiento es descendente el año 1998 tiene un máximo de Bs. 4.343

millones llegando a un mínimo el año 2004 de Bs 205.167 millones. La Inversión Pública Ejecutada presenta un máximo el año 4.366 millones y el año 2004 un mínimo de Bs. 185.180 millones. (Ver Anexo 10)

### GRÁFICO 15

**Ejecución de la Inversión Pública en Programas Integrales de Salud  
(En millones de Bs.)**



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia

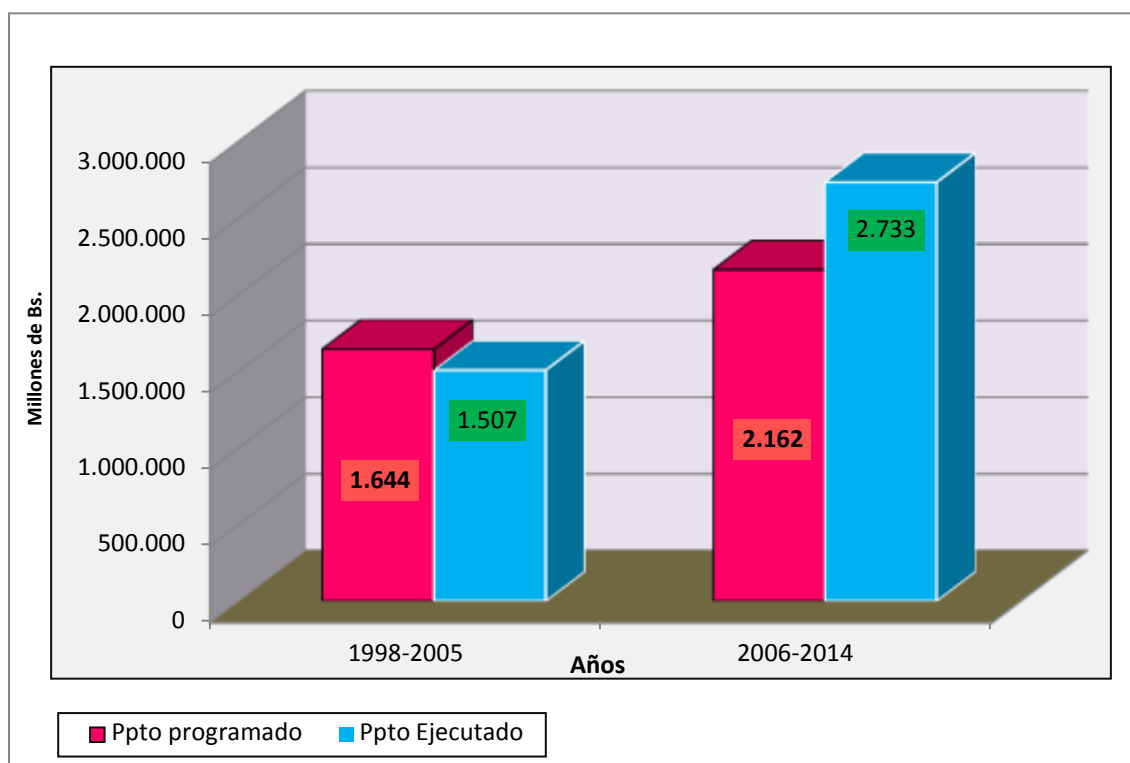
En el Segundo Periodo del Modelo de Economía Plural la Inversión Pública Programada el año 2009 presenta un mínimo de Bs. 290.482 millones llegando a un máximo el año 2011 de Bs. 4.897 millones. Se presenta una mínima Ejecución de la Inversión Pública en el año 2006 de 57.960 millones presentando una máxima ejecución el año 2010 de 7.224 millones. (Ver Anexo 10)

Los lineamientos del pilar de Bolivia Digna donde se encuentra el Sector salud ha implementado programas de vacunación y acciones municipales de prevención y

control de enfermedades endémicas, programadas tales como la malaria, el dengue, chagas, leishmaniasis, fiebre amarilla, tuberculosis, rabia y otros. Proyectos integrales de promoción de la salud y prevención de enfermedades<sup>114</sup>.

### GRÁFICO 16

**Comparación Promedio Inversión Pública en Programas Integrales de Salud  
(En millones de Bs.)**



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia

En el Grafico 16 indica que en el Primer Periodo el promedio de la Inversión Publica Programado en el Modelo de Economía de Mercado es de Bs. 1.644 millones con un crecimiento 76 % llegando a Bs. 2.162 millones en el Modelo de Economía Plural. La Ejecución de Inversión Pública en el Primer Periodo es Bs. 1.507 millones con un crecimiento en su ejecución del 55% para el Segundo Periodo en el Modelo de Economía Plural lleo a Bs. 2.733 millones.

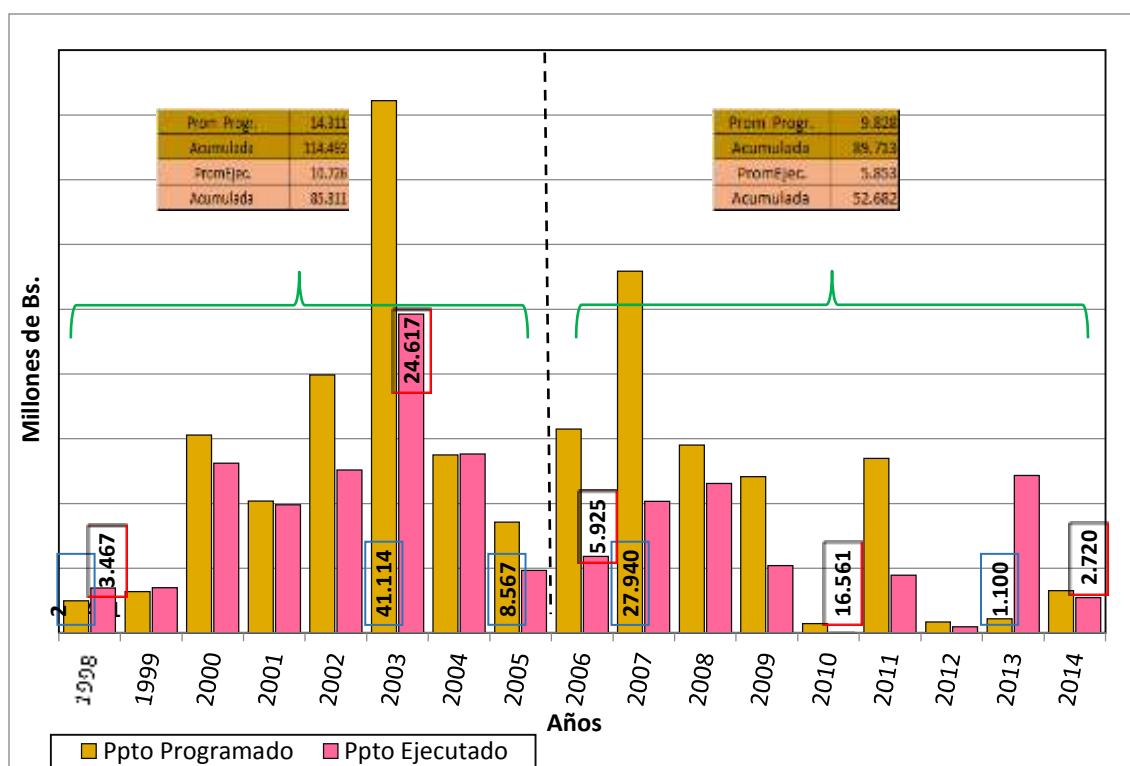
<sup>114</sup> Mauricio Medinaceli Monrroy (2007) Origen y Usos del IDH pág. 33

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<sup>115</sup>

### 3.3.4 Ejecución de la Inversión Pública en Multiprograma Salud

GRÁFICO 17

Ejecución de la Inversión Pública Multiprograma Salud  
(En millones de Bs.)



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia

En el análisis del Gráfico 17 en el Primer Periodo de Economía de Mercado la Inversión Pública Programado de Multiprograma Salud presenta un comportamiento volátil en el año 1998 con Bs. 2.471 millones posteriormente tiene un crecimiento el año 2003 con Bs. 41.114 millones, para el 2005 llegaron a Bs. 8.567 millones. Para el Periodo de Economía Plural el año 2007 la Inversión

<sup>115</sup> Decreto Supremo N° 29601 "Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia" pág. 3

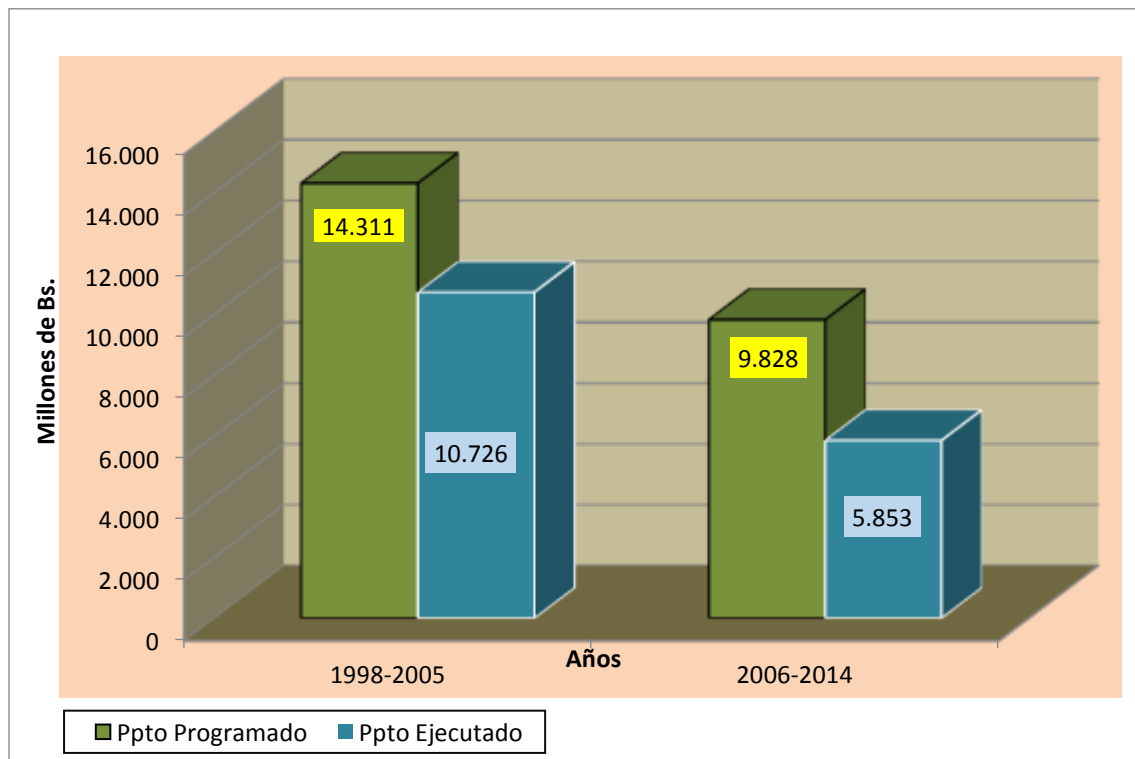


Pública Programado es Bs. 27.940 millones presentando un mínimo el año 2013 con Bs 1.100 millones. (Ver Anexo 9)

Para el Modelo de Economía de Plural la Ejecución de la Inversión Pública de Multiprograma Salud se registraron por la implementación del programa desnutrición cero, este programa está relacionado con los objetivos del milenio el cual es reducción de la desnutrición crónica, también la implementación del programa Nacional de Extensión de Coberturas.

### GRÁFICO 18

**Comparación Promedio de Inversión Pública Multiprograma Salud  
(En millones de Bs.)**



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia

En la comparación promedio del Gráfico 18 se observa que en el Modelo de Economía de Mercado el Presupuesto de Inversión Publica Programado presenta

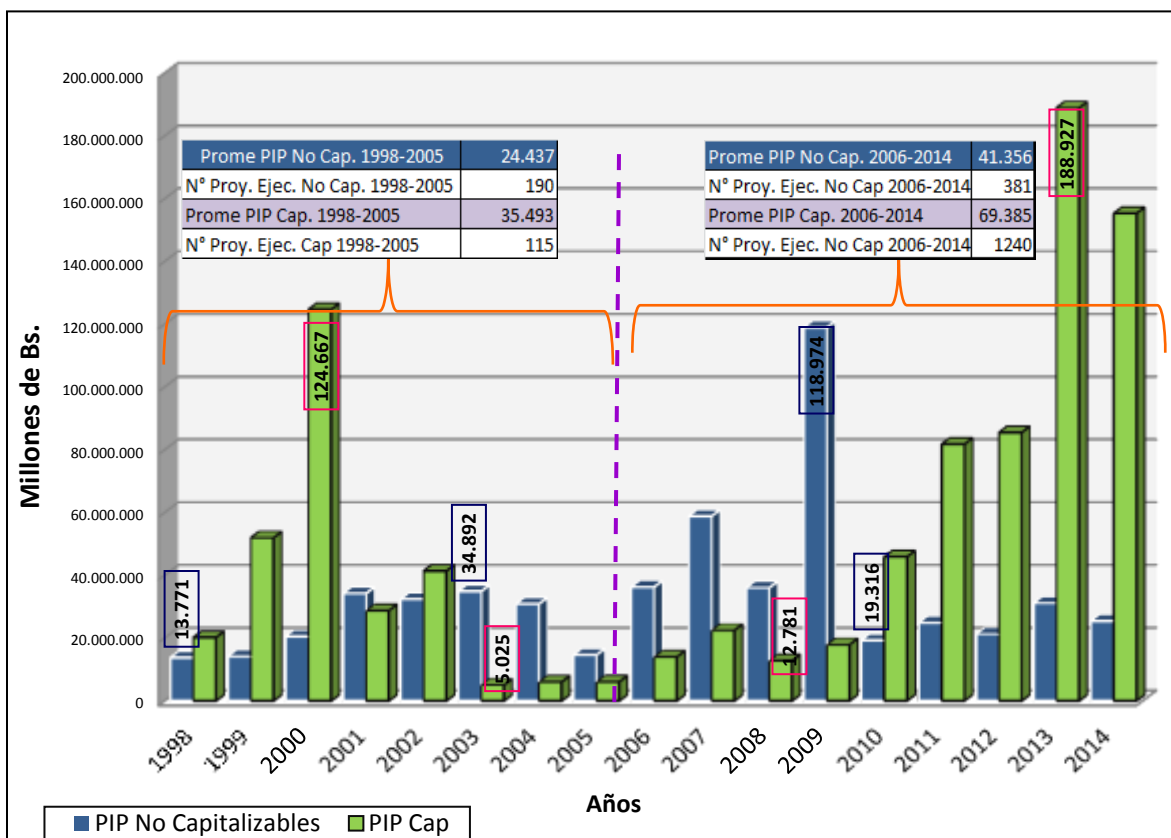
Bs. 14.311 millones , en el caso del Modelo de Economía Plural presenta Bs 9.828 millones presentando una disminución para el nuevo periodo de 68.6%

En promedio la Inversión Pública Ejecutada en el Primer periodo presenta Bs. 10.726 millones, para la Economía Plural presenta Bs. 5.853 con una disminución de del 54% respecto al primer periodo.

### 3.3.5 Ejecución de la Inversión Pública por tipo de Proyecto (Capitalizables y No Capitalizables)

GRÁFICO 19

Ejecución de Inversión Pública Ejecutada por Tipo de Proyecto del Sector Salud en el Departamento de La Paz (En millones de Bs.)



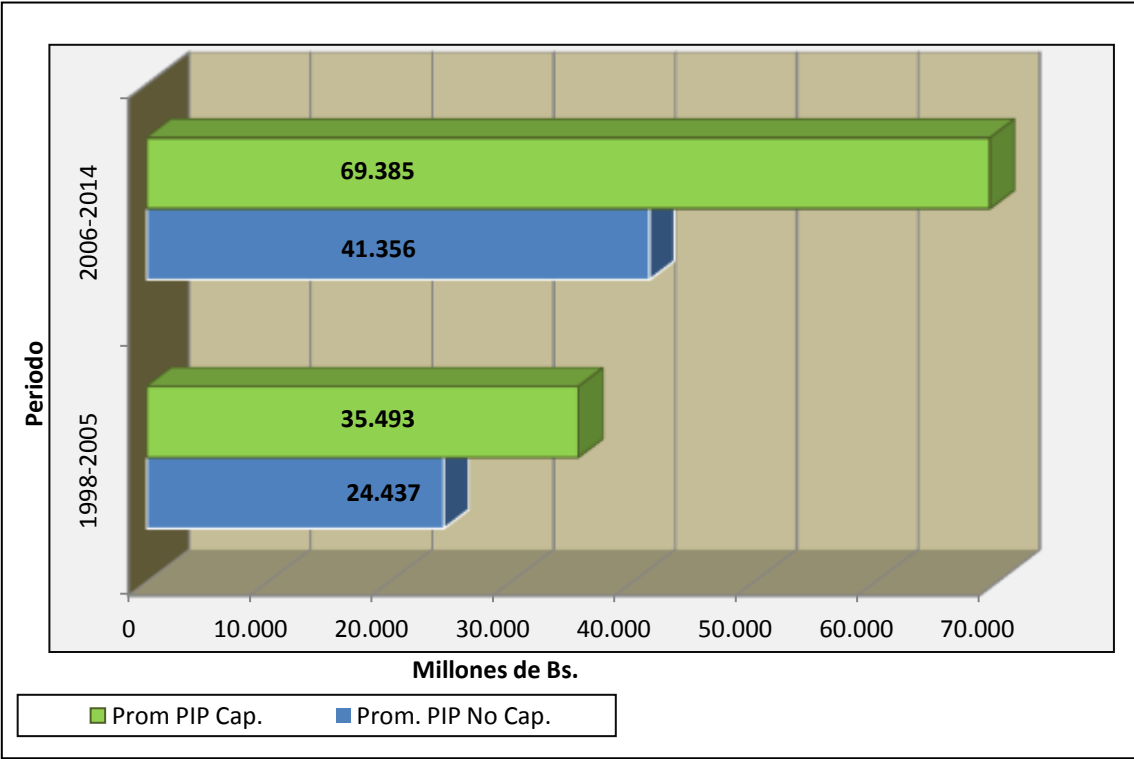
Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia

En el Gráfico 19 en la Economía de Mercado la Evolución de la Ejecución de los Proyectos Capitalizables tiene un máximo el año 2000 con Bs. 20.564 millones y

un mínimo en el año 2003 de Bs. 5.025 millones con 115 proyectos ejecutados, los Proyectos No Capitalizables Ejecutados en el Modelo de Mercado representa un máximo de Bs. 34.892 millones el año 2003 y un mínimo en el año 2005 de Bs. 1501 millones con 190 proyectos No Capitalizables ejecutados. En el Modelo de Economía Plural la Ejecución de los Proyectos Capitalizables representa en el año 2013 un máximo de Bs. 188.927 millones y el año 2008 un mínimo de Bs. 12.781 millones con 1240 Proyectos Ejecutados, en consideración de los Proyectos No Capitalizables un máximo el año 2008 con Bs. 118836 millones el año 2010 con Bs. 18172 millones con 381 Proyectos Ejecutados. (Ver Anexo 4)

**GRÁFICO 20**

**Comparación Promedio Presupuesto de Inversión Pública por Tipo de Proyecto del Sector Salud (En millones de Bs.)**



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia

Se observa en el Gráfico 20 la Inversión Pública en el Sector Salud financiada con el Impuesto Directo a los Hidrocarburos IDH, tiene un comportamiento variante en

los últimos años, principalmente por la importante inversión en infraestructura realizada en los últimos años (como ser los hospitales de segundo nivel, y antes de 2010 el equipamiento de hospitales de tercer nivel) en función al Decreto Supremo N° 29565 del 14 Mayo 2008, aclara y amplía el objeto del gasto de los Gobiernos Municipales con recursos del IDH respecto a equipamiento e insumos médicos<sup>116</sup>

---

<sup>116</sup> IDH en el municipio de La Paz 2013, pág. 6

# **CAPÍTULO IV**

## **CONCLUSIONES Y**

### **RECOMENDACIONES**

## CAPÍTULO IV

### 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 4.1 CONCLUSIÓN

##### 4.1.1 CONCLUSIÓN GENERAL

La Ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud concluye que el primer periodo presenta ***ineficiencia en la fase de ejecución*** por los desequilibrios fiscales, políticas de austeridad implementados en el Modelo de Economía de Mercado.

En el modelo de Economía Plural existe no cumple con el Ciclo de Vida de los Proyectos repercutiendo en el comportamiento de la Ejecución de los Proyectos Capitalizables y No Capitalizables.

##### 4.1.2 CONCLUSIONES ESPECÍFICAS

- a) La Ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud concluye que en el primer periodo el Presupuesto de Inversión Pública Programado tiene un promedio de Bs. 94 millones y la Ejecución un promedio de Bs.72 millones presentando una ineficiente en la Fase de ejecución . En el modelo de Economía Plural el Presupuesto de Inversión Pública Programado es de Bs. 127 millones y el promedio de la Ejecución es de Bs.136 millones.

Se concluye que el segundo periodo registra leves mejoras en cuanto a la Inversión en Sector de Salud, reflejando incrementos en proyectos, debido a nuevas políticas implementadas y al incremento de los recursos percibidos como ser del IDH.

No se cumple con el paradigma de Karen Marie Mokate y de Sapag Chain Los proyectos tienen la finalidad de satisfacer las necesidades de la población al no ejecutarse eficientemente no se cumplirían las metas y

objetivos del Plan de Desarrollo, también no se cumple con el Ciclo de Vida del Proyecto.

- b) En el Primer Periodo el número de proyectos ejecutados es de 115 y en el segundo periodo es de 1240 proyectos existe una mayor ejecución de proyectos capitalizables por la implementación de políticas en Promover Atención en Salud dando mayor importancia en construcción y equipamiento de hospitales y centros de salud con un promedio de Bs 35.493 en el primer periodo con un crecimiento de 51% en el segundo periodo de 69.385.

La ejecución se puede asimilar con una Acción de producción de Bienes y Servicios, pues existe un proceso de combinación y transformación de recursos para lograr un producto final, que puede ser, la construcción, instalación y dotación de un centro de salud

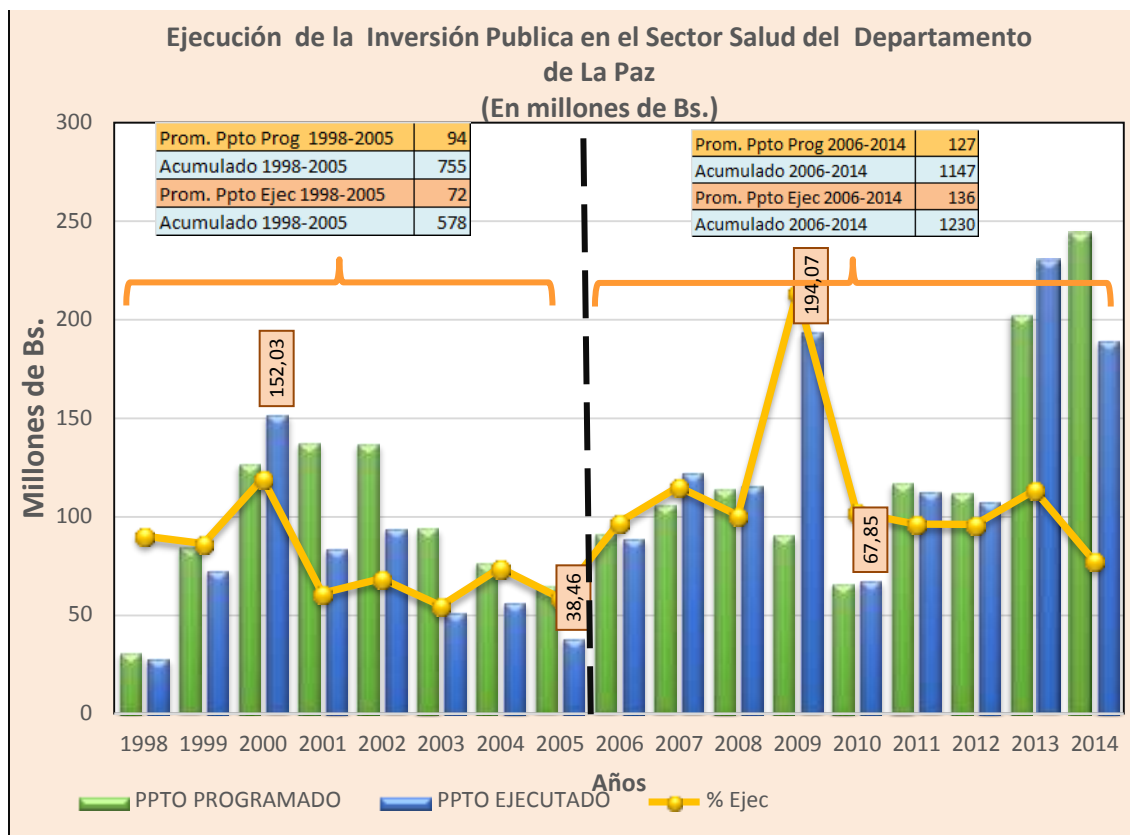
- c) En el modelo de Economía de Mercado el número de proyectos ejecutados es de 190 proyectos, en el segundo periodo es de 381 proyectos ejecutados dando prioridad a programas integrales de salud, Epidemiología, planificación y educación para la salud y Multiprogramas salud. No cumple con las políticas planteadas a consecuencia de la ineficiente ejecución de los proyectos

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

El trabajo de investigación refleja la relación que existe entre la Ejecución de los Proyectos del Sector Salud en el Presupuesto de Inversión Pública. Los proyectos del Sector Salud están en función a tipo de Inversión Capitalizable y No Capitalizable, que son importantes para la creación y ampliación de capital físico y capital humano. Los proyectos del Sector Salud en el presupuesto están dirigidos a satisfacer las necesidades de la población no resuelta por el mercado a través de dotación de bienes y servicios que satisfagan necesidades, que responde a criterios de racionalidad y eficiencia,

### 4.3 DEMOSTRACIÓN DE LA HIPÓTESIS

#### GRÁFICO 21



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia

Concluido el proceso de análisis, comparación, explicación e investigación del presente trabajo **Se Acepta** la hipótesis planteada **La Fase de Ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud es Ineficiente por el incumplimiento del Ciclo de Vida de los proyectos.** por el incumplimiento del ciclo de vida de los proyectos provocando ineficiencia en el Sector Debido a que el comportamiento volátil influye en las variables que presentan fluctuaciones en la Ejecución del Presupuesto , En Proyectos Capitalizables y No Capitalizables induciendo a que no se cumpla el ciclo de vida de los proyectos.



#### **4.4 EVIDENCIA TEÓRICA**

Los autores Richard Musgrave, Ricardo Cibotti y Enrique Sierra indican que la intervención del Estado en la economía es importante para la producción de bienes y servicios destinados a satisfacer necesidades con el objeto de ampliar la capacidad del país mediante la realización de proyectos de inversión pública. Para la investigación la producción de bienes (Construcción y Equipamiento de Hospitales y Centros de Salud, servicios (programas en salud , planificación y educación para la salud, multiprogramas ) estos proyectos de Inversión Pública, en función a la Planificación y ciclo de vida de proyectos, con criterio de rentabilidad socioeconómica, con el fin de resolver los problemas que el mercado no puede.

#### **4.5 RECOMENDACIONES**

##### **4.5.1 Recomendación General**

Se recomienda un estricto seguimiento en la ejecución de proyectos del Sector Salud para la culminación del ciclo de vida del proyecto, realizar una evaluación y análisis de la situación de salud de la población, para que satisfagan las necesidades de la población.

##### **4.5.2 Recomendaciones Específicas**

- a) En la realización del Presupuesto de Inversión Pública en proyectos del Sector Salud en función al tipo de proyecto (Capitalizable y No Capitalizable) debe estar enfocado a las prioridades y necesidades de la población.
  
- b) Desarrollar criterios sobre la priorización de Proyectos, considerando el apoyo al Sector Salud y su infraestructura, (mayor control en la ejecución de los proyectos Capitalizables Infraestructura de construcción y equipamiento de Hospitales y centros de salud) destinados a mejorar la atención en el Sector Salud.

- c)** Incrementar más proyectos No Capitalizables (programas en planificación y educación de Salud, Epidemiología, programas integrales en salud) y de asegurar el seguimiento de la ejecución de cada proyecto, hasta la culminación de los mismos, verificándose los objetivos planteados junto a la programación de estos proyectos, con el fin de que la Inversión realizada represente un bien a favor de la comunidad destinados a fortalecer al sector Salud.

## BIBLIOGRAFÍA

### INFORMACIÓN TEÓRICA

- ✓ Avelino y Salinas Sánchez, Javier (1994.) Manual de Hacienda Pública. General y de España. Editorial Tecno, Barcelona, teoría del presupuesto
- ✓ Alberto Baly Gil; María Eugenia Toledo y Félix Rodríguez Jústiz (2001) La Economía De La Salud, La Eficiencia Y El Costo De Oportunidad
- ✓ Carlos Sabino (1991), Diccionario de Economía y Finanzas, Editorial Panapo Venezuela
- ✓ Cibotti Ricardo y Sierra Enrique (1973). “El Sector Público en la Planificación Del Desarrollo”. Siglo Xxi, Editores. México
- ✓ Cisterna Antonio(2006) , Economía De La Salud
- ✓ Cornejo Miguel A. (2004) “El Presupuesto del Sector Publico”. Editorial INAP. Chile
- ✓ *Del Carpio Gonzales Jorge E., Gestión de proyectos, 4ta edición, La Paz-Bolivia 2008.*
- ✓ Francisco J. Rodríguez; Irina Barrios y María Teresa Fuentes (2002) “Introducción a la metodología de las investigaciones sociales
- ✓ Hernández Sampieri Roberto, Fernández collado Carlos y Baptista Lucio Pilar (2010), Metodología de la investigación (5° ed.), Editorial; Mc Graw Hill, Bogotá
- ✓ Julio A. Sarmiento S. (2002)Evaluación de Proyectos
- ✓ Mokate, Karen Marie (2004) Evaluación Financiera de Proyectos de Inversión (2° ed.), Editorial Alfaomega
- ✓ Musgrave Richard y Musgrave Peggy (1995.), “Hacienda Pública Teórica y Aplicada”,(5° ed.) McGraw-Hill Editores, México
- ✓ Nassir Sapag chain, Reinaldo Sapag Chain (2004) Preparación y Evaluación de Proyectos (5° ed) Edición, Editorial; Mc Graw Hill, Bogotá
- ✓ Rolando Morales (2013) El Desarrollo Visto Desde el Sur
- ✓ Ortun Vicente (1995) Gestión Pública: Conceptos y Metodos
- ✓ Stiglitz, Joseph. (1997). La Economía del Sector Público. (2° ed.), Editorial. Barcelona: Antoni Bosch.

- ✓ Schultz, Theodore W. (1985). "Investing in people The economics of population quality". Editorial Ariel, S.A. España

## **INFORMACIÓN DOCUMENTAL**

- Análisis del Sector Salud en Bolivia (2013)
- Análisis Sobre la Gestión de Salud a nivel Municipal 2008
- Banco Mundial, Como se Gasta el Dinero Publico
- Bolivia, Gasto Público Social y Gasto para la Niñez 2000-2004" UDAPE - UNICEF, La Paz - Bolivia, 2006.
- Contraloría General de la República "Sistemas de Programas Operaciones y Presupuesto para el Nivel Superior", Bolivia.
- Como se gasta el dinero publico banco mundial, la paz 2008
- Correa r Herminio "Informe 2012 sobre Inversión Publica Financiamiento para el Desarrollo en Bolivia" Diciembre 2013,
- CEPB, Inversiones y Crecimiento en Bolivia "Desencuentros recurrentes"(2013),
- Directrices y Clasificador Presupuestario 2015
- Estimación del Gato Publico Social Del Gobierno Autónomo Municipal de La Paz,2003-2013
- Estrategia De Cooperación De País Bolivia / 2011-2015
- Fundación Jubileo "Bolivia tiene menor Dependencia de la Cooperación Internacional"(2014),
- Fundación Milenio-Konrad Adenauer Stiftung, Morales Juan Antonio (Coordinador), German Molina, et al., ¿Dónde está la plata?-Los Ingresos Extraordinarios de la Bonanza 2006-2013,
- Guía para la interpretación y el análisis del Presupuesto General de la Nación.
- Informe de Misión "Elaboración de guía / Manual de Procedimientos Para inversión Pública
- Informe sobre Inversión Pública y Financiamiento para el Desarrollo en Bolivia(2013)

- Instituto Nacional de Estadística (2005)Departamento de La Paz Recursos Financieros e Indicadores Sociales Sectoriales
- IDH en el municipio de La Paz 2013
- Los ciclos recientes de la Economía Boliviana; Una Interpretación del Desempeño Económico e Institucional (2009)
- Marco Legal para la Gestión Municipal en Salud, 2011
- Mauricio Medinaceli Monrroy (2007)Origen y Usos del IDH
- Ministerio de Economía y Finanzas Publicas, Directrices de Formulación Presupuestaria, 2014
- Revista el Economista, El Proceso de las Reformas Económicas en el Ciclo de los Proyectos de Inversión Pública del Sector Público,

## **INFORMACIÓN NORMATIVA**

- ❖ Constitución Política del Estado de 1994
- ❖ Constitución Política del Estado de 2009
- ❖ Ley Administración Financiera y Control Gubernamental Ley Nro1178
- ❖ Ley de Dialogo Nacional 2000 . Ley Nro2235
- ❖ Ley de Participación Popular. Ley Nro. 1551
- ❖ Ley de Descentralización Administrativa. Ley Nro. 1654
- ❖ Ley Marco de Autonomías y descentralización. Ley Nro. 031
- ❖ Reglamento Específico del Sistema Nacional de Inversión Pública

## **INFORMACIÓN DE PLANES**

- Plan General de Desarrollo Económico y Social 1994
- Plan Departamental de Desarrollo Económico Social de La Paz, 1995
- Plan Nacional de Desarrollo, 2006-2011
- Plan Nacional de Desarrollo 2007
- Plan de Desarrollo Municipal de La Paz 2007-2011
- Plan de Desarrollo del Departamento de La Paz al 2020

# ANEXOS

**ANEXOS**

**ANEXO 1 CUADRO 1 INVERSIÓN PROGRAMADA Y EJECUTADA NACIONAL EN SALUD (Expresado en Millones de Bs.)**

AÑO	INVERSIÓN PROGRAMADA Y EJECUTADA NACIONAL EN SALUD	
<b>1998</b>	229,5	242,7648
<b>1999</b>	350,7	287,1696
<b>2000</b>	469,5	424,3512
<b>2001</b>	459,6	343,62
<b>2002</b>	478,9	370,27
<b>2003</b>	407,6	257,59
<b>2004</b>	371,1	313,41
<b>2005</b>	276	280,98
<b>2006</b>	372,3	425,6
<b>2007</b>	474,2	438,69
<b>2008</b>	472,1	554,503
<b>2009</b>	521,79	635,935
<b>2010</b>	412,31	498,406
<b>2011</b>	604,2	554,503
<b>2012</b>	584,57	650,342
<b>2013</b>	1006,4	1053,05
<b>2014</b>	1274	1081

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia

**ANEXO 2 CUADRO 2 INVERSIÓN PÚBLICA PER CÁPITA (Expresado  
en Millones de Bs.)**

<b>AÑO</b>	<b>Inversión Per cápita En Bs.</b>
1998	15
1999	42
2000	63
2001	68
2002	66
2003	47
2004	38
2005	32
2006	45
2007	53
2008	57
2009	45
2010	33
2011	58
2012	56
2013	101
2014	122

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia



**ANEXO 3 CUADRO 3 INVERSIÓN PÚBLICA PROGRAMADA Y EJECUTADA DEPARTAMENTAL EN SALUD (Expresado en Millones de Bs.)**

<b>AÑOS</b>	<b>PPTO PROGRAMADO</b>	<b>PPTO EJECUTADO</b>
1998	31,27	28,21
1999	84,83	73,23
2000	127,32	152,03
2001	137,69	84,07
2002	137,2	94,1
2003	94,5	51,75
2004	76,87	56,82
2005	65,42	38,46
2006	91,62	89
2007	106,26	122,36
2008	114,92	115,73
2009	90,82	194,07
2010	66,33	67,85
2011	117,56	113,12
2012	112,71	108,19
2013	203,14	230,5
2014	244,49	189,62

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia

**ANEXO 4 CUADRO 4 INVERSIÓN PÚBLICA EJECUTADA EN  
PROYECTOS CAPITALIZABLES Y NO CAPITALIZABLES  
(Expresado en Millones de Bs.)**

<b>Años</b>	<b>eje no cap</b>	<b>eje cap</b>
1998	13.771.368	20.177.028
1999	14.166.061	51.943.983
2000	20.564.537	124.667.143
2001	34.219.604	28.726.402
2002	32.405.204	41.385.958
2003	34.892.468	5.025.095
2004	30.856.680	6.000.018
2005	14.623.697	6.024.281
2006	36.251.884	13.973.393
2007	58.857.318	22.477.060
2008	36.031.026	12.781.641
2009	118.974.747	17.889.946
2010	19.316.194	45.884.987
2011	24.900.174	81.749.544
2012	21.275.140	85.493.723
2013	31.122.252	188.927.910
2014	25.476.758	155.294.525

<b>N° de proyectos Ejecutados</b>	<b>Capitalizables</b>	<b>No Capitalizables</b>
<b>1998-2005</b>	<b>115</b>	<b>190</b>
<b>2006-2014</b>	<b>1240</b>	<b>381</b>

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia

**ANEXO 5 CUADRO 5 INVERSIÓN PÚBLICA PROGRAMADA Y  
EJECUTADA EN CONSTRUCCIÓN Y EQUIPAMIENTO DE  
HOSPITALES (Expresado en Millones de Bs.)**

<b>Construcción y Equipamiento de Hospitales</b>		
<b>AÑOS</b>	<b>Ppto Programado</b>	<b>Ppto Ejecutado</b>
1998	31.318	15.909.792
1999	29.771.961	39.306.857
2000	65.562.562	109.901.870
2001	41.833.175	23.397.065
2002	36.116.424	13.632.861
2003	6.912.519	634.921
2004	2.622.845	1.587.505
2005	7.698.005	1.841.391
2006	8.467.324	5.012.248
2007	20.199.713	12.388.827
2008	27.179.443	7.395.987
2009	19.291.000	15.362.947
2010	34.080.737	37.625.504
2011	29.048.386	35.312.532
2012	14.905.951	21.616.975
2013	27.988.391	4.666.465
2014	96.561.099	59.053.830

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia

**ANEXO 6 CUADRO 6 INVERSIÓN PÚBLICA PROGRAMADA Y EJECUTADA EN CONSTRUCCIÓN Y EQUIPAMIENTO DE CENTROS DE SALUD (Expresado en Millones de Bs.)**

<b>Const. Y quip. De Centros de Salud</b>		
<b>AÑOS</b>	<b>Ppto Programado</b>	<b>Ppto Ejecutado</b>
1998	1.431.063	3.903.573
1999	10.485.410	1.705.991
2000	23.430.156	9.740.962
2001	36.491.906	3.280.295
2002	40.728.809	24.957.628
2003	10.067.329	2.300.768
2004	25.807.181	4.412.513
2005	5.695.468	3.012.397
2006	6.217.530	5.484.407
2007	2.400.000	6.220.168
2008	949.629	4.123.679
2009	650	1.058.425
2010	181.53	5.304.186
2011	44.001.105	41.011.042
2012	74.442.397	37.749.447
2013	103.972.306	151.275.756
2014	73.696.891	52.046.535

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia

**ANEXO 7 CUADRO 7 INVERSIÓN PÚBLICA PROGRAMADA Y EJECUTADA EN PLANIFICACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD  
(Expresado en Millones de Bs.)**

Planificación y Educación para la Salud		
AÑOS	Ppto Programado	Ppto Ejecutado
1998	929.051	146.218
1999	561.743	774.041
2000	145.850	22.378
2001	15.552.537	12.469.579
2002	6.325.761	9.092.221
2003	8.423.403	4.184.505
2004	8.705.427	10.005.737
2005	1.431.957	6.061.934
2006	3.420.138	3.770.402
2007	367.308	627.823
2008	415.893	751.663
2009	194.435	17.025
2010	761.734	451.894
2011	290.574	80.000
2012	270.043	11.728
2013	513.158	451.147
2014	676.086	402.023

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia

**ANEXO 8 CUADRO 8 INVERSIÓN PÚBLICA PROGRAMADA Y EJECUTADA EN EPIDEMIOLOGIA (Expresado en Millones de Bs.)**

Epidemiologia		
AÑOS	Ppto Programado	Ppto Ejecutado
1998	1.489.203	3.053.775
1999	7.139.378	752.527
2000	3.640.403	1.804.525
2001	6.244.793	4.906.052
2002	3.558.905	2.371.692
2003	4.018.085	2.959.335
2004	1.952.639	1.111.478
2005	2.047.358	1.935.461
2006	7.965.560	11.736.824
2007	1.200.000	1.907.491
2008	3.507.547	3.471.605
2009	1.998.984	1.549.246
2010	258.098	2.974.145
2011	2.680.000	2.269.394
2012	500.900	11.417.398
2013	100.989	57.357
2014	536.500	520.819

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia

**ANEXO 9 CUADRO 9 INVERSIÓN PÚBLICA PROGRAMADA Y EJECUTADA EN MULTIPROGRAMA SALUD (Expresado en Millones de Bs.)**

Multiprograma Salud		
AÑOS	Ppto Programado	Ppto Ejecutado
1998	2.471.029	3.467.111
1999	3.202.705	3.483.672
2000	15.290.878	13.115.295
2001	10.184.196	9.883.225
2002	19.914.128	12.596.967
2003	41.114.375	24.617.224
2004	13.747.762	13.827.334
2005	8.567.464	4.820.187
2006	15.743.450	5.925.791
2007	27.940.959	10.164.060
2008	14.509.070	11.539.841
2009	12.060.880	5.189.979
2010	731.676	16.561
2011	13.486.553	4.466.215
2012	857.281	486.989
2013	1.100.480	12.172.748
2014	3.283.420	2.720.777

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia

**ANEXO 10 CUADRO 10 INVERSIÓN PÚBLICA PROGRAMADA Y EJECUTADA EN PROGRAMAS INTEGRALES DE SALUD (Expresado en Millones de Bs.)**

Programas Integrales de Salud		
Años	Ppto Programado	Ppto Ejecutado
1998	4.343.568	963.788
1999	1.497.269	1.170.534
2000	972.607	2.883.842
2001	2.846.299	4.366.669
2002	2.321.075	1.713.308
2003	248.326	388.828
2004	205.167	185.180
2005	724.281	389.780
2006	1.349.030	574.960
2007	972.045	1.713.308
2008	1.396.000	1.114.658
2009	290.482	2.350.541
2010	4.896.720	7.224.117
2011	4.897.101	5.414.498
2012	1.067.134	901.290
2013	3.990.769	4.529.263
2014	600.000	778.608

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia



# TABLAS

## ANEXO 11 TABLA 1 LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD MÁS IMPORTANTES CON TIPO INVERSIÓN CAPITALIZABLE Y NO CAPITALIZABLE

Año	Nombre Proyecto	Tipo Proyecto	Total Ejecutado en Bs.
1998	CENTRO DE SALUD PUERTO ACOSTA	Capitalizable	255014
1998	CENTRO DE SALUD SICA SICA	Capitalizable	207311
1998	CENTRO DE SALUD COSMOS 79	Capitalizable	286279
1998	PROY. VIGILANCIA CONTROL DE CHAGAS	No Capitalizable	2572579
1999	PROY. VIGILANCIA Y CONTROL DE MALARIA	No Capitalizable	408422
1999	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	No Capitalizable	48876,48
2000	ATENCION INTEGRAL ENFERMEDADES PREVALENTES INFANCIA	No Capitalizable	111268
2000	VIGILANC.Y CONTROL DE LA MALARIA	No Capitalizable	950113,4
2001	AMPLIACION CENTRO DE SALUD CHACHACOMANI (BATALLAS)	Capitalizable	104640
2001	CAPACITACION S/ SALUD MATERNA EN COMUNID. DIST.(CARANAVI)	No Capitalizable	230001
2001	CONST.Y EQUIP.UNIDAD BASICA DE SERVICIO NRO.1 (EL ALTO)	Capitalizable	405348
2002	INF.EDUC.CAPAC.CAPACIT.COMUN. ATENCIÓN PRENATAL C/ 4 CONTROLES (ACHACACHI)	No Capitalizable	246319
2002	EQUIP. DISTRITO DE SALUD PACAJES- JOSÉ MANUEL PANDO	Capitalizable	138090
2002	EQUIPAMIENTO DISTRITO DE SALUD LOS ANDES MANCO KAPAC	Capitalizable	62860
2002	CAPACIT.A MUJERES EN EDAD FERTIL SOBRE SALUD MATERNA (MOCO MOCO)	No Capitalizable	118110
2003	EQUIPAMIENTO DE SALUD DISTRITO AROMA (CALAMARCA)	Capitalizable	587225
2003	EDUC.SEXUAL,REPROD.Y PREVENC.EMBARAZO ADOLESC.DIST.3 (LA PAZ)	No Capitalizable	8773
2003	EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO MIRAFLORES (LA PAZ)	Capitalizable	266037
2004	PROGRAMA DE DAÑOS ESPECIFICOS EMERGENTES Y REEMERGENTES	No Capitalizable	347036,94
2004	CONSTRUCCION CENTRO DE SALUD YACO (YACO)	Capitalizable	194554
2004	EQUIP.HOSPITAL TIPUANI(TIPUANI)	Capitalizable	285566
2004	CONSTRUCCION PUESTO DE SALUD COMANCHE (COMANCHE)	Capitalizable	145044
2005	EQUIP PUESTO SALUD SANTA ROSA (GUANAY)	Capitalizable	207828
2005	CONST. CENTRO DE SALUD QUILIHUAYA(PALCA)	Capitalizable	132669
2005	CONST. POSTA SANITARIA CHIMA- TIPUANI (TIPUANI)	Capitalizable	252357
2005	DESAR. PROGRAMA REFORMA DE SALUD	No Capitalizable	4820186,8

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia

Año	Nombre Proyecto	Tipo Proyecto	Total Ejecutado
2006	AMPL. CENT. SALUD COLQUENCHA (COLQUENCHA)	Capitalizable	144432
2006	CONST. AMPL. HOSPITAL GUANAY (GUANAY)	Capitalizable	1376044
2006	EQUIP. HOSPITAL VIRGEN DEL ROSARIO (INQUISIVI)	Capitalizable	357127
2006	EQUIP. POSTA SANIT. PATOHOCO (INQUISIVI)	Capitalizable	15402
2006	CONST. LAB. PARASITOLOGIA Y ENTOMOLOGIA INLASA(LA PAZ)	Capitalizable	778045
2006	EQUIP. CENT. SALUD MECAPACA(MECAPACA)	Capitalizable	32787
2006	EQUIP. HOSPITAL PALCA (PALCA)	Capitalizable	408929
2006	AMPL. CENTRO SALUD LAHUACHACA (SICA SICA)	Capitalizable	346635
2006	CONTROL Y VIGILANCIA DE LA MALARIA - NACIONAL	No Capitalizable	9305035
2007	CONST. HOSPITAL APOLO (APOLO)	Capitalizable	1310544
2007	AMPL. REFAC. Y EQUIP. CENTRO DE SALUD CHUMA (CHUMA)	Capitalizable	267503
2007	EQUIP. HOSPITAL BOLIVIANO HOLANDES (ELALTO)	Capitalizable	942502
2007	AMPL. HOSPITAL DE LA MUJER (LA PAZ)	Capitalizable	5582224
2007	DESAR. PROG. NACIONAL DE EXTENSION DE COBERTURAS DE SALUD	No Capitalizable	2430856
2007	DESAR. PROGRAMA NACIONAL DE NUTRICION	No Capitalizable	20079,36
2008	DESAR. PROG. ATENCION MOVIL SANITARIA EN BOLIVIA	No Capitalizable	558884,11
2008	DESAR. PROGRAMA REFORMA DE SALUD	No Capitalizable	3615604,8
2008	FORTAL. Y EQUIPAMIENTO AL INAMEN	No Capitalizable	1954262
2008	MEJ. SERV. SALUD EL ALTO-HOSPITAL COREA	No Capitalizable	1763424
2009	FORTEALECIMIENTO DEL LABORATORIO DE CITOLOGIA EL ALTO	No Capitalizable	64084
2009	MEJ. SERV. SALUD EL ALTO-HOSPITAL COREA	No Capitalizable	4292204
2009	FORTEALECIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DENTAL DE ESCOLARES	No Capitalizable	17025
2010	DESAR. ELAB. DE PROY. INTEGRAL AGROP. Y PRODUC. SECC. MPAL.	No Capitalizable	16561
2010	CONST. HOSPITAL (2DO NIVEL) ACHACACHI	Capitalizable	230038
2010	CONST. CENTRO DE CONVENCIONES LA PERGOLA LA PAZ	Capitalizable	1089721
2010	CONST. CENTRO SALUD PANORAMICA II Z/DIST 8	Capitalizable	181488
2011	REFAC. CENTRO DE SALUD PUERTO ACOSTA	Capitalizable	49269
2011	CONST. VIVIENDAS CENTRO DE SALUD SAN ANDRES DE MACHACA	Capitalizable	70000
2011	CONST. HOSPITAL CAIROMA	Capitalizable	40000
2011	CONST. CENTRO DE SALUD PATAMANTA	Capitalizable	20000
2012	FORTAL. DE CAPACIDAD DIAG. DE ENFERMEADES HOSP. DEL NIÑO LPZ	No Capitalizable	8089800
2012	CONST. CENTRO DE SALUD PUERTO PASUJA BELEN	Capitalizable	138870
2012	CONST. CENTRO DE SALUD MURUMAMANI F. TAMAYO	Capitalizable	139795
2012	CONST. PUESTO DE SALUD UPANI	Capitalizable	198763
2013	CONST. HOSPITAL DEL NORTE CIUDAD DE EL ALTO	Capitalizable	1058476
2013	EQUIP. Y MEJ. SISTEMA DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE EL ALTO	Capitalizable	9542534
2013	CONST. HOSPITAL SAN ANTONI D.-1	Capitalizable	149483
2013	CONST. CENTRO DE SALUD COTAPATA	Capitalizable	198030
2013	MEJ. ATENCION NUTRICIONAL NIÑOS (AS) MENOR 5 AÑOS P. ACOSTA	No Capitalizable	134095

2013	CONST. CENTRO DE SALUD ATEN	Capitalizable	358328
2013	CONST. CENTRO DE SALUD PUCHAUI	Capitalizable	371963
2014	EQUIP. HOSPITAL DE TERCER NIVEL DEL NORTE EN EL ALTO-LP BID 2822/BL/BO	Capitalizable	18694997
2014	CONST. CENTRO DE SALUD VILLA CONCEPCION COM. UYPACA	Capitalizable	247002
2014	CONST. CENTRO DE SALUD COM. PACAJES ACHOCALLA	Capitalizable	182497
2014	CONST. DE MURO PERIMETRAL PUESTO DE SALUD CHINAYA	Capitalizable	80000
2014	CONST. CENTRO DE SALUD ACHACACHI ACHACACHI	Capitalizable	203467
2014	CONST. CENTRO DE SALUD THOLAR CONCL.	Capitalizable	116000
2014	CONST. HOSPITAL SOCOCONI	Capitalizable	399144
2014	CONST. CENTRO INTEGRAL DE SALUD COLQUIRI (HOSPITAL 2DO NIVEL)	Capitalizable	599974

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (2015)  
Elaboración Propia

## ANEXO 12 TABLA 2 PLANILLA DE CONSISTENCIA METODOLÓGICA

<b>1. TÍTULO DEL TEMA</b>	<b>LA EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ ; (1998-2014)</b>	
<b>2. OBJETO DE INVESTIGACIÓN</b>	La contribución de la Fase de Ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del Departamento de La Paz (1998-2014)	
<b>3. PROBLEMA</b>	<b>4. OBJETIVO GENERAL</b>	<b>5. HIPÓTESIS</b>
Ineficiencia de la Fase de Ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del Departamento de La Paz.	<i>Demostrar la Importancia de la Fase Ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del Departamento de La Paz.</i>	<b>Hi:</b> <i>La Fase de Ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud es Ineficiente por el incumplimiento del Ciclo de Vida de los proyectos.</i>
<b>6. VARIABLES ECONÓMICAS</b>		<b>7. OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>
<b>C.E.1 PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD</b> <b>VE.1.1</b> Presupuesto de Inversión Pública Programada y Ejecutada en el Sector Salud. <b>VE.1.2</b> Presupuesto de Inversión Pública Programada y Ejecutada en Proyectos Capitalizables <b>VE.1.3</b> Presupuesto de Inversión Pública Programada y Ejecutada en Proyectos No Capitalizables		<b>O.E.1</b> Evaluar los niveles de Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud <b>O.E.2</b> Verificar el cumplimiento del Presupuesto de Inversión Pública Programada y Ejecutada en Proyectos Capitalizables <b>O.E.3</b> Relacionar el Presupuesto de Inversión Pública Programada y Ejecutada en Proyectos No Capitalizables



<b>CAPITAL HUMANO</b>	<b>Mushkin Selma</b>  <b>Grossman Michael</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La relación del capital humano y la salud se basa en la idea de que las personas, como agentes productivos, mejoran con la inversión obteniendo un rendimiento continuo en el futuro en el trabajo y en la educación.</li><li>• La formación de capital en salud determina la cantidad de tiempo que las personas pueden gastar para trabajar y ganar dinero, así un incremento del stock de capital salud reduce las cantidades de tiempo perdido por estar enfermo</li></ul>
-----------------------	---	--