

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

---



**TESIS DE GRADO**

**MENCIÓN: GESTIÓN DE PROYECTOS Y PRESUPUESTO**

**“LA INCIDENCIA DE LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE  
INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO  
DE CHUQUISACA PERIODO 1998-2016”**

**POSTULANTE: RUIZ IBÁÑEZ, MARIA DEL CARMEN**

**TUTOR: M. SC. AGUIRRE VARGAS, MARCELO**

**RELATOR: LIC. HUMBERTO PALENQUE REYES**

**LA PAZ – BOLIVIA**

**2019**

## **DEDICATORIA**

### **A mi Padre Hernán Ruiz Tapia**

*Por haberme dado la vida, apoyo en todo momento, los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.*

### **A mi Madre María Antonieta Ruiz Ibáñez (+)**

Por haberme dado la vida, sé que desde el cielo, me cuidas e iluminas mi vida, guiando mi camino.

### **A mi Tía Guadalupe Ruiz Tapia**

A quien le debo todo en la vida, le agradezco el cariño, la comprensión, la paciencia y el apoyo que me brindó *y por ser una segunda madre para mí.*

### **A mi Esposo Jorge Espejo Santos**

Por tu ayuda, ya que estuviste en los momentos difíciles conmigo. Este proyecto no fue fácil, pero me motivaste ayudándome, dándome fuerza y fortaleza.

### **A mis Hijos: Samantha, Fernando y Camila**

Mis hijos son el mejor regalo que eh podido recibir de parte de Dios, son mi mayor tesoro y también la fuente más pura de mi inspiración, por eso les agradezco por cada momento de felicidad. Gracias hijos por estar siempre a mi lado los amo mucho.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad Mayor de San Andrés y a la Facultad de Ciencias Económicas y Financieras por acogerme a lo largo de mi formación.

A: Mi Docente Tutor *Lic. Marcelo Aguirre Vargas*, por su tiempo, conocimiento y dedicación en la orientación, que fueron decisivos en la realización y culminación del presente trabajo.

A: Mi Docente Relator *Lic. Humberto Palenque Reyes*, por brindarme su tiempo y colaboración para la realización del presente trabajo.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>CAPÍTULO I: MARCO METODOLÓGICO REFERENCIAL</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1. Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2. Delimitación del tema</b> .....	<b>2</b>
<b>1.2.1. Delimitación temporal</b> .....	<b>2</b>
<b>1.2.1.1. Primer Periodo: 1998-2005 (Modelo de Economía de Mercado)</b> .....	<b>2</b>
<b>1.2.1.2. Segundo Periodo: 2006-2016 (Modelo de Economía Plural)</b> .....	<b>3</b>
<b>1.2.2. Delimitación general</b> .....	<b>3</b>
<b>1.2.2.1. Espacial</b> .....	<b>3</b>
<b>1.2.2.2. Sectorial</b> .....	<b>4</b>
<b>1.2.2.3. Institucional</b> .....	<b>4</b>
<b>1.2.2.4. Mención</b> .....	<b>4</b>
<b>1.2.2.5. Referencia Histórica</b> .....	<b>4</b>
<b>1.3. Planteamiento del problema</b> .....	<b>5</b>
<b>1.3.1. Formulación del problema</b> .....	<b>6</b>
<b>1.4. OBJETIVOS</b> .....	<b>6</b>
<b>1.4.1. Objetivo general</b> .....	<b>6</b>
<b>1.4.2. Objetivos específicos</b> .....	<b>6</b>
<b>1.5. Hipótesis</b> .....	<b>7</b>
<b>1.6. Restricciones de Categorías y Variables Económicas</b> .....	<b>7</b>
<b>1.6.1. Categorías económicas</b> .....	<b>7</b>
<b>1.6.2. Variables económicas</b> .....	<b>7</b>
<b>1.7. Justificación</b> .....	<b>7</b>
<b>1.7.1. Justificación económica</b> .....	<b>8</b>
<b>1.7.2. Justificación social</b> .....	<b>8</b>
<b>1.7.3. Justificación institucional</b> .....	<b>8</b>
<b>1.7.4. Justificación teórica</b> .....	<b>8</b>
<b>1.7.5. Justificación académica</b> .....	<b>8</b>

<b>1.8. Metodología.....</b>	<b>9</b>
1.8.1. Método de investigación .....	9
1.8.2. Tipo de investigación .....	9
1.8.3. Fuentes de investigación.....	9
<b>CAPITULO II: MARCO CONCEPTUAL Y TEORICO .....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Aspectos conceptuales y definiciones .....</b>	<b>10</b>
2.1.1. Inversión publica.....	10
2.1.2. Proyecto de inversión.....	10
2.1.3. Sector salud .....	10
2.1.4. Pobreza .....	10
2.1.5. Mortalidad infantil.....	11
2.1.6. Esperanza de vida al nacer.....	11
2.1.7. Presupuesto.....	11
2.1.8. Presupuesto de inversión publica .....	12
2.1.8.1. Presupuesto Programado.....	12
2.1.8.2. Presupuesto Ejecutado .....	12
2.1.9. Presupuesto anual de inversión publica.....	12
2.1.10. Gestión .....	12
2.1.11. Proyecto .....	13
2.1.12. Gestión de proyectos .....	13
2.1.13. Financiamiento.....	13
2.1.13.1. Financiamiento Interno.....	13
2.1.13.2. Financiamiento Externo.....	14
<b>2.2 Aspectos teóricos de la investigación .....</b>	<b>14</b>
<b>2.2.1. Teoría del sector público.....</b>	<b>14</b>
2.2.1.1. Funciones fiscales .....	14
2.2.1.2. Acciones del Estado.....	15
<b>2.2.3. El Análisis del Sector Público .....</b>	<b>18</b>
<b>2.2.4. Teoría del Capital Humano .....</b>	<b>19</b>
<b>2.2.6. Teoría del ciclo de vida del proyecto.....</b>	<b>21</b>

2.2.6.1. Según los Hermanos Sapag Chain.....	21
2.2.6.2. Según Karen Mokate .....	22
<b>CAPITULO III: ASPECTOS DE POLÍTICA, LEGAL E INSTITUCIONAL .....</b>	<b>24</b>
<b>3.1. Aspectos de políticas.....</b>	<b>24</b>
3.1.1. Primer periodo: 1998-2005 (modelo de economía de mercado).....	24
3.1.1.1. Plan General de Desarrollo Económico y Social, 1997 – 2002 .....	24
3.1.1.2. Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social de Chuquisaca (P.D.D.E.S.) .....	26
3.1.2. Segundo Periodo: 2005-2016 (Modelo de Economía Plural) .....	29
3.1.2.1. Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien” 2006-2011. ....	29
3.1.2.6. Plan de Desarrollo Departamental Chuquisaca 2009 – 2015. ....	32
<b>3.2. Aspectos legales.....</b>	<b>35</b>
3.2.1. Primer Periodo: 1998-2005 (Modelo de Economía de Mercado).....	35
3.2.1.1. Constitución Política del Estado 2004.....	35
3.2.1.2. Ley 1178 de Administración y Control Gubernamental (SAFCO). ....	36
3.2.1.3. Ley 1551 De Participación Popular. ....	36
3.2.1.4. Ley 1654 de Descentralización Administrativa.....	38
3.2.1.5. Ley 2028 de Municipalidades. ....	39
3.2.1.6. Ley 2235 del Diálogo Nacional. ....	40
3.2.1.7. Ley 2426 del Seguro Universal Materno Infantil. ....	41
3.2.2. Segundo Periodo: 2005-2016 (Modelo de Economía Plural).....	43
3.2.2.1. Constitución Política del Estado 2009.....	43
3.2.2.2. Programa desnutrición cero .....	45
3.2.2.3. Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM). ....	46
3.2.2.4. Bono Madre Niño-Niña “Juana Azurduy” (Bono Juana Azurduy). ....	48
3.2.2.5. Ley Marco de Autonomías Descentralización “Andrés Ibáñez” .....	49
3.2.2.6. Ley 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia. ....	53
<b>3.3. ASPECTOS INSTITUCIONALES.....</b>	<b>54</b>

3.3.1. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP) .....	54
3.3.2. Viceministerio de Presupuesto Y Contabilidad Fiscal (VPCF) .....	55
3.3.3. Ministerio de Planificación del Desarrollo (MPD) .....	56
3.3.4. Viceministerio de Inversión Pública Y Financiamiento Externo (VIPFE) ..	57
3.3.5. Ministerio de salud. ....	58
3.3.6. Gobierno Autónomo Departamental de Chuquisaca. ....	59
<b>CAPITULO IV: FACTORES DETERMINANTES DEL TEMA DE</b>	
<b>INVESTIGACION .....</b>	<b>61</b>
<b>4.1. Aspectos generales del departamento de Chuquisaca.....</b>	<b>61</b>
4.1.1. Referencia histórica .....	61
4.1.2. Ubicación y límites geográficos .....	62
4.1.3. Clima .....	62
4.1.4. Extensión.....	63
4.1.5. División Política y administrativa.....	63
4.1.7. Estructura organizativa del Sistema de Salud.....	64
<b>4.2. Programación y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud</b>	
<b>del Departamento de Chuquisaca. ....</b>	<b>66</b>
4.2.1. Comparación de periodos .....	69
<b>4.3. Ejecución de proyectos de Inversión Pública por tipo de Proyecto en el Sector</b>	
<b>Salud del Departamento de Chuquisaca. ....</b>	<b>71</b>
4.3.1 Comparación de periodos.....	75
<b>4.4. Ejecución de Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud</b>	
<b>por Fuente de Financiamiento del Departamento de Chuquisaca.....</b>	<b>77</b>
4.4.1. Comparación de periodos.....	80
<b>4.6. Evolución de la Esperanza de Vida al Nacer del Departamento de Chuquisaca. .</b>	<b>81</b>
4.6.1. Comparación de periodos.....	84
<b>4.7. Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil del Departamento de Chuquisaca. .</b>	<b>85</b>
4.7.1. Comparación de periodos.....	88
<b>CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>90</b>

<b>5.1. Conclusiones.....</b>	<b>90</b>
<b>5.2. Verificación de la hipótesis .....</b>	<b>92</b>
<b>5.3. Recomendaciones.....</b>	<b>93</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>.....</b>



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico N° 1:</b> Programación y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud del Departamento de Chuquisaca periodo: 1998-2016 .....	68
<b>Gráfico N° 2:</b> Comparación de la Programación y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud del Departamento de Chuquisaca periodo: 1998-2016 .....	70
<b>Gráfico N° 3:</b> Ejecución de Proyectos de Inversión Pública por tipo de Proyecto del Sector Salud del Departamento de Chuquisaca periodo: 1998-2016 .....	73
<b>Gráfico N° 4:</b> Comparación de la Ejecución de Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública por fuente de Financiamiento del Sector Salud en el Departamento de Chuquisaca periodo: 1998-2016.....	76
<b>Gráfico N° 5:</b> Ejecución de Proyectos de Inversión Pública por fuente de Financiamiento del Sector Salud en el Departamento de Chuquisaca periodo: 1998 - 2016 .....	79
<b>Gráfico N° 6:</b> Comparación de la Ejecución Media de los Proyectos de Inversión Pública por fuente de Financiamiento del Sector Salud del Departamento de Chuquisaca periodo; 1998-2016 .....	81
<b>Gráfico N° 7:</b> Evolución de la Esperanza de Vida al Nacer del Departamento de Chuquisaca periodo: 1998-2016.....	82
<b>Gráfico N° 8:</b> Comparación Media de la Evolución de la Esperanza de Vida Al Nacer periodo: 1998 – 2016.....	84
<b>Gráfico N° 9:</b> Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil del Departamento de Chuquisaca periodo: 1998-2016.....	87
<b>Gráfico N° 10:</b> Comparación promedio de la Tasa de Evolución de la Mortalidad Infantil en el Departamento de Chuquisaca periodo: 1998 – 2016.....	88
<b>Gráfico N° 11:</b> Relación de la Ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversion Publica del Sector Salud con la Esperansa de Vida al Nacer y la Tasa de Mortalidad Infantil del Departamento de Chuquisaca periodo: 1998-2016 .....	92

## **INDICE DE ANEXOS**

<b>Anexo N° 1:</b> Programación y Ejecución de Proyectos de Inversión Pública del Sector Salud del Departamento de Chuquisaca periodo: 1998-2016 .....	I
<b>Anexo N° 2:</b> Ejecución de Proyectos de Inversión Publica por tipo de Proyecto del Sector de Salud del Departamento de Chuquisaca periodo: 1998-2016 .....	II
<b>Anexo N° 3:</b> Ejecución de Proyectos de Inversión Pública del Sector Salud del Departamento de Chuquisaca por fuente de Financiamiento periodo: 1998-2016 .....	III
<b>Anexo N° 4:</b> Evolución de la Esperanza de Vida al Nacer del Sector Salud del Departamento de Chuquisaca periodo: 1998-2016 .....	IV
<b>Anexo N° 5:</b> Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil del Sector Salud del Departamento de Chuquisaca periodo: 1998-2016 .....	V
<b>Anexo N°6:</b> Resumen de Indicadores Medios Anuales de la Tesis de Grado.....	VI

# CAPÍTULO I: MARCO METODOLÓGICO REFERENCIAL

## 1.1. Introducción

En la Constitución Política del Estado (CPE), la salud se establece como un derecho fundamental, por lo tanto, el Estado tiene la responsabilidad de protegerla y promoverla, a través de la implementación y ejecución de proyectos de inversión pública, mejorando la calidad de vida, aumentando los indicadores de la esperanza de vida al nacer y reduciendo la tasa de mortalidad infantil. Así mismo el Estado tiene la obligación de mantener, proveer los establecimientos de salud, servicios básicos, insumos y demás suministros para mejorar el nivel de atención de la población, así como controlar el uso eficaz y eficiente del Presupuesto de Inversión Pública.

Para el Plan Nacional de Desarrollo (PND), es una preocupación central el derecho a la salud, por lo que se plantea como estrategia avanzar significativamente hacia la universalización del acceso a los servicios de salud. Para el cumplimiento de los objetivos y metas que propone el PND se requiere de una participación coordinada entre el nivel central del Estado y las Entidades Territoriales Autónomas.

La reducción de mortalidad en menores de cinco años y la tasa de mortalidad infantil, es fundamental ya que la salud ayuda al crecimiento económico del país contribuyendo al desarrollo de la población y mejorando la calidad de vida. La tasa de mortalidad infantil en los últimos años se redujo considerablemente debido a los distintos programas y políticas que implementó el Estado en los últimos años, los cuales ayudaron a mejorar los indicadores de la esperanza de vida al nacer, y reducir la tasa de mortalidad infantil.

Debido a los programas y normativas implementadas en el Sector Salud de Bolivia, la esperanza de vida al nacer, está en un promedio de 68 años, lo cual para las mujeres es de 5 años más alta que de los hombres, a causa de que las mujeres redujeron el número de hijos; con la implementación del SUMI y el “Bono Juana Azurduy”. La cobertura de partos atendidos en los establecimientos de salud aumentó de un 61% a un 80% entre el 2001 y 2012, los partos se volvieron menos peligrosos y menos riesgosos para las mujeres; entonces los programas contribuyeron en gran medida en estos indicadores ayudando a mejorar la calidad de vida en el Sector Salud.

Si bien se ha incrementado la Inversión Pública en salud, en lo que respecta a la infraestructura y equipamiento en los establecimientos de salud, aún existen deficiencias significativas ya que no satisfacen a las necesidades de la población. Por tal motivo el objetivo de investigación del presente trabajo es determinar la importancia de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública para la incidencia en el Sector Salud del Departamento de Chuquisaca.

## **1.2. Delimitación del tema**

### **1.2.1. Delimitación temporal**

La presente investigación comprende 18 años de estudio, el cual está dividido en dos periodos. El primero de 1998-2005, caracterizado por un Modelo de Economía de Mercado. El segundo periodo 2006-2016 caracterizado por el Modelo de Economía Plural.

#### **1.2.1.1. Primer Periodo: 1998-2005 (Modelo de Economía de Mercado)**

Este periodo se caracteriza por la aplicación del Modelo de Economía de Mercado, que se construye desde agosto de 1985 y termina en diciembre de 2005, donde el Estado asume la concepción de Mercado asumiendo la tarea principal de estabilización macroeconómica<sup>1</sup>.

El deterioro continuado 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>2</sup>.

El año 1998 inicia el programa Seguro Básico de Salud con el objetivo de mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud; el año 2003 se pone en vigencia la Ley N° 2426 del Seguro Universal Materno Infantil con carácter integral y gratuito para otorgar servicios de salud en todos los niveles de atención en el Sistema Nacional de Salud.

---

<sup>1</sup> Fundación Milenio-Konrad Adenauer Stiftung, Morales Juan Antonio (Coordinador), Germán 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> CEPB, "Inversiones y crecimiento en Bolivia: Desencuentros recurrentes", 2013, pág. 4

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

Este periodo es caracterizado por un nuevo rol del Estado, que 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, promoviendo 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, donde el Sector Público recibe mayores ingresos, por tanto la Inversión Pública aumenta constantemente<sup>3</sup>.

El año 2009 el Decreto Supremo N° 0066 del programa Bono Juana Azurduy en el marco de hacer efectivo los derechos de acceso a la salud y al Desarrollo Integral consagrados en la Constitución Política del Estado; el año 2011 se establece el nuevo modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural con la aprobación del D.S. 29061 centrado en la interculturalidad, intersectorialidad, integralidad y participación social en el nuevo modelo de atención y gestión del sistema de salud.

### **1.2.2. Delimitación general**

#### **1.2.2.1.Espacial**

El espacio geográfico considerado en la presente investigación es a nivel departamental, el Departamento de Chuquisaca se halla situado al Sur del Estado Plurinacional, entre los 18° 23' de Latitud Austral y los 62° y 66' de Longitud Occidental del Meridiano de Greenwich. Posee una extensión territorial de 51.524 Km<sup>2</sup> que representan 5% del territorio nacional<sup>4</sup>, enfocado en el Sector Salud dando prioridad a los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública.

---

<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> INE; Anuario Estadístico 2016.

#### **1.2.2.2.Sectorial**

La investigación comprende el Sector Fiscal.

#### **1.2.2.3.Institucional**

La investigación se delimitará institucionalmente en: Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, Vice ministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, Ministerio de Salud, Gobiernos departamental y local de Chuquisaca.

#### **1.2.2.4.Mención**

El presente trabajo de investigación se desarrolla dentro el ámbito de la Mención de Gestión de Proyectos y Presupuestos del plan de estudios de la Carrera de Economía.

#### **1.2.2.5.Referencia Histórica**

La elaboración de la presente investigación, contempla años anteriores al periodo de estudio que se consideraran para aclarar aspectos del tema de investigación y no con la finalidad de explicar el tema, variables o demostrar la hipótesis.

Un acontecimiento importante en este periodo es 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 demandas básicas<sup>7</sup>.

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

---

<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.

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

aún si se consideran los altos niveles de desempleo y de informalidad que tendría la Economía Boliviana.

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), el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) en 2006 y las Prestaciones de Servicios de Salud Integral (2013). 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 de ajustarse a la realidad cultural boliviana<sup>8</sup>.

### **1.3.Planteamiento del problema**

En Bolivia la mortalidad materna infantil se redujo considerablemente, pero aún no se está en el óptimo en comparación con América Latina y el Caribe, a pesar de que en Bolivia existen proyectos de Inversión Pública, realizados para mejorar la calidad de vida de la población, tanto en infraestructura y equipamiento; sin embargo, los indicadores de esperanza de vida al nacer y la mortalidad infantil no llegaron a los resultados esperados.

El Sector Salud es el sector más importante, el cual se debe priorizar para mejorarla calidad de vida de los habitantes del país; uno de los problemas que tiene mayor relevancia actualmente el Sector de Salud es la insuficiencia que existe en la infraestructura y equipamiento, pero los proyectos de Inversión Pública contribuyeron de manera positiva a los indicadores de esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad infantil.

---

<sup>8</sup>Salud Familiar Comunitaria Intercultural, Análisis del Sector Salud en Bolivia (2013) pág. 92

### **1.3.1. Formulación del problema**

Si bien se evidencia mejoras en los indicadores del sector salud; sin embargo, se percibe aún deficiencias significativas en lo que respecta a la infraestructura y el equipamiento de los establecimientos de salud, ya que no se está priorizando a este sector; por lo que, estas deficiencias se hacen muy notorias y más evidentes en la población.

Los proyectos de inversión pública que se implementaron en el Sector Salud del Departamento de Chuquisaca, para mejorar la los indicadores de la esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad infantil mejoraron significativamente dichos indicadores. Por este motivo el problema se formula de la siguiente manera:

**¿Tiene incidencia los Proyectos de Inversión Pública del Sector Salud en mejorar los indicadores de esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad infantil del Departamento de Chuquisaca durante el periodo 1998 - 2016?**

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. Objetivo general**

El objetivo general de la investigación es:

Determinar la importancia de los Proyectos de Inversión Pública del Sector Salud en los indicadores de esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad infantil del Departamento de Chuquisaca.

### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Identificar la programación y ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del Departamento de Chuquisaca.
- Establecer la importancia de la ejecución de los tipos de proyectos de inversión pública del Sector Salud del Departamento de Chuquisaca.
- Determinar la ejecución de los proyectos de Inversión Pública del Sector Salud con financiamiento interno y externo del Departamento de Chuquisaca.



- Determinar la evolución de la esperanza de vida al nacer del Departamento de Chuquisaca.
- Determinar la evolución de la tasa de mortalidad infantil del Departamento de Chuquisaca.

## **1.5.Hipótesis**

**La ejecución del presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud mejora los indicadores de la esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad infantil.**

## **1.6. Restricciones de Categorías y Variables Económicas**

### **1.6.1. Categorías económicas**

- V.E.1. Presupuesto de inversión pública.
- V.E.2. Sector Salud.

### **1.6.2. Variables económicas**

- O.E.1.1. Programación y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública.
- O.E.1.2. Ejecución del presupuesto de inversión pública por tipo de proyecto del Sector Salud.
- O.E.1.3. Ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud por Fuente de Financiamiento.
- O.E.2.1. Esperanza de vida al nacer.
- O.E.2.2. Tasa de mortalidad infantil.

## **1.7. Justificación**

El presente trabajo de investigación pretende llegar a demostrar la importancia de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en Bolivia del Sector Salud; ya que con una asignación de recursos de forma eficiente, se podría contar con infraestructuras y equipamientos de salud mejoradas, que contribuyan la mejora de calidad de vida de la población, que es una de las bases fundamentales para el crecimiento económico y el

desarrollo social del país; debido a que dentro de la economía la salud es un pilar fundamental para el desarrollo económico de un país.

#### **1.7.1. Justificación económica.**

El sector salud dentro de la economía boliviana es un pilar fundamental para el desarrollo económico, ya que si la sociedad carece de una buena salud tiene una incidencia en los rendimientos laborales de la población, generando una ineficiencia en la producción y pérdidas económicas.

El presente trabajo de investigación estudia el Presupuesto de Inversión Pública de los proyectos del Sector Salud, el cual está dirigido a los programas de apoyo económico en el marco de bienestar social y apoyo a la infraestructura y equipamiento.

#### **1.7.2. Justificación social**

Se considera de importancia el tema de investigación, por lo que se constituye en un aporte social muy significativo analizar la ejecución del presupuesto de inversión pública de los proyectos del sector salud del departamento de Chuquisaca, ya que la salud contribuye al desarrollo de la población.

#### **1.7.3. Justificación institucional**

El tema de investigación proporciona las herramientas necesarias para el estudio de los recursos destinados de acuerdo al presupuesto del Sector de la Salud para el desarrollo económico departamental.

#### **1.7.4. Justificación teórica**

El presente trabajo de investigación destaca la importancia del Sector Salud, y de la intervención del Estado mediante los programas orientados a la ejecución de Proyectos de Inversión Pública; a través de la aplicación de la teoría y enfoques económicos que sean útiles para el desarrollo del tema.

#### **1.7.5. Justificación académica**

La Mención de Gestión de Proyectos y Presupuestos del plan de estudios de la carrera de Economía se relaciona con el tema de investigación referido al Presupuesto de Inversión

Pública destinado al sector Salud, en el cual se verá los efectos de la gestión del Presupuesto de Inversión Pública en los proyectos, programas hacia el Sector Salud.

## **1.8. Metodología**

### **1.8.1. Método de investigación**

El método utilizado en la presente investigación es el Deductivo que conduce realizar la investigación dentro de un contexto general para arribar a resultados particulares<sup>9</sup>. En el presente trabajo de investigación, el análisis de la ejecución del presupuesto de inversión pública del sector salud del departamento de Chuquisaca permitirá apreciar la mejora de los índices de calidad de vida de los habitantes del departamento de Chuquisaca.

### **1.8.2. Tipo de investigación**

El tipo de investigación es descriptivo, cuantitativo y explicativo, para cuyo propósito se utilizará datos numéricos y cuantificables en cuanto al valor de los recursos que se invierte en los proyectos del sector salud, y relación con los indicadores e índices de calidad de vida de los habitantes del departamento de Chuquisaca.

### **1.8.3. Fuentes de investigación**

Las fuentes de información para realizar la presente investigación referida al análisis de la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en los proyectos del Sector Salud del Departamento de Chuquisaca y su incidencia en el sector (1998-2016), se basará en información secundaria obtenida de: boletines estadísticos, investigaciones realizadas, y revistas elaboradas por instituciones especializadas (INE, UDAPE, MEFP y Fundaciones).

---

<sup>9</sup> Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos y Del Pilar Baptista Lucio María “Metodología de la Investigación”. 5ta Edición, México (2006). Cap. 1, Pág.3.

## **CAPITULO II: MARCO CONCEPTUAL Y TEORICO**

### **2.1 Aspectos conceptuales y definiciones**

#### **2.1.1. Inversión pública**

Se entiende por Inversión Pública todo gasto de recursos de origen público destinado a incrementar, mejorar o reponer las capacidades físicas, humanas, culturales, ambientales, económicas y sociales del Estado para la producción de bienes y/o prestación de servicios<sup>10</sup>.

#### **2.1.2. Proyecto de inversión**

Es el conjunto de actividades interrelacionadas que insumen recursos públicos, para la producción de bienes y/o prestación de servicios, con el propósito de lograr productos y beneficios en un tiempo y espacio determinados, en el marco de las prioridades establecidas en el Plan de Desarrollo Económico y Social<sup>11</sup>.

#### **2.1.3. Sector salud**

La salud pública es un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria. En la literatura sobre promoción de la salud se ha establecido una distinción entre la salud pública y una nueva salud pública. Esta nueva salud pública basa su diferencia en una comprensión global de las formas en que los estilos de vida y las condiciones de vida determinan el estado de salud y en un reconocimiento de la necesidad de movilizar recursos y realizar inversión es razonadas en políticas, programas y servicios que creen, mantengan y protejan la salud, apoyando estilos de vida sanos y creando entornos que apoyan la salud.<sup>12</sup>

#### **2.1.4. Pobreza**

Se define generalmente a partir de un indicador llamado Canasta Básica Universal, la que incluye un conjunto de bienes necesarios para cubrir las necesidades alimentarias y no alimentarias consideradas esenciales de un núcleo familiar. Si el ingreso mensual de una

---

<sup>10</sup> Reglamento Específico del Sistema Nacional de Inversión Pública del Ministerio de Planificación y Desarrollo. Art. 9.

<sup>11</sup> IBID-10, Art.13.

<sup>12</sup> Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Ministerio de sanidad y consumo. Promoción de la Salud Glosario. Páginas: 11-12.

familia no alcanza para cubrir el costo de la canasta básica universal, se concluye que está por debajo de la línea de pobreza<sup>13</sup>.

### **2.1.5. Mortalidad infantil**

Cociente entre el número de muertes de niños menores de un año de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos, según la información de la autoridad sanitaria nacional. La tasa de mortalidad neonatal reportada se define como el cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir 28 días de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos, según la información de la autoridad sanitaria nacional. La tasa de mortalidad postneonatal reportada se define como el cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir un año de edad pero han vivido 28 días o más, en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos, según la información de la autoridad sanitaria nacional<sup>14</sup>.

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

Número promedio de años que se espera vivirá un recién nacido, si en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo prevalentes al momento de su nacimiento, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica<sup>15</sup>.

### **2.1.7. Presupuesto**

El presupuesto muestra los gastos que el gobierno planea en sus programas y los ingresos que espera en un año dado. El presupuesto suele contener una lista de programas específicos así como las fuentes de ingresos<sup>16</sup>.

---

<sup>13</sup>Rodríguez. C. ETIMOLÓGICO, CONCEPTUAL Y PROCEDIMENTAL. “Diccionario de Economía”, Mendoza, abril de 2009. Pag. 21

<sup>14</sup>Glosario de Indicadores Básicos de la OPS, junio 2015. Pág. 10.

<sup>15</sup>ÍBID-14, Pág. 4.

<sup>16</sup>Paul A. Samuelson y William D. Nordhaus. Economía con aplicaciones a Latinoamérica. Edición 19, 2010. Página: 655.

### **2.1.8. Presupuesto de inversión pública**

El Estado, tiene una actividad planeada en forma precisa a través del presupuesto de inversión pública que es el conjunto de gastos y recursos previsto con adelanto, generalmente para un año<sup>17</sup>.

#### **2.1.8.1. Presupuesto Programado**

Es la actividad planeada del Estado, que por medio del presupuesto prevé ingresos y gastos, que generalmente es para un año<sup>18</sup>.

#### **2.1.8.2. Presupuesto Ejecutado**

Se fundamenta por la presentación de los presupuestos en actividades y en proyectos, de forma que se puedan evaluar sus objetivos alcanzados y sus resultados. La ejecución del presupuesto público, no sólo permite incrementar la eficacia de la “Administración Pública”, sino también informa a los ciudadanos sobre los beneficios de la actividad pública<sup>19</sup>.

### **2.1.9. Presupuesto anual de inversión pública**

Es la asignación de los recursos y gastos en cada gestión fiscal para la ejecución de programas y proyectos de inversión pública, compatible con el plan de inversiones plurianual, que incluye la preinversión y ejecución de la inversión<sup>20</sup>.

#### **2.1.10. 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 más bien un proceso<sup>21</sup>.

---

<sup>17</sup>Duverger M., “Instituciones Financieras”, Editorial Bosch, 1960, Pág. 40

<sup>18</sup>ÍBID-17, Pág. 40

<sup>19</sup>ÍBID-18, Pág. 40

<sup>20</sup> Directrices de Formulación del Presupuesto de Inversión Pública Anual, Pág. 6

<sup>21</sup>Ortun Vicente “Gestión Pública: conceptos y métodos”.

### **2.1.11. Proyecto**

Un proyecto es, ni más ni menos, 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 o la tecnología por aplicar, ella conlleva necesariamente la búsqueda de proposiciones coherentes destinadas a resolver las necesidades de la persona humana<sup>22</sup>.

Para el economista, un proyecto es la fuente de costos y beneficios que ocurren en distintos periodos de tiempo. El desafío que enfrenta es identificar los costos y beneficios atribuibles al proyecto, medirlos y valorarlos con el fin de emitir un juicio sobre la conveniencia de ejecutar ese proyecto<sup>23</sup>.

### **2.1.12. 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 ésta puede desviarse en función del interés<sup>24</sup>.

### **2.1.13. Financiamiento**

Para ejecutar un programa y/o proyecto se requiere de recursos financieros (dinero) y estos pueden ser de origen interno (aporte local) y externo (crédito y/o donación)

#### **2.1.13.1. Financiamiento Interno**

Son aquellos con que cuenta el Estado (regalías, transferencias del TGN, IDH, recursos propios, etc.), un proyecto puede ser ejecutado en su totalidad con estos recursos<sup>25</sup>.

---

<sup>22</sup>Nassir Sapag Chain; Reinaldo Sapag Chain. Preparación y evaluación de proyectos. Quinta edición. 2008. Capítulo 1. El estudio de proyectos. Páginas: 1-2.

<sup>23</sup> Ernesto R. Fontaine. Evaluación social de proyectos. Edición 13, 2008 por Pearson Educación de México S.A. de C.V. Páginas: 1.

<sup>24</sup>Mokate Karen Marie "Evaluación Financiera de Proyectos de Inversión"; 2da Edición. Editorial Alfa omega. (2004) Pág. 13.

<sup>25</sup>VIPFE Web versión 1.0 - 2011

### **2.1.13.2. Financiamiento Externo**

Proviene a través de créditos o donaciones y se constituyen en el financiamiento que completa al total del dinero para la ejecución del proyecto<sup>26</sup>.

## **2.2 Aspectos teóricos de la investigación**

### **2.2.1. Teoría del sector público**

En la teoría del sector público, la asignación de los recursos que tienen la prioridad de que no es posible mejorar el bienestar de ninguna persona sin empeorar el de alguna otra se dice que son eficientes en el sentido de Pareto u óptimas en el sentido de Pareto. El Estado debe intervenir en áreas donde existen fallas de mercado.

#### **2.2.1.1. Funciones fiscales<sup>27</sup>**

- **Función de Asignación**

Determinados bienes no pueden proveerse mediante el sistema de mercado, es decir, a través de transacciones entre consumidores y productores individuales, por lo que el mercado falla totalmente o puede funcionar únicamente de una manera ineficaz, este es el caso de los bienes sociales donde sería ineficaz excluir a un consumidor de la participación de los beneficios, esta participación no reduce el consumo de otro, aunque la necesidad de provisión pública puede urgir incluso en situaciones donde el consumo es rival.

El problema por tanto consiste en cómo debería el gobierno determinar la cantidad de estos bienes que se ha de proveer y cuánto se debería pedir pagar un consumidor determinado. Pero esto no resuelve el problema, la dificultad radica en cómo valora estos beneficios el que los recibe, en esta situación el proceso político entra en escena como sustituto del mecanismo de mercado.

---

<sup>26</sup>VIPFE Web versión 1.0 - 2011

<sup>27</sup>Musgrave, R., "Hacienda pública teórica y aplicada", México, McGraw-Hill Editores, 2ª Edición, 1973.



- **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.

- **Función de estabilización**

Esta actividad presupuestaria trata de las medidas que se ocupan del desempleo, la inflación y el crecimiento económico.

Actualmente está muy extendida la idea de que los mercados y las empresas privadas constituyen la clave del éxito de una economía, mientras que el Estado desempeña un papel importante como complemento del mercado. Sin embargo, el carácter exacto de ese papel continúa siendo un motivo de controversias<sup>28</sup>.

### **2.2.1.2. Acciones del Estado<sup>29</sup>**

- **Acciones de Regulación**

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.

- **Acciones de 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

---

<sup>28</sup> Joseph E. Stiglitz, “La economía del sector público”, España, editorial Antoni Bosch, S.A., 3º Ed., 2000, Págs. 13-14

<sup>29</sup> Cibotti, R. y Sierra, E. “El Sector Público en la Planificación del Desarrollo”, México, Editorial Siglo XXI, 2º Ed., 1973, Págs. 16-21.

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 qué función 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.

- **Acciones en el campo del financiamiento**

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 proporcionara determinados grupos un ingreso relativamente mayor que el que obtendrían del juego de mercado.

- **Acciones de acumulación**

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.

### **2.2.2. Los fallos de la intervención del Estado**

Según Joseph Stiglitz<sup>30</sup>, los mercados fallan en la asignación de los recursos y el Estado con frecuencia no consigue corregirlos; el mercado sólo es eficiente bajo 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

Son cuatro las causas de la incapacidad sistemática del Estado para cumplir los objetivos formulados: su reducida información, su reducido conocimiento de las respuestas privadas a sus intervenciones, su reducido control de la burocracia y las limitaciones que imponen los procesos políticos.

#### **1. Información limitada:**

El Gobierno no dispone de la información adecuada para tomar decisiones y las medidas tienen consecuencias complejas y difíciles de prever.

#### **2. Control limitado de las empresas privadas:**

El Estado no controla totalmente las consecuencias de sus intervenciones, en su mayoría sigue siendo el sector privado quien determina el servicio y precio.

#### **3. Control limitado de la burocracia:**

El Parlamento aprueba las leyes, pero delega su ejecución en los organismos públicos, quienes en muchos casos son los responsables del cumplimiento de la normativa.

#### **4. Limitaciones impuestas por los procesos políticos:**

Las decisiones plantean problemas como; políticos incentivados a responder ante ciertos grupos de presión, soluciones sencillas a problemas complejos.

---

<sup>30</sup>Stiglitz, Joseph. (1997). La Economía del Sector Público. (2º ed.), Editorial. Barcelona: Antoni Bosch. Págs. 24, 25,26

### **2.2.3. El Análisis del Sector Público**

Según Joseph Stiglitz<sup>31</sup>, los mercados fallan en la asignación de los recursos y el Estado con frecuencia no consigue corregirlos; el mercado sólo es eficiente bajo 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: describir las actividades que realiza el Estado, analizar sus consecuencias, evaluar las distintas medidas posibles e interpretar las fuerzas políticas que condicionan a las decisiones que toman los Gobiernos.

#### ***1. Saber qué actividades realiza el sector público y cómo están organizadas.***

Las actividades del Estado son tan complejas que resulta difícil saber cuáles son sus gastos totales y en qué se emplea este dinero. Sus presupuestos son documentos de miles de páginas, en los que no es fácil delimitar las actividades.

#### ***2. 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 suelen ser demasiado complicadas para poder predecirlas exactamente e incluso después de que se adopte una medida, surgen frecuentemente discrepancias sobre sus efectos de resolverlas.

#### ***3. Evaluar otras medidas posibles.***

Para ello es preciso no sólo conocer las consecuencias de las diferentes medidas posibles, sino también establecer unos criterios para evaluarlas, es preciso comprender los objetivos de la política gubernamental.

#### ***4. Interpretar el proceso político.***

Los economistas identifican los distintos grupos que salen ganando o perdiendo con un programa público y analizan los incentivos de estos grupos para intentar influir sobre el

---

<sup>31</sup>IBID-30,Págs.26,27

proceso político con el fin de promover los resultados que les son favorables. También se preguntan cómo afecta a los resultados la estructura del Estado: las “reglas del juego” (las reglas con las que funciona el Parlamento).

#### **2.2.4. Teoría del Capital Humano**

Becker en 1964 define el capital humano como el conjunto de las capacidades productivas que un individuo adquiere por acumulación de conocimientos generales o específicos.<sup>32</sup>

El modelo propuesto por Becker se caracteriza, como el primero por su extremada simplicidad; Las decisiones de las familias sobre consumo, tiempo de trabajo y educación, Becker desarrolla un modelo formal para estudiar las decisiones de las familias sobre la cuantía de capital humano que va a “producir”, con dicho modelo. Becker estudia la evolución de las anteriores variables durante la vida de una persona, explica por qué las personas a medida que envejecen se dedican menos tiempo a producir capital humano; Capital humano e ingresos, explica Becker la relación existente entre la inversión en capital humano y la distribución de ingresos, la cantidad que se debe invertir en capital humano será la que iguale la oferta con la demanda<sup>33</sup>.

Según Schultz 1961, invertir en escolaridad, salud, en la forma de crianza de los niños, en profesionales, en investigación, es invertir en capital humano, lo que a su vez disminuye la brecha entre pobres y ricos, brindándoles una mejor calidad de vida a las personas de escasos recursos<sup>34</sup>.

Schultz propone distinguir cinco factores que han contribuido a mejorar las capacidades humanas:

- 1) Las inversiones en salud y servicios entendidas de forma genérica, como todo gasto que afecta a la esperanza de vida, vigor y vitalidad de las personas.
- 2) Entrenamiento en el trabajo.
- 3) Educación general en los niveles elementales, de segundo grado y mayores.

---

<sup>32</sup> CARDONA M. 2009. Capital Humano: Una Mirada Desde La Educación y la Experiencia Laboral. Universidad Eafit. Pág. 18.

<sup>33</sup> FALGUERAS I. 2008. El Capital Humano En La Teoría Económica: Orígenes y Evolución. Temas Actuales de Economía. Volumen 2. págs. 31-35.

<sup>34</sup> IBID-33, Pág. 18.

4) Programas de estudio de adultos.

5) Migración de familias jóvenes o individuos en busca de nuevas oportunidades.<sup>35</sup>.

El autor Theodore Schultz defendía la idea de que el capital humano es fruto, en gran medida, de inversiones intencionadas, no únicamente del azar de la naturaleza o de la trayectoria individual de cada persona. Las inversiones en educación, en servicios sanitarios, en formación en el trabajo contribuyen que el capital humano crezca<sup>36</sup>.

Bustamante 2003 especifica al capital humano como el conjunto de conocimientos, capacidades y habilidades de la fuerza laboral, ya sea por inversiones en educación, salud, seguridad y cultura o por aquellas destrezas adquiridas por la experiencia<sup>37</sup>. El capital humano son los conocimientos en calificación y capacitación, la experiencia, las condiciones de salud, entre otros, que dan capacidades y habilidades, para hacer económicamente productiva y competente las personas.

### **2.2.5. Teoría Económica de la Salud**

Según Urriola<sup>38</sup>, en cuanto a las prioridades entre países desarrollados y los emergentes difieren, los primeros, gracias a su nivel de ingresos y el desarrollo de los sistemas de salud ha universalizado las coberturas, por tanto, centran la preocupación en la contención o racionalización de costos; mientras que los segundos, están obligados a mejorar las coberturas de salud y redes de atención.

Según Herrera<sup>39</sup>, no es posible imaginar ninguna estabilidad o crecimiento económico sin que el bienestar se extienda a la sociedad en su conjunto, es decir, sin que las coberturas de salud y las oportunidades sociales sean iguales para todos. Lograr la salud implica satisfacer necesidades expresadas en forma de demanda, requiere de una función de producción que combine los recursos de un modo eficiente a fin de obtener el mayor impacto social, y que sirva de instrumento para alcanzar la equidad.

---

<sup>35</sup>DIAZ DE IPARRAGUIRRE M. 2009. La Gestión Compartida Universidad-Empresa en la Formación del Capital Humano, Su Relación con la Promoción de la Competitividad y El Desarrollo Sostenible. Caracas. págs. 51-53

<sup>36</sup> CAÑIBANO C. El Capital Humano: Factor de Innovación, Competitividad y Crecimiento. Universidad Rey Juan Carlos. Sexto Congreso de Economía de Navarra. Págs. 257-258.

<sup>37</sup>IBID-36, Pág. 20

<sup>38</sup> URRIOLO R. 2011. Economía y Salud: Aportes y experiencias en América Latina. Chile. Pág. 17

<sup>39</sup> HERRERA C. y RODRIGUEZ C. 2002. La Economía de la salud: ¿Debe ser de interés para el campo sanitario? Págs. 359-361

La eficiencia económica de la salud lleva asociados el conocimiento del esfuerzo necesario para producir salud, el costo, y la medición de los beneficios que reportan las actividades relacionadas con ellas, no solo en términos monetarios sino también en términos de producto<sup>40</sup>.

Baly Alberto 2001<sup>41</sup>, señala que la evaluación económica en la salud, analiza de manera explícita las distintas alternativas de elección de procedimientos, servicios o tecnologías médicas para resolver o prevenir un problema de salud, es decir identifica las alternativas, costos y beneficios de cada una.

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

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

## **2.2.6. Teoría del ciclo de vida del proyecto**

### **2.2.6.1. Según los Hermanos Sapag Chain<sup>42</sup>**

El estudio del proyecto como proceso cíclico, según los hermanos Sapag Chain reconoce cuatro grandes etapas:

#### **1) La etapa de idea:**

Corresponde a un proceso sistemático continuo de búsqueda de nuevas ideas de proyecto que surge de la identificación de problemas tendientes a solucionarlo de oportunidades que se puedan presentar, el estudio de proyectos se inicia sobre la base de opciones definidas.

#### **2) La etapa de preinversión:**

Se realizan tres estudios de viabilidad: perfil, prefactibilidad y factibilidad.

---

<sup>40</sup> HERRERA C. y RODRIGUEZ C. 2002. La Economía de la salud: ¿Debe ser de interés para el campo sanitario? Pág. 365.

<sup>41</sup> BALY A. 2001. La Economía de la Salud, la eficiencia y el Costo de Oportunidad. Cuba. Págs. 1-4

<sup>42</sup> Sapag Chain, N. Y Sapag Chain R., "Preparación y evaluación de proyectos", México, McGraw-Hill Interamericana Editorial, 5º Ed., 2008, Págs. 21-24.

- **Perfil:** El cual se elabora a partir tanto de la información existente, como del juicio común y de la opinión que da la experiencia.
- **Prefactibilidad:** Profundiza en la investigación, y se basa principalmente en información de fuentes secundarias para definir, con cierta aproximación, las variables principales referidas al mercado, a las alternativas técnicas de producción y a la capacidad financiera de los inversionistas, entre otras.
- **Factibilidad:** Se elabora sobre la base de antecedentes precisos obtenidos a través de fuentes de información primarias. Las variables cualitativas son mínimas, comparadas con las de los estudios anteriores.

### 3) **La etapa de inversión:**

Corresponde al proceso de implementación del proyecto, donde se materializan todas las inversiones previas a su puesta en marcha.

### 4) **La etapa de operación:**

La inversión se materializa, la inversión está en ejecución, es decir el proyecto está puesto en marcha.

## 2.2.6.2. Según Karen Mokate<sup>43</sup>

En el ciclo de vida del proyecto influyen la formulación y evaluación de diversas alternativas, la elección de la mejor alternativa, la gestión de la misma y solo se considera “terminado” con una evaluación ex-post, cuyas conclusiones deben servir para alimentar la definición y ejecución de proyectos futuros.

### 1) **Etapa de Formulación:**

En esta etapa se desarrolla las alternativas, evaluación ex-ante. Considera que la primera etapa del ciclo corresponde: preinversión; el objeto es delinear y planear objetivos de la iniciativa que se propone, analizar, delimitar aspectos técnicos, financiero, socioeconómico, mercado, ambiental, legal, organizacional institucional. La información que se obtenga se

---

<sup>43</sup>MOKATE K., «EVALUACIÓN FINANCIERA DE PROYECTOS DE INVERSIÓN», ALFAOMEGA, 2ª EDICIÓN, BOGOTÁ, 2004, PÁG. 7-8.



profundiza progresivamente, para que aumente la certidumbre de la inversión, referido a seleccionar alternativas y proyectos.

Esta etapa se descompone en cuatro Fases:

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

## 2) **Etapa de Gestión:**

Ejecución de actividades e inversiones, evaluación sobre la marcha. Está comprendida en el momento que inicia la inversión y el momento que deja de operar el proyecto. La gestión se orienta por los objetivos que dieron razón de ser al proyecto. Esta etapa está comprendida por dos Fases: diseños definitivos del proyecto y montaje y operación.

- **Diseños definitivos:** Una vez aprobado la realización del proyecto, se procede a contratarlos diseños definitivos. (Aquí se refleja el estudio de factibilidad, porque los cambios que se tengan, serán insignificantes).
- **Montaje o construcción y operación:** El proceso de ejecución del proyecto comprende la construcción o montaje, y la gestión del mismo a través de todos sus años de vida útil (operación). En esta Fase es significativo la evaluación porque permite realizar ajuste al diseño y ejecución del proyecto, para cumplir con los objetivos planteados.

## 3) **Etapa Ex Post:**

Generación de efectos e impactos de mediano y largo plazo, evaluación ex-post. Esta denominación se refiere a una etapa posterior a la ejecución del proyecto. El objetivo de esta etapa es documentarla experiencia del proyecto y determinar hasta dónde el proyecto ha funcionado según la programación, para generar experiencia en proyectos futuros. La evaluación ex-post mide el impacto efectivo, positivo, o negativo, de un proyecto.

## **CAPITULO III: ASPECTOS DE POLÍTICA, LEGAL E INSTITUCIONAL**

### **3.1. Aspectos de políticas**

#### **3.1.1. Primer periodo: 1998-2005 (modelo de economía de mercado)**

##### **3.1.1.1. Plan General de Desarrollo Económico y Social, 1997 – 2002**

###### **a) Pilar de equidad**

El objetivo del pilar de equidad del Plan General de Desarrollo Económico y Social, Bolivia XXI, País Socialmente Solidario 1997-2002, plantea mejorar las condiciones de vida de la población, definiendo el desarrollo humano como núcleo estratégico para la generación de mayores oportunidades y para una mejor calidad de vida; por tanto, es necesario focalizar políticas estratégicas para el desarrollo humano centradas en la infancia que agrupa a la niñez, la adolescencia, y la juventud. Se plantean dos grandes grupos nacionales:

###### **4) El Pacto Nacional por la Infancia y sus Derechos**

Pretende coordinar, concertar y articular instituciones, objetivos y programas, proyectos y acciones en favor de la infancia, entre el Estado y la Sociedad Civil, para mejorar el nivel de cobertura, calidad de los servicios, para la sensibilización, educación y cambio de mentalidad respecto a los derechos de la infancia. Se plantea la formación y salud integral

La estrategia está relacionada con el tema de la tesis y está referida a:

###### **i) Formación y salud integral.**

Esta política procura reducir las disparidades en las condiciones del acceso a la salud, lo que requiere mayor eficiencia en la asignación de los recursos, mayor eficiencia de las intervenciones y efectividad en la solución de los problemas que afectan, principalmente, a la niñez y adolescencia.

Para el logro de estas políticas, se propone un enfoque multisectorial que se sustente en las siguientes políticas instrumentales:

- **Alimentación y desnutrición básicas**

Consiste en la promoción del suministro de alimento y de una nutrición apropiada, orientando a mejorar los hábitos de alimentación en la población de los menores de 5 años; profundiza y amplía los programas de asistencia nutricional, con énfasis en grupos más vulnerables e incorpora y desarrolla el “paquete nutricional” componente básico de la canasta básica de salud.

- **Promoción de salud y medicina preventiva**

Comprende la enseñanza de los problemas de salud, los métodos para identificarlos y combatirlos. Por su parte la medicina preventiva hace énfasis en evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de la vida social, económica y cultural que contribuyen a la presencia y permanencia de enfermedades. Por lo tanto ambas son políticas que permitirán mejorar las condiciones de salud de la población. Los propósitos de esta política son:

- ✓ Contribuir a la reducción de la morbi-mortalidad infantil y materna.
- ✓ Mejorar las condiciones de crecimiento del niño.
- ✓ Incrementar la protección contra enfermedades tanto las prevenibles, como las que requieren acciones de protección del medio y uso adecuado de los recursos.
- ✓ Acrecentar los conocimientos sobre el cuidado adecuado en alimentación y salud.
- ✓ Impulsar la educación sexual y reproductiva con énfasis en la prevención y tratamiento de embarazo precoz en adolescentes.

- **Atención primaria de salud (APS) universal**

Esta política implica la provisión de una canasta básica de salud, que consiste en un conjunto determinado de servicios en las áreas de fomento, provisión, curación y rehabilitación, que se proveerá a toda la población, en especial a las niñas, los niños y los adolescentes, de acuerdo al perfil epidemiológico y riesgos ambientales de cada región. Contribuirá a reducir la morbi-mortalidad infantil y materna:

- ✓ Mejora las condiciones de acceso a la salud de la niñez.
- ✓ Incrementa las condiciones de nutrición de la madre gestante y del recién nacido.

- ✓ Acrecentar la psicoestimulación temprana y el desarrollo infantil.
  - ✓ Mejorar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, a programas preventivos y curativos en los diferentes periodos de vida, intergestacional, pre natal, parto y puerperio.
  - ✓ Garantiza los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.
  - ✓ Proporciona a los adolescentes una adecuada educación sexual y conocimientos sobre los problemas del embarazo precoz, alcoholismo y drogadicción.
- **Control y vigilancia endémica**

Esta política contribuye al mejoramiento de las condiciones de salud de las niñas, los niños y adolescentes e incrementa la calidad del capital humano al influir positivamente sobre el mejoramiento de las condiciones para un adecuado crecimiento y desarrollo de la infancia y la juventud.

#### **5) La Alianza por el Potenciamiento Humano**

Esta política propugna un conjunto de políticas que tienden a garantizar una formación técnica adecuada, que se inicie en la educación básica y se articule a las particularidades de la seguridad alimentaria y/o de la pequeña y mediana empresa (PYMES), cuya virtud radica en el cambio hacia la cultura productiva, empresarial y ciudadana y cuyos resultados generan una capacidad competitiva que permita re articular al país, con ventajas, en la economía mundial.

### **3.1.1.2. Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social de Chuquisaca (P.D.D.E.S.)<sup>44</sup>**

- **Inversión Social para el Desarrollo Humano.**

Esta política pretende promover el mejoramiento de la calidad de vida de la población chuquisaqueña, particularmente de aquella en condiciones de extrema pobreza, creando igualdad de oportunidades, para acceder a mejores niveles de ingreso que le permitan cubrir satisfactoriamente sus necesidades básicas y de esta manera contribuir al desarrollo de las capacidades productivas y creativas de la población.

---

<sup>44</sup>Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social de Chuquisaca, Sucre 2000. Pág. 65,68,69,70

✓ **Formación y salud integral.**

- Salud, Alimentación y Nutrición Básica.

Para lograr un mejoramiento de la calidad de salud y ampliación de la cobertura en el departamento de Chuquisaca, la propuesta está centrada en:

- 6) Mejorar la calidad de la oferta de servicios de salud primaria para disminuir la morbi-mortalidad materna-infantil, principalmente mediante el seguro básico de salud en el área rural. Su financiamiento será concurrente entre los tres niveles.
- 7) Incrementar y mejorar la infraestructura y equipamiento de hospitales y centros de salud (de última generación tecnológica), a ser implementados mediante acciones concertadas entre los tres niveles, con orientación hacia la cooperación internacional.
- 8) Fortalecer las redes de servicio de salud de forma concertada, aprovechando al máximo la capacidad instalada, priorizando la atención primaria en salud, mejorando el desempeño de distritos, dotándoles de equipo, capacitando técnicamente al personal, y efectuando el mantenimiento de la infraestructura de salud, así como la consolidación del sistema de información en salud.
- 9) Mejorar la capacidad gerencial de los distritos, a partir de la implementación de subsistemas internos en la administración de salud, de manera que, interactúen mecanismos de coordinación intra e intersectorial en todos los niveles que permita una planificación integral del sector para evitar la dispersión, y de esta manera optimizar los recursos disponibles.
- 10) Mejorar la asignación de presupuesto nacional, departamental y local, para un desarrollo normal de los servicios de salud.
- 11) Fortalecer los programas de salud reproductiva dirigidos especialmente a los adolescentes, mediante los servicios que presta el Centro de Atención al Adolescente.
- 12) Fortalecer el actual Programa de Integración Docente Asistencial que se desarrolla con la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier, en función a lograr mayores coberturas tanto para beneficio de la población

atendida, como del recurso humano que logra práctica y especialización en los servicios de salud.

- 13)** Promover el uso de la biotecnología para contribuir a la lucha contra las enfermedades transmisibles mediante vacunas nuevas y mejoradas, medicamentos y técnicas de diagnóstico para detectar la presencia de contaminantes y elementos patógenos en el agua potable.
- 14)** Impulsar departamentalmente proyectos privados de centros especializados, que permitan mejorar la oferta global, y la ciudad de Sucre se constituya nuevamente en centro médico especialmente con orientación geriátrica (aprovechando las ventajas que brinda el clima y la tranquilidad ciudadana), que ligados al turismo recreativo y de eventos, configuran encadenamientos interesantes.
- 15)** Desarrollar acciones orientadas a la erradicación de enfermedades endémicas como el mal de Chagas y la malaria a través de controles preventivos, tratamiento médico, mejoramiento de viviendas y rociado con químicos (deltametrina), así como campañas de erradicación de roedores tanto en áreas urbanas como rurales del departamento. Para lograr un mayor impacto en cobertura y resultados, tanto la prefectura, los municipios y la cooperación internacional cofinanciarán la ejecución de los proyectos de forma concurrente.
- 16)** Promover la incorporación de temas de género en el currículo de formación de los profesionales en salud.
- 17)** Campañas de difusión y sensibilización sobre los efectos de la violencia doméstica en la salud de niños, niñas y mujeres en general.
- 18)** Coadyuvar toda iniciativa de los gobiernos municipales, en el fortalecimiento del Sector, como por ejemplo los médicos de barrio del Municipio de la sección de la capital del departamento (Sucre).

### **3.1.2. Segundo Periodo: 2005-2016 (Modelo de Economía Plural)**

#### **3.1.2.1. Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien” 2006-2011.**

El Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien” 2006-2011 define políticas a favor del Sector Salud con el objetivo de la eliminación de la exclusión social, que se conseguirá con la implementación del Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, que asume la medicina tradicional. El sistema de salud generará un ambiente sano y sostenible vigilando el ámbito productivo, los desechos industriales, residuos hospitalarios y suelos (minería, agricultura, hidrocarburos y otros). Para ello se crearán políticas, normas y sistemas.<sup>45</sup>

- **Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud.**

Esta política permitirá el acceso a los servicios de salud del 100% de la población boliviana bajo el Sistema Único, Intercultural y Comunitario, mediante la promoción de hábitos y conductas saludables en individuos, familia y la comunidad, logrando una población sana y productiva, que participe en la transformación económica, social y cultural, con la aplicación de un modelo de salud familiar, plurinacional y comunitaria.

La estrategia de esta política es la Universalización del acceso al Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, orientada a superar toda forma de exclusión en salud, que se traduce en altos índices de enfermedad y muerte, pero también en personas con hábitos no saludables.

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

---

<sup>45</sup>Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien”, 2006-2011, Pág., 37-42.

- **Rectoría.**

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

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

- **Movilización Social.**

Esta política plantea promover la ciudadanía activa, participativa y responsable de su salud (gestión social, movilización social y control social) creando consejos de salud a nivel nacional, departamental y municipal. Esto permitirá aumentar los años de vida saludable de la población y con ello se logrará contar con más gente sana y, por ende, mayor productividad para el país.

La estrategia de esta política es la revalorización de la salud en las prioridades de los hombres, mujeres, comunidades y familias bolivianas, orientada a la promoción de una ciudadanía activa, participativa y responsable, con influencia en la creación de una atmósfera espiritual para la percepción del desarrollo físico y mental en el hogar, en el trabajo y en la colectividad, en el marco de la responsabilidad para la sostenibilidad del ambiente sano y productivo.

- **Promoción de la Salud.**

Propone la recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y la calidad de vida, orientada a intervenir coordinadamente entre el sector salud y los demás sectores del Estado en los factores determinantes de la exclusión social en salud, incrementando el acceso de la población a servicios básicos, como educación, trabajo digno



o decente, seguridad, energía limpia, vivienda, saneamiento básico, nutrición y salud para el Vivir Bien.

La estrategia de esta política es la recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y la calidad de vida, orientada a intervenir, coordinadamente, entre el sector salud y los demás sectores del Estado, en los factores determinantes de la exclusión social en salud, con miras a lograr el Vivir Bien.

Para lograr esta estrategia se implementará el programa «Intersectorialidad», como una acción intersectorial, integral, articulada y sostenible para contribuir a mejorar la capacidad del Estado para enfrentar los problemas de los diferentes grupos sociales, logrando aumentar la calidad de vida y alcanzar la equidad por sobre intereses excluyentes, contribuyendo con ello a la dignidad nacional.

- **Solidaridad.**

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

La estrategia es la Alianza nacional para la erradicación de la desnutrición, la violencia y la inclusión de grupos más desprotegidos que viven en extrema pobreza, orientada a eliminar la exclusión social en salud más intolerable y la inserción de esos grupos en mejores niveles de vida.

Para lograr esta estrategia se implementará el programa Solidaridad, que busca mejorar la calidad y la cantidad de los alimentos y, sobretudo, cambiar los hábitos alimentarios, focalizando las intervenciones en forma inmediata, en tanto se vayan modificando las estructuras sociales y del Estado para el «bien vivir». Asimismo, se plantea luchar contra la violencia, fundamentalmente en niñas menores de cinco años.

### **3.1.2.6. Plan de Desarrollo Departamental Chuquisaca 2009 – 2015<sup>46</sup>.**

Los objetivos estratégicos de desarrollo expresan la situación del logro que Chuquisaca pretende alcanzar al año 2015 a través de la ejecución de políticas y acciones prioritarias en cada uno de los 6 ejes. Para verificar el cumplimiento de los objetivos, se plantean un conjunto de indicadores de desarrollo para cada política, que permitirán precisar los avances que todos los pobladores están esperando; por tanto, se deja establecida la necesidad de que las instituciones y organizaciones incorporen en sus actividades todo un conjunto de nuevas tecnologías administrativas y técnicas orientadas al manejo de la información estratégica.

Un elemento transversal en la estrategia de desarrollo del PDD Chuquisaca, se refiere a los derechos humanos, culturales, ciudadanos y alimentarios y al acceso equitativo a servicios sociales con calidad (salud, educación, agua, saneamiento básico, gestión social). Se plantea como acciones prioritarias mejorar la calidad, cobertura y acceso de los servicios básicos con enfoque de inclusión y equidad. La propuesta en esta dimensión se basa en gran medida en la incorporación de la línea de base y proyecciones de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el departamento de Chuquisaca.

Las políticas y acciones prioritarias, que se plantea en el Sector Salud del departamento de Chuquisaca son las siguientes:

- **Promoción de la seguridad alimentaria y nutricional de la población, especialmente de los grupos más vulnerables.**

Política orientada a proteger el capital humano de Chuquisaca a través de todo un conjunto de acciones de promoción, ejecución y seguimiento de programas y proyectos vinculados a una mejor disponibilidad y disposición de alimentos inocuos que potencien la salud de los pobladores, principalmente niños y jóvenes.

Acciones prioritarias:

- ✓ Fortalecimiento e intervención integral para reducir la desnutrición de niños/as entre 0 y 5 años y mujeres embarazadas.

---

<sup>46</sup> Plan de Desarrollo Departamental Chuquisaca 2009 – 2015, Primera edición, octubre de 2009, Pág., 117- 123

- ✓ Mejoramiento de la calidad del desayuno escolar aprovechando la producción local.
- ✓ Fortalecimiento de programas de nutrición en el departamento.
- **Intervención integral para la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil.**

Política orientada a mejorar la prestación de servicios de salud a madres gestantes y a los niños recién nacidos, para garantizar una drástica reducción de la mortalidad y así contribuir a un mayor crecimiento poblacional con personas saludables.

Acciones prioritarias:

- ✓ Vigilancia epidemiológica de la muerte materna y neonatal, institucional y comunitaria.
- ✓ Capacitación en cuidados obstétricos y neonatales de emergencia y capacitación en la técnica aspiración manual endouterina AMEU.
- ✓ Inclusión del enfoque intercultural en la atención del embarazo, parto y puerperio.
- ✓ Ampliación de los servicios de salud para una atención en salud sexual reproductiva, de acuerdo a lineamientos culturales.
- ✓ Aplicación del programa de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) Neonatal, institucional y comunitario.
- ✓ Educación en salud, para el cuidado de niños menores de 5 años.
- **Fortalecimiento del sistema departamental de salud de Chuquisaca.**

Política orientada a mejorar las capacidades en la prestación de servicios de salud de los tres niveles de las cuatro regiones de Chuquisaca, articulando esfuerzos para el establecimiento de un sistema organizado y altamente eficiente, que permita reducir los problemas y déficits actuales en salud.

Acciones prioritarias:

- ✓ Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS) y extensión de cobertura de la red de servicios salud.

- ✓ Reestructuración de la red de servicios de salud.
- ✓ Aplicar un sistema de gestión de calidad en la red de salud (acreditación y certificación).
- ✓ Fortalecimiento de la atención (preventiva y de rehabilitación) a personas con discapacidad.
- ✓ Fortalecimiento de recursos humanos en los 3 niveles de atención.
- ✓ Fortalecimiento del sistema de gestión departamental de medicamentos e insumos.
- ✓ Promoción del desarrollo de la investigación integral respondiendo a las necesidades de salud pública, bioseguridad y gestión hospitalaria departamental.
- ✓ Fortalecimiento de los Directorios Locales de Salud (DILOS) a nivel municipal y las redes departamentales de salud.
- ✓ Participación de las redes sociales en procesos de planificación, ejecución y evaluación dentro del modelo de atención.
- ✓ Mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de acuerdo a las necesidades en los diferentes centros de atención de los 3 niveles.

- **Fortalecimiento de la vigilancia de la salud pública.**

Política orientada a la prevención de epidemias y enfermedades críticas que perjudican y dañan la calidad de vida de las personas y ponen en riesgo todo emprendimiento integral para el desarrollo de Chuquisaca.

Acciones prioritarias:

- ✓ Fortalecimiento del Sistema de Vigilancia y Control Epidemiológica.
- ✓ Fortalecimiento de las estrategias para combatir el VIH/SIDA, Chagas, tuberculosis y malaria.
- ✓ Fortalecimiento del Sistema de Información en Salud (SNIS).

- **Promoción de la salud.**

Política orientada a generar actitudes positivas de los pobladores de Chuquisaca respecto al cuidado de la salud individual y colectiva, donde se incorporen los valores culturales practicados en cada una de las regiones de Chuquisaca.

Acciones prioritarias:

- ✓ Implementación del marco normativo destinado a garantizar la promoción de la salud.
- ✓ Implementación de entornos saludables (municipios y escuelas saludables).
- ✓ Promoción de estilos de vida saludables con enfoque intercultural a través de la implementación de acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC).

### **3.2. Aspectos legales.**

#### **3.2.1. Primer Periodo: 1998-2005 (Modelo de Economía de Mercado).**

##### **3.2.1.1. Constitución Política del Estado 2004<sup>47</sup>.**

La Constitución Política del Estado que entro en vigencia desde febrero de 2004, pone al sector salud de manera objetiva e integral en el que se define de la siguiente manera:

#### **Artículo 7.**

Toda persona tiene los siguientes derechos fundamentales, conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio:

- I. La vida, la salud y la seguridad.

#### **Artículo 158.**

- I. El Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población; asegurará, la continuidad de sus medios de subsistencia y rehabilitación de las personas inutilizadas; propenderá asimismo al mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar.

---

<sup>47</sup> Constitución Política del Estado 2004

## **Artículo 164.**

- I. El servicio y la asistencia sociales son funciones del Estado, y sus condiciones serán determinadas por Ley. Las normas relativas a la salud pública son de carácter coercitivo y obligatorio.

### **3.1.1.2. Ley 1178 de Administración y Control Gubernamental (SAFCO)<sup>48</sup>.**

Entro vigente desde el 20 de julio de 1990. Su influencia e importancia es tal que, desde hace ya 28 años, rige el actuar de la Administración Pública Estatal, en cuanto al manejo de recursos, sean éstos humanos, financieros y no financieros y esa norma, sólo ha sufrido modificaciones de forma y no de fondo.

La presente ley regula los sistemas de Administración y de Control de los recursos del Estado y su relación con los sistemas nacionales de Planificación e Inversión Pública, con el objeto de:

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

### **3.1.1.3. Ley 1551 De Participación Popular.**

#### **ARTICULO 1. (Objetos)<sup>49</sup>.**

---

<sup>48</sup> Ley de Administración y Control Gubernamentales (SAFCO), Pág. 1.

<sup>49</sup> Ley 1551 de Participación Popular, Pág. 1.

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

**ARTICULO 2º. (Alcance)<sup>50</sup>.**

- a) Delimita como jurisdicción territorial del Gobierno Municipal, a la Sección de Provincia. Amplía competencias e incrementa recursos en favor de los Gobiernos Municipales, y les transfiere la infraestructura física de educación, salud, deportes, caminos vecinales, micro riego, con la obligación de administrarla, mantenerla y renovarla.

**ARTICULO 7º. (Derechos de las Organizaciones Territoriales de Base)<sup>51</sup>.**- Las Organizaciones Territoriales de Base, tienen los siguientes derechos:

- a) Proponer, pedir, controlar y supervisar la realización de obras y la prestación de servicios públicos de acuerdo a las necesidades comunitarias, en materias de educación, salud, deporte, saneamiento básico, micro riego, caminos vecinales y desarrollo urbano y rural.
- b) Proponer el cambio o la ratificación de autoridades educativas y de salud dentro de su territorio.

**ARTICULO 8º. (Deberes de las Organizaciones Territoriales de Base)<sup>52</sup>.**- Las Organizaciones Territoriales de Base, tienen los siguientes deberes:

- a) Identificar, priorizar, participar y cooperar en la ejecución y administración de obras para el bienestar colectivo, atendiendo preferentemente los aspectos de educación formal y no formal, mejoramiento de la vivienda, cuidado y protección de la salud, masificación del deporte y mejoramiento de las técnicas de producción.

---

<sup>50</sup> IBID- 49, Pág.2.

<sup>51</sup> Ley 1551 de Participación Popular, Pág. 4.

<sup>52</sup> IBID-51, Pág. 4 – 5.

### **ARTICULO 13º. (Transferencia de Infraestructura Física)<sup>53</sup>.**

- I. Se transfiere a título gratuito en favor de los Gobiernos Municipales el derecho de propiedad sobre los bienes muebles e inmuebles afectados a la infraestructura física de los servicios públicos de salud, educación, cultura, deportes, caminos vecinales y micro riego, consistentes en:
  - a) Hospitales de segundo y tercer nivel, hospitales de distrito, centros de salud de área y puestos sanitarios dependientes de la Secretaria correspondiente del Ministerio de Desarrollo Humano.
- II. El Poder Ejecutivo es el responsable de normar y definir las políticas nacionales para los sectores de salud, educación, cultura, deporte, caminos vecinales, riego y micro riego, regir los servicios técnico-pedagógicos en educación y médico profesionales en la salud. Todo el personal docente, administrativo y técnico especializado, responsable de ejecutar dichas políticas, queda bajo la dependencia del Gobierno Nacional quien deberá remunerarlos asegurando así la unidad en la prestación de estos servicios sociales.

### **ARTICULO 14º. (Ampliación de Competencias Municipales)<sup>54</sup>.**

- II. Además de lo establecido en el Art. 9 de la Ley Orgánica de Municipalidades, se amplía la competencia municipal en las siguientes materias:
  - b) Dotar el equipamiento, mobiliario, material didáctico, insumos, suministros incluyendo medicamentos y alimentos en los servicios de salud, administrando y supervisando su uso, para un adecuado funcionamiento de la infraestructura y los servicios de salud, saneamiento básico, educación, cultura y deporte.

#### **3.1.1.4. Ley 1654 de Descentralización Administrativa<sup>55</sup>.**

En el marco de la Constitución política del Estado la presente ley regula el Régimen de Descentralización Administrativa del Poder Ejecutivo a nivel departamental, que, conforme al sistema unitario de la República, consiste en la transferencia y delegación de atribuciones de carácter técnico-administrativo no privativas del Poder Ejecutivo a nivel Nacional

---

<sup>53</sup> IBID-52, Pág. 7.

<sup>54</sup> IBID-53, Pág. 8.

<sup>55</sup>Ley 1654 de Descentralización Administrativa, Pág. 1-2.



El Prefecto en el régimen de descentralización administrativa, tiene la atribución además de la establecida en la Constitución Política del Estado.

- Administrar, supervisar y controlar, por delegación del Gobierno Nacional, los recursos humanos y las partidas presupuestarias asignadas al funcionamiento de los servicios personales de educación, salud y asistencia social en el marco de las políticas y normas para la provisión de estos servicios.

Los recursos de dominio y uso departamental<sup>56</sup>, serán administrados por los prefectos, están constituidos por:

- Las asignaciones consignadas anualmente en el Presupuesto General de la Nación para el gasto en servicios personales de salud.

#### **3.1.1.5. Ley 2028 de Municipalidades.**

La presente Ley tiene por objeto regular el régimen municipal establecido en el Título VI de la Parte Tercera, Artículos 200° al 206°, de la Constitución Política del Estado.

**Artículo 8. (Competencias).** Las competencias del Gobierno Municipal para el cumplimiento de sus fines son las siguientes:

##### **I. En materia de desarrollo humano sostenible:**

- Sancionar en el marco de sus competencias los daños a la salud pública y al medio ambiente, ocasionados por las actividades industriales, comerciales o económicas de cualquier tipo o naturaleza que se realicen en su jurisdicción. Denunciar y demandar la reparación de daños y perjuicios cuando provengan de Municipios vecinos.
- Contribuir para la otorgación de prestaciones de salud a la niñez, a las mujeres, a la tercera edad, a los discapacitados y a la población en general, mediante mecanismos privados y públicos de otorgamiento de coberturas y asunción de riesgos colectivos.

---

<sup>56</sup>IBID-55, Pág. 6.

## **II. En materia de infraestructura:**

- Construir, equipar y mantener la infraestructura en los sectores de educación, salud, cultura, deportes, micro riego, saneamiento básico, vías urbanas y caminos vecinales.

## **III. En materia administrativa y financiera:**

- Supervisar el uso del equipamiento, mobiliario, material didáctico, medicamentos, alimentos y otros insumos que usan los servicios de educación y salud bajo su tuición, así como suministrar y administrar dichos bienes, cuando corresponda.

### **3.1.1.6. Ley 2235 del Diálogo Nacional<sup>57</sup>.**

La presente Ley tiene por objeto:

- a. Establecer los lineamientos básicos para la gestión de la Estrategia de Reducción de la Pobreza que guiarán las acciones del Estado para promover un crecimiento equitativo y la reducción de la pobreza;
- b. Disponer las modificaciones en las estructuras y competencias institucionales de los órganos públicos responsables de la ejecución de los programas destinados a la reducción de la pobreza;
- c. Definir los criterios de distribución de los recursos provenientes del programa de alivio de la deuda externa multilateral, destinados a los programas de reducción de la pobreza;
- d. Determinar los procedimientos de aplicación de la Política Nacional de compensación;
- e. Establecer el alcance y los mecanismos para el ejercicio del control social sobre los programas y estrategias destinados a la reducción de la pobreza; e,

---

<sup>57</sup>Ley del Diálogo Nacional 2000, 31 de julio de 2001, Pág. 1– 6.

- f. Instituir el Diálogo Nacional como mecanismo permanente de participación social en el diseño, seguimiento y ajuste de las políticas destinadas a la reducción de la pobreza.

**Artículo 9.- (Distribución de los Recursos)** Una vez realizada la aprobación de recursos para el Fondo Solidario Municipal para la Educación Escolar y Salud Públicas, se procederá a la asignación de recursos de la Cuenta Especial Diálogo 2000 a las Municipalidades del país. Estos recursos se distribuirán en:

- a) 10% para mejoramiento de la calidad de los servicios de salud pública, según datos de población del último Censo Nacional de Población y Vivienda, oficialmente utilizados por el Ministerio de Hacienda.

**Artículo 11.- (Recursos para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud Pública)** El 10% de los recursos de la Cuenta Especial Diálogo 2000, se destinará al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud pública, según la realidad, priorización y decisión de cada Municipio, dentro del Plan de Desarrollo Municipal y la Programación de Operaciones Anual, a través de la inversión en las siguientes áreas:

- a) Mantenimiento de la infraestructura del sector de salud pública.

### **3.1.1.7. Ley 2426 del Seguro Universal Materno Infantil<sup>58</sup>.**

El 21 de noviembre de 2002, como Política del Estado, componente de la Estrategia Boliviana de Reducción a la Pobreza y cumplimiento de las Metas de Desarrollo del Milenio, se promulga la Ley N° 2426 del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), con el propósito de disminuir de manera sostenible la morbi-mortalidad materna infantil. Entra en vigencia a partir del 1ro de enero de 2003 con carácter universal, integral y gratuito, para otorgar las prestaciones de salud en los niveles de atención del Sistema de Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo.

---

<sup>58</sup> Ley 2426 del Seguro Universal Materno Infantil, Pág. 1-6.

Las prestaciones para las mujeres embarazadas incluyen consultas prenatales, de puerperio, atención por desnutrición, Papanicolaou y hasta el parto domiciliario atendido por partera articulada. Las prestaciones para niños menores de 5 años incluyen consultas pediátricas, vacunación regular del programa ampliado de inmunizaciones, tratamientos para la malaria, Chagas, dengue, fiebre amarilla, enfermedades febriles, infecciones respiratorias agudas (IRA), diarrea entre otros. La inscripción al SUMI se realiza en los gobiernos municipales (o en algunos casos en los establecimientos de salud en el contexto de la inscripción al Bono).

Mediante la Ley N° 3250, promulgada el 6 de diciembre del 2005, se ampliaron las coberturas del SUMI para incluir a mujeres no embarazadas entre cinco y 60 años de edad y a mujeres de edad fértil para que tengan una maternidad segura. Asimismo, se establece la obligatoriedad de prevención del cáncer cérvico uterino mediante la inclusión de un Papanicolaou anual.

El SUMI se financia mediante tres fuentes:

- El Tesoro General de la Nación (TGN) financia los recursos humanos de todos los establecimientos del sector público en todos los niveles de atención.
- Segunda fuente es el 10% de la Coparticipación Tributaria Municipal de la recaudación de impuestos nacionales. Esta transferencia a los municipios se realiza por población proyectada a partir del Censo 2001.
- Finalmente, la tercera fuente es el 10% del Fondo Solidario Nacional (FSN). El FSN tiene recursos del HIPC II de alivio a la deuda externa. Estos últimos se transfieren cuando los recursos de la Coparticipación Tributaria Municipal son insuficientes. Los suministros de los centros hospitalarios serán cubiertos por los ingresos propios (Ley de participación popular Art. 22).

### **3.2.2. Segundo Periodo: 2005-2016 (Modelo de Economía Plural).**

#### **3.2.2.1. Constitución Política del Estado 2009.**

La Constitución Política del Estado Plurinacional que entro en vigencia desde febrero de 2009, pone al sector salud de manera objetiva e integral en el que se define de la siguiente manera:

- A la salud como un Derecho Fundamental.

#### **Artículo 18.**

- I.** Todas las personas tienen derecho a la salud.
- II.** El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.
- III.** El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intercultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

#### **Artículo 30.**

- I.** Es nación y pueblo indígena originario campesino toda la colectividad humana que comparta identidad cultural, idioma, tradición histórica, instituciones, territorialidad y cosmovisión, cuya existencia es anterior a la invasión colonial española.
- II.** En el marco de la unidad del Estado y de acuerdo con esta Constitución las naciones y pueblos indígena originario campesinos gozan de los siguientes derechos:
  - 9.** A que sus saberes y conocimientos tradicionales, su medicina tradicional, sus idiomas, sus rituales y sus símbolos y vestimentas sean valorados, respetados y promocionados.
  - 13.** Al sistema de salud universal y gratuito que respete su cosmovisión y prácticas tradicionales.

- Al Acceso Universal al Sistema Único y su Financiamiento.

**Artículo 35.**

- I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.
- II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

**Artículo 36.**

- I. El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud.
- II. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley.

**Artículo 37.**

El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

**Artículo 38.**

- I. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado, y no podrán ser privatizados ni concesionados.
- II. Los servicios de salud serán prestados de forma ininterrumpida.

**Artículo 39.**

- I. El Estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley.
- II. La ley sancionará las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica.

**Artículo 40.**

El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud.

#### **Artículo 41.**

- I. El Estado garantizará el acceso de la población a los medicamentos.
- II. El Estado priorizará los medicamentos genéricos a través del fomento de su producción interna y, en su caso, determinará su importación.
  - **A la medicina natural.**

#### **Artículo 42.**

- I. Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos.
- II. La promoción de la medicina tradicional incorporará el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural, y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.
- III. La ley regulará el ejercicio de la medicina tradicional y garantizará la calidad de su servicio.

#### **3.2.2.2. Programa desnutrición cero<sup>59</sup>**

El programa Desnutrición Cero se lanzó el año 2006 como un programa multisectorial y coordinado por el Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN). Está presidido por el Presidente de la República, y está conformado por representantes de la sociedad civil y nueve ministerios: Presidencia, Planificación del Desarrollo, Hacienda, Producción y Microempresa, Desarrollo Rural, Agropecuario y Medio Ambiente, Educación y Culturas, Salud y Deportes, Justicia, Agua. El Ministerio de Salud y Deportes (MSD) tiene el rol de Secretaría Técnica.

En el año 2007 se consolida la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) con los componentes AIEPI-Nut Clínico y Comunitario para contribuir con la erradicación de la desnutrición de la niñez. La estrategia AIEPI-Nut Clínico mejora

---

<sup>59</sup>Natasha Morales, Eduardo Pando, Julia Johannsen; COMPRENDIENDO EL PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO EN BOLIVIA: UN ANÁLISIS DE REDES Y ACTORES, Banco Interamericano de Desarrollo, 2010, Págs. 6-13.

las habilidades del personal de salud e incluye el AIEPI Neonatal. Por otro lado, la estrategia AIEPI Comunitario mejora las prácticas familiares y comunitarias, con un enfoque hacia actores sociales y sus redes.

Las líneas de acción del programa son:

- Promoción de las mejores prácticas de alimentación y cuidado de los niños y niñas, con participación social, a través de la estrategia AIEPI-Nut Comunitario, apoyada con la comunicación interpersonal.
- Fortalecimiento de la capacidad institucional para la atención nutricional y de las enfermedades prevalentes de los niños y niñas menores de 5 años e identificación de 66 tratamientos de niños desnutridos; para lo cual, las intervenciones principales son el AIEPI-Nut Clínico, la Iniciativa Hospitales Amigos de la Madre y el Niño (IHAMN), las Unidades de Nutrición Integral (UNI) y el manejo estandarizado del desnutrido severo en hospitales de referencia.
- Promoción del consumo de micronutrientes (Chispitas Nutricionales, Vitamina A, zinc) y del alimento complementario “Nutribebé” para niños de 6 a 24 meses y de otros complementos nutricionales para mujeres embarazadas desnutridas.

### **3.2.2.3. Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM)<sup>60</sup>.**

El SSPAM se creó mediante la Ley N° 3323, de 16 de enero de 2006, que es un seguro para personas mayores de 60 años, de carácter integral y gratuito. Las personas afiliadas al Seguro Médico Gratuito de la Vejez (SMGV) pasaron a ser automáticamente beneficiarios del SSPAM. Aquellos que no estuvieran afiliados sólo presentan un documento de identificación para afiliarse. La afiliación se realiza en los gobiernos municipales.

El SSPAM cubre la atención integral de salud del adulto mayor que incluye:

- La atención ambulatoria.
- Servicios complementarios de diagnóstico.
- Atenciones odontológicas.

---

<sup>60</sup> A. Lorena Prieto, Camilo C.; ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD DE BOLIVIA, Banco Interamericano de Desarrollo, agosto 2010, Pág., 69-70.



- Hospitalización.
- Tratamientos médicos.
- Quirúrgicos.
- La provisión de insumos.
- Medicamentos necesarios y productos naturales tradicionales, de acuerdo a un listado de prestaciones y costos.

Este seguro se financia mediante tres fuentes:

- El Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH).
- Ingresos propios.
- La asignación del Tesoro General de la Nación (TGN).

Los recursos humanos en salud son financiados por las SEDES, las cajas de salud o el sector privado según sea el caso. Mientras que los recursos humanos administrativos, personal adicional en salud (médicos, enfermeras y paramédicos), y de apoyo tendrían que ser contratados por los municipios con cargo a sus propios recursos, previa justificación.

Las municipalidades se clasifican según la capacidad de resolución (niveles de atención con los que cuentan) para la asignación de los fondos:

- Municipios capitales de departamento.
- Municipios intermedios.
- Municipios pequeños.

Los municipios de capitales de departamento reciben el total de la prima por el número de afiliados. Los otros dos tipos de municipalidades reciben una fracción de esta prima según los niveles de atención con los que cuentan. El cálculo de la transferencia pasa a ser la prima correspondiente por el número de asegurados y este monto se transfiere a la Cuenta Fiscal Municipal del SSPAM de las municipalidades (gestoras de los establecimientos). Las Asociaciones Municipales Departamentales (AMD) reciben el porcentaje restante de las primas a municipalidades medianas y pequeñas. Para tales efectos las municipalidades deben presentar cuatrimestralmente la actualización de la población asegurada. Finalmente, las municipalidades pagan por las prestaciones otorgadas dentro del SSPAM (por número

de pacientes y nivel de atención) y las AMDs pagan por las prestaciones otorgadas a asegurados de municipios medianos y pequeños para las atenciones de los niveles no disponibles en su jurisdicción, en ambos casos, directamente a los establecimientos.

#### **3.2.2.4. Bono Madre Niño-Niña “Juana Azurduy” (Bono Juana Azurduy)<sup>61</sup>.**

El Bono Juana Azurduy se establece mediante el Decreto Supremo No. 0066 el 3 de abril 2009 en el marco del Programa de Desnutrición Cero y las políticas de erradicación de la extrema pobreza. Su objetivo es incentivar a la maternidad segura y al desarrollo integral de la población menor de dos años para lograr disminuir la tasa de mortalidad materna e infantil y la desnutrición crónica de los niños y niñas menores de 2 años. Se establece el 27 de mayo de 2009 como la fecha del inicio del programa.

Se trata de un programa de transferencias condicionadas para mujeres gestantes y niños menores de dos años. Para cobrar los bonos, las mujeres gestantes deben acudir a cuatro controles prenatales, acceder a tener un parto institucional más el control post-natal. Los niños y niñas menores de dos años deben recibir un total de 12 controles bimestrales integrales de salud.

El Ministerio de Salud y Deportes (MSD) es el responsable de la administración, coordinación y pago del bono. Los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) apoyan con los servicios necesarios para la implementación del bono a nivel de redes de salud. Las municipalidades se encargan de la afiliación de los beneficiarios y de la provisión de los servicios de salud requeridos en la municipalidad. Una de las condiciones de entrada para las beneficiarias del Bono Juana Azurduy es estar inscritas en el SUMI y las responsabilidades de las madres del Bono tienen que cumplir una parte de las prestaciones del SUMI, con lo cual cumple el rol de provisión de los servicios correspondientes de oferta para el programa del Bono.

El Ministerio de Planificación del Desarrollo evalúa anualmente la implementación de este programa el cual se financia con recursos provenientes de:

- El Tesoro General de la Nación (TGN).

---

<sup>61</sup> IBID-60, Pág., 66-67.

- Donaciones y créditos externos e internos.
- Transferencias de entidades e instituciones públicas y privadas.

El MSD es el responsable de efectuar los pagos a través de convenios o contratos con entidades públicas o privadas. En el primer año se coordinó con los militares y dos bancos grandes para realizar los pagos, hasta que se optó por la entrega de los pagos únicamente mediante entidades financieras a partir de junio de 2010.

### **3.2.2.5. Ley Marco de Autonomías Descentralización “Andrés Ibáñez”**

Es la ley que fue promulgada el 19 de julio de 2010, y que tiene por objeto la regulación del régimen de autonomías del país, puesto que nuestro país se reconoce como “un Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario, libre, independiente, soberano, democrático, intercultural, descentralizado y con autonomía”

#### **Artículo 81. (SALUD).**

De acuerdo a la competencia del Numeral 17 del Parágrafo II del Artículo 298 y la competencia concurrente del Numeral 2 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado, el nivel central del Estado tendrá las siguientes competencias:

1. Elaborar la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionados con la salud.
2. Alinear y armonizar el accionar de la cooperación internacional a la política sectorial.
3. Representar y dirigir las relaciones internacionales del país en materia de salud en el marco de la política exterior.
4. Ejercer la rectoría del Sistema Único de Salud en todo el territorio nacional, con las características que la Constitución Política del Estado establece, de acuerdo a la concepción del vivir bien y el modelo de salud familiar comunitario intercultural y con identidad de género.

5. Garantizar el funcionamiento del Sistema Único de Salud mediante la implementación del Seguro Universal de Salud en el punto de atención de acuerdo a la Ley del Sistema Único de Salud.
6. Elaborar la normativa referida a la política de salud familiar comunitaria intercultural y salud sexual en sus componentes de atención y gestión participativa con control social en salud.
7. Elaborar la legislación para la organización de las redes de servicios, el sistema nacional de medicamentos y suministros y el desarrollo de recursos humanos que requiere el Sistema Único de Salud.
8. Promover y apoyar la implementación de las instancias de gestión participativa y control social.
9. Desarrollar programas nacionales de prevención de la enfermedad en territorios de alcance mayor a un departamento y gestionar el financiamiento de programas epidemiológicos nacionales y dirigir su ejecución a nivel departamental.
10. Definir, coordinar, supervisar y fiscalizar la implementación de una política nacional de gestión y capacitación de los recursos humanos en el sector salud que incorpore la regulación del ingreso, permanencia y finalización de la relación laboral en las instituciones públicas y de la seguridad social.
12. Regular el uso exclusivo de los ambientes de los establecimientos públicos del sistema de salud, y de la seguridad social para la formación de los recursos humanos por la Universidad Pública Boliviana, en el marco del respeto prioritario del derecho de las personas.
13. Definir la política salarial, gestionar los recursos y financiar los salarios y beneficios del personal dependiente del Sistema Único de Salud, conforme a reglamentos nacionales específicos, para garantizar la estabilidad laboral.

II. De acuerdo a la competencia compartida del Numeral 3 del Parágrafo II del Artículo 304 de la Constitución Política del Estado se desarrollan las competencias de la siguiente manera:

**1. Nivel central del Estado:**

b) Garantizar la recuperación de la medicina tradicional en el marco del Sistema Único de Salud.

**1. Gobiernos departamentales autónomos:**

b) Ejercer la rectoría en salud en el departamento para el funcionamiento del Sistema Único de Salud, en el marco de las políticas nacionales.

c) Proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del tercer nivel.

d) Proveer a los establecimientos de salud del tercer nivel, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.

e) Coordinar con los municipios y universidades públicas el uso exclusivo de los establecimientos del Sistema de Salud público para la formación adecuada de los recursos humanos, en el marco del respeto prioritario del derecho a las personas.

f) Planificar la estructuración de redes de salud funcionales y de calidad, en coordinación con las entidades territoriales autónomas municipales e indígena originario campesinas en el marco de la Política Nacional de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

g) Establecer mecanismos de cooperación y cofinanciamiento en, coordinación con los gobiernos municipales e indígena originario campesinos, para garantizar la provisión de todos los servicios de salud en el departamento.

h) Acreditar los servicios de salud dentro del departamento de acuerdo a la norma del nivel central del Estado.

i) Ejecutar los programas epidemiológicos en coordinación con el nivel central del Estado y municipal del sector.

- j) Elaborar y ejecutar programas y proyectos departamentales de promoción de salud y prevención de enfermedades en el marco de la política de salud.
- k) Monitorear, supervisar y evaluar el desempeño de los directores, equipo de salud, personal médico y administrativo del departamento en coordinación y concurrencia con el municipio.
- l) Apoyar y promover la implementación de las instancias departamentales de participación y control social en salud y de análisis intersectorial.
- II) Fortalecer el desarrollo de los recursos humanos necesarios para el Sistema Único de Salud en conformidad a la ley que lo regula.
- m) Informar al ente rector nacional del sector salud y las otras entidades territoriales autónomas sobre todo lo que requiera el Sistema Único de Información en salud y recibir la información que requieran.
- ñ) Ejercer control en el funcionamiento y atención con calidad de todos los servicios públicos, privados, sin fines de lucro, seguridad social, y prácticas relacionadas con la salud con la aplicación de normas nacionales.
- o) Ejercer control en coordinación con los gobiernos autónomos municipales del expendio y uso de productos farmacéuticos, químicos o físicos relacionados con la salud.
- p) 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.
- q) Vigilar y monitorear las imágenes, contenidos y mensajes que afecten la salud mental de niños, adolescentes y público en general, emitidos por medios masivos de comunicación, asimismo las emisiones sonoras en general.

### **3.2.2.6. Ley 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia<sup>62</sup>.**

La Ley N° 475, de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, establece y regula la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria descrita en la citada Ley, que no se encuentre cubierta por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo; así como establece las bases para la universalización de la atención integral en salud.

La presente Ley tiene por objeto:

1. Establecer y regular la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria descrita en la presente Ley, que no se encuentre cubierta por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo.
2. Establecer las bases para la universalización de la atención integral en salud.

Los principios que rigen la presente Ley son los siguientes:

- 1. Integralidad.** Articula los procesos de promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad, con calidad, calidez, pertinencia, oportunidad, continuidad e idoneidad, a la persona, familia y comunidad.
- 2. Interculturalidad.** Recupera, fortalece y revitaliza la identidad cultural de los pueblos y naciones indígena originario campesinos y afro bolivianos, en el proceso salud - enfermedad de la persona, familia.
- 3. Interculturalidad.** Reconoce, acepta y respeta los sentires, saberes, conocimientos y prácticas de los pueblos y naciones indígena originario campesinos y afro bolivianos, a través de acciones y servicios que asumen recíprocamente las lógicas culturales en salud, con la articulación de las medicinas tradicionales y académicas.
- 4. Calidad en Salud centrada en la persona y la comunidad.** Responsabiliza y compromete a las organizaciones e instituciones de salud para aplicar los conocimientos y

---

<sup>62</sup> Ley 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral, Pág. 1-6.

tecnologías disponibles, garantizando el buen trato y la capacidad resolutoria adecuada a las necesidades y expectativas de las y los usuarios.

**5. Oportunidad.** Los servicios de salud se brindan en el momento y circunstancias que la persona, familia y comunidad los necesiten, obteniendo el máximo beneficio sin postergaciones que pudiesen generar perjuicios, complicaciones o daños. Y comunidad.

Son beneficiarias y beneficiarios de la atención integral y protección financiera de salud, todos los habitantes y estantes del territorio nacional que no cuenten con algún seguro de salud y que estén comprendidos en los siguientes grupos poblacionales:

- ✓ Mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis (6) meses posteriores al parto.
- ✓ Niñas y niños menores de cinco (5) años de edad.
- ✓ Mujeres y hombres a partir de los sesenta (60) años.
- ✓ Mujeres en edad fértil respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva.
- ✓ Personas con discapacidad que se encuentren calificadas según el Sistema Informático del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad – SIPRUNPCD.
- ✓ Otros que se determinen por Resolución del Consejo de Coordinación Sectorial de Salud, refrendado y aprobado por Decreto Supremo, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 12 de la presente Ley.

### **3.3. ASPECTOS INSTITUCIONALES.**

#### **3.3.1. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP)**

El Ministerio de Economía y Finanzas Públicas tiene la misión “Consolidar y profundizar el Modelo Económico Social Comunitario Productivo, basado en la concepción del Vivir Bien, a través de la formulación e implementación de políticas macroeconómicas soberanas que preserven la estabilidad como patrimonio de la población boliviana, y promuevan la



equidad económica y social; en el marco de una gestión pública acorde con los principios y valores del nuevo Estado Plurinacional<sup>63</sup>”.

De acuerdo al Decreto Supremo N° 29894 aprobado el 7 de febrero de 2009, el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas tiene las siguientes atribuciones y competencia<sup>64</sup>:

- Formular las políticas macroeconómicas en el marco del Plan General de Desarrollo Económico y Social.
- Elaborar y proponer planes, políticas, estrategias y proveimientos de endeudamiento nacional y subnacional en el marco del Plan de Endeudamiento-PNE y el Programa Anual de Endeudamiento-PAE.
- Elaborar el proyecto de Presupuesto General de la Nación, en coordinación con los Órganos y Entidades del Sector Público, en el marco del Plan General de Desarrollo Económico y Social.
- Controlar la ejecución presupuestaria de los Órganos y Entidades del Sector Público, establecidos en la Constitución Política del Estado.
- Asignar los recursos en el marco del PGE y de acuerdo a la disponibilidad del Tesoro General de la Nación.
- Recopilar, procesar y publicar información económica financiera de las entidades del sector público de los diferentes niveles territoriales.

### **3.3.2. Viceministerio de Presupuesto Y Contabilidad Fiscal (VPCF)**

El Viceministerio de Presupuesto y Contabilidad Fiscal tiene el objetivo de: “Elaborar y ejecutar la política fiscal y gestión presupuestaria en función a la Política Económica del Gobierno del Estado Plurinacional<sup>65</sup>”.

En el marco del Decreto Supremo 29894 que establece la estructura del Órgano Ejecutivo, se detallan las funciones y atribuciones de los Viceministerios dependientes del Ministerio

---

<sup>63</sup> Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, “Misión y Visión”. Disponible en: [http://www.economiayfinanzas.gob.bo/index.php?opcion=com\\_contenido&ver=contenido&id=728&id\\_item=108](http://www.economiayfinanzas.gob.bo/index.php?opcion=com_contenido&ver=contenido&id=728&id_item=108).

<sup>64</sup> Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, “Plan Estratégico Institucional”, Pág. 61-62.

<sup>65</sup> Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, “Manual de organización y funciones del M.E.F.P.”, Disponible en: [http://www.economiayfinanzas.gob.bo/institucion/mof\\_lisunipdf.php?opt=&coduni=240&sw=0](http://www.economiayfinanzas.gob.bo/institucion/mof_lisunipdf.php?opt=&coduni=240&sw=0).

de Economía y Finanzas Públicas. Entre las atribuciones y competencias del Viceministerio de Presupuesto y Contabilidad Fiscal se encuentran:

- Diseñar, Proyectar y Desarrollar las Normas de Gestión Pública.
- Efectuar el control, seguimiento, recolección, análisis y evaluación de la ejecución presupuestaria, para la toma de decisiones durante el ejercicio fiscal.
- Evaluar la calidad de gasto público y el grado de cumplimiento de los objetivos y metas de los órganos y entidades del sector público.
- Desarrollar instrumentos presupuestarios y contables para mejorar la gestión financiera de las entidades públicas.
- Participar en la formulación y desarrollo de la política fiscal garantizando la distribución equitativa de los recursos públicos.
- Formular políticas presupuestarias que garanticen la aplicación del Modelo Economía Plural.

### **3.3.3. Ministerio de Planificación del Desarrollo (MPD)**

“El Ministerio de Planificación del Desarrollo, es un gestor y articulador de los objetivos del desarrollo del Vivir Bien en armonía con la Madre Tierra, que apoya a las entidades del Estado en la planificación de la gestión pública plurinacional, aplicando políticas, estrategias e instrumentos de planificación integral estatal, inversión pública y financiamiento, fortaleciendo el rol del Estado y de los actores de la economía plural”<sup>66</sup>.

Tiene la Misión de: “Dirigir la Planificación Integral del Estado Plurinacional, hacia el logro de los objetivos del Desarrollo Integral para Vivir Bien en armonía con la Madre Tierra, en el marco de la Agenda Patriótica 2025”.

Entre sus atribuciones se tiene las siguientes<sup>67</sup>:

---

<sup>66</sup> Ministerio de Planificación del Desarrollo, “Misión y Visión”. Disponible en: [http://www.planificacion.gob.bo/index.php/informacion\\_institucional/Misin-y-Visin-de-la-Institucion](http://www.planificacion.gob.bo/index.php/informacion_institucional/Misin-y-Visin-de-la-Institucion), 1479.html.

<sup>67</sup> D.S. N° 29894, Estructura organizativa del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional. 2009. Art. 52. Pág. 22-23.

- Coordinar la formulación de las políticas y estrategias de desarrollo productivo, social, cultural y política en los ámbitos previstos por el Sistema de Planificación Integral Estatal para el desarrollo.
- Elaborar políticas presupuestarias de mediano y largo plazo sobre la base de los planes nacional, sectorial, intersectorial y territorial, en coordinación con los demás ministerios y otras entidades, y para el logro del Plan de Desarrollo Económico Social.
- Plantear y coordinar la ejecución de políticas y estrategias de erradicación de la pobreza y extrema pobreza, así como de otros Planes Estratégicos Nacional e Intersectoriales, en interacción, con Entidades Territoriales Autónomas y Descentralizadas, Organizaciones Sociales, Comunitarias y Productivas.

### **3.3.4. Viceministerio de Inversión Pública Y Financiamiento Externo (VIPFE)**

El Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo pretende coadyuvar a la gestión de la inversión pública, promoviendo la elaboración de estudios de Pre-inversión con calidad, como un medio de apalancamiento de recursos financieros que contribuyan al crecimiento y desarrollo económico y social con equidad del Estado Plurinacional<sup>68</sup>.

Las atribuciones del Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo<sup>69</sup>, en el marco de las competencias asignadas al nivel central por la Constitución Política del Estado, son las siguientes;

- Diseñar las políticas de inversión y financiamiento para el desarrollo con participación y consulta con los actores económicos y sociales.
- Proponer, a las instancias correspondientes, políticas y estrategias de inversión pública y financiamiento según los lineamientos del Plan de Desarrollo Económico y Social.

---

<sup>68</sup> Información Institucional del Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE). Disponible en: <http://www.vipfe.gob.bo>.

<sup>69</sup> Decreto Supremo N° 29894 7 de febrero De 2009. Capítulo VIII. Ministerio De Planificación del Desarrollo. Artículo N°48.

- Formular programas de Preinversión sectorial y territorial, en coordinación con las entidades públicas.
- Realizar el seguimiento a los procesos de adquisiciones y contrataciones y a la ejecución de los mismos, efectuados por las entidades beneficiarias, en el marco de los convenios de financiamiento.
- Capacitar en procesos de adquisiciones y contrataciones de bienes, servicios y servicios de consultoría a las entidades beneficiarias de recursos de financiamiento externo.
- Realizar el seguimiento y evaluación del Presupuesto de Inversión Pública, así como de los convenios de financiamiento externo, en coordinación con ministerios, Universidades, Entidades Territoriales Autónomas y Descentralizadas y todas aquellas estatales que ejecutan inversión pública.

### **3.3.5. Ministerio de salud<sup>70</sup>.**

En el marco de la Constitución Política del Estado, el Ministerio de Salud, es el ente Rector y normativo del Sector Salud.

Tiene la Misión:

- Formular y asegurar la aplicación en todo el territorio de las políticas de salud delineadas en el plan social de desarrollo, para contribuir a la mejora del estado de salud y al Vivir Bien de toda la población.
- Desarrollar su capacidad rectora para construir y regular el Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, con planificación y control adaptados y eficientes.

Su Visión es que:

---

<sup>70</sup> Ministerio de salud, “Misión y Visión”. Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo/institucional/mision-y-vision>.

- El Ministerio de Salud contribuye a mejorar el estado de salud y al Vivir Bien de toda la población formulando políticas de salud oportunas y controlando su cumplimiento en todo el Sector.
- Ha consolidado su rectoría sobre el Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
- Cuenta con recurso humano altamente capacitado, con compromiso social, que actúa con eficiencia y transparencia.

Los objetivos Estratégicos del ministerio de salud son:

- ✓ Mejorar la situación de salud de la población.
- ✓ Implementar el Sistema Único de Salud (SUS) familiar Comunitario Intercultural.
- ✓ Fortalecer la Rectoría de la Autoridad Sanitaria.
- ✓ Permitirá a la población el ejercicio de sus derechos y obligaciones en salud.
- ✓ Disminuir las Brechas de Recursos Humanos en salud.
- ✓ Mejorar el estado nutricional de la población.
- ✓ Instalar el Complejo Industrial Farmacéutico.
- ✓ Permitir a la población boliviana acceso a terapias ancestrales y productos naturales tradicionales en el Sistema Único de Salud.
- ✓ Realizar una Gestión Pública eficaz, eficiente y transparente.

### **3.3.6. Gobierno Autónomo Departamental de Chuquisaca<sup>71</sup>.**

El Gobierno Autónomo Departamental de Chuquisaca tiene la Misión institucional: “Promueve, coordina y articula la política general del estado plurinacional de manera participativa, transparente y concertada para contribuir al desarrollo sostenible del país con democracia, equidad y Justicia Social.”

Su Visión de Desarrollo Departamental: “Al 2016 Chuquisaca Autónoma, integrada territorialmente, con mejor cobertura de servicios, referente nacional en educación, salud

---

<sup>71</sup> Gobierno Autónomo Departamental de Chuquisaca, “Misión y Visión”. Disponible en: [http://www.chuquisaca.gob.bo/?page\\_id=924](http://www.chuquisaca.gob.bo/?page_id=924)

integral y seguridad ciudadana, generadora de una economía plural, incluyente, redistributiva, en armonía con la Madre Tierra, Para Vivir Bien”. Y su Visión de corto plazo (2015-2020): “Gobierno Departamental Autónomo y descentralizado con institucionalidad consolidada, generadora de oportunidades de empleo e ingreso a partir de la implementación de empresas estratégicas y complejos productivos regionales industriales, articulados con el desarrollo interno y nacional, con cobertura total de servicios, funcionando Sucre como capital de Estado Plurinacional con seguridad ciudadana para el VIVIR BIEN.”

## **CAPITULO IV: FACTORES DETERMINANTES DEL TEMA DE INVESTIGACION**

### **4.1. Aspectos generales del departamento de Chuquisaca**

#### **4.1.1. Referencia histórica**

El 16 de abril de 1540 Pedro de Anzures, funda al pie de los cerros Sica Sica y Churuquilla la capital de la Nueva Toledo con el nombre de La Plata, la misma que más tarde se constituiría en la capital del departamento.

La creación de la ciudad La Plata fue con la finalidad de administrar justicia sobre los mineros de la Villa Imperial de Potosí y ser un núcleo de resistencia contra los Chiriguano y la expansión portuguesa.

El 27 de marzo de 1624 en el territorio de la ciudad fue fundada la Universidad San Francisco Xavier con los títulos de Real y Pontificia.

El 6 de agosto de 1825, después de 16 años de cruenta lucha por la independencia, se firma el Acta de la Independencia y se crea la República de Bolívar. Posteriormente, en la Asamblea del 10 de agosto de 1825, se aprobó la nueva denominación de la República de Bolivia, a propuesta del diputado del departamento de Potosí, Presbítero Manuel Martín Cruz, quién argumentó "Si de Rómulo es Roma, de Bolívar es Bolivia".

El departamento de Chuquisaca fue creado el 23 de enero de 1826 por el Mariscal Antonio José de Sucre.

Las tradicionales construcciones del centro de la ciudad están pintadas de blanco, motivo por el cual también se conoce a Sucre como "la Ciudad Blanca". Una extensa zona con huellas de dinosaurios ha sido encontrada en las proximidades de la ciudad. Tarabuco es otro de los atractivos por sus vistosas fiestas tradicionales, en las que los pobladores visten hermosos textiles elaborados por los lugareños<sup>72</sup>.

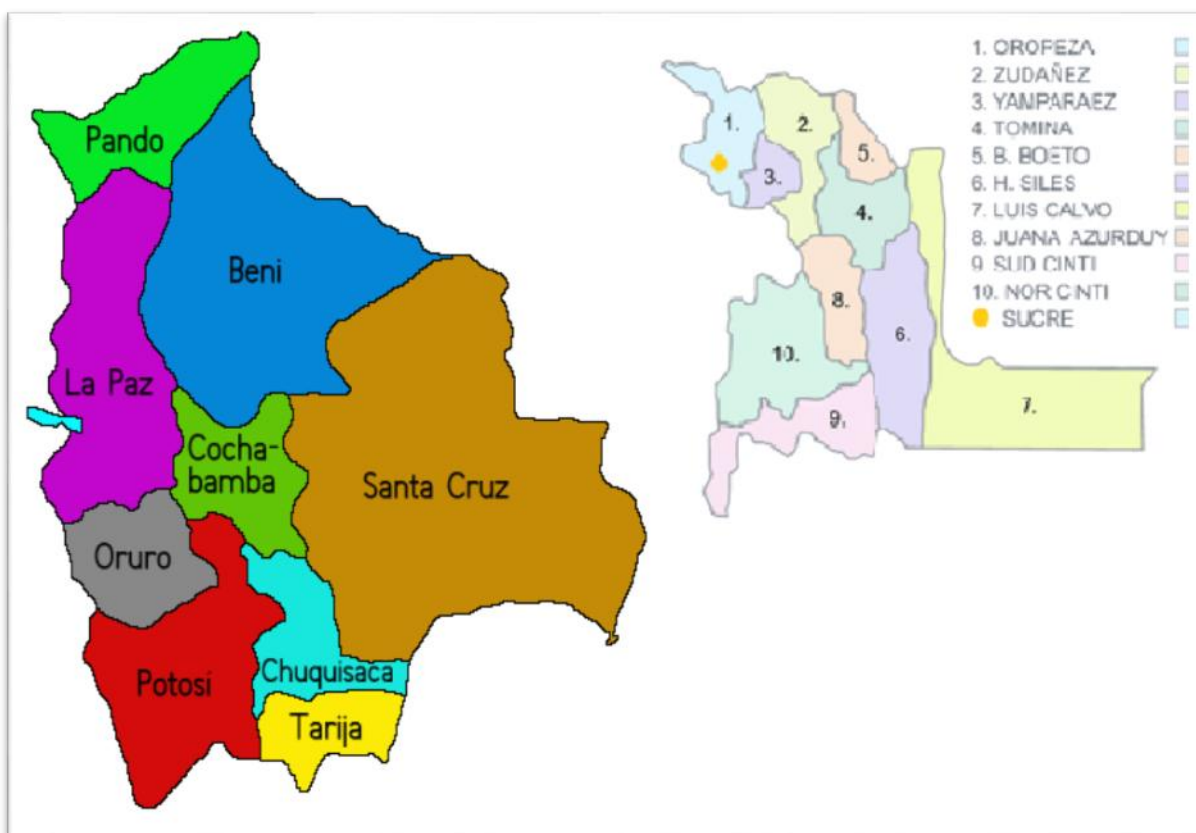
---

<sup>72</sup>[http://www.ciac-idr.com/imagenes/file/DEPARTAMENTO\\_CHUQUISACA.pdf](http://www.ciac-idr.com/imagenes/file/DEPARTAMENTO_CHUQUISACA.pdf)

#### 4.1.2. Ubicación y límites geográficos

El departamento de Chuquisaca está ubicado al sur del Estado Plurinacional de Bolivia. Limita al norte con los departamentos de Cochabamba y Santa Cruz; al sur con el departamento de Tarija; al oeste con la República de Paraguay y al este con Potosí<sup>73</sup>.

**Figura N°1: Ubicación del Departamento de Chuquisaca en el Ámbito Nacional**



Fuente: Elaboración propia

#### 4.1.3. Clima

El clima varía de acuerdo a la altitud. Al Oeste, las zonas montañosas tienen temperaturas medias de 15°C. En los valles las condiciones climáticas se suavizan, predominando el clima templado. Hacia la región oriental la temperatura y las precipitaciones aumentan. En la región chaqueña del Sudeste la temperatura media alcanza los 25°C<sup>74</sup>.

<sup>73</sup>[http://www.ciac-idr.com/imagenes/file/DEPARTAMENTO\\_CHUQUISACA.pdf](http://www.ciac-idr.com/imagenes/file/DEPARTAMENTO_CHUQUISACA.pdf)

<sup>74</sup> La Patria, "Chuquisaca", 6 de agosto de 2015.



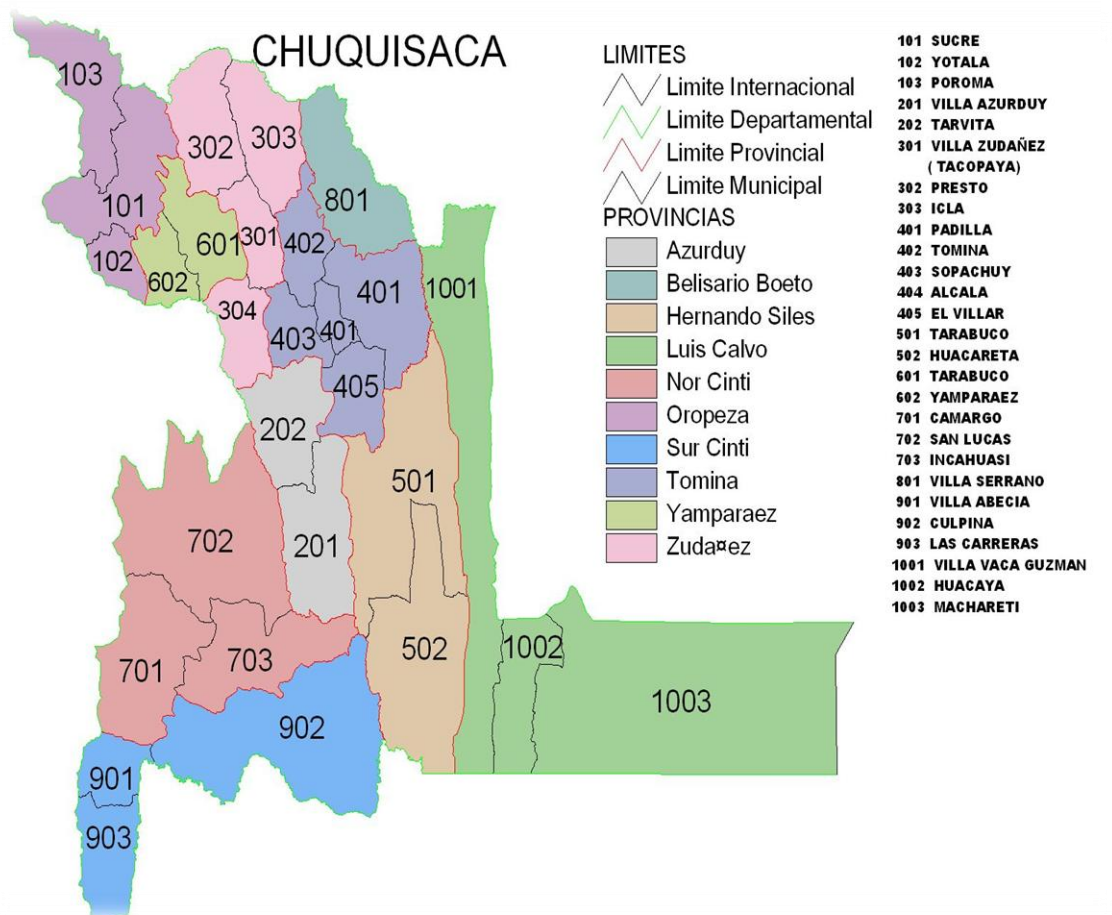
#### 4.1.4. Extensión

Tiene una extensión de 51.524 km<sup>2</sup> y una población de 531.522 habitantes (Censo 2001). La ciudad de Sucre (2.750 m.s.n.m.) está situada entre los 19° 3' 2" de latitud sur y los 65° 47' 25" de longitud oeste del meridiano de Greenwich<sup>75</sup>.

#### 4.1.5. División Política y administrativa

El departamento de Chuquisaca cuenta con 10 provincias, 121 cantones y 28 municipios. A la vez estas se dividen en municipios autónomos. Cada provincia tiene como autoridad máxima a su subgobernador, quien es designado por el gobernador del departamento<sup>76</sup>.

**FIGURA N°2: División Política del Departamento de Chuquisaca**



Fuente: Elaboración propia

<sup>75</sup>[http://www.ciac-idr.com/imagenes/file/DEPARTAMENTO\\_CHUQUISACA.pdf](http://www.ciac-idr.com/imagenes/file/DEPARTAMENTO_CHUQUISACA.pdf)

<sup>76</sup> Boliviaenlared.com "Departamento de Chuquisaca".

#### **4.1.7. Estructura organizativa del Sistema de Salud**

El Sistema Nacional de Salud Boliviano<sup>77</sup> se define como el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, reguladas por el Ministerio de Salud y Previsión Social. Integra al Sistema Público, Seguro Social de corto plazo, Iglesias, Instituciones Privadas con y sin fines de lucro y a la Medicina Tradicional Indígena. Establece cuatro ámbitos de gestión:

- ✓ Nacional, correspondiente al Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS).
- ✓ Departamental, correspondiente al Servicio Departamental de Salud (SEDES), dependiente de la Prefectura.
- ✓ Municipal, correspondiente al Directorio Local de Salud (DILOS).
- ✓ Local, correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y brigada móvil como nivel operativo.

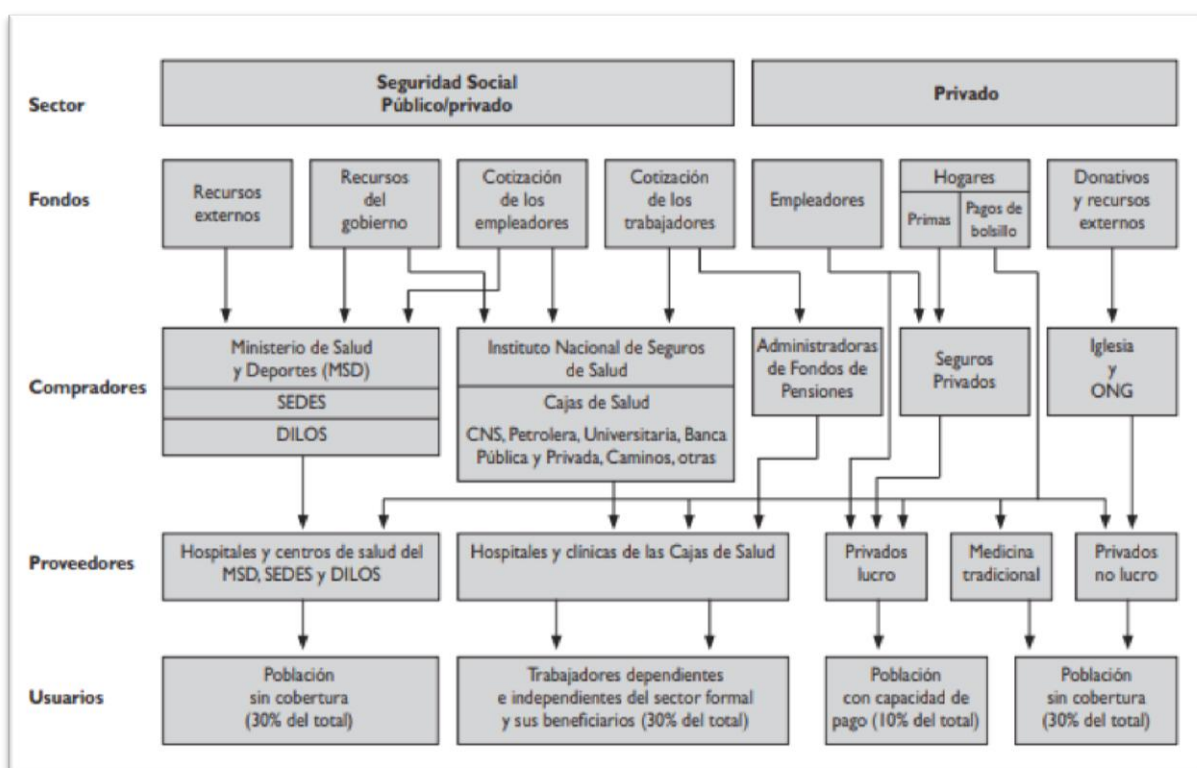
El sistema de salud boliviano se encuentra organizado en dos grandes sectores: público y privado. El Ministerio de Salud y Deportes (MSD) atiende a menos de la mitad del total de la población a través del subsector público, que incluye al Seguro Universal Materno Infantil y el Programa de Extensión de Cobertura a Áreas Rurales. El subsector de seguridad social está compuesto por el Seguro Social Obligatorio para las personas pertenecientes al sector de economía formal, de corto plazo (servicios de salud), y el seguro de largo plazo (que tienen a su cargo las Administradoras de los Fondos de Pensiones). Este cubre a 28.4% de la población y opera con planes y agentes gestores relativamente independientes entre sí. El sector privado ofrece servicios para el 10% de la población y funciona fundamentalmente sobre la base de pagos directos de bolsillo. Alrededor del 30% de la población no tiene más acceso a servicios de atención a la salud que el que le ofrece la medicina tradicional, con cargo directo a sus ingresos. El financiamiento del sector salud utiliza recursos propios para el gasto corriente y depende de recursos externos (donaciones, créditos) para proyectos de inversión en salud. El subsector público se financia con base en fondos públicos asignados a los municipios en términos de asignaciones per cápita (20% de los ingresos fiscales del gobierno central) y utiliza la infraestructura del MSD. El subsector de seguridad social se financia con cotizaciones y primas aportadas por los empleadores y

---

<sup>77</sup>[www.mgyfsemg.org/medicinageneral/revista\\_66/pdf/445\\_447.pdf](http://www.mgyfsemg.org/medicinageneral/revista_66/pdf/445_447.pdf)

los trabajadores del sector formal y con recursos del Estado cuando éste funciona como empleador (personal de educación, salud, empresas públicas, instituciones descentralizadas/desconcentradas y ministerios) y cuenta con establecimientos y personal propios. En ocasiones el MSD llega a contratar los servicios de prestadores privados sin fines de lucro, principalmente vinculados con la Iglesia. El sector privado se divide en organizaciones con fines de lucro (seguros y servicios privados, consultorios, clínicas) y organizaciones sin fines de lucro (ONGs e Iglesia)<sup>78</sup>.

**FIGURA N°3: SISTEMA DE SALUD BOLIVIANO**



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

<sup>78</sup> Carmen Ledo, Ph.D, René Soria, MC, MSP, AS, Sistema de Salud en Bolivia, 2011.

## **4.2. Programación y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud del Departamento de Chuquisaca.**

En el Gráfico N°1, se observa el comportamiento cíclico de las variables de programación y ejecución del Presupuesto de Inversión Pública a lo largo de los diferentes periodos de investigación.

El promedio anual de la programación durante el primer periodo fue de Bs 377 millones y el promedio anual de la ejecución fue de Bs 311 millones (Ver Anexo N°1). Esto indica que los niveles de ejecución en promedio a lo largo del primer periodo de investigación son inferiores a la programación, denotando una asimetría presupuestaria.

La programación del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del departamento de Chuquisaca durante el primer periodo de estudio 1998 – 2005, se inicia con un punto mínimo en el año 1998 con Bs.181 millones (Ver Anexo N° 1); a causa de reducción en la inversión de las Empresas Públicas, especialmente YPFB y ENDE, por los procesos de capitalización. Debido al reducido presupuesto programado en la gestión 1998, se diseñó la Reforma de Salud expresada en el Plan Estratégico de Salud (PES) con el propósito de ampliar la cobertura de la atención materna infantil<sup>79</sup>.

En 1998, se aprobó el Decreto Supremo de creación del Seguro Básico de Salud (SBS) y como política de apoyo a la población de la tercera edad, se promulgo la Ley 1886 sobre el régimen de descuentos y privilegios en beneficio de los ciudadanos de más de sesenta años, en el que se incluye el seguro médico de vejez de acceso universal y gratuito<sup>80</sup>.

Sin embargo, en este primer periodo la programación registra un ascenso pequeño para la gestión 2002 asciende a Bs 484 millones (Ver Anexo N° 1); debido a que el gasto total en salud se incrementó como porcentaje del PIB pasando de 3.14% (\$us208 millones) en 1995 a 3.75% (\$us94 millones) el 2002. Este aumento se explica principalmente por la implementación de programas orientados a la salud materna infantil, prevención y

---

<sup>79</sup>Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), “Evaluación Económica 1998”, Bolivia, 1999. Pág. 45.

<sup>80</sup>IBID-79, Pág. 45.

tratamiento de enfermedades endémicas (Chagas, Malaria y Tuberculosis). Asimismo, se amplió el Seguro Básico de Salud (SBS) al Seguro Universal Materno Infantil<sup>81</sup>.

Por su parte, la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud en la gestión 1998, alcanza una ejecución de Bs. 192 millones, en el mismo que registra el punto mínimo en el primer periodo, posteriormente alcanza un ascenso notorio hasta el año 2002 con una ejecución de Bs 374 millones (Ver Anexo N° 1).

En 2002, el gasto público de salud; registró un comportamiento ascendente, con la implementación de los recursos públicos de salud, en el mismo año el Ministerio de Salud y Deportes estableció un nuevo modelo de gestión de atención en salud, ampliando la cobertura mediante el SUMI, implementado a partir de 2003<sup>82</sup>.

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

La programación del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud en el segundo periodo que comprende los años 2006 al 2016, alcanzo un promedio anual de Bs. 1.347 millones y la ejecución un total de Bs. 836 millones (Ver Anexo N° 1). Por su parte, la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud a partir de la gestión 2006 es de Bs 497 millones, posteriormente en el año 2015 se alcanza el punto máximo con Bs. 1.605 millones, en la gestión 2010 alcanzó su punto mínimo de Bs. 501 millones, (Ver Anexo N° 1).

Durante el segundo periodo denominado: “Modelo de Economía Plural”, la tendencia de la programación del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud. Se inicia en la gestión

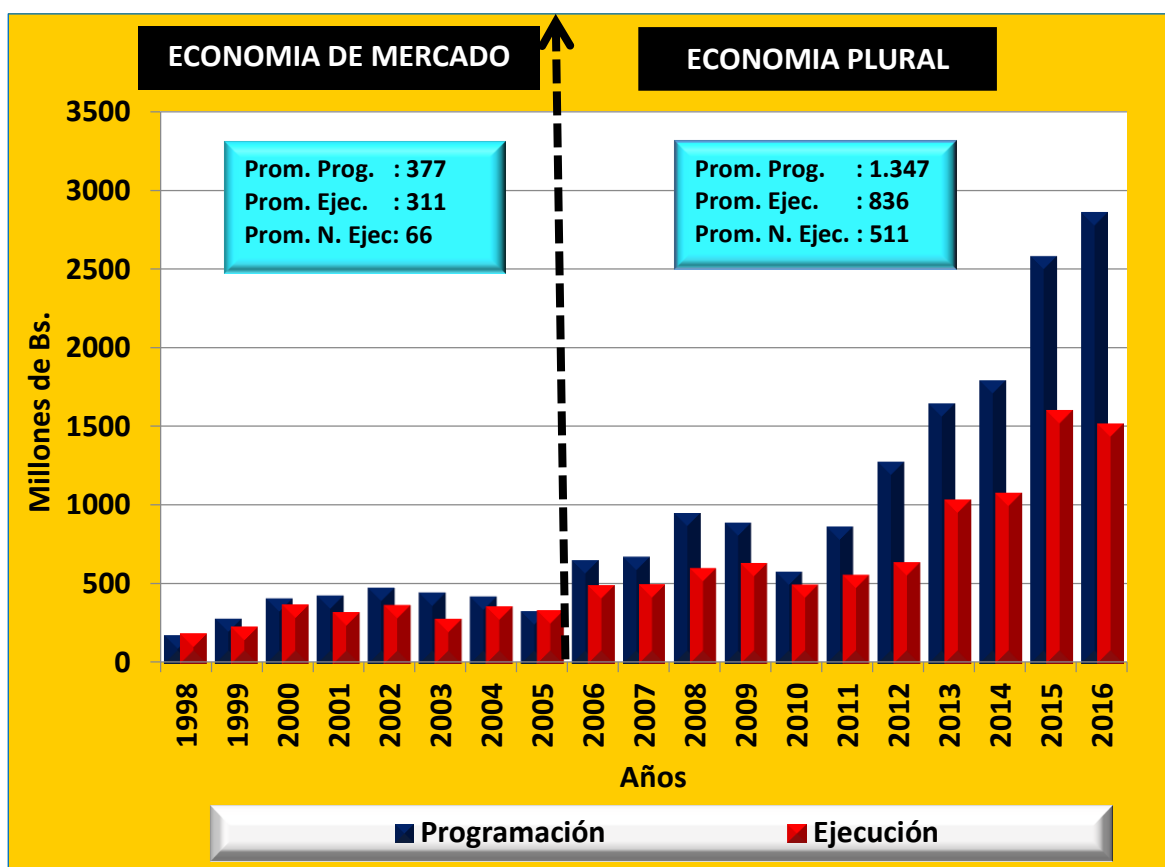
---

<sup>81</sup>Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), “Evaluación Económica 2002”, Bolivia, 2003. Pág. 72.

<sup>82</sup>Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), “REFLEXIONES SOBRE EL RECURSO HUMANO DEL SECTOR SALUD EN BOLIVIA, Bolivia 2006. Pág. 15

2006 con Bs 657 millones, en la gestión 2010 se registra el punto mínimo de Bs 586 millones (Ver Anexo N°1), debido a que la mayor inversión pública responde principalmente a mayores asignaciones en los sectores productivos, de infraestructura y educación, cuya inversión ejecutada se incrementó en 248,1%, 11,8% y 16,9%, respectivamente<sup>83</sup>, que para el Sector Salud la inversión pública se concentra de manera poco significativa.

**Gráfico N° 1: Programación y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud del Departamento de Chuquisaca periodo: 1998-2016**  
(En Millones de Bs)



FUENTE: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo – VIPFE.  
Elaboración Propia

Sin embargo, en los últimos años se observa un incremento en la programación del Presupuesto de Inversión Pública a causa de los mayores ingresos que fueron transferidos a

<sup>83</sup>MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS, Situación economía Boliviana, Bolivia 2010, Pág. 16.

las gobernaciones por el Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH)<sup>84</sup>, sin embargo en 2010 presenta una caída por la disminución de los precios internacionales del petróleo y del nivel de producción.

Posteriormente la programación asciende de forma notable para la gestión 2016 que es el punto máximo llega a Bs 2,860 millones (Ver Anexo N°1). En el 2014, en el departamento de Chuquisaca se creó el programa “Más salud más vida”; se amplió a 278 prestaciones y ahora los centros de salud de primer nivel en los 29 municipios de Chuquisaca atenderán a la población. En dos años de la implementación, se invirtieron 38.922.207 bolivianos y más de 37.000 familias fueron beneficiadas. En 2014 el programa de salud nació con 50 prestaciones, en 2015 se incrementaron a 100 y en 2016 a 278<sup>85</sup>.

Los proyectos ejecutados más representativos son: Desarrollo Nacional de Desnutrición con una inversión de \$us17.7 millones, tiene como objetivo el contribuir a disminuir la desnutrición crónica en niños y niñas menores de dos años en aéreas urbanas y rurales a través del cuidado integral de la madre embarazada, constituye a disminuir la tasa de mortalidad infantil por enfermedades prevenibles: el proyecto de reducción de inequidades en salud con \$us 6.5 millones pretende mejorar la salud integral de niños y niñas menores de 5 años, mujeres embarazadas e infantes en periodo de lactancia.

Durante el segundo periodo se observa un crecimiento notorio en cuanto al nivel de montos en programación y ejecución del Sector, a causa de las políticas orientadas por el Estado para el Sector en el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2011, que plantea es la eliminación de la exclusión social, que se conseguirá con la implementación del Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud.

#### **4.2.1. Comparación de periodos**

En el gráfico N° 2, se observa la comparación del promedio anual de la ejecución del presupuesto de inversión pública del sector salud del departamento de Chuquisaca. En el primer periodo de economía de mercado se puede evidenciar que existe mayor ejecución

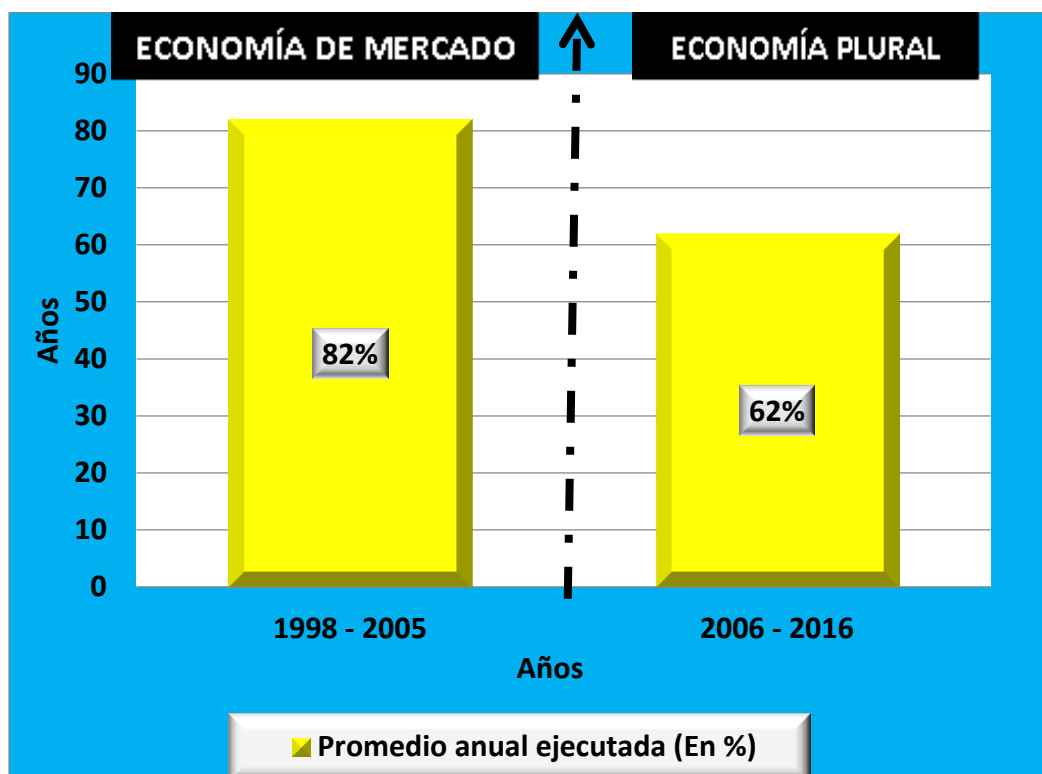
---

<sup>84</sup>Impuesto Directo a los Hidrocarburos son los recursos originados por la tributación a la comercialización en el mercado interno de hidrocarburos y sus derivados, sean estos producidos internamente o importados. Incluyen los recursos originados por la producción de hidrocarburos en el territorio nacional.

<sup>85</sup>CORREOS DEL SUR; Servicios en seguros de salud; Sucre, Bolivia, 2016.

llegando a ser 82%; para el segundo periodo de economía plural se evidencia que se obtuvo un menor monto de ejecución siendo de 62%.

**Gráfico N° 2: Comparación del Promedio anual de la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud del Departamento de Chuquisaca periodo: 1998-2016**  
(En Porcentaje)



FUENTE: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo – VIPFE.  
Elaboración Propia

Se evidencia que existe una tendencia creciente de Inversión Pública del Sector Salud, sin embargo, el comportamiento de la ejecución se traduce a ineficiente. La asignación de recursos durante el segundo periodo no es destacable debido a que existió baja ejecución y el incumplimiento de la programación financiera y políticas específicas del Sector ya que los recursos no son ejecutados eficazmente.

En el Gráfico N° 2, se observa en ambos periodos no se cumple con la fase de ejecución del Ciclo de Vida de los Proyectos establecido por los hermanos Sapag Chain y Karen Mokate.



### **4.3. Ejecución de proyectos de Inversión Pública por tipo de Proyecto en el Sector Salud del Departamento de Chuquisaca.**

El primer periodo de estudio denominado Modelo de Economía de Mercado, se caracteriza por una mayor ejecución de proyectos en Infraestructura con un acumulado de Bs. 693 millones, Salud y Seguridad Social e Alimentaria con Bs. 542 millones, los proyectos de multiprogramas y Otros de Salud con Bs 491 millones, por último Programas Integrales y Planificación con Bs 475 millones; el proyecto de Atención de salud y Epidemiología tienen menor monto ejecutado en este periodo, representa Bs. 282 millones (Ver Anexo N°2).

El comportamiento creciente pero no significativo de la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud durante el Primer Periodo, señala como punto mínimo la gestión 1998, resultado de la ejecución de los proyectos en multiprogramas y Otros Salud de Bs. 2 millones, Atención y Epidemiología Bs.34 millones, Programas Integrales y Planificación de Bs.40 millones, Infraestructura con Bs 52 millones y Salud y Seguridad Social y Alimentaria de 64 millones. Se conforma un total para esta gestión de Bs. 192 millones ejecutados (Ver Anexo N° 2).

Entre las principales enfermedades de la población boliviana se destacan las diarreicas, las respiratorias las inmunoprevenibles (sarampión, difteria, tétanos, tuberculosis, polio) que en gran medida afectan a la población infantil y las de transmisión vectorial (malaria y Chagas). En 1997, 69% y 26% de la población de menos de cinco años fue tratada por infecciones respiratorias agudas (IRA) y enfermedades diarreicas agudas (EDAS) respectivamente. El 86% de los niños menores de un año completaron su ciclo de vacunación (antipolio, DPT, sarampión y BCG) y un 13% de las viviendas en áreas endémicas recibieron fumigación contra el Chagas<sup>86</sup>.

En 1999, se reorganizaron las estructuras de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES), facilitándose el desarrollo de los Sistemas de Información y de Vigilancia Epidemiológica. Por otra parte, Bolivia forma parte del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud y se ha logrado que esta instancia reconozca al país

---

<sup>86</sup>Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), BOLIVIA: EVALUACION DE LA ECONOMIA 1997. Pág. 35.

como el pionero en implementar la iniciativa Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

El escudo epidemiológico tiene como principal objetivo controlar y reducir la incidencia de las principales enfermedades transmisibles y se compone de: Control, prevención y tratamiento de las enfermedades de Chagas, malaria y tuberculosis, Fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Este componente ha iniciado su implementación con la presentación del Programa para el Control y la Eliminación de la Enfermedad de Chagas 1998<sup>87</sup>.

Para el 2000 la ejecución de proyectos en Multiprogramas y Otros Salud de Bs. 40 millones, Atención y Epidemiología de Bs. 33 millones, Programas Integrales y Planificación de Bs. 83 millones, Infraestructura con Bs 163 millones; Salud, Seguridad Social y Alimentaria de 56 millones; Representando el punto máximo de Bs. 374 millones (Ver Anexo N° 2).

Debido a la Reforma de Salud busca disminuir las tasas de mortalidad materna infantil y mejorar el control de las principales enfermedades transmisibles, objetivos que persiguen el Seguro Básico de Salud (SBS) y el Escudo Epidemiológico, respectivamente. Existen otros componentes que contribuyen al logro de los objetivos de la Reforma como el fortalecimiento institucional y la reforma a la seguridad social de corto plazo.

Respecto al Escudo Epidemiológico, las coberturas en las acciones de prevención, control y curación de las tres principales endemias (Chagas, malaria y tuberculosis) se incrementaron sustancialmente entre 1999 y el año 2000, lográndose fumigar a más de 185.000 viviendas contra Chagas; el Índice de Parasitosis Anual (IPA) se redujo al 8 por mil; en tuberculosis el número de diagnósticos y tratamientos fue 10% mayor en el año 2000 respecto a 1999.

En cuanto a infraestructura, el Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS) y las Prefecturas han facilitado la canalización de recursos nacionales y de la cooperación internacional para incrementar la red de servicios de salud y mejorar su capacidad resolutive. En equipamiento médico se ha consolidado la adquisición de aproximadamente

---

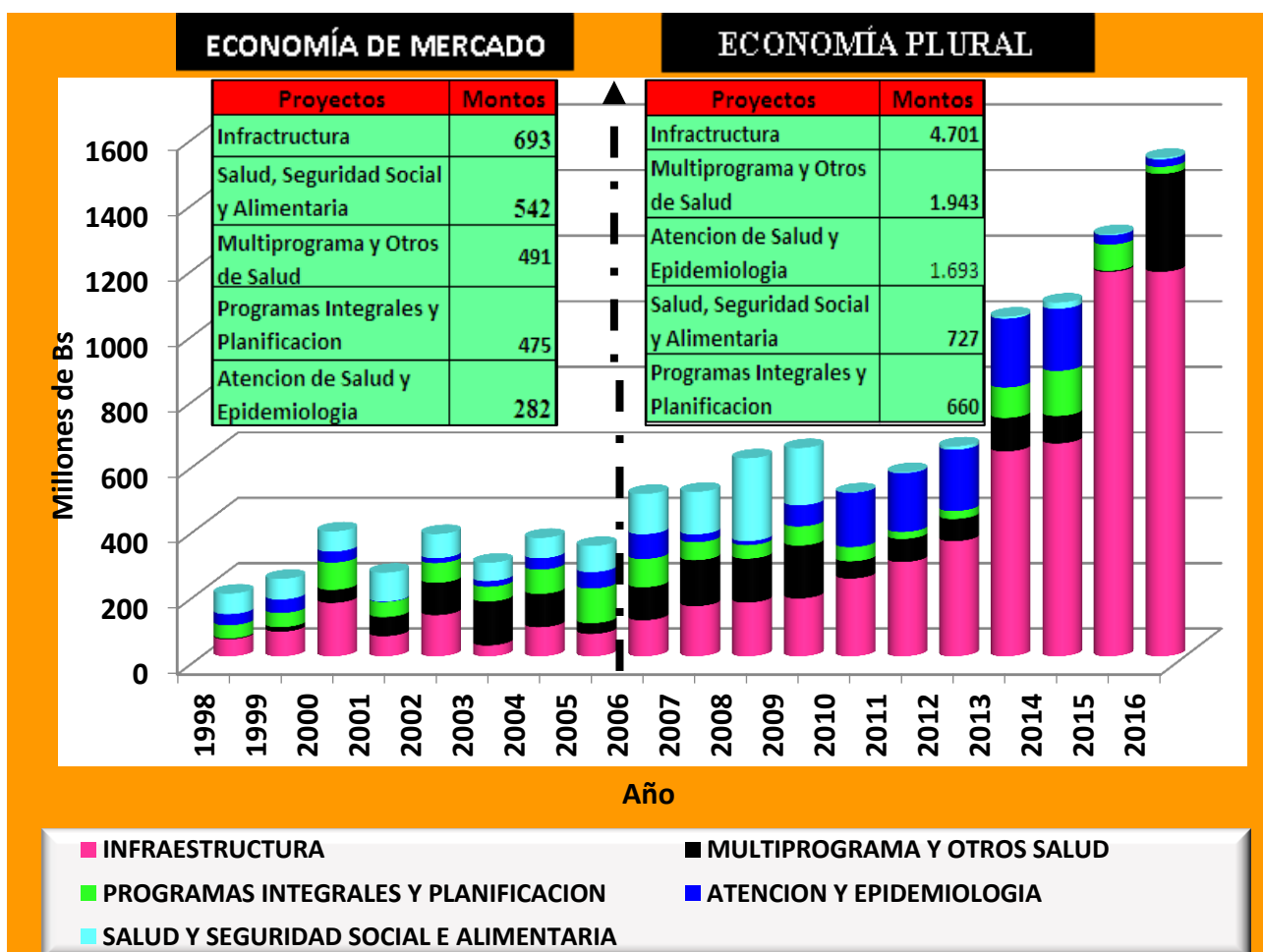
<sup>87</sup>Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), BOLIVIA: EVALUACION DE LA ECONOMIA 1998. Pág. 45.

175 equipos mayores de tecnología avanzada, se han montado los más importantes centros de diálisis renal del país en el Hospital Japonés de Santa Cruz y en el Obrero de La Paz.

Se ha garantizado el financiamiento para una parte importante de los programas del escudo epidemiológico, especialmente Chagas con el apoyo del BID, que alcanza a los \$us45 millones por cinco años. Los programas nacionales, que se financian con recursos del TGN, han continuado sus actividades recurrentes logrando impactos en el control de la malaria, Chagas y tuberculosis.

**Gráfico N° 3: Ejecución de proyectos de Inversión Pública por tipo de proyecto del Sector Salud del Departamento de Chuquisaca periodo: 1998-2016.**

(En millones de Bs.)



FUENTE: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo – VIPFE.  
Elaboración Propia

En el Gráfico N° 3 del segundo periodo de estudio denominado Modelo de Economía Plural, se caracteriza por una mayor ejecución de proyectos en Infraestructura con un acumulado de Bs. 4.701 millones, Multiprograma y Otros de Salud con Bs 1.943 millones, Atención de salud y Epidemiología representa Bs 1.693 millones, estos últimos proyectos tuvieron menor ejecución Salud y Seguridad Social e Alimentaria con Bs. 727 millones y Programas Integrales y Planificación con 660 (Ver Anexo N°2).

Se observa en el segundo periodo de Economía Plural como el punto mínimo de este periodo para la gestión 2006, que centra su ejecución en proyectos de infraestructura con un monto de Bs. 110 millones, multiprogramas y otros salud con Bs. 101 millones, programas integrales y planificación con Bs 86 millones, atención epidemiológica con Bs. 77 millones y salud y seguridad social y alimentaria con Bs. 123 millones. (Ver Anexo N° 2).

Así mismo, el Grafico N° 3, muestra como punto máximo en la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud, la gestión 2015 que asciende a Bs. 1.605 millones, conformado por una ejecución de Bs.766 millones en infraestructura, Bs 728 millones en multiprogramas y otros salud, Bs. 80 millones programas integrales y planificación, Bs. 29 millones en atención epidemiológica, Bs 4 millones de salud y seguridad social y alimentaria (Ver Anexo N° 2).

En la gestión 2006 se observa una tendencia creciente de la ejecución presupuestaria en el tipo de proyectos de infraestructura (Gráfico N° 3), el destinar mayores recursos para la provisión de infraestructura de salud coadyuva a incrementar el acceso a los servicios de salud; es decir, para la implementación del SUMI<sup>88</sup> e incluso de la SAFCI se fortalecen las redes de salud (infraestructura y equipamiento) y de esta manera persiste la continuidad a la ejecución presupuestaria en la construcción y modernización de la infraestructura.

En la gestión 2012 con respecto al tipo de proyecto de infraestructura, se incrementa en 75% el número de establecimientos de salud, llegando a 23.186 establecimientos, incrementando en más de 9.900 establecimientos existentes en 2005<sup>89</sup>.

---

<sup>88</sup> La Ley N° 2426 crea el Seguro Universal Materno Infantil con carácter universal, gratuito e integral, para otorgar prestaciones de salud a las madres en periodo de gestación y 6 meses después del parto y a los niños menores de cinco años.

<sup>89</sup> MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. 2012. Memoria Fiscal 2012. Pág. 160.

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

En la gestión 2014, presentó y lanzó oficialmente el Programa Protección Social en Salud “Más salud, más vida”, y anunció que todos los hospitales, particularmente los de tercer nivel, serán equipados con tecnología de punta para atender a la población en el departamento de Chuquisaca.

#### **4.3.1 Comparación de periodos**

En el Gráfico N° 4, se observa que, durante el primer periodo, existió baja ejecución de proyectos de infraestructura represento, con un promedio de Bs. 87 millones, Multiprograma y Otros de Salud de Bs 61 millones, Programas Integrales y Planificación con Bs 59 millones, Atención de Salud y Epidemiología presenta con Bs 35 millones y Salud, Seguridad Social y Alimentaria con 68 millones (Ver Anexo N° 2).

Para el segundo periodo, los proyectos tienen mayor ejecución con respecto al primer periodo, infraestructura represento, con un promedio de Bs. 427 millones, Multiprograma y Otros de Salud con Bs 177 millones, Programas Integrales y Planificación con Bs 60 millones, Atención de Salud y Epidemiología presenta con Bs 106 millones y Salud, Seguridad Social y Alimentaria con 66 millones (Ver Anexo N° 2).

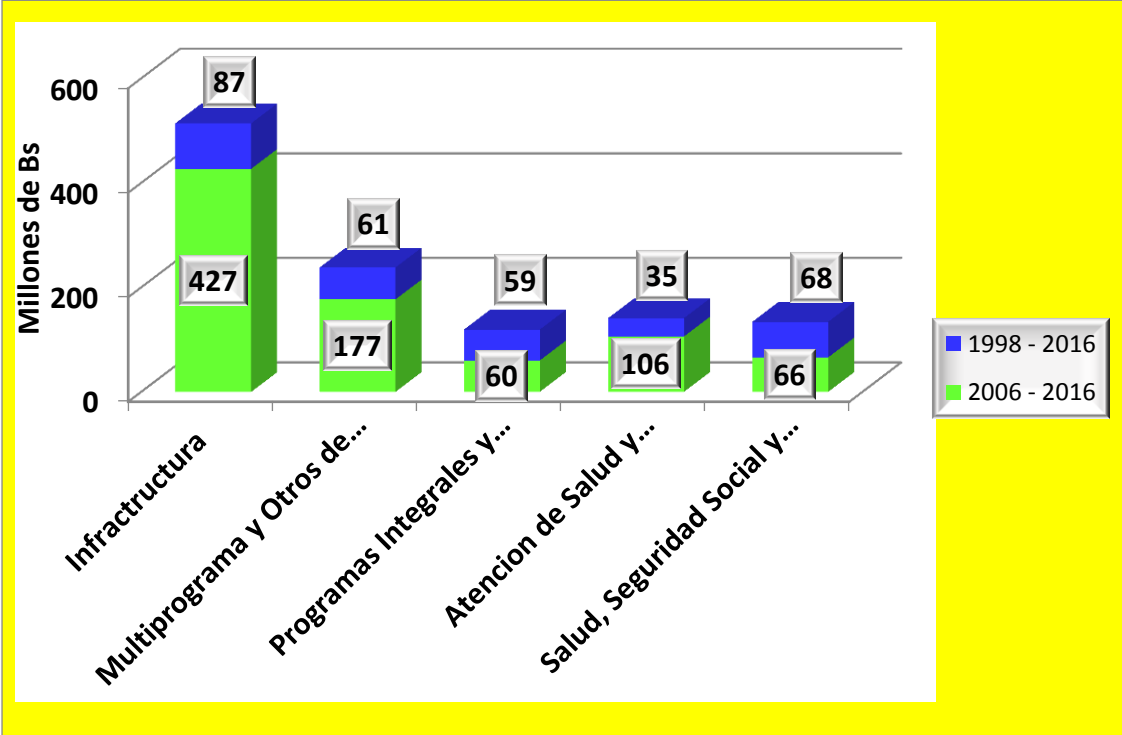
Comparando ambos periodos tanto el primer periodo como el segundo periodo se puede observar que durante el primer periodo los proyectos con mayor ejecución fueron de infraestructura en promedio Bs 87 millones, para el segundo periodo ascendió considerablemente a Bs 427 millones, los proyectos con menor ejecución en el primer periodo es de Atención de Salud y Epidemiología con Bs 35 millones, en el segundo periodo esta Programas Integrales y Planificación con Bs 60 millones.

En el primer periodo acorde al Plan General del Desarrollo Económico y Social, las políticas de Formación y Salud Integral, Promoción de la Salud son cumplidas, a través de la ejecución de los programas implementados, que se encuentran sustentados por la

evidencia empírica. La Ley N°2426 del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) que otorga prestaciones de salud a través de los establecimientos y las redes respectivas, no se cumple en su totalidad. Se contrasta con la evidencia empírica, el Gobierno no dinamiza la ejecución presupuestaria en proyectos de infraestructura en salud.

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

**Gráfico N° 4: Comparación de la Ejecución de Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública por Tipo de Proyecto del Sector Salud en el Departamento de Chuquisaca periodo: 1998-2016.**  
(En Promedio en Millones de Bs.)



FUENTE: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo – VIPFE.  
Elaboración Propia

A consecuencia de la notable disminución de la ejecución presupuestaria en el tipo de proyecto de planificación y prevención en comparación con el primer periodo, nuevamente

se evidencia incumplimiento con lo establecido en la Constitución Política del Estado Artículo N°37, mismo señala que el Estado tiene la obligación de garantizar y sostener el derecho a la salud, priorizando la promoción y la prevención de las enfermedades.

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

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

#### **4.4. Ejecución de Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud por Fuente de Financiamiento del Departamento de Chuquisaca.**

El Ministerio de Salud y Deportes (MSD) es la entidad cabeza del sector salud responsable de ejecutar los programas públicos y los proyectos de inversión pública en salud a nivel nacional. Administra recursos que provienen del financiamiento interno y externo<sup>90</sup>.

El financiamiento de los proyectos de inversión pública se lleva a cabo mediante distintas modalidades, se recurre a diferentes posibilidades de financiamiento, desde las tradicionales, recursos propios, coparticipación de impuestos nacionales y/o la búsqueda de fuentes alternativas, cofinanciamiento, donaciones y/o créditos externos e internos.

La ejecución de proyectos del Presupuesto de Inversión Pública con financiamiento externo, en la gestión 2004, alcanzó su punto máximo de Bs 205 millones, el punto mínimo registra en 1999 con Bs79millones (Ver Anexo3). Con respecto al financiamiento interno

---

<sup>90</sup> UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS, Financiamiento de Programas Públicos de Salud en Bolivia casos: Chagas, Malaria, Tuberculosis e Inmunización 1999-2005, diciembre de 2005. Pág. 4

del primer periodo, el punto máximo se alcanza en la gestión 2000 ABS 234 millones, el punto mínimo se registró en 1998 con Bs 103 millones (Ver Anexo3).

El primer periodo de estudio, demuestra mayor participación del financiamiento externo en el periodo 2004; proveniente de recursos nacionales, el Fondo Global entra en el país para financiar los programas públicos de Tuberculosis, Malaria y VIH-SIDA. Para el programa de Malaria para los períodos 2004-2005 y 2005-2006. Estos recursos son un complemento a las acciones que no son financiadas por el TGN, ampliando el trabajo en factores de riesgos directos en la cadena de transmisión.

La principal fuente de financiamiento en el periodo 1998-2004 fue el crédito externo con 27%, seguido de donaciones con 26% y el TGN con 25%. El crédito y las donaciones mantuvieron constante su participación en el financiamiento del Ministerio de Salud. Los montos provenientes del TGN durante el período mantuvieron su participación, las nuevas acciones emprendidas por el Ministerio de Salud y Deportes tuvieron que ser cubiertas por los recursos provenientes de las Cajas de Salud.

La fuente de financiamiento más importante para el programa de Chagas en los últimos años ha sido el Crédito del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) a través del Proyecto Escudo Epidemiológico y Apoyo a la Reforma del Sector Salud. El crédito, durante el periodo 2001-2004, representó el 76% del financiamiento del programa nacional de Chagas. El gasto entre los años 2000 y 2001 se elevó significativamente por la contratación del crédito del BID.

Durante el período 1999-2004 el programa ejecutó en promedio anual 0.5 millones de dólares, las principales fuentes de financiamiento fueron las donaciones con 48% y las transferencias de las cajas de salud con 46%. El TGN significó 6% del financiamiento en el período 1999-2004. En el año 2004 la presencia del TGN representó la mitad del monto registrado en el año 2001.

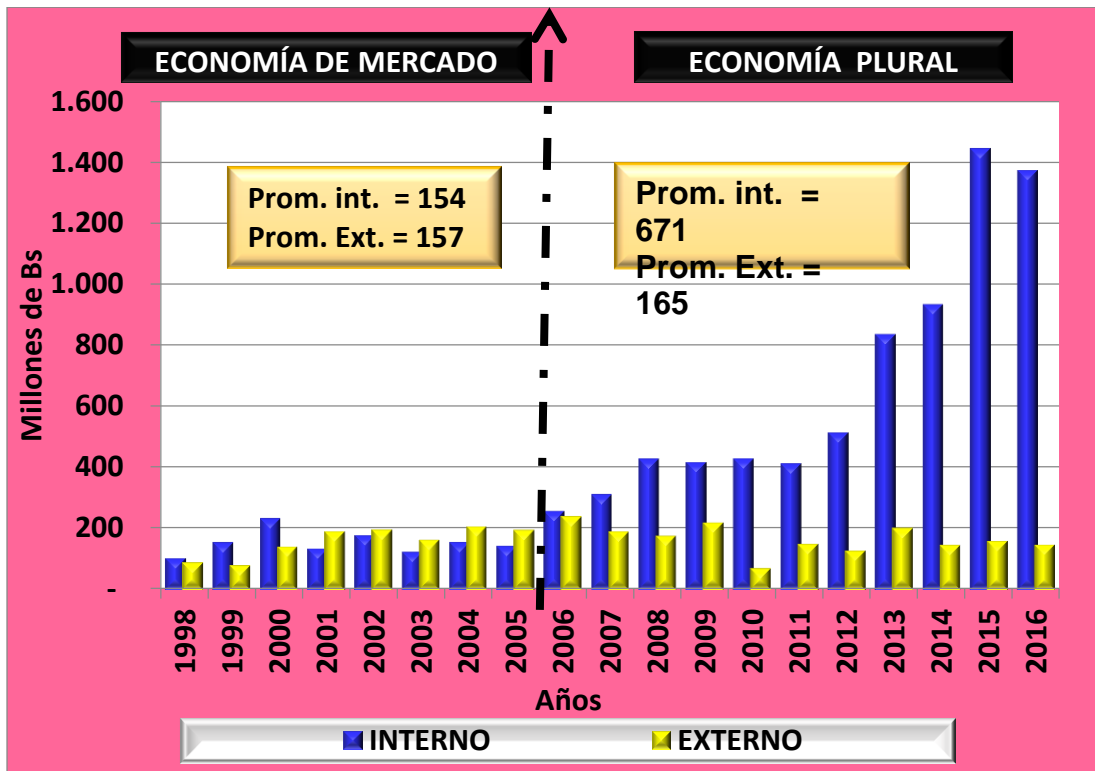
El financiamiento externo alcanza su punto máximo para el segundo periodo en el año 2006 con Bs. 237 millones y el financiamiento interno con Bs. 1.447 millones en la gestión 2015 (Ver Anexo N° 3). Para el financiamiento interno por su parte registra su punto mínimo el



año 2006 con Bs. 259 millones y el financiamiento externo con Bs. 70 millones en la gestión 2010 (Ver Anexo N° 3).

En la gestión 2006, la participación del financiamiento interno se destaca, por la creación del Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH)<sup>91</sup> y el incremento de los precios internacionales de materias primas, que genera un importante crecimiento de los ingresos del Estado, como consecuencia se dio la reducción en la dependencia de la ayuda externa.

**Gráfico N° 5: Ejecución de Proyectos de Inversión Pública por Fuente de Financiamiento del Sector Salud en el Departamento de Chuquisaca periodo: 1998 - 2016**  
(En millones de Bs.)



FUENTE: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo – VIPFE.  
Elaboración Propia

En particular se destaca la incidencia que tienen los recursos ejecutados que provienen del IDH, el 2006 se reporta una ejecución de \$us.214 millones y el 2013 una ejecución

<sup>91</sup>La Ley de Hidrocarburos N° 3058 establece que todos los beneficiarios destinan los recursos recibidos por Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH) para los sectores de educación, salud y caminos, desarrollo productivo y todo lo que contribuya a la generación de fuente de trabajo.

financiera de casi tres veces superior. Esto es un incremento del 283% en el periodo referido. Es considerado un efecto de la nacionalización de los hidrocarburos de mayo de 2006. De esta manera la principal fuente de financiamiento para la ejecución de programas y proyectos es el Tesoro General de la Nación con una participación de 61.17%, precedido del Crédito Externo con una participación de 5.58% y finalmente las Donaciones Externas con 1.66%.

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

Si bien el financiamiento interno se ha visto ampliamente incrementado hasta el año 2015, año en que se registra la mayor inversión ejecutada en el sector, la reducción de los precios internacionales de materias primas provoca un declive relevante de ingresos por concepto de IDH<sup>92</sup>. Así, se observa que una de las principales fuentes de financiamiento de los gastos del Estado boliviano son por concepto de hidrocarburos.

#### **4.4.1. Comparación de periodos**

En el Grafico N°6, durante el primer periodo, se observa la predominancia del financiamiento externo en la ejecución de proyectos de Inversión Pública del Sector Salud, que representa un promedio de Bs. 157 millones. Por otro lado, el financiamiento interno presenta un ejecutado de Bs. 154 millones (Ver Anexo N° 3). Durante el segundo periodo, se observa una participación significativa del financiamiento interno con un promedio de Bs. 671 millones, que representa un incremento de 4,3 veces respecto al primer periodo. El financiamiento externo registra un promedio de Bs. 165 millones, que representa un incremento de 1,0 veces (Ver Anexo N° 3).

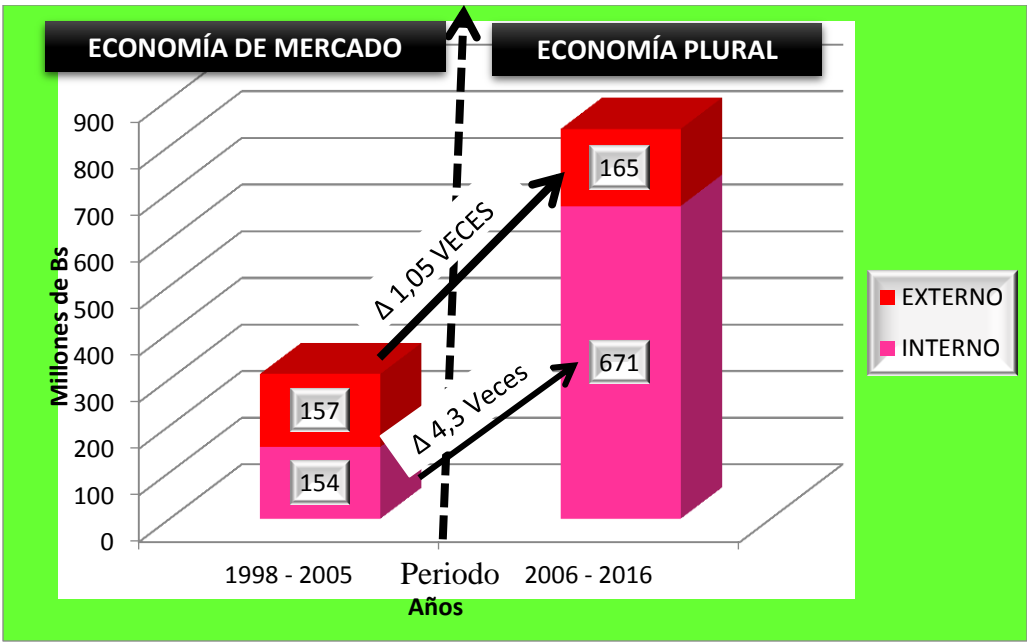
---

<sup>92</sup>FUNDACIÓN JUBILEO. 2017. A 12 años del IDH Más Gasto que Inversión. Pág.39.

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

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

**Gráfico 6: Comparación de la Ejecución Media de los Proyectos de Inversión Pública por Fuente de Financiamiento del Sector Salud del Departamento de Chuquisaca periodo; 1998-2016.**  
(En millones de Bs.)



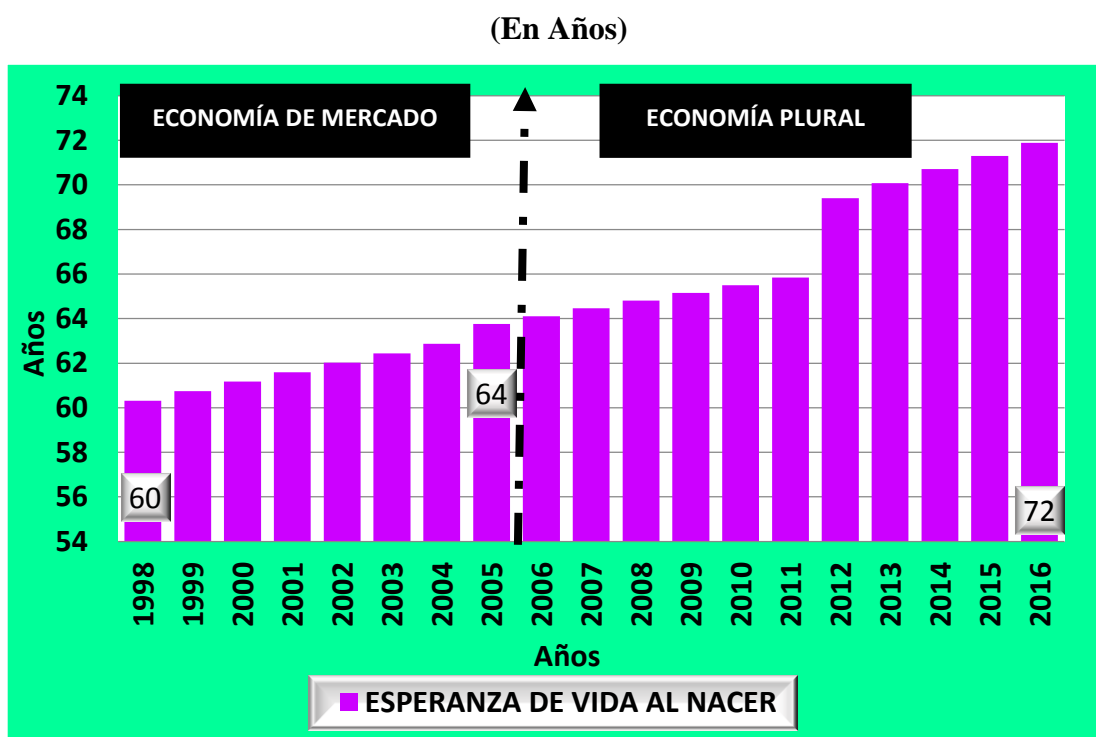
FUENTE: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo- VIPFE  
Elaboración Propia

**4.6. Evolución de la Esperanza de Vida al Nacer del Departamento de Chuquisaca.**

La esperanza de vida al nacer es un indicador muy usado para resumir el estado de salud de una población. Contra toda intuición, este indicador no se refiere al número de años que

probablemente va a vivir un recién nacido, sino que indica la cantidad de años que éste viviría si los patrones de mortalidad vigentes al momento de su nacimiento no cambian a lo largo de su vida (Banco Mundial, 2016a). Es decir, el indicador resume los patrones actuales de mortalidad, evitando así especular sobre los cambios que puedan ocurrir en el futuro. Sin embargo, las condiciones de salud están mejorando rápidamente en todo el mundo, así que una persona que nace hoy probablemente va a vivir muchos años más de lo que indica la actual esperanza de vida al nacer. Otro aspecto que hay que tomar en cuenta al usar este indicador es que se trata de la esperanza de vida al momento de nacer. Si se sobrevive el primer año, que es el más peligroso, la esperanza de vida al año 1 es mucho más alta<sup>93</sup>.

**Gráfico N° 7: Evolución de la Esperanza de Vida al Nacer del Departamento de Chuquisaca periodo: 1998-2016**



FUENTE: Información del INE  
Elaboración propia

El Gráfico N° 7 se puede observar que en el primer periodo de Economía de Mercado la esperanza de vida al nacer registrada en el periodo 1998 fue de 60 años, para los

<sup>93</sup> ANDERSEN, L. BRANISA, B. y CANELAS, S. 2016. EL ABC del Desarrollo en Bolivia. Fundación INESAD. La Paz- Bolivia. Pág. 208.

subsiguientes años su evolución fue de manera ascendente ya que para la gestión 2005 fue de 64 años, el promedio para este periodo es de 62 años. En el segundo periodo de Economía Plural se registra invariable para la gestión 2006 con 64 años, paulatinamente se observa que fue ascendiendo hasta llegar a la gestión 2016 con 72 años, el promedio para este periodo llegó a ser de 68 años. (Ver Anexos N°4).

La esperanza de vida al nacer pasó de 65 años en 1998 a 65 años en el 2005. Este incremento se asocia a la reducción de la mortalidad infantil, así como a mejoras en las condiciones de vida y en el sistema sanitario y de salud<sup>94</sup>. Chuquisaca en 2000 a 2005 presenta una significativa mejoría según datos del INE, aunque sigue siendo que las mujeres viven más años, en el año 2000 y 2005 el promedio de vida de las mujeres fue de 65 años, para el año 2016 el promedio fue de 70 años, un poco menos corresponde a los hombres ante su promedio de vida de 61 años y para el 2016 fue de 66 años<sup>95</sup>.

Una de las razones principales de la mejora en la esperanza de vida al nacer de las mujeres en Bolivia es la reducción del número de hijos que tienen. En 1990 las mujeres bolivianas tenían en promedio cinco hijos, pero en 2014 la cifra se redujo a tres (Banco Mundial, 2016). Además, debido a mejoras importantes en el sistema de salud, los partos actualmente son menos peligrosos para las mujeres. En 1994, 360 mujeres murieron por cada 100.000 hijos nacidos vivos, mientras que, en 2008, esta tasa había caído en 26% (Banco Mundial, 2016). Hay que remarcar que existe poca precisión en las estimaciones de la tasa de mortalidad materna en base a encuestas. No hay datos posteriores a 2008, porque no hay encuestas similares disponibles, pero muy probablemente la mortalidad materna ha bajado aún más<sup>96</sup>.

El aumento de la esperanza de vida al nacer, tanto en el caso de las mujeres como de los hombres, se debe principalmente al descenso de la mortalidad en edades tempranas, particularmente de la mortalidad infantil. Este descenso se ha registrado en todos los países, sobre todo en aquellos con mayor mortalidad, como el caso del Estado Plurinacional de Bolivia y Haití<sup>97</sup>.

---

<sup>94</sup> EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL PROGRAMA DE PAÍS 2008- 2011, Oficina de Evaluación División de Control Interno, New York, diciembre de 2011, Pág. 31

<sup>95</sup> Boletín informativo; UNIDAD DE INFORMACIÓN EN SALUD SISTEMA DEPARTAMENTAL DE INFORMACIÓN EN SALUD Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (SDIS – VE) SEDES CHUQUISACA 2016. Pág. 14.

<sup>96</sup> ANDERSEN, L. BRANISA, B. y CANELAS, S. 2016. EL ABC del Desarrollo en Bolivia. Fundación INESAD. La Paz- Bolivia. Pág. 209.

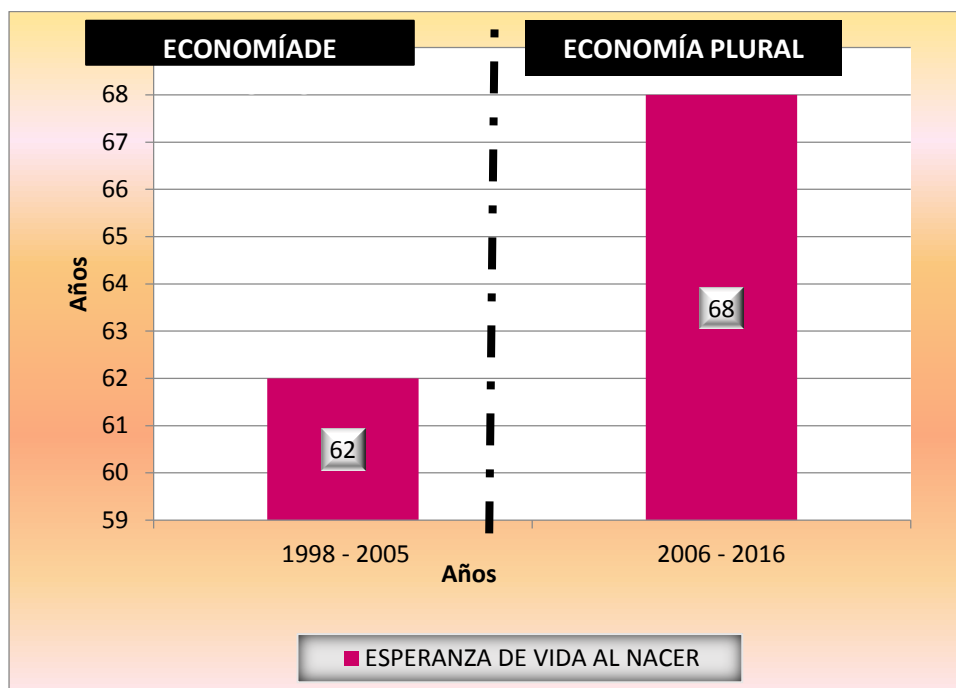
<sup>97</sup> “Tablas de mortalidad” CEPAL, 2016; Pág. 15.

#### 4.6.1. Comparación de periodos

En el Gráfico N° 8, se observa que la evolución de la esperanza de vida al nacer del departamento de Chuquisaca en el periodo de Economía de Mercado su crecimiento fue de manera ascendente llegando a un promedio de 62 años. Para el segundo periodo de estudio denominado de Economía Plural, al igual que en el primer periodo su crecimiento fue de manera ascendente y significativa, el promedio alcanzado en este periodo fue de 68 años (Ver Anexo 4).

**Gráfico N° 8: Comparación media de la Evolución de la Esperanza de Vida al Nacer periodo: 1998 – 2016**

(En Años)



FUENTE: Información del INE  
Elaboración propia

En los últimos años ha aumentado significativamente la esperanza de vida al nacimiento tanto en hombres como en mujeres. Pero a pesar de haberse dirigido los seguros públicos a la población la esperanza de vida al nacer sigue siendo baja respecto a países de América Latina. De acuerdo a estimaciones del Instituto Nacional de Estadística (INE), en el periodo 1980-1985 la esperanza de vida de un recién nacido alcanzaba a 54 años, para el período 2010-2015 ésta se incrementa a 72 años. Si bien la esperanza de vida ha aumentado en 18

años, ésta es inferior respecto a otros países de América Latina, que en promedio supera los 70 años. Esto es producto de una baja probabilidad de sobrevivencia en los primeros años de vida<sup>98</sup>.

Según la United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2015, la esperanza de vida promedio en América del Sur fue de 74 años. Después de Guyana (66), Bolivia tiene la más baja: 68 años. Es decir, 6 años menos que el promedio subregional y 13 años de diferencia con Chile (81), que tiene la esperanza de vida más elevada. En Bolivia, las estadísticas señalan que morirá a los 68 (65 años en el caso de los hombres y 70 en el de las mujeres). En promedio, las mujeres tienden a vivir más que los hombres y, por lo tanto, son más las personas de ese sexo, especialmente en edades avanzadas<sup>99</sup>.

#### **4.7. Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil del Departamento de Chuquisaca.**

La tasa de Mortalidad Infantil según el INE se define como el número de defunciones de niños y niñas menores de un año, ocurridas durante un año dado por mil nacidos vivos en ese mismo año. Indicador útil del estado de Salud, no sólo de los infantes sino también de la población en su conjunto y de las condiciones socioeconómicas en las que ésta vive. Además, es sensible de la disponibilidad de la utilización y eficacia de la asistencia médica y en particular de la atención perinatal.

En el gráfico N° 9, se puede observar que la evolución de la mortalidad infantil, en el primer periodo de Economía de Mercado en 1998 fue de 71 por cada 1000 mil nacidos vivos, está en este periodo tuvo un notable descenso que para el año 2005 fue de 54 por cada mil nacidos vivos, el promedio de este periodo llegó a ser de 64 por cada mil nacidos vivos. En el segundo periodo en 2006 fue de 51 por cada mil nacidos vivos en este periodo también se evidenció que los descensos fueron más notorios ya que para el 2016 fue de 35 por cada mil nacidos vivos (Ver Anexo 5).

En Bolivia la tasa de mortalidad infantil es de 75 por 1000 nacidos vivos para el periodo 1998-2003. En años recientes la mortalidad infantil ha experimentado descensos

---

<sup>98</sup> UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS (UDAPE), La Política Social en Bolivia, 2016. Pág. 19

<sup>99</sup> Morató, René, P.; López F., Daniel, H.; "DIMENSIONES DEMOGRÁFICAS DEL ENVEJECIMIENTO EN BOLIVIA"; septiembre de 2016; Pág. 5.

importantes en Bolivia, pero aun así sigue siendo alta en comparación con otros países vecinos.

A pesar que los avances en la reducción de la mortalidad infantil han sido importantes en las últimas décadas, el país sigue ocupando el penúltimo lugar en el continente (sólo por delante de Haití). Mientras en 1989 morían 89 niños antes del primer año de un total de mil nacidos vivos, en 2008 este número ha bajado a 50 por 1.000 niños nacidos vivos, lo cual representa una reducción de solamente 1,9% anual, nivel muy inferior a la reducción de 3,9% anual necesaria a fin de alcanzar la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio. Si bien la reducción ha sido importante, Bolivia aún se halla a 24 puntos del promedio de Latinoamérica. Sin embargo, aunque se logró brindar un mayor nivel de protección a los niños y niñas, el país mantuvo una de las tasas de mortalidad infantil más elevadas de América Latina y el Caribe<sup>100</sup>.

En cuanto al vínculo entre la muerte materna y la infantil se sabe que los niños que sobreviven a sus madres tienen de tres a diez veces más posibilidades de morir durante sus dos primeros años, que en el caso de que las madres hubieran permanecido con vida. Por cada mujer que muere, treinta más sufren lesiones derivadas del embarazo e infecciones que quedan discapacitadas para toda la vida. Más de una cuarta parte de todas las mujeres del mundo en desarrollo sufren discapacidades vinculadas con el embarazo. Los riesgos son particularmente elevados para las adolescentes. Las jóvenes embarazadas entre los 15 y 19 años tienen el doble de posibilidades de morir durante el alumbramiento que las mujeres de mayor edad, y para las niñas menores de 15 años el riesgo es mucho mayor”<sup>101</sup>.

Adicionalmente, las diferencias entre los departamentos del país también son marcadas, ya que en Chuquisaca, la tasa de mortalidad es de 42 por mil nacidos vivos, en Tarija la cifra alcanza a 37 por mil nacidos vivos, mientras que departamentos como Potosí presenta una tasa de 101 para el año 2008. En cifras absolutas, en el 2008 murieron aproximadamente 762 niños antes de cumplir su primer año en el departamento<sup>102</sup>.

---

<sup>100</sup> Lagrava, León, Inés; Mortalidad neonatal en el Estado Plurinacional de Bolivia: desigualdades territoriales en el acceso a los servicios de salud; Abril, 2016, Pág. 62.

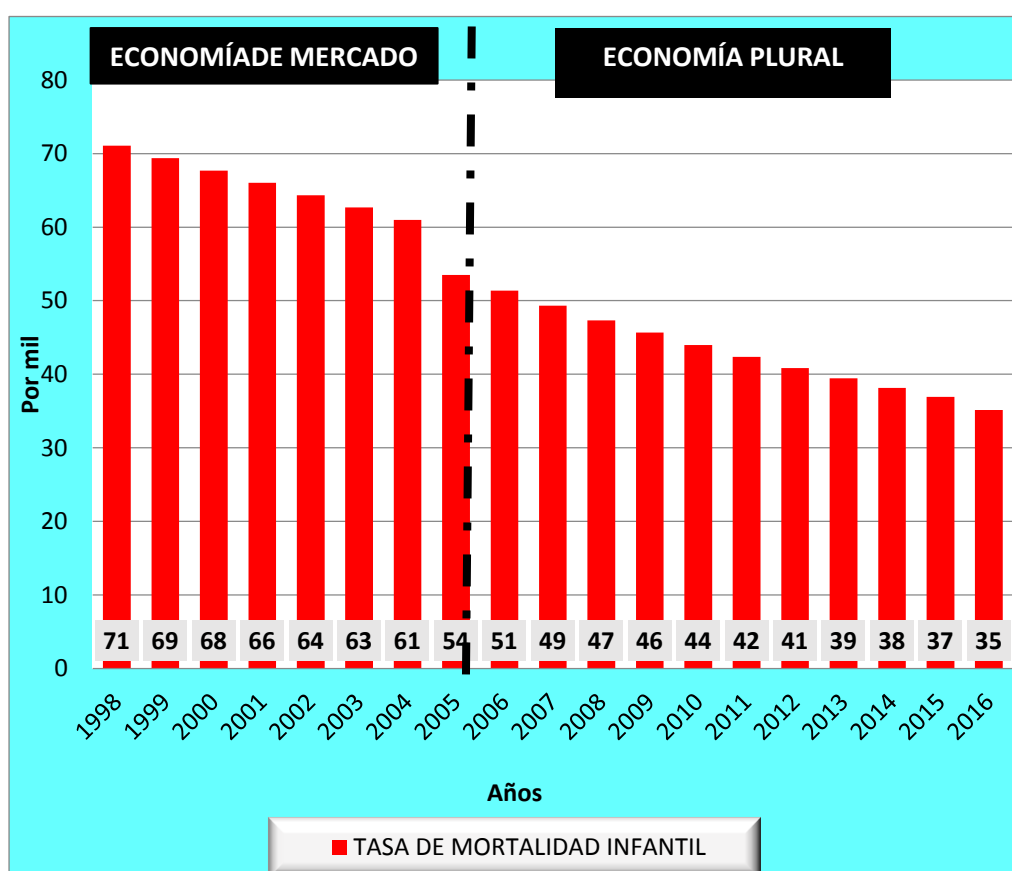
<sup>101</sup> Montaña, S. EL DERECHO AL CUIDADO Y LA MORTALIDAD DE MUJERES Y NIÑOS, agosto, 2016, Pág. 14.

<sup>102</sup> Resumen Informativo, UDAPE-PNUD, Desarrollo Humano en el Departamento de Chuquisaca, abril ,2010. Pág. 2.



La mortalidad infantil por causa de fallecimiento, la primera causa de muerte en niños menores de un año es por Sepsis, que representa más de 20%, seguido con un menor porcentaje prematuridad e insuficiencia respiratoria, existen otras causas. Durante la gestión 2016 se presentaron 108 defunciones de niños menores de un año en el departamento de Chuquisaca<sup>103</sup>.

**Gráfico N° 9: Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil del Departamento de Chuquisaca periodo: 1998-2016**  
(Por Mil)



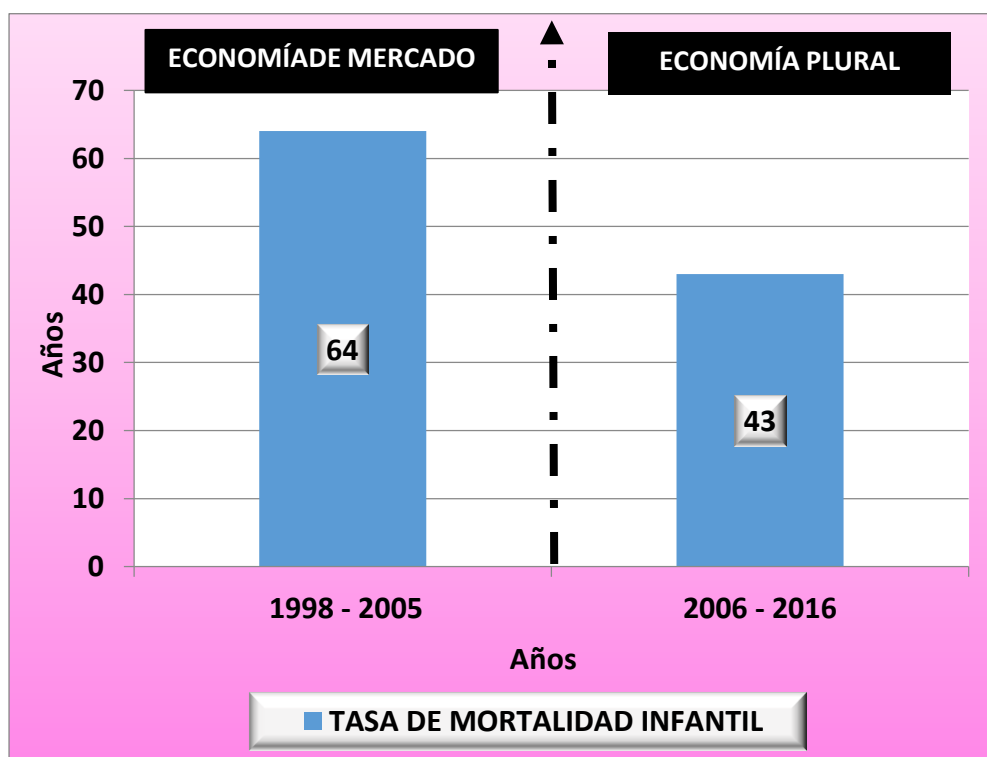
FUENTE: Información del INE  
Elaboración propia

<sup>103</sup> Boletín informativo; UNIDAD DE INFORMACIÓN EN SALUD SISTEMA DEPARTAMENTAL DE INFORMACIÓN EN SALUD Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (SDIS – VE) SEDES CHUQUISACA 2016. Pág. 12

#### 4.7.1. Comparación de periodos

**Gráfico N° 10: Comparación promedio de la Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil en el Departamento de Chuquisaca periodo: 1998 – 2016**

(Por Mil)



FUENTE: Información del INE.  
Elaboración propia

En el gráfico N° 10 se puede observar la evolución de la mortalidad infantil de ambos periodos; en el primer período se puede evidenciar que el promedio es de 64 por cada mil nacidos vivos, en el segundo periodo se puede observar que fue de 43 por cada mil nacidos vivos (Ver Anexo 5).

La tasa de mortalidad infantil es uno de los indicadores de resultado de la atención salud de enfermedad de los niños y niñas menores de 5 años. De acuerdo a un estudio realizado por UDAPE, sobre el impacto de los seguros de maternidad y niñez, se concluye que el riesgo de muerte para los infantes se habría reducido con la implementación de los seguros

públicos (SNMN, SBS y SUMI); sin embargo, persisten brechas importantes entre áreas geográficas y entre departamentos del país<sup>104</sup>.

Bolivia mantiene hoy un nivel de mortalidad infantil casi tres veces más alto que la media latinoamericana, una distancia ligeramente superior a la que tenía hace dos décadas. Solo Haití, cuya situación ha empeorado de forma notable en los últimos años, está por detrás. En promedio, la situación de Bolivia equivale a la del conjunto de países de ingresos medios y bajos, que incluye a regiones considerablemente más pobres que la latinoamericana.

---

<sup>104</sup> EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL PROGRAMA DE PAÍS 2008 - 2011, Oficina de Evaluación División de Control Interno, New York, diciembre de 2011, Pág. 35

## CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. Conclusiones

- En la realización del presente trabajo de investigación denominado “La incidencia de los Proyectos de Inversión Pública en el Sector Salud del Departamento de Chuquisaca período 1998-2016”, se concluye, que la ejecución de esos proyectos son importantes para la mejora de la vida de los habitantes del departamento; cuyos indicadores referidos a la mortalidad infantil y a la esperanza de vida al nacer, fueron planteados en el Plan General de Desarrollo Económico y Social 1997-2002 y en el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2011.
- La información referida a la programación y ejecución de los proyectos de inversión pública en el sector salud, muestra un comportamiento creciente con montos reducidos durante el primer periodo de estudio denominado Modelo de Economía de Mercado, con una programación promedio anual de Bs. 377 millones; de los cuales, se ejecutaron Bs. 311 millones promedio por año (82%), se destaca que en el segundo periodo se incrementan los montos programados y ejecutados de los proyectos de inversión pública del sector salud, no obstante, los recursos no son ejecutados eficazmente, ya que se ejecutó en promedio anual solo 62%. En ambos periodos registran tasas medias anuales de crecimiento de la ejecución de inversión pública por encima del 10% (11.4% en el primer periodo y 14.1% en el segundo periodo).
- En el primer periodo la ejecución de inversión pública en el tipo de proyecto presenta un promedio de Bs. 87 millones en infraestructura y el menor promedio lo presenta atención de salud y epidemiología con Bs. 35 millones. La información estadística muestra el incumplimiento de las políticas de formación y salud integral y promoción de salud y no así en su totalidad con la ley N° 2426 del SUMI.  
En el segundo periodo de investigación la ejecución de inversión pública por tipo de proyectos, infraestructura se incrementa de Bs. 87 millones a Bs. 427 millones; es decir, de una participación del 28% en el primer periodo, pasa a un 51% en el segundo periodo. En este segundo periodo se asigna menor importancia a programas integrales y planificación. La información presentada en el cuadro correspondiente

muestra que no se cumple en su totalidad con la política del Sistema Único Intercultural y Comunitario.

- En el primer periodo la fuente externa participo con el 50% de financiamiento en la ejecución de proyectos de inversión pública del sector salud del departamento de Chuquisaca. Los fondos estaban constituidos por crédito externo y donaciones. En el segundo periodo el financiamiento externo decrece significativamente a Bs. 165 millones promedio por año, y el financiamiento interno aumenta considerablemente a Bs. 671 millones promedio anual, que en términos porcentuales representan el 20% y 80%, respectivamente.

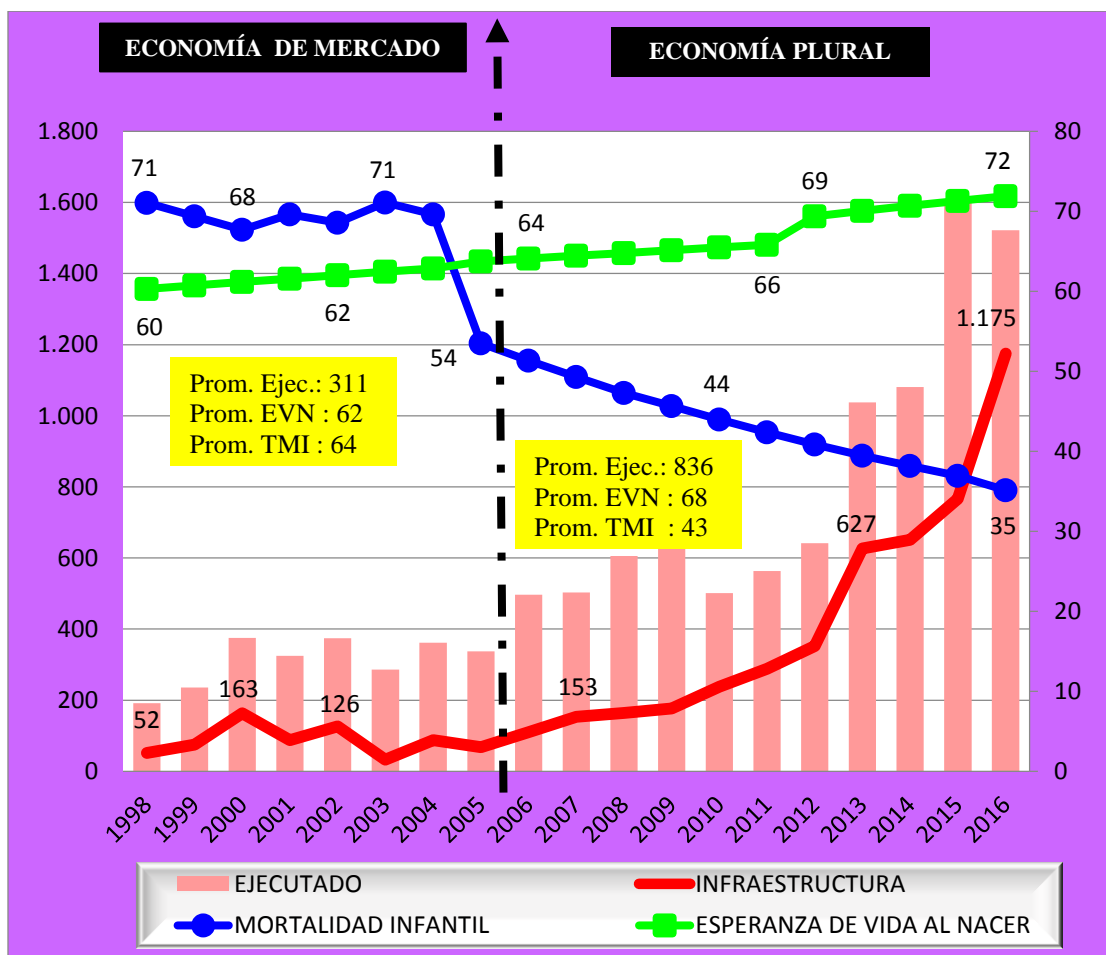
La información estadística presentada anteriormente, permite demostrar que la intervención del Estado provoca una reducción del financiamiento externo a consecuencia de los recursos provenientes del IDH. De esta forma se destina mayores recursos al Sector Salud para una mayor participación en el financiamiento interno en la ejecución de proyectos del sector salud.

- En el primer periodo la esperanza de vida al nacer fue un promedio de 62 años. En cambio, en el segundo periodo comprendido entre 2006 – 2016 subió a un promedio de 68 años. Los indicadores anteriores permiten demostrar que la implementación de los proyectos de inversión pública en el sector salud del departamento de Chuquisaca, contribuyo a mejorar el indicador de la esperanza de vida al nacer ayudando a tener un comportamiento creciente.
- En el primer periodo la mortalidad infantil fue en promedio 64 por cada mil nacidos vivos, en el segundo periodo decreció significativamente llegando a 43 por cada mil nacidos vivos. Estos indicadores, permiten demostrar que al igual que en el caso de la esperanza de vida al nacer la ejecución de los proyectos de inversión pública en el sector salud contribuye de manera positiva a estos indicadores.

## 5.2. Verificación de la hipótesis

**La ejecución del presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud mejora los indicadores de la Esperanza de Vida al Nacer y la Tasa de Mortalidad Infantil.**

**Gráfico N° 11: Relación de la ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud con la esperanza de vida al nacer y la mortalidad materna infantil del Departamento de Chuquisaca periodo: 1998-2016**  
(En Millones de Bs. y Años)



FUENTE: Información del INE Y VIPFEE  
Elaboración propia

Con la información contenida en el Gráfico N° 11, se determina que la Esperanza de Vida al Nacer en el segundo periodo tuvo un incremento de 1,09 veces con respecto al primer periodo; por otro lado, la Tasa de Mortalidad Infantil se redujo en 0,67 veces.

El incremento de los montos de ejecución de proyectos de inversión pública del sector salud del departamento de Chuquisaca, muestran una incidencia favorable en los indicadores de la esperanza de vida al nacer y en la mortalidad infantil; por lo que, es posible considerar la aceptación de hipótesis formulada en el presente trabajo de investigación.

Según Baly Alberto<sup>105</sup> el incremento de la inversión se traduce en mayor beneficio para la población; es decir, presenta una mejora en los indicadores del Sector Salud; sin embargo, se observa en la presente investigación que el incremento de inversión pública en los proyectos de inversión pública del sector salud, mejora los indicadores de esperanza de vida al nacer y de la mortalidad infantil.

### **5.3. Recomendaciones**

- Ejercer un control para el cumplimiento de leyes y políticas con lineamientos estratégicos para el sector salud planteados por el Plan Nacional.
- Fortalecer la participación del financiamiento interno, intensificando la asignación de recursos del Sector Salud para la ejecución de proyectos de inversión pública.
- Desarrollar criterios sobre la priorización de proyectos, para el apoyo al sector Salud y su infraestructura.
- Promover la elaboración de proyectos de inversión pública que contribuyan a la atención del sector salud.
- Crear un sistema de monitoreo y evaluación que permita realizar el seguimiento a los indicadores de esperanza de vida al nacer y de la mortalidad infantil.

---

<sup>105</sup>BALY A. 2001. La Economía de la Salud, la eficiencia y el Costo de Oportunidad. Cuba. Págs. 1-4

## BIBLIOGRAFIA

1. A. Lorena Prieto, Camilo C.; ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD DE BOLIVIA, Banco Interamericano de Desarrollo, agosto 2010
2. BALY A. 2001. La Economía de la Salud, la eficiencia y el Costo de Oportunidad. Cuba.
3. Análisis del Sector Salud en Bolivia (2013).
4. Boliviaenlared.com “Departamento de Chuquisaca”.
5. Boletín informativo; Unidad de Información en Salud Sistema Departamental de información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SDIS – VE) sedes Chuquisaca 2016.
6. CEPB, “Inversiones y crecimiento en Bolivia: Desencuentros recurrentes”, 2013.
7. Cibotti, R. y Sierra, E. “El Sector Público en la Planificación del Desarrollo”, México, Editorial Siglo XXI, 2º Ed., 1973.
8. CARDONA M. 2009. Capital Humano: Una Mirada Desde La Educación y la Experiencia Laboral. Universidad Eafit.
9. CAÑIBANO C. El Capital Humano: Factor de Innovación, Competitividad y Crecimiento. Universidad Rey Juan Carlos. Sexto Congreso de Economía de Navarra.
10. Constitución Política del Estado 2004
11. CEPAL, 2016
12. Carmen Ledo, PhD, René Soria, MC, MSP, AS, Sistema de Salud en Bolivia, 2011.
13. CORREOS DEL SUR; Servicios en seguros de salud; Sucre, Bolivia, 2016.
14. Duverger M., “Instituciones Financieras”, Editorial Bosh, 1960.
15. Directrices de Formulación del Presupuesto de Inversión Pública Anual.
16. DIAZ de Iparraguirre M. 2009. La Gestión Compartida Universidad-Empresa en la Formación del Capital Humano, Su Relación con la Promoción de la Competitividad y El Desarrollo Sostenible. Caracas.
17. D.S. N° 29894, Estructura organizativa del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional. 2009. Art. 52.



18. Decreto Supremo N° 29894 7 de febrero De 2009. Capítulo VIII. Ministerio De Planificación del Desarrollo. Artículo N°48.
19. Evaluación Independiente del Programa de País 2008- 2011, Oficina de Evaluación División de Control Interno, New York, diciembre de 2011.
20. Ernesto R. Fontaine. Evaluación social de proyectos. Edición 13, 2008 por Pearson Educación de México S.A. de C.V.
21. Fundación Milenio-Konrad Adenauer Stiftung, Morales Juan Antonio (Coordinador), Germán Molina, et al., ¿Dónde está la plata? -Los Ingresos Extraordinarios de la Bonanza 2006-2013, Primera Edición, septiembre de 2014.
22. Fundación Jubileo, Análisis del Presupuesto General del Estado 2014, Elementos para el Pacto Fiscal, Reporte de Coyuntura N° 23, marzo 2014.
23. FALGUERAS I. 2008. El Capital Humano En la Teoría Económica: Orígenes y Evolución. Temas Actuales de Economía. Volumen 2.
24. FUNDACIÓN JUBILEO. 2017. A 12 años del IDH Más Gasto que Inversión. Pág.39.
25. Gaceta Oficial de Bolivia, Ley de Participación Popular N° 1551, Promulgada en fecha 20 de abril de 1994
26. Glosario de Indicadores Básicos de la OPS, junio 2015.
27. Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos y Del Pilar Baptista Lucio María "Metodología de la Investigación". 5ta Edición, México (2006).
28. HERRERA C. y RODRIGUEZ C. 2002. La Economía de la salud: ¿Debe ser de interés para el campo sanitario?
29. INE; Anuario Estadístico 2016.
30. Información Institucional del Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIFPE). Disponible en: <http://www.vipfe.gob.bo>.
31. Impuesto Directo a los Hidrocarburos son los recursos originados por la tributación a la comercialización en el mercado interno de hidrocarburos y sus derivados, sean estos producidos internamente o importados. Incluyen los recursos originados por la producción de hidrocarburos en el territorio nacional.

32. Joseph E. Stiglitz, “La economía del sector público”, España, editorial Antoni Bosch, S.A., 3º Ed, 2000.
33. Ley de Administración y Control Gubernamentales (SAFCO).
34. Ley 1551 de Participación Popular.
35. Ley 1654 de Descentralización Administrativa.
36. Ley del Diálogo Nacional 2000, 31 de julio de 2001
37. Ley 2426 del Seguro Universal Materno Infantil.
38. Ley 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral
39. La Patria, “Chuquisaca”, 6 de agosto de 2015.
40. Ley N° 2426 crea el Seguro Universal Materno Infantil.
41. Ley de Hidrocarburos N° 3058 establece que todos los beneficiarios destinan los recursos recibidos por Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH) para los sectores de educación, salud y caminos, desarrollo productivo y todo lo que contribuya a la generación de fuente de trabajo.
42. Lagrava, León, Inés; Mortalidad neonatal en el Estado Plurinacional de Bolivia: desigualdades territoriales en el acceso a los servicios de salud; Abril, 2016, Pág. 62.
43. Mokate Karen Marie “Evaluación Financiera de Proyectos de Inversión”; 2da Edición. Editorial Alfa omega. (2004).
44. Musgrave, R., “Hacienda pública teórica y aplicada”, México, McGraw-Hill Editores, 2º Edición, 1973.
45. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, “Misión y Visión”. Disponible en: [http://www.economiayfinanzas.gob.bo/index.php?opcion=com\\_contenido&ver=contenido&id=728&id\\_item=108](http://www.economiayfinanzas.gob.bo/index.php?opcion=com_contenido&ver=contenido&id=728&id_item=108).
46. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, “Plan Estratégico Institucional”.
47. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. 2010 Memoria de la Economía Boliviana.
48. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. 2012. Memoria Fiscal 2012.
49. Morató, René, P.; López F., Daniel, H.; “DIMENSIONES DEMOGRÁFICAS DEL ENVEJECIMIENTO EN BOLIVIA”; septiembre de 2016; Pág. 5.

50. Montaña, S. “El Derecho al Cuidado y la Mortalidad de Mujeres y Niños”, agosto, 2016.
51. Nassir Sapag Chain; Reinaldo Sapag Chain. Preparación y evaluación de proyectos. Quinta edición. 2008. Capítulo 1. El estudio de proyectos.
52. Natasha Morales, Eduardo Pando, Julia Johannsen; “Comprendiendo e lPrograma Desnutrición Cero en Bolivia: Un Análisis de Redes y Actores”, Banco Interamericano de Desarrollo, 2010.
53. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Ministerio de sanidad y consumo. Promoción de la Salud Glosario.
54. Ortun Vicente “Gestión Pública: conceptos y métodos”.
55. Paul A. Samuelson y William D. Nordhaus. Economía con aplicaciones a Latinoamérica. Edición 19, 2010.
56. Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social de Chuquisaca, Sucre 2000.
57. Plan de Desarrollo Departamental Chuquisaca 2009 – 2015, Primera edición, octubre de 2009.
58. Revista el Economista, Octubre/noviembre 2014, N° 47-48, Nueva Época, El Proceso de Descentralización de la Inversión Pública Regional.
59. Reglamento Específico del Sistema Nacional de Inversión Pública del Ministerio de Planificación y Desarrollo. Art. 9.
60. Reglamento Específico del Sistema Nacional de Inversión Pública del Ministerio de Planificación del Desarrollo. Art.13
61. Rodríguez. C. ETIMOLÓGICO, CONCEPTUAL Y PROCEDIMENTAL. “Diccionario de Economía”, Mendoza, abril de 2009.
62. Resumen Informativo, UDAPE-PNUD, Desarrollo Humano en el Departamento de Chuquisaca, abril ,2010.
63. Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), “Evaluación Económica 1998”, Bolivia, 1999.
64. Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), “Evaluación Económica 2002”, Bolivia, 2003.

65. Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE, "REFLEXIONES SOBRE EL RECURSO HUMANO DEL SECTOR SALUD EN BOLIVIA, Bolivia 2006.
66. URRIOLO R. 2011. Economía y Salud: Aportes y experiencias en América Latina. Chile.
67. Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), BOLIVIA: EVALUACION DE LA ECONOMIA 1997.
68. Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), BOLIVIA: EVALUACION DE LA ECONOMIA 1998.
69. UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS, Financiamiento de Programas Públicos de Salud en Bolivia casos: Chagas, Malaria, Tuberculosis e Inmunización 1999-2005, diciembre de 2005.
70. UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS (UDAPE), La Política Social En Bolivia, Bolivia 2016.
71. VIPFE Web versión 1.0 – 2011
72. [http://www.ciac-idr.com/imagenes/file/DEPARTAMENTO\\_CHUQUISACA.pdf](http://www.ciac-idr.com/imagenes/file/DEPARTAMENTO_CHUQUISACA.pdf)
73. [http://www.ciac-idr.com/imagenes/file/DEPARTAMENTO\\_CHUQUISACA.pdf](http://www.ciac-idr.com/imagenes/file/DEPARTAMENTO_CHUQUISACA.pdf)
74. [http://www.ciac-idr.com/imagenes/file/DEPARTAMENTO\\_CHUQUISACA.pdf](http://www.ciac-idr.com/imagenes/file/DEPARTAMENTO_CHUQUISACA.pdf)
75. [www.mgyfsemg.org/medicinageneral/revista\\_66/pdf/445\\_447.pdf](http://www.mgyfsemg.org/medicinageneral/revista_66/pdf/445_447.pdf)
76. [http://www.economiayfinanzas.gob.bo/institucion/mof\\_lisunipdf.php?opt=&coduni](http://www.economiayfinanzas.gob.bo/institucion/mof_lisunipdf.php?opt=&coduni)

# ANEXOS

**ANEXO N° 1: Programación y ejecución de Proyectos de Inversión Pública del Sector  
Salud del Departamento de Chuquisaca periodo: 1998-2016.**

**(En millones de Bs.)**

Año	Millones de Bs.		%	% Variación Anual	
	Programado	Ejecutado		Ejecutado	Prog.
<b>1998</b>	181	192	106		
<b>1999</b>	288	236	82	59,1	22,9
<b>2000</b>	415	375	90	44,1	58,9
<b>2001</b>	435	325	75	4,8	-13,3
<b>2002</b>	484	374	77	11,3	15,1
<b>2003</b>	453	286	63	-6,4	-23,5
<b>2004</b>	429	362	84	-5,3	26,6
<b>2005</b>	331	337	102	-22,8	-6,9
<b>TOTAL: 1998-2005</b>	<b>3.016</b>	<b>2.487</b>	<b>680</b>	<b>85</b>	<b>80</b>
<b>MEDIA: 1998-2005</b>	<b>377</b>	<b>311</b>	<b>82</b>	<b>12,1</b>	<b>11,4</b>
<b>2006</b>	657	497	76		
<b>2007</b>	679	503	74	3,3	1,2
<b>2008</b>	958	606	63	41,1	20,5
<b>2009</b>	897	637	71	-6,4	5,1
<b>2010</b>	586	501	85	-34,7	-21,4
<b>2011</b>	870	563	65	48,5	12,4
<b>2012</b>	1.282	642	50	47,4	14,0
<b>2013</b>	1.649	1.038	63	28,6	61,7
<b>2014</b>	1.796	1.081	60	8,9	4,1
<b>2015</b>	2.584	1.605	62	43,9	48,5
<b>2016</b>	2.860	1.522	53	10,7	-5,2
<b>TOTAL: 2006-2016</b>	<b>14.818</b>	<b>9.195</b>	<b>720</b>	<b>191,3</b>	<b>141,0</b>
<b>MEDIA: 2006-2016</b>	<b>1.347</b>	<b>836</b>	<b>62</b>	<b>19,1</b>	<b>14,1</b>

FUENTE: Elaboración propia con información de VIPFE

**ANEXO N° 2: Ejecución de Proyectos de Inversión Pública por Tipo de Proyecto del  
Sector de Salud del Departamento de Chuquisaca periodo: 1998-2016.  
(En millones de Bs.)**

<b>Año</b>	<b>Infraestructura</b>	<b>Multiprogramas y Otros de Salud</b>	<b>Programas Integrales y Planificación</b>	<b>Atención de Salud y Epidemiología</b>	<b>Salud, Seguridad Social y Alimentaria</b>	<b>Total</b>
<b>1998</b>	52	2	40	34	64	192
<b>1999</b>	75	14	43	41	63	236
<b>2000</b>	163	40	83	33	56	375
<b>2001</b>	88	66	80	3	88	325
<b>2002</b>	126	99	60	15	74	374
<b>2003</b>	33	135	45	17	56	286
<b>2004</b>	88	102	74	34	62	362
<b>2005</b>	68	33	50	105	79	337
<b>TOTAL: 1998-2005</b>	<b>693</b>	<b>491</b>	<b>475</b>	<b>282</b>	<b>542</b>	<b>2.487</b>
<b>MEDIA: 1998-2005</b>	<b>87</b>	<b>61</b>	<b>59</b>	<b>35</b>	<b>68</b>	<b>311</b>
<b>2006</b>	110	101	86	77	123	497
<b>2007</b>	153	141	55	24	130	503
<b>2008</b>	164	134	41	12	253	606
<b>2009</b>	177	162	58	65	175	637
<b>2010</b>	238	53	43	167	1	501
<b>2011</b>	288	71	21	180	3	563
<b>2012</b>	352	68	24	188	10	642
<b>2013</b>	627	103	93	210	6	1.038
<b>2014</b>	651	84	138	189	19	1.081
<b>2015</b>	766	728	80	29	4	1.605
<b>2016</b>	1.175	299	21	23	4	1.522
<b>TOTAL: 2006-2016</b>	<b>4.701</b>	<b>1.943</b>	<b>660</b>	<b>1.163</b>	<b>727</b>	<b>9.195</b>
<b>MEDIA: 2006-2016</b>	<b>427</b>	<b>177</b>	<b>60</b>	<b>106</b>	<b>66</b>	<b>836</b>

FUENTE: Elaboración propia con información del VIPFE

**ANEXO N° 3: Ejecución de proyectos de Inversión Pública del Sector Salud del  
Departamento de Chuquisaca por Origen de Financiamiento periodo: 1998-2016**

**(En Millones de Bs. y Porcentajes)**

Año	Millones de bolivianos			% Var. Anual	Porcentaje		
	Interno	Externo	Total		Interno	Externo	Total
1998	103	89	192		54	46	100
1999	156	79	235	22,4	66	34	100
2000	234	141	375	59,6	62	38	100
2001	136	189	325	-13,3	42	58	100
2002	179	195	374	15,1	48	52	100
2003	124	162	286	-23,5	43	57	100
2004	157	205	362	26,6	43	57	100
2005	144	193	337	-6,9	43	57	100
<b>TOTAL: 1998_2005</b>	<b>1.233</b>	<b>1.253</b>	<b>2.486</b>	<b>79,9</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
<b>MEDIA: 1998-2005</b>	<b>154</b>	<b>157</b>	<b>311</b>	<b>11,4</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
2006	259	237	496		52	48	100
2007	313	190	503	1,4	62	38	100
2008	431	175	606	20,5	71	29	100
2009	419	218	637	5,1	66	34	100
2010	431	70	501	-21,4	86	14	100
2011	415	148	563	12,4	74	26	100
2012	516	126	642	14,0	80	20	100
2013	838	200	1.038	61,7	81	19	100
2014	936	145	1.081	4,1	87	13	100
2015	1.447	158	1.605	48,5	90	10	100
2016	1.376	146	1.522	-5,2	90	10	100
<b>TOTAL: 2006-2016</b>	<b>7.381</b>	<b>1.813</b>	<b>9.194</b>	<b>141,2</b>	<b>80</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
<b>MEDIA: 2006-2016</b>	<b>671</b>	<b>165</b>	<b>836</b>	<b>14,1</b>	<b>80</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

FUENTE: Elaboración propia con información de VIPFE



**ANEXO N° 4: Evolución de la Esperanza de vida al nacer del Departamento de Chuquisaca periodo: 1998-2016**

**(En Años)**

<b>AÑOS</b>	<b>ESPERANZA DE VIDA AL NACER</b>	<b>VARIACIÓN %</b>
1998	60	
1999	61	0,70
2000	61	0,71
2001	62	0,69
2002	62	0,69
2003	62	0,69
2004	63	0,68
2005	64	1,42
<b>TOTAL 1998 - 2005</b>	<b>495</b>	<b>5,57</b>
<b>MEDIA 1998 - 2005</b>	<b>62</b>	<b>0,80</b>
2006	64	
2007	64	0,55
2008	65	0,53
2009	65	0,54
2010	65	0,52
2011	66	0,53
2012	69	5,41
2013	70	0,97
2014	71	0,90
2015	71	0,85
2016	72	0,83
<b>TOTAL 2006 - 2016</b>	<b>743</b>	<b>11,62</b>
<b>MEDIA 2006 - 2016</b>	<b>68</b>	<b>1,16</b>

FUENTE: Elaboración propia con información del INE

**ANEXO N° 5: Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil del Departamento de Chuquisaca periodo: 1998-2016**

(Por Mil)

<b>AÑOS</b>	<b>TASA DE MORTALIDAD INFANTIL</b>	<b>VARIACIÓN %</b>
1998	71	
1999	69	-2,4
2000	68	-2,4
2001	66	-2,5
2002	64	-2,5
2003	63	-2,6
2004	61	-2,7
2005	54	-12,3
<b>TOTAL 1998 - 2005</b>	<b>516</b>	<b>-27,4</b>
<b>MEDIA 1998 - 2005</b>	<b>64</b>	<b>-3,9</b>
2006	51	
2007	49	-4,0
2008	47	-4,1
2009	46	-3,5
2010	44	-3,7
2011	42	-3,6
2012	41	-3,6
2013	39	-3,4
2014	38	-3,2
2015	37	-3,2
2016	35	-4,9
<b>TOTAL 2006 - 2016</b>	<b>470</b>	<b>-37,3</b>
<b>MEDIA 2006 - 2016</b>	<b>43</b>	<b>-3,7</b>

FUENTE: Elaboración propia con información del INE

## ANEXO N° 6: Resumen de Indicadores Medios Anuales de la Tesis de Grado

CONCEPTO	1998 - 2005	(%)	2006 - 2016	(%)
<b>1. INVERSION PUBLICA PROGRAMADA Y EJECUTADA</b>				
Promedio anual programada (En millones de Bs.)	377		1.347	
Promedio anual ejecutada (En millones de Bs.)	311		836	
Promedio anual ejecutada (En %)	82		62	
Tasa media anual de crecimiento de la Inv. Progr. (En %)	12.1		19.1	
Tasa media anual de crecimiento de la Inv. Ejec. (En %)	11.4		14.1	
<b>2. EJECUCION INV. PUBLICA POR TIPO DE PROYECTO</b>				
Infraestructura (En millones de Bs)	87	28	427	51
Multiprogramas y otros de salud (En millones de Bs.)	61	20	177	21
Programas integrales y planificación (En millones de Bs.)	59	19	60	7
Atención de salud y epidemiología (En millones de Bs.)	35	11	106	13
Salud, seguridad social y alimentaria (En millones de Bs)	68	22	66	8
<b>TOTAL (En millones de Bs.)</b>	<b>311</b>	<b>100</b>	<b>836</b>	<b>100</b>
<b>3. FINANCIAMIENTO INTERNO Y EXTERNO DE EJEC.</b>				
Interno (Millones de Bs.)	154		671	
Externo (Millones de Bs.)	157		165	
Interno (En %)	50		80	
Externo (En %)	50		20	
<b>4. ESPERANZA DE VIDA AL NACER</b>				
Media (En años)	62		68	
Tasa media anual de crecimiento (En %)	0,8		1,2	
<b>5. MORTALIDAD INFANTIL</b>				
Tasa anual de mortalidad infantil (Por mil nacidos)	64		43	
Tasa media anual de variación (En %)	-3,9		-3,7	

FUENTE.- Elaboración propia con información de cuadros del Anexo.