

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



TESIS DE GRADO

MENCIÓN: GESTIÓN DE PROYECTOS Y PRESUPUESTO

**“LA FASE DE EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL
PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR
SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017”**

POSTULANTE: QUISPE MAMANI, Rebeca Paula

TUTOR: M. Sc. TICONA GARCÍA, Roberto

RELATOR: Lic. ZAMORA LOZANO, German Rodrigo

LA PAZ – BOLIVIA

2019

DEDICATORIA

A Dios, por guiar mi camino, llenarme de bendiciones y poder cumplir mis metas.

A mi amada madre Natalia, por darme la vida y ser un ejemplo de fortaleza; por ser el pilar fundamental en mi vida brindándome todo su amor, apoyo, paciencia, comprensión e inculcarme principios y valores.

A mi hermanito David, por estar siempre a mi lado con todo su cariño.

A Miguel Angel por todo su apoyo incondicional, comprensión y paciencia en el proceso de mi investigación.

A mis madrinas y padrinos de la Familia Murillo por todo su cariño, apoyo, recomendaciones y brindarme consejos en todo momento.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por darme fuerzas y permitirme concluir con éxito mi carrera universitaria.

A mi madre y familiares por estar siempre a mi lado, apoyándome en cada momento de mi vida.

A mi tutor M. Sc. Roberto Ticona García quien con su apoyo incondicional, paciencia comprensión y dedicación fue guía en cada una de las fases de investigación de forma desinteresada.

A mi relator Lic. German Rodrigo Zamora Lozano por su tiempo, colaboración y valiosas sugerencias para enriquecer la investigación.

PRESENTACIÓN

La presente investigación corresponde al nuevo plan de estudios 2012 en la Mención Gestión de Proyectos y Presupuesto, se inicia la elaboración en los talleres del I Investigaciones Económicas; en una primera fase se recopila información documental, teórica y estadística, en la segunda fase se realiza el Perfil de Investigación para concluir en una tercera fase con la redacción de la Tesis y sus capítulos respectivos I, II, III y IV.

De esta manera la Carrera de Economía promueve la nueva modalidad de graduación mediante el desarrollo y transcurso de la investigación científica como aporte de la carrera y Universidad en el contexto nacional y económico, así mismo se destaca el apoyo del Instituto de Investigaciones Económicas (IIE) mediante los Talleres de Investigación para el seguimiento, realizando las pre - defensas, perfeccionamiento y conducción de los proyectos de investigación bajo la modalidad de tesis.

La delimitación de la investigación se centra en dos modelos económicos. El primer periodo denominado Modelo de Economía de Mercado comprendido entre los años 1998 – 2005, se caracteriza por considerar al mercado como el mejor y más eficiente administrador de los recursos en la economía. El segundo periodo denominado Modelo de Economía Plural comprendido entre los años 2006 – 2017, se caracteriza por presentar mayor intervención del Estado a través de políticas públicas y equidad en la distribución de los recursos, se realiza un análisis de ambos periodos sobre la contribución de la Fase de Ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del Departamento de Santa Cruz, mediante la utilización de información documental (boletines, artículos, revistas, etc.); el estudio de aspectos teóricos como la teoría del Sector Público dirigida al Presupuesto de Inversión Pública, teoría relacionada a proyectos y capital humano; y la evidencia empírica se obtiene a partir de los datos estadísticos que muestran el comportamiento de las categorías económicas que son explicadas por las variables económicas y que permiten explicar el problema de investigación, objetivos e hipótesis.

RESUMEN

La presente investigación propone el tema: **“LA FASE DE EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 ”** el cual presenta el siguiente planteamiento del problema: “La baja ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del Departamento de Santa Cruz”.

El tema de investigación presenta como objetivo general: demostrar la contribución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del Departamento de Santa Cruz, la hipótesis se centra en verificar: La ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública no contribuyen a mejorar el Sector Salud.

El estudio de investigación está organizado en cuatro capítulos:

CAPITULO I: Constituye la "Referencia Metodológica del tema de Investigación" que precisa la delimitación del tema, el objeto de investigación, las categorías y variables económicas, se identifica el problema, objetivos e hipótesis, así como la aplicación metodológica empleada, además de aspectos conceptuales y fundamentos teóricos que sustenten el tema de investigación.

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

CAPÍTULO III: Desarrolla los "Factores Determinantes y Condicionantes del Tema de Investigación", se describe, explica y se realiza una comparación entre dos periodos de estudio, Modelo de Economía de Mercado y Modelo Económico Social, Comunitario y Productivo, denominado Economía Plural, a partir de las variables económicas que

responderán al problema de investigación planteado y que a su vez contribuirá en la verificación de la hipótesis planteada.

CAPÍTULO IV: Sostiene las “Conclusiones y Recomendaciones del Tema de Investigación”, además presenta el aporte de la investigación en la mención Gestión de Proyectos y Presupuesto, que verifica la hipótesis, la evidencia teórica y las recomendaciones.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

RESUMEN

CAPÍTULO I.....1

REFERENCIA METODOLÓGICA DE INVESTIGACIÓN1

1.1. DELIMITACIÓN DEL TEMA 1

1.1.1. Delimitación Temporal1

1.1.1.1. Primer Periodo: 1998 – 2005 (Modelo de Economía de Mercado)1

1.1.1.2. Segundo Periodo: 2006 – 2017 (Modelo de Economía Plural).....2

1.1.2. Referencia Histórica.....2

1.1.3. Delimitación General3

1.1.4. Restricción de Categorías y Variables Económicas5

1.2. PLANTEAMIENTO DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN..... 5

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 6

1.3.1. Problematización6

1.3.1.1. Categorías Económicas6

1.3.1.2. Variables Económicas7

1.3.2. Identificación del Problema.....8

1.3.3. Justificación del Tema de Investigación8

1.4. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS 10

1.4.1. Objetivo General10

1.4.2. Objetivos Específicos.....10

1.5. PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS..... 11

1.6. APLICACIÓN METODOLÓGICA..... 11

1.6.1. Método de la Investigación11

1.6.2. Tipo de Investigación11

1.6.3. Fuentes de Información12

1.6.4. Instrumentos de Investigación13

1.6.5. Procesamiento de Información.....	13
1.6.6. Análisis de Resultados.....	13
1.7. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE INVESTIGACIÓN	13
1.7.1. ASPECTOS CONCEPTUALES Y DEFINICIONES.....	13
1.7.2. TEÓRIAS DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN	19
CAPÍTULO II	26
2. ASPECTOS DE POLÍTICAS, NORMAS E INSTITUCIONAL.....	26
2.1. ASPECTOS DE POLÍTICAS.....	26
2.1.1. Primer Periodo 1998 – 2005 (Modelo de Economía de Mercado).....	26
2.1.2. Segundo Periodo 2006 – 2017 (Modelo de Economía Plural).....	31
2.2. REFERENCIA NORMATIVA.....	36
2.2.1. Primer Periodo 1998 – 2005 (Modelo de Economía de Mercado).....	36
2.2.2. Segundo Periodo 2006 – 2017 (Modelo de Economía Plural).....	40
2.3. REFERENCIA INSTITUCIONAL	44
2.3.1. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP)	44
2.3.2. Ministerio de Planificación del Desarrollo	47
2.3.3. Ministerio de Salud	49
2.3.4. Gobierno Departamental de Santa Cruz.....	50
CAPÍTULO III.....	51
3. FACTORES DETERMINANTES Y CONDICIONANTES DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	51
3.1. ASPECTOS GENERALES	51
3.1.1. Características Generales del Departamento de Santa Cruz.....	51
3.1.2. El Presupuesto de Inversión Pública por Sectores	53
3.2. PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ	54
3.2.1. COMPARACIÓN DE PERIODOS	59

3.3. DISTRIBUCIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ.....	60
3.3.1. COMPARACIÓN DE PERIODOS	67
3.4. EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE INVERSIÓN DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ	69
3.4.1. COMPARACIÓN DE PERIODOS	73
3.5. PORCENTAJE DE NACIDOS CON BAJO PESO DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ	74
3.5.1. COMPARACIÓN DE PERIODOS	78
3.6. NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS POR NIVEL DE ATENCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ.....	79
3.6.1. COMPARACIÓN DE PERIODOS	83
CAPÍTULO IV	85
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	85
4.1. CONCLUSIONES	85
4.1.1. Conclusión General	85
4.1.2. Conclusiones Específicas.....	85
4.2. APORTE DE LA INVESTIGACIÓN EN LA MENCIÓN	88
4.3. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS.....	89
4.4. EVIDENCIA TEÓRICA	90
4.5. RECOMENDACIONES	91
4.5.1. Recomendaciones Específicas.....	91

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1: PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Millones de Bs. y Porcentajes).....	56
GRÁFICO N° 2: COMPARACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Millones de Bs. y Porcentajes)	59
GRÁFICO N° 3: DISTRIBUCIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Millones de Bs.).....	64
GRÁFICO N° 4: COMPARACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Porcentajes).....	67
GRÁFICO N° 5: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE INVERSIÓN DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Millones de Bs. y Porcentajes).....	71
GRÁFICO N° 6: COMPARACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE INVERSIÓN DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Millones de Bs.).....	73
GRÁFICO N° 7: NACIDOS CON BAJO PESO DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Porcentajes).....	76
GRÁFICO N° 8: COMPARACIÓN DE NACIDOS CON BAJO PESO DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Porcentajes).....	78

GRÁFICO N° 9: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Número de Establecimientos)81

GRÁFICO N° 10: COMPARACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Número de Establecimientos y Porcentajes)83

GRÁFICO N° 11: RELACIÓN DE LA EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA CON EL SECTOR SALUD; 1998 – 2017 (Número de Establecimientos, Millones de Bs. y Porcentajes)89

ÍNDICE DE ESQUEMAS

ESQUEMA N° 1: PILARES DEL PLAN GENERAL DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL – PILAR EQUIDAD (1997 – 2002).....26

ESQUEMA N° 2: PILARES DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO “BOLIVIA DIGNA, SOBERANA, PRODUCTIVA Y DEMOCRÁTICA PARA VIVIR BIEN” – PILAR BOLIVIA DIGNA (2006 – 2011)31

ESQUEMA N° 3: ESTRUCTURA DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA SEGÚN EL CLASIFICADOR DE SECTORES ECONÓMICOS.....53

ESQUEMA N° 4: CLASIFICADOR PRESUPUESTARIO DE SECTORES ECONÓMICOS, SECTOR SALUD.....61

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO N° 1: PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Millones de Bs. y Porcentajes).....	i
ANEXO N° 2: ACUMULADO DE LA PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Millones de Bs.).....	ii
ANEXO N° 3: PROMEDIO DE LA PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Millones de Bs.).....	ii
ANEXO N° 4: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Millones de Bs.).....	iii
ANEXO N° 5: ACUMULADO Y PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Millones de Bs. y Porcentajes).....	iv
ANEXO N° 6: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE INVERSIÓN DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Millones de Bs. y Porcentajes).....	v
ANEXO N° 7: ACUMULADO Y PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE INVERSIÓN DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Millones de Bs. y Porcentajes).....	vi

ANEXO N° 8: NÚMERO Y PROMEDIO DEL PORCENTAJE DE NACIDOS CON BAJO PESO DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Número de Nacidos y Porcentaje)	vii
ANEXO N° 9: NÚMERO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017	viii
ANEXO N° 10: PROMEDIO DEL NÚMERO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 ..	ix
ANEXO N° 11: PROMEDIO DE PARTICIPACIÓN DEL NÚMERO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017.....	ix
ANEXO N° 12: PROYECTOS CON MAYORES MONTOS DE EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO DEL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Millones de Bs.).....	x
ANEXO N° 13: PLANILLA DE CONSISTENCIA METODOLÓGICA.....	xx
ANEXO N° 14: PLANILLA DE CONSISTENCIA TEÓRICA.....	xxii

CAPÍTULO I

REFERENCIA METODOLÓGICA DE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO I

REFERENCIA METODOLÓGICA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DELIMITACIÓN DEL TEMA

1.1.1. Delimitación Temporal

El periodo de análisis de la investigación comprende 20 años de estudio, a partir de los años 1998 hasta 2017, se divide en dos periodos que hacen posible el análisis del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud.

1.1.1.1. Primer Periodo: 1998 – 2005 (Modelo de Economía de Mercado)

El primer periodo se caracteriza por la aplicación del Modelo de Economía de Mercado, inicia en agosto de 1985 y termina en diciembre de 2005, el neoliberalismo considera que el mercado es el mejor y más eficiente administrador de los recursos en la economía, sin embargo, esta premisa no fue suficiente ni logra un efectivo impulso de la economía. Se privatizan las empresas estatales, disminuye la participación del Estado en la economía pero no se efectúa una adecuada asignación de recursos en Bolivia, existe grandes diferencias entre ricos y pobres. En este sentido, el mercado muestra serias debilidades como actor protagónico de la economía.¹

Las transnacionales y el sector privado se apropian del excedente para sus beneficios, haciendo mínimas transferencias al Estado para que enfrente las tareas sociales como educación y salud. Por tanto la distribución del ingreso no era equitativa y empezó a generar problemas sociales y económicos.

En 1998 se inicia el programa Seguro Básico de Salud con el objetivo de mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud; en la gestión 2002 se pone en vigencia la Ley N° 2426 del Seguro Universal Materno Infantil (S.U.M.I.) con carácter integral y gratuito para

¹ MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS (2011) *El Nuevo Modelo Económico, Social, Comunitario y Productivo*. Pág. 3 – 8.

otorgar servicios de salud en todos los niveles de atención en el Sistema Nacional de Salud.

1.1.1.2. Segundo Periodo: 2006 – 2017 (Modelo de Economía Plural)

El segundo periodo se caracteriza por la aplicación del Modelo de Economía Plural, que es también llamado Nuevo Modelo Económico, Social, Comunitario y Productivo; busca la inclusión social, la generación de oportunidades para la sociedad y la redistribución equitativa de los recursos, con la finalidad de mejorar el sector social, principalmente educación y salud.

El nuevo modelo define al Estado como el actor fundamental de la economía y el que corrige las fallas del mercado.²

El Sector Salud se desenvuelve principalmente en la estrategia socio – comunitaria donde se prioriza la promoción y acceso en salud. El Sector Salud presenta cambios en redes de Salud (infraestructura, equipamiento, insumos, medicamentos y capacitación del personal de las redes de servicios de salud).

1.1.2. Referencia Histórica

La investigación considera aspectos históricos desde años anteriores para aclarar aspectos relacionados al tema que no están en el periodo de investigación; es decir, el suceso de reformas estructurales, sociales y económicas.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) se inicia con la creación del Ministerio de Salud y Deportes (MSD) en 1938, con una atención centralista y hospitalaria.³

En 1953 se implementaría el sistema solidario de seguridad social que se limitó a los trabajadores dependientes e independientes que cotizan en este sistema, excluyendo al resto de la población que no podía cotizar y generando fuertes niveles de desigualdad. Esta situación obligó a reformar el Sistema Nacional de Salud (SNS) en la década de los 70's, a enfatizar los gastos sectoriales y a forzar la reevaluación de prioridades como

² MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS (2011) *El Nuevo Modelo Económico, Social, Comunitario y Productivo*. Pág. 3 – 8.

³ MORALES MEDINA, S. *El Sistema de Salud Boliviano*. Pág. 1 – 2.

consecuencia de la crisis económica, buscando la eficiencia y la efectividad en la intervención del Estado, y la reducción del complejo médico industrial; así el Sistema Nacional de Salud (SNS) adopta un nuevo modelo de atención a través de médicos familiares en los hospitales.⁴

En 1984, inicia una regionalización de la salud y se crean los distritos y áreas de salud en el subsistema público, centrándose en la Atención Primaria de Salud (APS), gracias a los ajustes económicos impuestos por la crisis de los 80's y al aumento de las desigualdades.⁵

El actual Sistema Presupuestario de Bolivia se inició en marzo de 1989. De acuerdo a la planificación estratégica de la reforma se establece una nueva forma de organización del Ministerio de Hacienda separando las funciones de la siguiente forma: el área del Presupuesto se encarga de la formulación y las modificaciones presupuestarias; el área de Tesorería, Crédito Público se responsabiliza por la ejecución, seguimiento presupuestario, control, evaluación del endeudamiento público; finalmente al área de Contaduría se asigna el registro de las transacciones presupuestarias, financieras, económicas y patrimoniales del Sector Público.⁶

1.1.3. Delimitación General

1.1.3.1. Espacial

El espacio geográfico que considera la presente investigación es el Departamento de Santa Cruz, se ubica al este del país, limita al norte con el Departamento del Beni, al oeste con los Departamentos de Cochabamba y Chuquisaca, al este con la República del Brasil y al sur con la República del Paraguay; cuenta con una superficie de **370 621 km²** es el Departamento más extenso y con una población de **2.657.762** habitantes en 2012, el más

⁴ MORALES MEDINA, S. *El Sistema de Salud Boliviano*. Pág. 1 – 2.

⁵ IBÍD 4; Pág. 1 – 2.

⁶ MOLINA, G. (2007). *El Sistema Presupuestario Boliviano 1960 – 2003 y Propuesta de Presupuesto Plurianual*. Pág. 10.

poblado de Bolivia. El Departamento de Santa Cruz está constituido por 15 provincias y 56 municipios.⁷

1.1.3.2. Sectorial

El presente estudio de investigación se delimita en el Sector Fiscal, por la función del Estado cuyo papel es asignar, distribuir y administrar los recursos. El Gobierno influye en la economía, controla los gastos y los ingresos en los diferentes sectores.

El Sector Fiscal refiere al efecto global de resultados del presupuesto, además constituye la vía más importante para mantener el bienestar de la población.

El Sector Salud establece el conjunto de valores, normas, instituciones, establecimientos, programas, actores y actividades cuyos objetivos principales son la identificación y control de factores de riesgo para la salud; promoción de la salud de individuos o grupos de población; prevención, control y atención a las enfermedades; atender a los enfermos e investigar y capacitar en salud.⁸

1.1.3.3. Institucional

La investigación tiene como delimitación institucional:

- Ministerio de Economía y Finanzas Públicas,
- Ministerio de Planificación del Desarrollo,
- Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo,
- Gobierno Departamental de Santa Cruz,
- Ministerio de Salud.

1.1.3.4. Mención

La presente investigación tiene importancia en la Mención Gestión de Proyectos y Presupuesto; se analiza elementos económicos de planificación de la sociedad como ser el Presupuesto de Inversión Pública, también manifiesta la importancia y necesidad de la intervención del Estado, mediante la provisión de bienes/servicios públicos o sociales,

⁷ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2015) *Censo de Población y Vivienda 2012 Santa Cruz*. Pág. 6.

⁸ GÜEMES, A. (2004). *Análisis del Sector Salud*. Pág. 1.

como es la salud y el diseño de políticas públicas, para mejorar la calidad de vida y satisfacer las necesidades de la población, a través de la eficiente ejecución de proyectos que se orientan a crear, mejorar y ampliar el capital físico y humano.

1.1.4. Restricción de Categorías y Variables Económicas

1.1.4.1. Categorías Económicas

*C. E.*₁ Presupuesto de Inversión Pública.

*C. E.*₂ Sector Salud.

1.1.4.2. Variables Económicas

*V. E.*_{1.1} Programación y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud.

*V. E.*_{1.2} Distribución de la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Tipo de Proyecto del Sector Salud.

*V. E.*_{1.3} Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Tipo de Inversión del Sector Salud.

*V. E.*_{2.1} Porcentaje de Nacidos con Bajo Peso.

*V. E.*_{2.2} Número de Establecimientos de Salud por Nivel de Atención.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio de investigación tiene como objeto:

“LA CONTRIBUCIÓN DE LA FASE DE EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017”.

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.3.1. Problematización

1.3.1.1. Categorías Económicas

1.3.1.1.1. Presupuesto de Inversión Pública

El Presupuesto de Inversión Pública se divide por sectores: Productivo, Social, Infraestructura y Multisectorial. Los distintos modelos económicos proporcionados por el Gobierno, establecen las prioridades de inversión en el sector social.

Los proyectos de Inversión Pública responden a las necesidades de la población, en el caso del Sector Salud en mejorar la calidad de servicios en Salud.

La categoría Presupuesto de Inversión Pública es explicada a través de cuatro variables económicas del Sector Salud en el Departamento de Santa Cruz.

1.3.1.1.2. Sector Salud

La Salud es un derecho de todo ser humano, además de ser un pilar fundamental, debido a que sin salud no se puede trabajar, ni educarse.

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.⁹

La Inversión Pública en el Sector Salud es un componente que determina el objetivo de generar mejores condiciones para la población, mediante una mayor participación de los niveles de gobierno en articulación y coordinación con el nivel departamental de Santa Cruz para la satisfacción de necesidades.

La categoría Sector Salud es explicada a través de dos variables económicas sociales del Departamento de Santa Cruz.

⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1998) *Promoción de la Salud Glosario*. Pág. 12.

1.3.1.2. Variables Económicas

1.3.1.2.1. Programación y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud

La Ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública contribuye a la satisfacción de necesidades que presenta la población, es decir se ejecuta la programación del Presupuesto de Inversión Pública en proyectos de primera necesidad.

El comportamiento de la Programación de Inversión Pública en el Departamento de Santa Cruz supera a la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública que consecuentemente refleja una mala gestión.

1.3.1.2.2. Distribución de la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Tipo de Proyecto del Sector Salud.

En el Departamento de Santa Cruz, las inversiones destinadas al Sector Salud considera los siguientes tipos de proyecto: Infraestructura, Planificación y Prevención de Salud, Seguridad Social, Multiprograma y Otros; para responder las necesidades de la población más vulnerables.

La ejecución de los proyectos en infraestructura de salud, presentan una tendencia creciente en el segundo periodo con respecto a los demás tipos de proyectos.

1.3.1.2.3. Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Tipo de Inversión del Sector Salud

El Presupuesto de Inversión Pública por tipo de inversión hace referencia a los recursos destinados a proyectos capitalizables y no capitalizables del Sector Salud, permite identificar la prioridad en la asignación de los recursos dirigidas a infraestructura y equipamiento, o proyectos como planificación y educación para la salud, epidemiólogos y programas de salud.

La ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en proyectos capitalizables y no capitalizables del Departamento de Santa Cruz, en ambos periodos de estudio se muestra una tendencia cíclica. Las inversiones capitalizables son mayores que las inversiones no capitalizables.

1.3.1.2.4. Porcentaje de Nacidos con Bajo Peso

El porcentaje de Nacidos con Bajo Peso es fundamental para el análisis del Sector Salud por ser un indicador de mortalidad infantil. La desnutrición es un estado reversible ocasionado por la deficiente utilización de nutrientes, un problema imperioso en la población infantil del Departamento de Santa Cruz, catalogado como una prioridad para los sistemas de salud.

Durante el primer y segundo periodo de investigación se presenta un comportamiento cíclico con respecto al porcentaje de nacidos con bajo peso, refleja una escasa prioridad por mejorar la salud.

1.3.1.2.5. Número de Establecimientos de Salud por Nivel de Atención

Los Establecimientos de Salud son esenciales para atender las necesidades de la población cruceña. Los recursos del Sector Salud tienen como obligación proporcionar y mantener adecuadamente la infraestructura y equipamiento de los establecimientos. Una gran parte de la población del área rural y de los barrios periféricos no tiene acceso a los servicios de salud, es decir se limita cobertura de atención.

En el Departamento de Santa Cruz, los establecimientos de Salud de Primer Nivel son mayores que los establecimientos de Segundo y Tercer Nivel de atención.

1.3.2. Identificación del Problema

El problema de la investigación es el siguiente:

“LA BAJA EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ”.

1.3.3. Justificación del Tema de Investigación

1.3.3.1. Económica

La investigación se justifica en el ámbito económico a través del estudio del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del Departamento de Santa Cruz, dirigido a programas y proyectos para mejorar la calidad de vida de los habitantes. La Salud es pilar

fundamental para el desarrollo económico, si la sociedad carece de una buena salud incide en los rendimientos laborales, genera ineficiencia en la producción y pérdidas económicas. Las distintas necesidades insatisfechas de la población, precisan de una mejora en la calidad e impacto de la inversión pública en el Sector Salud.

1.3.3.2. Social

La presente investigación en el aspecto social, está enfocado a su efecto sobre la calidad de vida de la sociedad, el Sector Salud es un pilar fundamental como un componente del capital humano.

La Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública es fundamental, mediante el cual se asigna y distribuye recursos para lograr maximizar el bienestar social; permite se resuelvan las necesidades insatisfechas para mejorar la calidad de vida.

1.3.3.3. Institucional

El Estado por medio del Ministerio de Salud garantiza el acceso a la salud y distribución de los recursos, también se encarga de garantizar los deberes con respecto al sector a través de políticas para su inclusión y acceso.

Mientras que el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas simultáneamente con el Ministerio de Planificación del Desarrollo se encargan de los mecanismos e instrumentos respecto de la Inversión Pública que se realiza en beneficio de la sociedad y para contribuir a la satisfacción de las necesidades. En este sentido es necesario verificar los resultados que generen estas entidades y si estas son evidentemente de impacto en la sociedad.

1.3.3.4. Teórica

El tema de investigación comprende la intervención del Estado en el Presupuesto de Inversión Pública como un factor fundamental en mejorar el Sector Salud; la aplicación del enfoque teórico en la investigación se relaciona con la situación coyuntural respecto a la asignación, distribución de recursos; orientado a mejorar, proteger y cuidar la salud como un bien de inversión de los subsectores, mediante la intervención del Sector Público se genera la provisión de bienes y servicios necesarios para la ejecución de proyectos. El

Estado a través de sus acciones y funciones tiene como responsabilidad garantizar la salud a la población.

De esta manera se tiene énfasis en los Proyectos de Inversión donde se aplica la teoría del Sector Público, la teoría del Ciclo de Vida del Proyecto y la teoría de la Salud, permitiendo invertir recursos públicos para promover el mejoramiento de Salud en el Departamento de Santa Cruz.

1.3.3.5. Mención

La investigación se justifica en la Mención Gestión de Proyectos y Presupuestos, debido a que se vincula con el Presupuesto de Inversión Pública por medio de la asignación y distribución de los recursos para la ejecución de proyectos de inversión pública en función del Ciclo de Vida del Proyecto, que tiene la finalidad de resolver los problemas del Sector Salud para satisfacer las necesidades de la población.

1.4. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

- Demostrar la contribución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del Departamento de Santa Cruz.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Comparar la Programación y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud.
- Diferenciar la distribución de la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Tipo de Proyecto del Sector Salud.
- Verificar la importancia de la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Tipo de Inversión del Sector Salud.
- Determinar el comportamiento del Porcentaje de Nacidos con Bajo Peso.
- Cuantificar el número de Establecimientos de Salud por Nivel de Atención.

1.5. PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS

“LA EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA NO CONTRIBUYEN A MEJORAR EL SECTOR SALUD”.

1.6. APLICACIÓN METODOLÓGICA

1.6.1. Método de la Investigación¹⁰

La metodología a utilizar en la presente investigación, se basa en el Método Deductivo; método que parte de aspectos generales, para llegar a una concepción particular o específico.

La presente investigación contempla como aspecto general el estudio de categorías económicas y concluye en variables económicas a nivel específico.

1.6.2. Tipo de Investigación

El tipo de investigación que se desarrolla para el análisis de categorías y variables económicas es: Cuantitativo, Longitudinal, Explicativo y Descriptivo.¹¹

Cuantitativo, porque se centra en la recolección de datos, posteriormente la construcción de estadísticas y cifras, para explicar las variables y demostrar la hipótesis, con base en la medición numérica y análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.¹²

Es longitudinal porque se recaban datos en diferentes puntos del tiempo para realizar inferencias,¹³ la investigación hace un análisis y una recolección de datos a través del tiempo, comprendiendo los años de 1998 – 2017.

Explicativo y descriptivo, porque selecciona variables medibles y se recolecta información sobre cada una de ellas, por lo tanto se realiza el manejo de datos estadísticos

¹⁰ HERNÁNDEZ SAMPIERI, R., FERNÁNDEZ CALLAO, C. y BAPTISTA LUCIO, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. 5ta Edición. Mc Graw Hill / Interamericana Editores, S.A. Pág. 3 – 4.

¹¹ IBÍD 10 – Pág. 5.

¹² IBÍD 10 – Pág. 5.

¹³ IBÍD 10 – Pág. 5.

y posteriormente la descripción de lo observado en las categorías y variables, de igual manera se explica los hechos y el porqué del comportamiento de las mismas.

1.6.3. Fuentes de Información

La presente investigación utiliza fuentes de información secundarias, cuenta con información documental, teórica y estadística, es recopilada de instituciones públicas.

1.6.3.1. Documental

Fueron extractadas de revistas especializadas en economía, informes y boletines relacionados a la Inversión Pública del Sector Salud, las instituciones son las siguientes:

- Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP)
- Unidad de Análisis de Políticas Económicas (UDAPE)
- Fundación Jubileo
- Fundación Milenio
- Instituto Nacional de Estadística (INE)
- Revista el Economista

1.6.3.2. Estadística

Se dispone de información estadística de instituciones, específicamente del:

- Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP)
- Ministerio de Salud.
- Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE).
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE)

1.6.3.3. Teórica

Surge de la revisión de teorías relacionadas al tema de investigación conjuntamente con las categorías y variables identificadas respecto del objeto de investigación. De este modo se plantea la:

- Teoría del Sector Público
- Teoría del Ciclo de Vida del Proyecto
- Teoría de la Economía de la Salud

1.6.4. Instrumentos de Investigación

Los instrumentos de investigación que se utilizan en el presente estudio son: la Estadística Descriptiva que abarca los promedios, porcentajes, máximos y mínimos para poder hacer el análisis de los resultados e indicadores del Sector Salud.

1.6.5. Procesamiento de Información.

El procesamiento de información de la presente investigación es mediante la tabulación de los datos, promedios, porcentajes, acumulados, máximos, mínimos, cuadros y elaboración de gráficos (diagramas y circulares), para explicar el comportamiento de las variables que explican las categorías de la investigación.

1.6.6. Análisis de Resultados.

En función de los resultados obtenidos con los instrumentos establecidos en anteriores puntos de la presente investigación, se realiza el análisis de resultados mediante:

- La Descripción de Variables;
- La Explicación de Variables, en cuanto a los aspectos históricos y contextuales;
- La Comparación de Variables, en cuanto a los periodos de tiempo;

Posteriormente se procede a la elaboración de conclusiones, que se utiliza para la determinación de la hipótesis, es decir aceptar o rechazar y finalmente se realizan las recomendaciones del tema de investigación.

1.7. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE INVESTIGACIÓN

1.7.1. ASPECTOS CONCEPTUALES Y DEFINICIONES

1.7.1.1. PROYECTO

El Proyecto es la búsqueda a la solución inteligente de un problema tendiente a resolverse una necesidad humana, es decir se pretende dar la mejor solución al problema económico, y así buscar información necesaria para asignar racionalmente los recursos.¹⁴

¹⁴ SAPAG CHAIN, N. y SAPAG CHAIN, R. (2008). *Preparación y Evaluación de Proyectos*. Quinta Edición. McGraw – Hill/Interamericana S.A. Pág. 1 – 2.

Un Proyecto surge de la identificación y priorización de unas necesidades que serán atendidas en su preparación y formulación del mismo. Un Proyecto se puede entender en forma de una cadena de objetivos como el objetivo final que refleja la necesidad que motiva el proyecto; objetivos intermedios que refleja el camino que conduce de los productos al logro de objetivos; productos que son los que el proyecto ofrecerá y el último objetivo es la actividad e inversión que definen estrategias para poder ofrecer los productos.¹⁵

Para un economista un Proyecto es la fuente de costos y beneficios que ocurren en distintos periodos de tiempo. El desafío es identificar los costos y beneficios atribuibles al proyecto, luego medirlos y evaluarlos para así ver la conveniencia de ejecutar el proyecto. Esta concepción lleva a la evaluación económica del proyecto.¹⁶

1.7.1.2. PRESUPUESTO

La palabra Presupuesto, a partir de sus raíces latinas, viene de “pre”, que significa antes y “supuesto”, que significa estimación. El presupuesto público constituye la expresión financiera a través del registro sistemático de ingresos y de gastos que reflejan los planes económicos, sociales y políticos del Gobierno. Recoge las previsiones en materia de ingresos y de gastos que se realizarán en el siguiente periodo.¹⁷

El Presupuesto es el registro de ingresos estimados y gastos comprometidos que permite a la Economía Estatal disponer de un instrumento de gestión fiscal de planificación, operación y ejecución, para la implementación de medidas de políticas públicas con el propósito de producir bienes y servicios, y satisfacer necesidades de la población en la búsqueda del bienestar del conjunto de la economía y sociedad.¹⁸

¹⁵ MOKATE, K. M. (2004). *Evaluación Financiera de Proyectos de Inversión*. 2da edición. Pág. 1 – 18.

¹⁶ FONTAINE, E. R. (2008). *Evaluación Social de Proyectos*. Edición. 13°. Pág.1, 3, 36 – 39.

¹⁷ OTÁLORA URQUIZU, C. (2009). *Economía Fiscal*. 1° Edición. Pág. 56 – 57.

¹⁸ TICONA GARCÍA, R. (2013) *El Proceso de Las Reformas Económicas en El Ciclo de Los Proyectos de Inversión Pública del Sector Público*. El Economista. Pág. 3 – 6.

Un 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 ingreso.¹⁹

1.7.1.3. 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.²⁰

1.7.1.4. INVERSIÓN

Es el uso y aplicación de recursos destinados a crear, ampliar, mejorar, mantener y/o recuperar las capacidades económicas, sociales, ambientales y culturales para el desarrollo del Estado Plurinacional de Bolivia y el Vivir Bien.²¹

1.7.1.5. INVERSIÓN PÚBLICA

La Inversión Pública se entiende a todo gasto de recursos de origen público destinado a incrementar, mejorar o reponer las existencias de capital físico de dominio público y/o de capital humano, con el objeto de ampliar la capacidad del país para la prestación de servicios o producción de bienes. En la inversión pública incluye las actividades de pre - inversión e inversión que realizan las entidades del Sector Público.²²

¹⁹ SAMUELSON, P. A. y NORDHAUS, W. D. (2010). *Economía con Aplicaciones a Latinoamérica*. Edición 19. McGraw – Hill/Interamericana de España S.L. Pág. 655.

²⁰ MOKATE, K. M. (2004). *Evaluación Financiera de Proyectos de Inversión*. 2da edición. Pág. 6.

²¹ MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS, VICEMINISTERIO DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD FISCAL. (2010) *Glosario de Conceptos y Definiciones*. Pág. 79.

²² MINISTERIO DE HACIENDA. (2003) *Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública*. Art. 8°.

Se entiende por Inversión Pública todo gasto de recursos de origen público destinado a incrementar, mejorar, reponer capacidades físicas, humanas y culturales económicas y sociales del Estado para la producción de bienes y/o prestación de servicios.²³

1.7.1.6. PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA

El Presupuesto de Inversión Pública es el conjunto de recursos asignados para la realización de los proyectos del programa de inversión pública, que deben ser incorporados en el presupuesto institucional del Ministerio de Planificación del Desarrollo (MPD) y en el Presupuesto General del Estado (PGE). Forman parte del presupuesto de inversión pública del Ministerio de Planificación del Desarrollo (MPD) aquellos proyectos que cuenten con financiamiento asegurado.²⁴

Son los recursos asignados para la realización de los programas y proyectos en cada gestión fiscal, compatible con el plan de inversiones que incluyen las fases de pre - inversión y ejecución de la inversión.²⁵

1.7.1.7. PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA

El Proyecto de Inversión Pública es el conjunto de actividades interrelacionadas que insumen recursos públicos, para la producción de bienes y/o prestación de servicios, con el propósito de lograr productos y beneficios en un tiempo y espacio determinados, en el marco de las prioridades establecidas en el Plan de Desarrollo Económico y Social.²⁶

De manera general se entiende por Proyecto de Inversión Pública toda solución a cargo de una entidad pública que se idealiza y materializa con la finalidad de satisfacer una o más necesidades de la colectividad o de la propia institución, y puede tratarse de obras,

²³ MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. (2012) *Reglamento Específico del Sistema Nacional de Inversión Pública*. Pág. 5.

²⁴ IBÍD 23 – Pág. 5.

²⁵ MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. (2013) *Directrices de Planificación e Inversión Pública*. Pág. 7.

²⁶ IBÍD 23 – Pág. 6.

servicios o adquisición de bienes, para cuya ejecución, consecución u obtención, respectivamente, se emplean recursos públicos.²⁷

1.7.1.8. EL CICLO DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN PÚBLICA

El Ciclo de Los Proyectos de Inversión Pública consiste en el proceso que atraviesa un proyecto de inversión pública desde que nace como idea, se realizan estudios, se ejecuta, entra en operación o se decide su abandono, y cumple con su vida útil.²⁸

1.7.1.9. FASE DE EJECUCIÓN

La Fase de Ejecución comprende desde la decisión de ejecutar el proyecto de inversión pública y se extiende hasta que se termina su implementación y el mismo está en condiciones de iniciar su operación. En esta fase se deben elaborar 105 términos de referencia para concretar la ejecución, realizar la programación física y financiera de la ejecución y ejecutar físicamente el proyecto.²⁹

1.7.1.10. SALUD

La Salud es un bien escaso que cuya obtención y mantenimiento exigen de dinero y trabajo, lograrla implica satisfacer las necesidades que se expresan en forma de demanda, más el costo de oportunidad que encierra renunciar a otros bienes.³⁰

La Salud es una condición indispensable para el desarrollo humano y un medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Al ser de interés público la protección de la salud de la población, el Estado tiene la responsabilidad de regularla, vigilarla y promoverla.³¹

²⁷ CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO. (2012) *Normas de Auditoría de Proyectos de Inversión Pública*. Pág. 5.

²⁸ MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. (2012) *Reglamento Específico del Sistema Nacional de Inversión Pública*. Pág. 6.

²⁹ MINISTERIO DE HACIENDA. (2003) *Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública*. Art. 15°.

³⁰ COLLAZO HERRERA, M. y CARDENAS RODRÍGUEZ, J. (2002). *La Economía de la Salud: ¿Debe Ser de Interés para el Campo Sanitario?*. Pág. 359 – 361.

³¹ GIESECKE, C. Y RUITON J. (2011). *Salud Guía para la Formulación de Proyectos de Inversión Exitosos*. Edición: Mario Sifuentes – Ludens. Pág. 7.

La Salud se produce y consume de un mercado como cualquier otro bien. La equidad de la salud se refiere a la igualdad en acceso a la atención médica. Para la Organización Mundial de La Salud (OMS) la falta de equidad se refiere a las desigualdades en materia de salud. Pero de acuerdo a la priorización que se practica y a los resultados, siempre existirá gente que se sentirá mal por el servicio.³²

1.7.1.11. INFRAESTRUCTURA DE SALUD

Contempla a través de la construcción, ampliación, adecuación, mantenimiento de instalaciones y la adquisición de equipos médicos y demás instrumentos para la prestación de servicios de salud.³³

1.7.1.12. PREVENCIÓN EN SALUD

Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de enfermedades, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.³⁴

1.7.1.13. SEGURIDAD SOCIAL

Seguridad Social tiene como objetivo regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente el país, en todos los niveles de atención.³⁵ Atiende a los trabajadores asalariados, brinda atención de enfermedad, maternidad, niñez y riesgo profesional, está constituido por diferentes cajas de salud que prestan servicios a sus beneficiarios.³⁶

1.7.1.14. ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Es la unidad operativa básica de la red funcional de servicios de salud, responsable de otorgar atención integral intercultural en cuanto a promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento de la enfermedad y recuperación de la salud, logrando de esta

³² VALENZUELA RODRÍGUEZ, C. (2013). *Economía de la Salud*. Santiago de Cuba. Pág. 89 – 90.

³³ FINANCIERA DEL DESARROLLO, FINDETER. (2011) *Infraestructura de Salud*.

³⁴ VARGAS, U. (2003). *Promoción, Prevención y Educación para la Salud*. 1º Edición. Pág. 45.

³⁵ MINISTERIO DE SALUD. (2014) *Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Pág. 11.

³⁶ LEDO, C. (2011). *Sistema de Salud de Bolivia*. Pág. 110.

manera la satisfacción de la persona, familia, comunidad y equipo de salud incorporando la gestión participativa y control social.³⁷

1.7.1.15. NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD

Los Niveles de Atención son un conjunto de establecimientos de salud que de acuerdo a su capacidad resolutive, se clasifican en: Primer Nivel, Segundo Nivel y Tercer Nivel. Los niveles de atención se definen por su capacidad técnica e instalada, son responsables de la solución de los problemas de la salud y deben trabajar de manera coordinada, complementaria y corresponsable.³⁸

1.7.2. TEORÍAS DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

1.7.2.1. TEORÍAS DEL SECTOR PÚBLICO

El análisis del Sector Público, aborda cuestiones económicas fundamentales que deben seguirse como: saber que actividades realiza el Estado y como están organizadas, analizar todas las consecuencias de estas actividades públicas, evaluar las distintas medidas posibles e interpretar las fuerzas políticas que condicionan a las decisiones que toman los gobiernos.³⁹

Una parte fundamental del análisis de la economía del Sector Público es comprender las consecuencias de tomar diferentes medidas.⁴⁰ Las causas de los fallos del mercado impiden que la economía sea eficiente, sino interviene el Estado.⁴¹

1.7.2.1.1. ACCIONES DEL ESTADO

Según **Ricardo Cibotti y Enrique Sierra**, el Sector Público interviene en la economía y planificación. Se reconoce al Estado como: un ente regulador a través de la manipulación de instrumentos de los agentes económicos. Un ente redistribuidor por las transferencias

³⁷ MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. (2013) *Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Primer Nivel*. Pág. 21.

³⁸ IBÍD 37 – Pág. 21.

³⁹ STIGLITZ, J. E. (2000). *Economía del Sector Público*. 3° Edición. Pág. 25.

⁴⁰ IBÍD 39 – Pág. 26.

⁴¹ IBÍD 39 – Pág. 103.

de ingresos a grupos de individuos o sectores productores. Un ente productor cuando toma responsabilidades en la producción de bienes y servicios; y en la acumulación.⁴²

Acciones de regulación, que tienen por objeto inducir a los agentes económicos hacia determinados comportamientos; el Estado tanto al producir bienes y servicios como al instalar capacidad productiva, crea corrientes de factores y de insumos, y moviliza recursos financieros, que influyen sobre las decisiones que se derivarían del mercado. También existen acciones que tienen el objetivo de regular, como las normativas y para cumplir con sus propósitos no necesitan que el Estado movilice directamente recursos físicos y financieros en las otras acciones. Para realizar estas acciones se requiere disponer de un aparato administrativo que formule e imponga las normas y reglamentaciones.⁴³

Acciones de producción de bienes y servicios, es propio del Estado y su responsabilidad en la prestación de ciertos servicios generales relacionados con organización y funcionamiento de la comunidad y del propio Gobierno; se admite que el Estado organice y preste los servicios de justicia, policía, defensa nacional, aduana, registro de propiedad, etc. Los organismos públicos a cargo de la prestación de servicios son parte del aparato estatal o del Gobierno, en este tipo de acciones se destacan los servicios públicos de educación, salud, provisión de agua potable y alcantarillado, transportes, almacenaje, comercialización y comunicaciones, estas acciones de producción de bienes y servicios se realizan a través de organismos de la administración central y las referidas a los bienes son por medio de las empresas públicas.⁴⁴

Acciones de acumulación, contribuyen a la formación del acervo de instalaciones y equipo necesarios para efectuar la prestación de servicios públicos tales como escuelas, hospitales, y otros que requieren un gasto operativo anual con cargo al Estado o pueden

⁴² CIBOTTI R. y SIERRA E. (2005). *El Sector Público en la Planificación del Desarrollo*. Decimoséptima Edición. Pág. 7 – 21.

⁴³ IBÍD 42; Pág. 15 – 16.

⁴⁴ IBÍD 42 – Pág. 17.

ser: caminos, calles, parques, entre otros que tienen gasto en mantenimiento y conservación.⁴⁵

Acciones en el campo del financiamiento, para que el Estado pueda obtener los insumos y factores necesarios para la producción y acumulación, deben movilizar medios de pago que le permitan trasladar dichos recursos físicos al ámbito de la economía estatal.⁴⁶

1.7.2.1.2. FUNCIONES DEL ESTADO

Según Richard Musgrave, “el mecanismo de mercado no funciona por sí solo, la política pública es necesaria para: guiar, corregir y complementar al mercado entonces determina tres funciones que el Estado debe desarrollar”.⁴⁷

En el Sector Público los objetivos de la política fiscal no están predeterminados sino que deben determinarse mediante un proceso político. El predominio del Gobierno refleja la presencia de la ideología política y social que se aparten de las premisas acerca de la elección del consumidor y la toma de decisiones descentralizadas. Es más importante el hecho de que el mecanismo de mercado por sí solo no puede realizar todas las funciones económicas.⁴⁸

Según Musgrave las principales funciones que el Estado debe desarrollar son tres⁴⁹:

La *función de asignación* y la proposición de que determinados bienes no pueden proveerse mediante el sistema de mercado, a través de transacciones entre consumidores y productores individuales. En algunos casos, el mercado falla totalmente mientras que otros pueden funcionar únicamente de una manera ineficaz. Las preferencias de las personas se ven influenciadas por el entorno social. Los beneficios que producen los bienes sociales no se limitan al consumidor en concreto que adquiere el bien, como es el

⁴⁵ CIBOTTI R. y SIERRA E. (2005). *El Sector Público en la Planificación del Desarrollo*. Decimoséptima Edición. Pág. 20.

⁴⁶ IBÍD 45 – Pág. 21.

⁴⁷ MUSGRAVE R. A. (1999). *Hacienda Pública. Teórica y Aplicada*. Quinta Edición. Editorial McGraw – Hill, Madrid. Pág. 6.

⁴⁸ IBÍD 47 – Pág. 6.

⁴⁹ IBÍD 47; Pág. 6 – 11.

caso de los bienes privados, sino que se encuentran disponibles también para otros consumidores. La vinculación entre productor y consumidor se rompe, el Gobierno debe ocuparse de la provisión de este bien. Si los bienes sociales son provistos significa que se financian por medio del presupuesto.

La **función de distribución**, en la de asignación que se ocupan de la provisión eficiente de bienes sociales, se aparta del proceso de mercado, pero plantea el problema del uso eficiente de los recursos dadas la distribución de la renta. Es el ajuste de la distribución de la renta y riqueza para asegurar su adecuación, considerado por la sociedad como un Estado “equitativo o justo” de distribución.

La **función de estabilización**, una vez tratado la política presupuestaria en asignación y distribución, se examina sobre la política macroeconómica es decir sobre objetivos tales como un alto nivel de empleo, un razonable grado de estabilidad del nivel de precios, la solidez de las cuentas exteriores y una aceptable tasa de crecimiento económico que considere los efectos sobre el comercio internacional y la balanza de pagos.

1.7.2.2. TEORÍA DEL CICLO DE VIDA DEL PROYECTO

Según los hermanos *Sapag Chain*, el proceso de un proyecto reconoce cuatro grandes etapas⁵⁰:

- 1) La **etapa de idea**, es un modo de solucionar un problema o aprovechar un negocio, identifica problemas que pueden resolverse y oportunidades de negocio que pueden aprovecharse.
- 2) La **etapa de pre inversión**, se realiza los tres estudios de viabilidad: perfil, pre – factibilidad y factibilidad.
 - a. Perfil, se elabora a partir de la información existente y presenta estimaciones muy globales de inversiones, costos o ingresos, busca determinar si existe alguna razón que justifique el abandono de una idea antes que se destine recursos.

⁵⁰ SAPAG CHAIN, N. y SAPAG CHAIN, R. *Preparación y Evaluación de Proyectos*. Quinta Edición. McGraw – Hill/Interamericana S.A. Pág.1 – 25.

- b. Pre factibilidad, profundiza en la investigación, se basa en información de fuentes secundarias.
 - c. Factibilidad, se elabora sobre la base de antecedentes precisos obtenidos mayoritariamente a través de información primarias.
- 3) La **etapa de inversión** es la fase de movilización de recursos humanos, financieros y físicos con el fin de garantizar los medios idóneos para el cumplimiento del objetivo social. Esta etapa se subdivide en Diseño y Ejecución.
- 4) La **etapa de operación**, corresponde a una actividad permanente y rutinaria, es decir que es la puesta en marcha del proyecto.

Según *Karen Marie Mokate*, en su forma general el ciclo de vida del proyecto comprende tres etapas que son⁵¹:

- 1) **Etapa de formulación o ex ante** que corresponde a la pre inversión, comprende desde que se tiene la idea del proyecto y el de la toma de decisiones de iniciar la inversión, esta etapa está compuesta de cuatro fases: que son de identificación, perfil, pre factibilidad y factibilidad.
- a. Identificación, define los objetivos que se propone lograr, de acuerdo con las necesidades detectadas.
 - b. Perfil, formulación inicial de alternativas con el fin de comenzar un análisis, verificando que cumplan con los objetivos finales establecidos.
 - c. Pre factibilidad, progresar sobre el análisis de las alternativas identificadas, reduciendo la incertidumbre y mejorando la calidad de información.
 - d. Factibilidad, busca generar una decisión definitiva sobre la realización del proyecto y la definición detallada de los aspectos técnicos.
- 2) **La etapa de gestión** comprende entre el momento en que se inicia la inversión y el momento en que se liquida o se deja de operar el proyecto, esta etapa está compuesta por fase de diseño definitivo del proyecto y por la fase de montaje y operación.

⁵¹ MOKATE, K. M. (2004). *Evaluación Financiera de Proyectos de Inversión*. 2da edición. Pág. 1 – 18.

- 3) **Etapa de ex post** es la etapa posterior a la ejecución del proyecto, su fin es documentar la experiencia del proyecto y determinar hasta donde ha funcionado el proyecto y en qué medida ha cumplido con sus objetivos.

Según el *Sistema Nacional de Inversión Pública*, el ciclo de los proyectos de inversión pública, identifica las siguientes fases⁵²:

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

1.7.2.3. TEORIA ECONÓMICA DE LA SALUD

Según la **Organización Mundial de la Salud**⁵³, la Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.

El desarrollo saludable del niño es de importancia; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.

⁵² MINISTERIO DE HACIENDA. (2003) *Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública*. Pág. 4 – 5.

⁵³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2006) *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Pág. 1.

Según **Manuel Collazo Herrera**⁵⁴, en la medida en que aumenta el ingreso, la esperanza de vida también aumentaría y las tasas de mortalidad infantil se reducirían.

Según la **Organización Panamericana de la Salud**⁵⁵, la inversión en salud no solo mejora la productividad y crea el capital humano, sino que también puede prevenir una caída más profunda en la pobreza.

Se tienen efectos positivos de la inversión en salud en el proceso de crecimiento económico es decir mejoramiento de las condiciones de la mujer, de la salud materna, del desarrollo del niño en la primera infancia y potenciación de su productividad futura.

Invirtiendo en la salud de las madres no solo se mejora la nutrición infantil, influye así en su futura elección ocupacional y su productividad.

Según **Alberto Baly** (2001)⁵⁶, la Economía de la Salud se ocupa de la asignación de recursos dentro de este sector, con el objetivo de maximizar el bienestar social en términos de salud. En la aplicación de la Economía de Salud se encuentran: las determinantes y condicionantes de la salud, la salud y su valor, la demanda de atención médica, la oferta de servicios y otros.

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.

⁵⁴ COLLAZO HERRERA, M. y CARDENAS RODRÍGUEZ, J. (2002). La Economía de la Salud: ¿Debe Ser de Interés para el Campo Sanitario?. Pág. 359 – 361.

⁵⁵ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2002) *La Salud en las Américas*. Pág. 93 y 94.

⁵⁶ BALY, A. (2001). *La Economía de la Salud, la Eficiencia y el Costo de Oportunidad*. Cuba. Pág. 1 – 4.

CAPÍTULO II

ASPECTOS DE POLÍTICAS, NORMAS E INSTITUCIONAL

CAPÍTULO II

ASPECTOS DE POLÍTICAS, NORMAS E INSTITUCIONAL

2.1. ASPECTOS DE POLÍTICAS

2.1.1. Primer Periodo 1998 – 2005 (Modelo de Economía de Mercado)

2.1.1.1. Salud Nacional

ESQUEMA N° 1: PILARES DEL PLAN GENERAL DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL – PILAR EQUIDAD (1997 – 2002)



FUENTE: En base al Plan General de Desarrollo Económico y Social (1997 – 2002)
Elaboración Propia

El pilar de Equidad plantea mejorar las condiciones de vida de la población, en particular de aquella en condiciones de pobreza, creando igualdad de oportunidades para acceder a mayores niveles de ingreso que permitan cubrir, en forma satisfactoria, las necesidades básicas.⁵⁷ Se caracteriza en el núcleo estratégico Desarrollo Humano, para la generación

⁵⁷ BOLIVIA. Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación. *Plan General de Desarrollo Económico y Social 1997 – 2002*. BOLIVIA XXI País Socialmente Solidario. Presidencia de la República. Pág. 77.

de mayores oportunidades y una mejor calidad de vida, donde uno de los objetivos es el acceso a la salud.

2.1.1.1.1. Formación y Salud Integral⁵⁸

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

La formación integral implica un conjunto de acciones de asistencia a las niñas y los niños menores de cinco años, para proporcionarles un crecimiento adecuado, mediante el cuidado de la salud y nutrición, un desarrollo armónico, a través de la orientación para la adquisición de habilidades, intelectuales, de lenguaje, comunicación y de socialización adquiridos de manera oportuna y pertinente.

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

Los objetivos son:

- Incrementar la cobertura;
- Mejorar la accesibilidad y la satisfacción de los usuarios de los servicios;
- Disminuir la brecha nutricional y garantizar de manera sustentable el acceso universal a múltiples prestadores de servicios de salud;
- Nutrición y Educación Inicial.

⁵⁸ BOLIVIA. Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación. *Plan General de Desarrollo Económico y Social 1997 – 2002*. BOLIVIA XXI País Socialmente Solidario. Presidencia de la República. Pág. 80 – 81.

2.1.1.1.2. Nutrición Básica⁵⁹

La Nutrición Básica consiste en la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada. Orienta la mejora de hábitos de alimentación en la población de menores de 5 años; profundiza y amplía los programas de asistencia nutricional, con énfasis en grupos más vulnerables.

Tiene el propósito de:

- Reducir la desnutrición y el déficit de micronutrientes en la infancia;
- Coordinar políticas intersectoriales, articulando los gobiernos y los servicios de salud, nutrición y educación inicial.

2.1.1.1.3. Promoción de la Salud⁶⁰

La Promoción de la Salud comprende la enseñanza de los problemas de salud, los métodos para identificarlos y combatirlos. Esta política permitirá 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.

2.1.1.1.4. Atención Primaria de La Salud (APS)⁶¹

La Atención Primaria de Salud, implica la provisión de una canasta básica de salud, que consiste en un conjunto determinado de servicios en las áreas de fomento, prevención, curación y rehabilitación, que se proveerán a toda la población, en especial a las niñas, los

⁵⁹ BOLIVIA. Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación. *Plan General de Desarrollo Económico y Social 1997 – 2002*. BOLIVIA XXI País Socialmente Solidario. Presidencia de la República. Pág. 81 – 82.

⁶⁰ IBÍD 59; Pág. 82 – 83.

⁶¹ IBÍD 59; Pág. 83 – 84.

niños y los adolescentes de acuerdo al perfil epidemiológico y riesgos ambientales de cada región.

Contribuirá a:

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

Mediante la aplicación de la reforma del sistema de salud se introducirá un seguro básico que contendrá una canasta básica de servicios, a través de paquetes de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; así como de la salud materno infantil.

2.1.1.2. Salud Departamental

2.1.1.2.1. Acciones Generales de Desarrollo⁶²

Dirigir y programar la orientación y nivel de la inversión pública departamental en función de los objetivos del desarrollo, relacionada con la política de desarrollo.

La inversión acorde a los ingresos proyectados, se deben concentrar en sectores y áreas que generan y producen mayor impacto. Por otra parte, el orden de ejecución de las inversiones afecta los resultados, en la relación inversión – impacto socioeconómico.

Toda inversión debe efectuarse en orden de prioridades establecidas sobre parámetros de eficiencia, impacto y eficacia, expresados en términos de indicadores objetivamente verificables.

2.1.1.2.2. Calidad de Vida

Se relaciona con el pilar de equidad donde se plantea mejorar de la calidad de vida, mediante la aplicación de políticas de desarrollo humano e igualdad de oportunidades, garantizando a la población: el acceso a la salud, sobre la base de una distribución más

⁶² PREFECTURA DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ. (2000) *Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social de Santa Cruz 2000 – 2010*. Pág. 74.

justa de ingresos, el incremento de la productividad y la generación de mejores empleos, garantizando simultáneamente la equidad y la igualdad de oportunidades para todos los sectores sociales, al margen del género y en relación a las vocaciones e idoneidad generacionales.⁶³

2.1.1.2.3. Alimentación y Nutrición⁶⁴

Disminuir la desnutrición global, moderada y grave, y el déficit de micronutrientes en la infancia, para reducir la mortalidad infantil, mediante políticas intersectoriales coordinadas entre los gobiernos municipales, organizaciones de base, servicios de salud, nutrición y educación inicial; para ello se promoverá el suministro de alimentos y nutrición apropiada mediante la orientación de mejora de hábitos de alimentación en la población de menores de cinco años, la profundización y ampliación de programas de asistencia nutricional, y desarrollar e incorporar “paquetes nutricionales” a base de los alimentos de la región.

2.1.1.2.4. Salud Pública⁶⁵

Promover y apoyar los esfuerzos de los programas nacionales, municipales y de la sociedad civil en salud pública preventiva y de asistencia a grupos meta más frágiles, mediante la enseñanza respecto a los problemas de salud y formas para identificarlos y combatirlos. En términos de la salud y medicina preventiva se evitará la presencia y permanencia de enfermedades; para ello se realizarán acciones de información y difusión para el conocimiento de los derechos que tiene la población a participar y recibir atención en salud, en especial las niñas, niños, adolescentes y jóvenes.

Implantar la atención primaria en salud (APS), es decir, la provisión de una “canasta básica de salud” (servicios en áreas de fomento, prevención, curación y rehabilitación), que se otorgará a toda la población, con énfasis en niñas, niños, adolescentes y jóvenes.

⁶³ PREFECTURA DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ. (2000) *Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social de Santa Cruz 2000 – 2010*. Pág. 83 – 84.

⁶⁴ IBÍD 63 – Pág. 84.

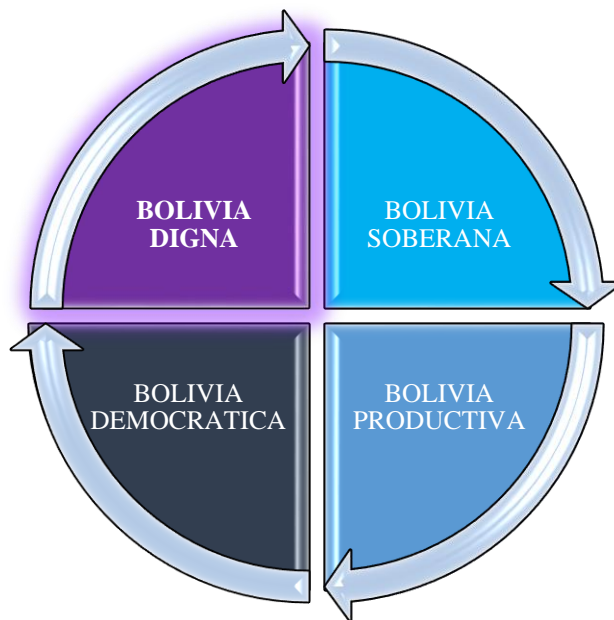
⁶⁵ IBÍD 63; Pág. 84 – 85.

Promover la medicina familiar y comunitaria, principalmente en el área rural y urbano – marginal y en la población de bajos ingresos, como una base para la atención primaria de salud.

2.1.2. Segundo Periodo 2006 – 2017 (Modelo de Economía Plural)

2.1.2.1. Desarrollo del Sector Salud

ESQUEMA N° 2: PILARES DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO “BOLIVIA DIGNA, SOBERANA, PRODUCTIVA Y DEMOCRÁTICA PARA VIVIR BIEN” – PILAR BOLIVIA DIGNA (2006 – 2011)



FUENTE: En base al Plan Nacional de Desarrollo Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien (2006 – 2011)
Elaboración Propia

El pilar Bolivia Digna incorpora políticas orientadas al desarrollo del Sector Salud. Es la erradicación de la pobreza y la inequidad, de lograr un patrón equitativo de distribución y/o redistribución de ingresos, riqueza y oportunidades. Está conformada por los sectores

generadores de activos y condiciones sociales; y por la política, estrategias y programas intersectoriales de Protección Social y Desarrollo Integral Comunitario.⁶⁶

La Bolivia Digna está organizada en una matriz sociocomunitaria compuesta por sectores que generan capacidades como: educación, salud, vivienda, agua y saneamiento.⁶⁷

2.1.2.1.1. Política Social⁶⁸

La política social se convierte en una condición fundamental para el desarrollo orientado por el Vivir Bien, no es una acción compensatoria para los pobres por los daños que genera el mercado. Generan capacidades individuales (de la persona), familiares y comunitarias a partir de la educación, la salud y la habitabilidad que se articula estructuralmente a la vida económica, social, cultural y política fortaleciendo, desarrollando y reconstituyendo capacidades humanas orientadas al desarrollo integral.

Para revertir la crítica situación de la salud de población, se define la política social, en cuyo centro se encuentra la salud y seguridad social, para generar bienestar social, garantizar la equidad en salud, la asignación de recursos y a lograr la máxima eficiencia.

2.1.2.1.2. Sector Generador de Activo Social⁶⁹

El objetivo del Plan Nacional en el Sector Salud es la eliminación de la exclusión social, que se conseguirá con la implementación del Sistema de salud familiar comunitario intercultural.

El recorte de gasto público en salud y el desplazamiento de la responsabilidad del Estado de garantizar los derechos sociales constitucionales en salud, generaron serios problemas, tanto en la profundización de la precariedad de las condiciones de vida y situación de salud de grandes mayorías poblacionales, incrementando la desigualdad, la exclusión en salud y el debilitamiento de las instituciones públicas del sector.

⁶⁶ BOLIVIA. Ministerio de Planificación del Desarrollo. (2007) *Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien*. 2006 – 2011. Pág. 22.

⁶⁷ IBÍD 66 – Pág. 32.

⁶⁸ IBÍD 66; Pág. 33 – 46.

⁶⁹ IBÍD 66; Pág. 45 – 48.

2.1.2.1.3. Sistema Único Comunitario Intercultural de Salud⁷⁰

Permitir el acceso a los servicios de salud, mediante la promoción de hábitos y conductas saludables en individuos, familia y la comunidad, la prevención de riesgos; logrando una población sana y productiva, que participe en la transformación económica, social y cultural, con la aplicación de un modelo de salud familiar comunitaria intercultural.

La estrategia de esta política es la *Universalización del Acceso al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural*, 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.

El Programa es «Salud Familiar Comunitaria Intercultural», que comprende la Extensión de Coberturas; el Fortalecimiento de Redes de Salud; Gestión de la calidad e Intercultural. La implementación del programa es el de contar con recursos humanos con competencias especiales en la atención primaria de salud.

2.1.2.1.4. Rectoría del Sistema⁷¹

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

2.1.2.1.5. Determinantes de Salud⁷²

Propone la recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y la calidad de vida de las personas y familias, orientada a la disminución de la carga social sobre el proceso salud enfermedad, a intervenir, coordinadamente, entre el sector salud y

⁷⁰ BOLIVIA. Ministerio de Planificación del Desarrollo. (2007) *Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien*. 2006 – 2011. Pág. 49.

⁷¹ IBÍD 70 – Pág. 49.

⁷² IBÍD 70 – Pág. 50.

los demás sectores del desarrollo económico social, en los factores que determinan la calidad de vida, para que se incremente el acceso a servicios básicos de salud y seguridad social.

2.1.2.1.6. Solidaridad

Se pretende mejorar la alimentación y nutrición de niños menores de cinco años y mujeres en edad fértil; cambiar los hábitos alimentarios.⁷³

2.1.2.2. Santa Cruz Equitativo y Solidario

2.1.2.2.1. Políticas para el Desarrollo Humano⁷⁴

La población cruceña es solidaria y sensible ante la problemática social, es consciente que el asistencialismo será superado bajo un enfoque de derechos, luchando por la participación democrática cada vez más directa en un marco de corresponsabilidad entre el Estado y la sociedad civil; donde es primordial promover la concurrencia de acciones públicas y privadas, orientándolas hacia el desarrollo integral de los individuos, en el marco de las necesidades sociales y las obligaciones del Estado, como garante de los derechos.

En correspondencia con la visión compartida del Departamento y con el Plan Nacional de Desarrollo PND, los cursos de acción del desarrollo humano se orientan a las áreas:

- Calidad y cobertura del sistema de salud.
- Seguridad alimentaria y estado nutricional adecuados.

2.1.2.2.2. Fortalecimiento de las Redes de Salud⁷⁵

Fortalecer el sistema de salud departamental de manera que permita un funcionamiento integral e integrado de la red, con acceso equitativo y con servicios de calidad.

⁷³ BOLIVIA. Ministerio de Planificación del Desarrollo. (2007) *Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien. 2006 – 2011*. Pág. 51.

⁷⁴ PREFECTURA DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ. (2006) *Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social Santa Cruz 2006 – 2020*. Pág. 245.

⁷⁵ IBÍD 74 – Pág. 248.

Dotar de condiciones adecuadas al sistema de salud departamental, de manera que permita el funcionamiento de la red integral e integrada, con acceso equitativo y con servicios de calidad, mediante las acciones siguientes:

- Mejorando la infraestructura, equipamiento y la ubicación estratégica de los centros de referencia de segundo y tercer nivel de atención, así como los recursos para el mantenimiento de sus equipos.
- Incrementando y distribuyendo de forma racional los ítems de salud, incluyendo al personal que atiende servicios de rehabilitación integral en instituciones públicas y de convenio.
- Capacitando y formando al personal técnico médico y recursos humanos en general para superar la atención, atendiendo a enfoques de género, generacional, intercultural y formación y orientando la atención de las personas con discapacidad.
- Implementando un programa de promoción de la oferta de servicios de salud gratuitos privilegiando a estratos poblacionales pobres y brindar información accesible desde una perspectiva de ciudadanía para que la población asuma la defensa de sus derechos en la atención en salud.

2.1.2.2.3. Seguridad Alimentaria y Nutrición⁷⁶

Mejorar la situación alimentaria – nutricional, superar el déficit de micronutrientes y disminuir la desnutrición, dirigido a reducir los riesgos de enfermedad, discapacidad y muerte de la población del Departamento, especialmente la mortalidad infantil.

Orientar y capacitar, para transformar las prácticas y costumbres de consumo enfocadas hacia conductas, estilos de vida y una cultura alimentaria saludable, concentrándose en las siguientes acciones:

⁷⁶ PREFECTURA DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ. (2006) *Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social Santa Cruz 2006 – 2020*. Pág. 247.

- Educando a la población respecto a la calidad e inocuidad de los alimentos de acuerdo al perfil epidemiológico, dirigidos a mejorar el estado nutricional de niños y niñas, especialmente de áreas periurbanas y rurales.
- Implementando campañas educativas y estrategias informativas hacia grupos familiares mejorando los hábitos alimenticios, nutricionales, actividad física, prevención de riesgos a enfermedades y discapacidad, bajo monitoreo de la red de servicios.
- Desplegando políticas que estimulen a un mayor período de lactancia y mejoren su exclusividad en los seis meses de vida.

2.2. REFERENCIA NORMATIVA

2.2.1. Primer Periodo 1998 – 2005 (Modelo de Economía de Mercado)

2.2.1.1. La Participación del Estado en la Economía

La Constitución Política del Estado implementado durante el Modelo de Economía de Mercado, establece:

- a) Las rentas del Estado se dividen en nacionales, departamentales y municipales, y se invertirán independientemente por sus tesoros conforme a sus respectivos presupuestos, y en relación al plan general de desarrollo económico y social del país.⁷⁷
- b) 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.⁷⁸

⁷⁷ BOLIVIA. (2004) *Constitución Política del Estado*. Art. 146°.

⁷⁸ IBÍD 77 – Art. 158°.

- c) 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.⁷⁹

2.2.1.2. Sistemas Nacionales de Planificación e Inversión Pública⁸⁰

Los sistemas de Administración y de Control de los recursos y los sistemas nacionales de Planificación e Inversión Pública, tiene por objeto 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.

2.2.1.3. Sistema de Administración de los Recursos

Los Sistemas de Administración y Control de los recursos con relación a los Sistemas Nacionales de Planificación e Inversión Pública regulan⁸¹:

- a) Para programar y organizar las actividades:
- Programación de Operaciones.
 - Organización Administrativa.
 - Presupuesto.
- b) Para ejecutar las actividades programadas:
- Administración de Personal.
 - Administración de Bienes y Servicios.
 - Tesorería y Crédito Público.
 - Contabilidad Integrada.
- c) Para controlar la gestión del Sector Público:

⁷⁹ BOLIVIA. (2004) *Constitución Política del Estado*. Art. 164°.

⁸⁰ BOLIVIA. (20 de Julio de 1990) *Ley N° 1178. Ley de Administración y Control Gubernamentales (SAFCO)*. Art. 1°.

⁸¹ IBÍD 80 – Art. 2°.

- Control Gubernamental, integrado por el Control Interno y el Control Externo Posterior.

La ejecución de los presupuestos de gastos de las entidades, está sujeta, según reglamentación, al cumplimiento de las políticas y normas gubernamentales relacionadas con la naturaleza de sus actividades, incluyendo las referidas a las modificaciones, trasposos y transferencias dentro de sus presupuestos, así como a la disponibilidad de sus ingresos efectivos después de atender y prever el cumplimiento de sus obligaciones, reservas, aumentos de capital, rédito sobre patrimonio neto y otras contribuciones obligatorias. No permitirá la transferencia de gastos de inversión o excedentes de ingresos presupuestados a gastos de funcionamiento.⁸²

Los sistemas nacionales de Planificación e Inversión Pública compatibilizarán e integrarán los objetivos y planes estratégicos de cada entidad y los proyectos de inversión pública que deberán ejecutar, con los planes de mediano y largo plazo, la política monetaria, los ingresos alcanzados y el financiamiento disponible, manteniéndose el carácter unitario e integral de la formulación del presupuesto, de la tesorería y del crédito público.⁸³

2.2.1.3. Atribuciones en el régimen Administrativo

Las atribuciones del Prefecto en el régimen de Descentralización Administrativa son⁸⁴:

- Administrar los recursos económicos y financieros y los bienes de dominio y uso Departamental.
- Formular y ejecutar los planes departamentales de desarrollo económico y social, de acuerdo a las normas del Sistema Nacional de Planificación; en el marco del Plan General de Desarrollo Económico y Social.
- Formular y ejecutar programas y proyectos de inversión pública en el marco del plan departamental de desarrollo y de acuerdo a las normas del Sistema Nacional

⁸² BOLIVIA. (20 de Julio de 1990) *Ley N° 1178. Ley de Administración y Control Gubernamentales (SAFCO)*. Art. 8°.

⁸³ IBÍD 82 – Art. 18°.

⁸⁴ BOLIVIA. (28 de Julio de 1995) *Ley N° 1654. Ley de Descentralización Administrativa*. Art. 5°.

de Inversión Pública y al régimen económico y financiero de la presente ley, en las área de:

- Programas de Asistencia Social
- 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.
- Elaborar, el proyecto de presupuesto departamental de conformidad a las normas del Sistema Nacional de presupuesto, y remitirlo al Consejo Departamental para su consideración y posterior remisión a nivel nacional para el cumplimiento de las normas constitucionales.
- Ejecutar el presupuesto departamental en el marco de las normas del Sistema Nacional de Administración Financiera y Control Gubernamental, y presentar la cuenta de ingresos y egresos anual ejecutada, al Consejo Departamental para su aprobación.

2.2.1.4. Normativa del Sector Público

Las Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública son un conjunto de normas, instrumentos y procedimientos comunes para todas las entidades del Sector Público mediante los cuales que formulan, evalúan, priorizan, financian y ejecutan los proyectos de Inversión Pública en el marco de los planes de desarrollo desde el punto de vista económico y social.⁸⁵

Objetivos del SNIP⁸⁶:

- Lograr una eficiente asignación y administración de los recursos públicos destinados a la inversión, maximizando sus beneficios socioeconómicos.

⁸⁵ MINISTERIO DE HACIENDA. (2003) *Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública*. Art. 1°.

⁸⁶ IBÍD 85 – Art. 2°.

- Establecer las metodologías, parámetros y criterios en la formulación, evaluación y ejecución de proyectos que deberán aplicar las entidades del Sector Público para el desarrollo de sus Proyectos de Inversión Pública.
- Establecer los procedimientos por los cuales los Proyectos de Inversión Pública, accederán a las fuentes de financiamiento interno y externo.

2.2.1.5. Salud Materno Infantil ⁸⁷

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

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

Se constituye la Red de Servicios de Salud, conformada por los establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de complejidad de acuerdo a criterios de accesibilidad y resolución. El Ministerio de Salud y Previsión Social reglamentará, coordinará y controlará las redes de servicios de salud en todo el territorio nacional, para asegurar las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil.

2.2.2. Segundo Periodo 2006 – 2017 (Modelo de Economía Plural)

2.2.2.1. La responsabilidad del Estado en el Sector Salud

- a) Garantizar la inclusión y el acceso de las personas a la salud, sin exclusión ni discriminación alguna.⁸⁸

⁸⁷ BOLIVIA. (21 de Noviembre de 2002) *Ley N° 2426. Ley del Seguro Universal Materno Infantil*. Art. 1°, 2° y 5°.

⁸⁸ BOLIVIA. (2009) *Constitución Política del Estado*. Art. 18°.

- b) Todas las personas tienen derecho a la salud, el sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social; esto mediante proyectos de Inversión Pública. Este se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.⁸⁹
- c) 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.⁹⁰
- d) El Estado garantiza el acceso al seguro universal de salud, controla el ejercicio de los servicios públicos de salud, y lo regula mediante la Ley.⁹¹
- e) Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Se tiene la obligación de garantizar y sostener el derecho a la salud.⁹²
- f) El Estado garantizará el servicio de salud público; 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.⁹³

2.2.2.2. Competencias de los Gobiernos Departamentales en Salud⁹⁴

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

⁸⁹ BOLIVIA. (2009) *Constitución Política del Estado*. Art. 18°.

⁹⁰ IBÍD 89 – Art. 35°.

⁹¹ IBÍD 89 – Art. 36°.

⁹² IBÍD 89 – Art. 37°.

⁹³ IBÍD 89 – Art. 39°.

⁹⁴ BOLIVIA. (19 de Julio de 2010) *Ley N° 031. Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”*. Art. 81°.

- 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) 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.
- f) 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.
- g) Acreditar los servicios de salud dentro del departamento de acuerdo a la norma del nivel central del Estado.
- h) Elaborar y ejecutar programas y proyectos departamentales de promoción de salud y prevención de enfermedades en el marco de la política de salud.
- i) Apoyar y promover la implementación de las instancias departamentales de participación y control social en salud y de análisis intersectorial.
- j) Fortalecer el desarrollo de los recursos humanos necesarios para el Sistema Único de Salud en conformidad a la ley que lo regula.
- k) Cofinanciar políticas, planes, programas y proyectos de salud en coordinación con el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas en el departamento.
- l) Ejercer control en el funcionamiento y atención con calidad de todos los servicios públicos, sin fines de lucro, seguridad social, y prácticas relacionadas con la salud con la aplicación de normas nacionales.

2.2.2.3. Ampliación de Cobertura del SUMI ⁹⁵

Se amplían las coberturas del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), en todo el territorio nacional, con carácter universal y gratuito, para otorgar prestaciones

⁹⁵ BOLIVIA. (6 de Diciembre de 2005) *Ley N°3250. Ampliación del SUMI*. Art. 1° y 2°.

específicamente definidas por el Ministerio de Salud y Deportes, enmarcadas en las políticas de salud vigentes que guarden estrecha relación con una maternidad segura en las mujeres en edad fértil, así como la obligatoriedad en la prevención de cáncer de cuello uterino a toda paciente que acuerda al SUMI y tratamiento de lesiones pre malignas contemplando además métodos de anticoncepción voluntaria y libremente consentida. Estas prestaciones serán cubiertas con los recursos económicos previstos en la Ley N° 2426.

2.2.2.4. Salud Familiar

El Modelo Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI) tiene por objeto contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud (buscando la autogestión); y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población.⁹⁶

La Promoción de la Salud es la estrategia de la implementación del modelo SAFCI como un proceso político de movilización social, continua por el cual el equipo de salud se involucra con los actores sociales facilitando su organización y movilización, para responder a la problemática de salud y sus determinantes para lograr el Vivir Bien en relación directa con el estado de bienestar general.⁹⁷

El modelo de atención de Salud Familiar Comunitario Intercultural, es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna en el

⁹⁶ BOLIVIA. (11 de Junio de 2008) *Decreto Supremo N° 29601. Salud Familiar Comunitaria Intercultural*. Art. 2°.

⁹⁷ IBÍD 96 – Art. 4°.

marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad.⁹⁸

2.2.2.5. Bono Juana Azurduy ⁹⁹

El Programa Bono Juana Azurduy mediante Decreto Supremo N° 0066, tiene por objeto instituir el incentivo a la maternidad segura y el desarrollo integral de la población infantil de cero a dos años de edad, mediante el Bono Madre Niño – Niña “Juana Azurduy” en el marco del Plan Nacional de Desarrollo y las políticas de erradicación de la pobreza extrema.

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

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

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

2.3. REFERENCIA INSTITUCIONAL

2.3.1. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP)

El Ministerio de Economía y Finanzas Públicas del Estado Plurinacional de Bolivia tiene la misión de consolidar y profundizar el Modelo Económico Social Comunitario

⁹⁸ BOLIVIA. (11 de Junio de 2008) *Decreto Supremo N° 29601. Salud Familiar Comunitaria Intercultural*. Art. 5°.

⁹⁹ BOLIVIA. (2009) *Decreto Supremo. N° 0066. Bono “Juana Azurduy”*. Art. 1°, 2° y 3°.

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.¹⁰⁰

La Visión del Ministerio con relación a la sociedad se enfoca en una economía soberana, estable y en expansión, conducida por un Estado que promueve políticas de producción, distribución y redistribución justa de los ingresos y de los excedentes económicos con políticas sociales de salud, educación, cultura, medio ambiente y en la reinversión en desarrollo económico productivo.¹⁰¹

Las atribuciones de la Ministra(o) de Economía y Finanzas Públicas, en el marco de las competencias asignadas al nivel central por la Constitución Política del Estado, son las siguientes¹⁰²:

- Formular las políticas macroeconómicas en el marco del Plan General de Desarrollo Económico y Social.
- Formular, programar, ejecutar, controlar y evaluar las políticas fiscales y financieras.
- 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.

¹⁰⁰ MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. “Misión y Visión”. Disponible en [http://www.economiayfinanzas.gob.bo.](http://www.economiayfinanzas.gob.bo;); Lunes, Hrs.15:25.

¹⁰¹ IBÍD 100.

¹⁰² BOLIVIA. Decreto Supremo N° 29894. (9 de Febrero de 2009) *Estructura Organizativa del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional*. Art. 52°.

2.3.1.1. Viceministerio de Presupuesto y Contabilidad Fiscal

El Viceministerio de Presupuesto y Contabilidad Fiscal es el órgano rector de los sistemas de administración gubernamental. Es responsable de la formulación del Presupuesto General del Estado (PGE), de la elaboración de los Estados Financieros del Órgano Ejecutivo, de la elaboración y diseño de las Normas de Gestión Pública, del diseño, desarrollo y administración de los Sistemas de Gestión de Información Fiscal.¹⁰³

A partir de la aprobación de la Constitución Política del Estado el Viceministerio de Presupuesto y Contabilidad Fiscal tiene la tarea de desarrollar un conjunto de políticas y normas de gestión pública que coadyuven en la transformación institucional del Sector Público en el marco de una economía social y comunitaria.¹⁰⁴

Tiene el objetivo de participar en la formulación y desarrollo de la política fiscal garantizando la distribución equitativa de los recursos.¹⁰⁵

Las atribuciones del Viceministerio de Presupuesto y Contabilidad Fiscal, en el marco de las competencias asignadas al nivel central por la Constitución Política del Estado, son las siguientes¹⁰⁶:

- Diseñar, Proyectar y Desarrollar las Normas de Gestión Pública.
- Definir políticas de formulación presupuestaria en el marco macroeconómico y fiscal del Estado Plurinacional.
- Elaborar el Proyecto de la Ley del Presupuesto General de la Nación y sus modificaciones.
- Incorporar en el Proyecto anual del Presupuesto General de la Nación, los presupuestos de los Órganos y Entidades del Sector Público, establecidos en la Constitución Política del Estado.

¹⁰³ MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. *Viceministerio de Presupuesto y Contabilidad Fiscal*. Disponible en <http://www.economiayfinanzas.gob.bo.>; Lunes, Hrs.15:25.

¹⁰⁴ IBÍD 103.

¹⁰⁵ IBÍD 103.

¹⁰⁶ BOLIVIA. Decreto Supremo N° 29894. (9 de Febrero de 2009) *Estructura Organizativa del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional*. Art. 53°.

- Efectuar el control, seguimiento, recolección, análisis y evaluación de la ejecución presupuestaria, para la toma de decisiones durante el ejercicio fiscal.
- Atender modificaciones presupuestarias en el marco de sus competencias.
- Participar en la elaboración del Marco Macroeconómico y Fiscal en coordinación con el Ministerio de Planificación del Desarrollo.
- Diseñar, administrar y regular los sistemas de información fiscal.

2.3.2. Ministerio de Planificación del Desarrollo

El Ministerio de Planificación del Desarrollo (MPD), 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.¹⁰⁷

Las atribuciones del Ministerio de Planificación del Desarrollo (MPD), son las siguientes¹⁰⁸:

- Planificar y coordinar el desarrollo integral del país mediante la elaboración, seguimiento y evaluación del Plan de Desarrollo Económico y Social, en coordinación con los Ministerios, Entidades Territoriales Autónomas y Descentralizadas, Organizaciones Sociales, Comunitarias y Productivas, y Entidades Descentralizadas y Desconcentradas correspondientes.
- 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.
- Realizar el seguimiento y evaluación de la implementación de los planes y programas comprendidos en el Sistema de Planificación Integral Estatal para el

¹⁰⁷ MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. “Misión y Visión”. Disponible en <http://www.planificacion.gob.bo.>; Jueves, Hrs.11:30.

¹⁰⁸ BOLIVIA. Decreto Supremo N° 29894. (9 de Febrero de 2009) *Estructura Organizativa del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional*. Art. 46°.

desarrollo, tanto en sus enfoques de innovación, equidad y armonía con la naturaleza como en sus impactos y resultados.

- Elaborar políticas presupuestarias de mediano y largo plazo sobre la base de los planes nacional, sectorial, intersectorial y territorial, en coordinación con los demás ministerios y otras entidades, y para el logro del Plan de Desarrollo Económico y Social.

2.3.2.1. Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE)

Las atribuciones del Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, en el marco de las competencias asignadas al nivel central por la Constitución Política del Estado, son las siguientes¹⁰⁹:

- 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 estratégicos del Plan de Desarrollo Económico y Social.
- Ejercer las funciones de autoridad superior y administrar el Sistema Estatal de Inversión y Financiamiento para el Desarrollo.
- Coordinar y efectuar el seguimiento y evaluación de la aplicación de los programas del Sistema Estatal de Inversión y Financiamiento para el Desarrollo.
- Elaborar el Plan de Inversión Pública, de acuerdo con las políticas nacionales, el Plan de Desarrollo Económico y Social, con base en programas aprobados en los Planes Sectoriales y de las Entidades Territoriales Autónomas y Descentralizadas.
- Desarrollar y establecer los instrumentos normativos y técnicos metodológicos del Sistema Estatal de Inversión y Financiamiento para el Desarrollo.
- Administrar los Sistemas de Información de Inversión Pública y Financiamiento.

¹⁰⁹ BOLIVIA. Decreto Supremo N° 29894. (9 de Febrero de 2009) *Estructura Organizativa del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional*. Art. 48°.

2.3.3. Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud es el ente rector del sector que promueve y garantiza los derechos y deberes a la salud de las bolivianas y los bolivianos; mediante la regulación y ejecución de políticas para la inclusión y el acceso a la salud integral, intercultural para las personas, familias y comunidades.

Las atribuciones del Ministra (o) de Salud y Deportes, en el marco de las competencias asignadas al nivel central por la Constitución Política del Estado son las siguientes¹¹⁰:

- Formular, promulgar y evaluar el cumplimiento de los programas de salud en el marco del desarrollo del país.
- Garantizar la salud de la población a través de su promoción, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación.
- Formular, desarrollar, supervisar y evaluar la implementación del modelo de atención en salud.
- Formular políticas y planes de nutrición y de seguridad alimentaria.
- Formular políticas y ejecutar programas promoviendo la salud física y mental.

2.3.3.1. Viceministerio de Salud y Promoción

Las atribuciones del Viceministerio de Salud y Promoción, en el marco de las competencias asignadas al nivel central por la Constitución Política del Estado, son las siguientes¹¹¹:

- Coordinar las acciones para la formulación, ejecución y evaluación de la política general de salud en el marco de las políticas de implementación del Plan General de Desarrollo Económico y Social.
- Proponer normas, reglamentos e instructivos para controlar y supervisar el Sistema Nacional de Salud.

¹¹⁰ BOLIVIA. Decreto Supremo N° 29894. (9 de Febrero de 2009) *Estructura Organizativa del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional*. Art. 90°.

¹¹¹ IBÍD 110 – Art. 91°.

2.3.4. Gobierno Departamental de Santa Cruz

El Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz, en el ámbito de sus competencias y atribuciones, adoptará medidas y acciones necesarias para hacer efectivos los derechos y libertades, directamente o en coordinación con otros niveles de gobierno situados en su ámbito territorial, elaborará y ejecutará programas sobre hábitos saludables, deporte, alimentación y otras prácticas y medidas orientadas a mejorar la salud de la ciudadanía y prevenir la enfermedad. Asimismo, velará por el buen funcionamiento de los servicios de salud y garantizará la igualdad de todos y todas en el acceso a los mismos. Para la mejor prestación y coordinación de estos servicios el nivel central del Estado, podrá delegar o transferir al Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz las facultades reglamentarias y de ejecución en materia de políticas del sistema de salud.¹¹²

¹¹² GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL SANTA CRUZ. “*Estatuto Autonómico de Santa Cruz*”. Pág. 5.

CAPÍTULO III

FACTORES DETERMINANTES Y CONDICIONANTES DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO III

FACTORES DETERMINANTES Y CONDICIONANTES DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

3.1. ASPECTOS GENERALES

Bolivia se organiza territorialmente en departamentos, provincias, municipios y territorios indígena originario campesinos.¹¹³ La investigación se desglosa en el Departamento de Santa Cruz del Sector Salud en base a reformas y políticas.

La situación de Salud, se describe en base a indicadores como la situación de accesos a los servicios de salud por parte de la población y analizar los principales programas y políticas de reforma, en particular los seguros impulsados asociados a la salud Materno – Infantil.

3.1.1. Características Generales del Departamento de Santa Cruz

3.1.1.1. Reseña Histórica

En época prehispánica, el territorio estuvo habitado por diferentes pueblos de origen tupiguarani. Tras las explotaciones de Martínez de Irala (1548 – 1549), Ñuflo de Chávez creó la provincia de Moxos y el 26 de febrero de 1561 fundó Santa Cruz de la Sierra, que se hallaba cerca de San José de Chiquitos antes de ser trasladada a su actual emplazamiento. El 24 de septiembre de 1810, Santa Cruz se pronunció en favor de la emancipación y su junta revolucionaria hasta 1812.¹¹⁴

El Departamento de Santa Cruz fue creado por Decreto Supremo de fecha 23 de enero de 1826, durante la presidencia del Mariscal de Ayacucho, Antonio José de Sucre.¹¹⁵

¹¹³ BOLIVIA. (2009) *Constitución Política del Estado*. Art. 269°.

¹¹⁴ GRUPO OCÉANO. *Enciclopedia Concisa de Bolivia Geografía, Historia, Sociedad y Cultura*. Pág. 50.

¹¹⁵ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. (2012). *Anuario Estadístico*. Pág. 51.

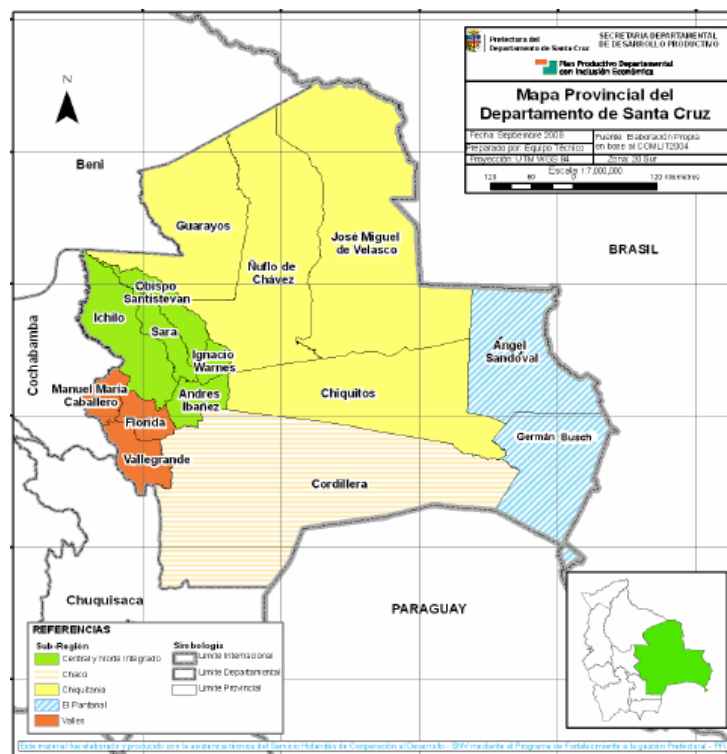
3.1.1.2. Localización y Límites Geográficos

El Departamento de Santa Cruz, situado al este del país, limita al noroeste por el departamento del Beni; al este por Brasil; al sur por Paraguay y el departamento de Chuquisaca; y al oeste por Cochabamba.¹¹⁶ Se sitúa en la región oriental del Estado Plurinacional, entre los 17° 47' 20" de latitud Sur y los 63° 10' 30" de Longitud Oeste del Meridiano de Greenwich. Posee una extensión territorial de 370.621 Km², que equivalen a 34% del territorio nacional.¹¹⁷

3.1.1.3. División Política¹¹⁸

Políticamente el Departamento de Santa Cruz se divide en 15 provincias y 56 municipios.

Ubicación Geográfica por Subregiones del Departamento de Santa Cruz



FUENTE: Cartografía de la Prefectura del Departamento de Santa Cruz. Secretaria de Desarrollo Productivo.

¹¹⁶ GRUPO OCÉANO. *Enciclopedia Concisa de Bolivia Geografía, Historia, Sociedad y Cultura*. Pág. 50.

¹¹⁷ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. (2012). *Anuario Estadístico*. Pág. 51.

¹¹⁸ PREFECTURA DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ. (2006) *Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social Santa Cruz 2006 – 2020*. Pág. 1 – 2.

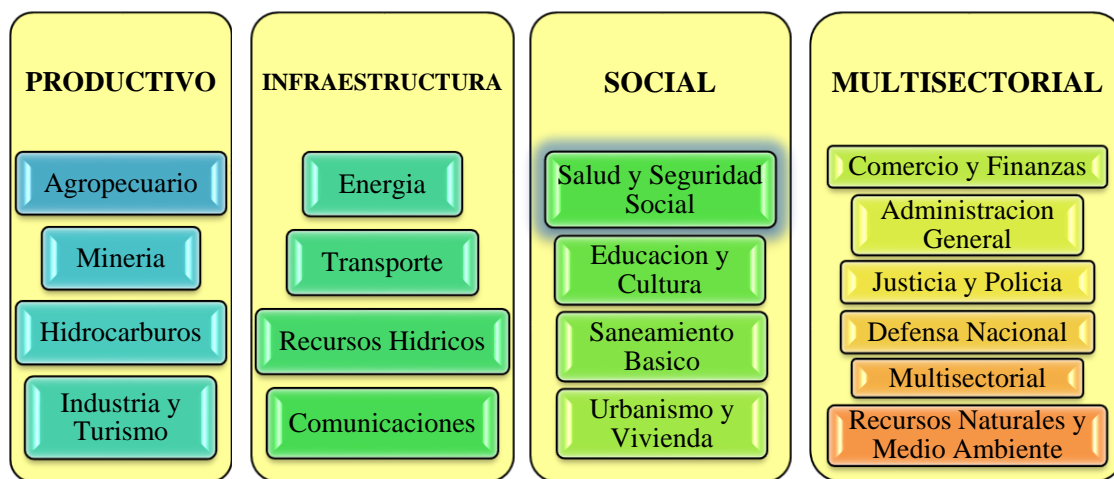
3.1.1.4. Actividades Económicas¹¹⁹

Las actividades económicas del Departamento de Santa Cruz se centran en: Agricultura y Agroindustria, Ganadería, Forestal, Minería e Hidrocarburos.

3.1.2. El Presupuesto de Inversión Pública por Sectores

En cada gestión Fiscal es aprobado el Clasificador Presupuestario que son de cumplimiento obligatorio en todas las entidades del Sector Público, para la formulación, modificación y registro de la ejecución presupuestaria, según resoluciones del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, donde se especifica la Clasificación por Sectores Económicos.¹²⁰

ESQUEMA N° 3: ESTRUCTURA DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA SEGÚN EL CLASIFICADOR DE SECTORES ECONÓMICOS



FUENTE: Clasificador Presupuestario 2017

Elaboración Propia

En el cuadro N° 3 se observa la Estructura del Clasificador de Sectores Económicos, donde se define cuatro Sectores que son: Productivo, Infraestructura, Social y Multisectorial; que

¹¹⁹ SANTA CRUZ. (2009) *Atlas de Potencialidades Productivas del Estado Plurinacional de Bolivia*. Pág. 106.

¹²⁰ MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2016) *Clasificadores Presupuestarios*. Pág. 2, 130 – 141.

a su vez se dividen en otros sectores. La investigación se centra en el Sector Salud del Departamento de Santa Cruz, identificado en el Sector Social.

3.1.2.1. Sector Salud

El departamento de Santa Cruz asume el compromiso de lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se muestra información del contexto y la situación de los indicadores para el seguimiento a la reducción de la pobreza extrema, nutrición, acceso y culminación de la mortalidad infantil y materna.¹²¹

3.2. PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ

En el Gráfico N° 1 Modelo de Economía de Mercado del primer periodo (1998 – 2005), se observa la evolución de la Programación del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud, alcanza un acumulado de Bs. 487 millones (Ver Anexo N° 2) que representa un promedio de Bs. 61 millones (Ver Anexo N° 3), la gestión 1998 registra un mínimo programado de Bs. 28 millones e incrementa significativamente en la gestión 2002 a Bs. 89 millones que representa el máximo programado (Ver Anexo N° 1).

La Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública alcanza un acumulado de Bs. 360 millones (Ver Anexo N° 2), que representa el promedio de Bs. 45 millones (Ver Anexo N° 3), se registra en la gestión 1998 un mínimo ejecutado de Bs. 28 millones y un máximo en la gestión 2002 de Bs. 78 millones (Ver Anexo N° 1).

El porcentaje de ejecución tiene un comportamiento cíclico durante el primer periodo, en promedio el porcentaje ejecutado respecto al programado es 74%, se registra un porcentaje máximo del 101% en la gestión 1998 y un mínimo de 55% en la gestión 2000.

¹²¹ PREFECTURA DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ. (2007) *Objetivos de Desarrollo del Milenio Santa Cruz. Situación Actual, Evaluación y Perspectivas*. Pág. 3.

Se establece la importancia en los sectores sociales, mediante la participación de las “fuentes de financiamiento HIPIC”,¹²² es decir la Inversión Pública fortalece al Sub Sector Salud.

En la gestión 1998 se diseña la “Reforma de Salud, en el marco del Plan Estratégico de Salud (PES), cuyo principal componente es la aprobación del Decreto Supremo de creación del Seguro Básico de Salud (SBS)”.¹²³ En esta gestión la prefectura facilita la canalización de recursos nacionales y la cooperación internacional para incrementar los servicios de salud¹²⁴, esto explica la eficiencia de ejecución en relación a la programación, a pesar de tener el menor presupuesto programado.

El máximo porcentaje de ejecución del Departamento de Santa Cruz durante la gestión 1998 se concreta por los proyectos relevantes, como la construcción del Centro de Salud Pailón con una inversión de Bs. 203 mil; el programa de Asistencia Social tiene una inversión de Bs. 5 millones; el Programa del País PMA (Programa Mundial de Alimentos) con una inversión de Bs. 10 millones (Ver Anexo N° 12).

Durante la gestión 2002, el Sector Salud continúa con la implementación de políticas fundamentalmente en la protección del estado de Salud de la población, la programación de inversión pública es mejor y mayor, a través de la asignación de recursos; sin embargo a raíz de problemas administrativos, la demora de la aprobación del Presupuesto General de la Nación 2002 (PGN – 2002) y la transición gubernamental, la inversión ejecutada alcanzó el 87%.¹²⁵ En esta gestión los proyectos importantes de ejecución en el Departamento de Santa Cruz son: La Ampliación del Hospital Tres Plantas Santa Cruz con una inversión de Bs. 14 millones; Fortalecimiento a la Red de Salud Santa Cruz con una inversión de Bs. 7 millones; Equipamiento Médico y de Laboratorio para Hospitales

¹²² UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (1999) BOLIVIA. *Evaluación de la Economía 1998*. Pág. 45.

¹²³ IBÍD 122 – Pág. 45.

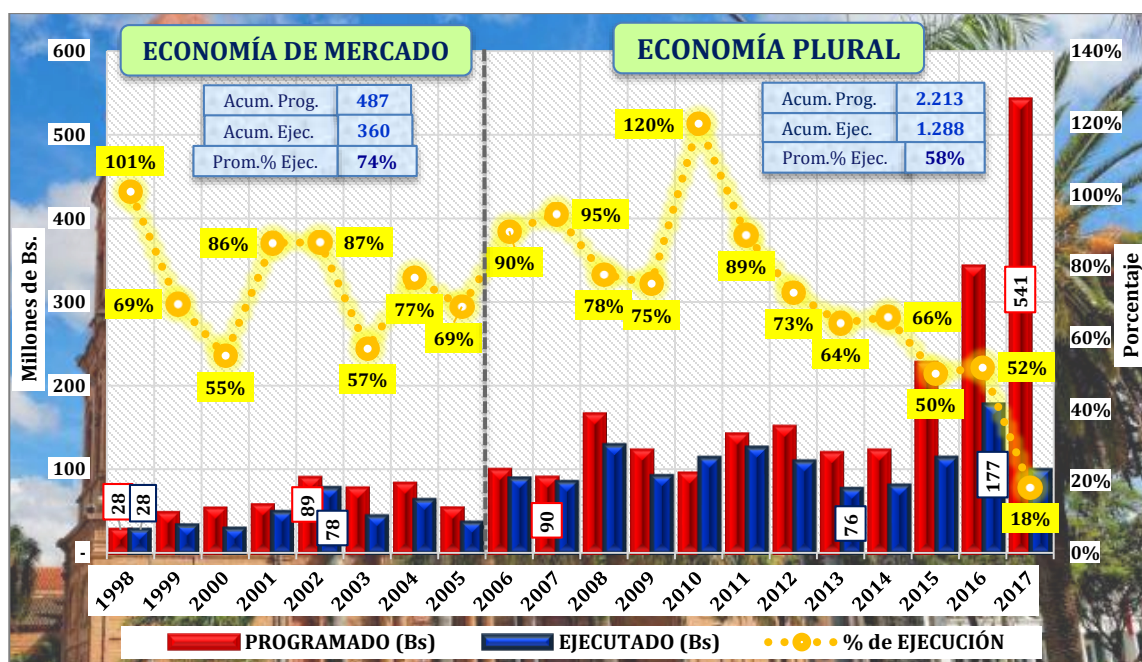
¹²⁴ UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2000) BOLIVIA. *Evaluación de la Economía 1999*. Pág. 33.

¹²⁵ UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2003) BOLIVIA. *Evaluación de la Economía 2002*. Pág. 40.

de Santa Cruz con un inversión de Bs. 5 millones; Desarrollo del Programa Reforma de Salud con un monto de ejecución de Bs. 5 millones (Ver Anexo N° 12).

Para la siguiente gestión 2003 se presenta una disminución de la ejecución del presupuesto, situación que se atribuye a la mayor magnitud promedio de los proyectos en municipios grandes, puesto que los procesos administrativos en programas de mayor tamaño son lentos.¹²⁶

GRÁFICO N° 1: PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Millones de Bs. y Porcentajes)



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

En el Modelo de Economía Plural del segundo periodo (2006 – 2017) se observa el comportamiento de la Programación del Presupuesto de Inversión Pública del Sector

¹²⁶ UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2004) BOLIVIA. *Evaluación de la Economía al Primer Semestre 2004*. Pág. 49.

Salud, alcanza un acumulado de Bs. 2.213 millones (Ver Anexo N° 2) que representa un promedio de Bs. 184 millones (Ver Anexo N° 3), en la gestión 2007 se registra un mínimo programado de Bs. 90 millones e incrementa significativamente en la gestión 2017 a Bs. 541 millones que representa el máximo programado (Ver Anexo N° 1).

La Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública alcanza un acumulado de Bs. 1.288 millones (Ver Anexo N° 2), que representa un promedio de Bs. 107 millones (Ver Anexo N° 3), se registra en la gestión 2013 un mínimo ejecutado de Bs. 76 millones y un máximo en la gestión 2016 de Bs. 177 millones (Ver Anexo N° 1).

En el segundo periodo el promedio del porcentaje ejecutado respecto al programado alcanza a 58%, durante la gestión 2006 – 2010 se presenta un comportamiento cíclico, la gestión 2010 registra el mayor monto de ejecución respecto al presupuesto programado, el cual alcanza el punto máximo de ejecución porcentual con 120%; posteriormente en los próximos 7 años se muestra un comportamiento decreciente significativo hasta la gestión 2017 con un registro mínimo de ejecución en 18%, se evidencia un menor presupuesto de ejecución respectivamente del presupuesto programado.

Desde el año 2006, con la política redistributiva de ingresos se prioriza la asignación de recursos en el Sector Salud como mujeres embarazadas e infancia.¹²⁷ El presupuesto programado y ejecutado en salud incrementa con respecto a la gestión anterior, debido a elementos que contribuyen a estos resultados como: contextos internacionales, cambios estructurales en la “nacionalización para la creación del Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH)”¹²⁸ que permiten recibir más recursos para la gobernación cruceña. Los niveles bajos de ejecución del Gobierno Departamental en la gestión 2013 se explican por diferentes factores como las insuficientes capacidades técnicas, los pesados sistemas

¹²⁷ MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. (2017) *Bolivia: Estimaciones de Gasto Público Social y Gasto en Infancia 2000 – 2014*. Pág.11.

¹²⁸ MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. (2006) *Informe Económico y Social Primer Semestre 2006 y Perspectivas*. Pág.3.

y procedimientos de gestión, la falta de planificación e inconsistencias en la distribución de recursos públicos.¹²⁹

Durante la gestión 2015 y 2016 se presenta una caída de los ingresos por coparticipación de impuesto y regalías para las gobernaciones; siendo la instancia más afectada debido a que depende en mayor grado de los recursos provenientes de hidrocarburos como regalías e IDH.¹³⁰

La ejecución de la inversión pública durante la gestión 2016 se explica por una estrategia de seguimiento a la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública, a través de la revisión del reporte mensual, realización de reuniones mensuales y visita a los proyectos importantes para verificar su estado de ejecución.¹³¹

En la gestión 2017 se reducen transferencias a la gobernación por efecto de “la caída de precios internacionales”¹³², a pesar de la situación se gestiona un presupuesto mayor para el Sector Salud del Departamento, no ejecuta el presupuesto anual, esto se explica porque las instancias con reducidas capacidades técnicas no cumplen con las competencias asignadas.¹³³

Los proyectos importantes de ejecución para este periodo del Sector Salud en el Departamento de Santa Cruz son: la Construcción del Hospital Montero con una inversión de Bs. 96 millones (2016); Construcción y Equipamiento del Hospital Materno Infantil Santa Cruz con una inversión de Bs. 40 millones (2015); Construcción del Hospital Santa Cruz con una inversión de Bs. 34 millones (2006) (Ver Anexo N° 12).

¹²⁹ FUNDACIÓN MILENIO. (2013) *Entidades del Estado tienen más de \$US 3.800 Millones de Presupuestos No Ejecutados*. Pág. 2.

¹³⁰ FUNDACIÓN JUBILEO. (2016) *Presupuesto 2016 Ante la Caída, una Alerta para Planificar el Desarrollo y Generar Mayores Ingresos*. Pág. 7.

¹³¹ MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. (2016) *Informe Bianual 2015 – 2016*. Pág. 37 – 38.

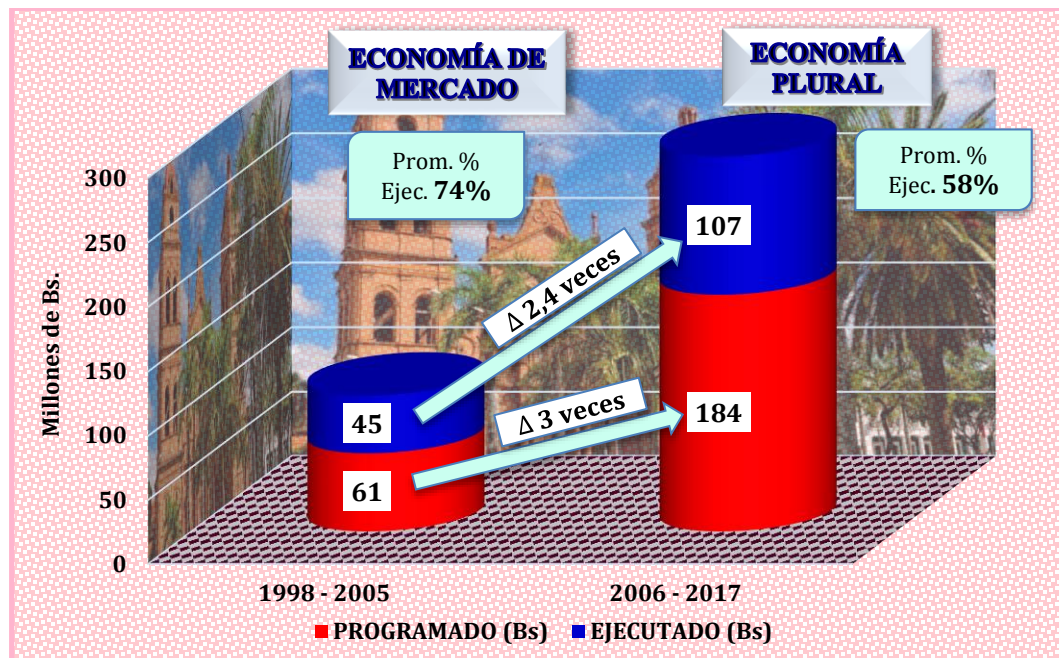
¹³² FUNDACIÓN JUBILEO. (2017) *Situación Fiscal 2017*. Pág. 2 – 6.

¹³³ FUNDACIÓN JUBILEO. (2009) *Presupuestos No Ejecutados Superan los Ingresos Anuales por Hidrocarburos*. Pág. 4 – 5.

3.2.1. COMPARACIÓN DE PERIODOS

GRÁFICO N° 2: COMPARACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017

(Millones de Bs. y Porcentajes)



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

En el Gráfico N° 2 se compara la programación y ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud, se evidencia que en el primer periodo la programación promedio alcanza Bs. 61 millones y la ejecución promedio los Bs. 45 millones, el cual representa el 74% de ejecución presupuestaria. En el segundo periodo se observa una programación promedio de Bs. 184 millones y una ejecución promedio de Bs. 107 millones, el porcentaje de ejecución es 58% respecto al programado (Ver Anexo N° 3).

El Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud tiene un incremento significativo en la programación de 3 veces y la ejecución logra un incremento de 2,4 veces en el segundo periodo.

Durante la transición del primer periodo hacia el segundo periodo, se incrementa la asignación de recursos, número de proyectos por la nueva Política Económica de intervención del Estado en Economía, Política Fiscal de redistribución de riqueza, contrariamente se evidencia una reducción en porcentaje de ejecución de proyectos.

Se evidencia en ambos periodos de investigación, el Sector Salud presenta una baja ejecución del Presupuesto de Inversión Pública donde prevalece la programación ante la ejecución presupuestaria, incumpliendo la programación financiera de la fase de ejecución del Ciclo de Vida del Proyecto propuesto por Nassir y Reinaldo Sapag Chain, Karen Marie Mokate y las Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública.

3.3. DISTRIBUCIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ

Según el Clasificador Presupuestario de Sectores Económicos se identifican subsectores del Sector Salud, que son: Infraestructura de Salud, identifica los proyectos de construcción de infraestructura y equipamiento de hospitales, centros de salud; Planificación y Prevención de Salud reconoce a los proyectos destinados en planificación, prevención y educación para la salud, regulación y control sanitario, también se encuentra la promoción de la salud; Atención en Salud, refiere a los proyectos que se encargan de la atención primaria en salud, programas integrales de salud, epidemiología; Multiprograma Salud, con proyectos dirigidos a la investigación en salud y otros programas de apoyo al sector; y por ultimo Otros Salud reconoce a los proyectos no incluidos en los anteriores subsectores.

En el cuadro N° 4 se observa el Clasificador Económico del Sector Salud, compuesto de la siguiente manera¹³⁴.

¹³⁴ MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2016) *Clasificadores Presupuestarios*. Pág. 130 – 141.

**ESQUEMA N° 4: CLASIFICADOR PRESUPUESTARIO DE SECTORES
ECONÓMICOS, SECTOR SALUD**

CÓDIGOS			DENOMINACIÓN	SIGLA
8			SALUD	SALUD
8	1		INFRAESTRUCTURA DE SALUD	SAL
8	1	1	CONSTRUCCIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE HOSPITALES	SAL01
8	1	2	CONSTRUCCIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE CENTROS DE SALUD	SAL02
8	1	3	MEJORAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA DE HOSPITALES	SAL03
8	1	4	MEJORAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA DE CENTROS DE SALUD	SAL04
8	1	5	OTROS INFRAESTRUCTURA DE SALUD	SAL05
8	2		PLANIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE SALUD	PLA
8	2	1	PLANIFICACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD	PLA01
8	2	2	PROGRAMAS EN PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD	PLA02
8	2	3	REGULACIÓN Y CONTROL SANITARIO	PLA03
8	2	4	PROMOCIÓN DE LA SALUD	PLA04
8	3		ATENCIÓN EN SALUD	ASAL
8	3	1	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	ASA01
8	3	2	PROGRAMAS INTEGRALES DE SALUD	ASA02
8	3	3	EPIDEMIOLOGIA	ASA03
8	3	4	DESARROLLO MEDICINA TRADICIONAL	ASA04
8	3	5	SALUD OCUPACIONAL	ASA05
8	4		MULTIPROGRAMA SALUD	MULSAL
8	4	1	MULTIPROGRAMA	MUL06
8	5		OTROS SALUD	OTSLD
8	5	1	OTROS	OTR07

FUENTE: Clasificador Presupuestario 2017

Elaboración Propia

En el Modelo de Economía de Mercado del primer periodo (1998 – 2005), el Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud alcanza una ejecución acumulada de Bs. 360 millones con un promedio de Bs. 45 millones (Ver Anexo N° 2 y N° 3).

El Gráfico N° 3 presenta una mayor ejecución de proyectos en Multiprograma y Otros con un acumulado de Bs. 103 millones, en segundo lugar se encuentra la ejecución de proyectos de Infraestructura con Bs. 96 millones, seguidamente los proyectos Planificación y Prevención de Salud ambos representan Bs. 88 millones, los proyectos de Seguridad Social tienen menor presupuesto ejecutado con Bs. 73 millones (Ver Anexo N° 5). Presenta un comportamiento cíclico en la ejecución de proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud.

La ejecución del presupuesto de inversión pública del tipo de proyecto Infraestructura, durante la gestión 1998 presenta una ejecución mínima de Bs. 2 millones e incrementa hasta la gestión 2002 con Bs. 27 millones, registrándose como la ejecución máxima. Se denota la ejecución presupuestaria del tipo de proyecto Planificación y Prevención de Salud, la gestión 1998 registra la ejecución mínima con Bs. 5 millones y la ejecución máxima se registra en la gestión 2001 con de Bs. 17 millones. El proyecto de Seguridad Social alcanza una ejecución mínima con Bs. 5 millones en la gestión 2004 y la ejecución máxima con Bs. 21 millones en la gestión 2002 (Ver Anexo N° 4).

En la gestión 1998 sobre la base del Seguro Básico de Salud (SBS) se pretende establecer un sistema de seguro solidario que se enmarca en la salud primaria y que absorbe al Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN). Se implementa el Programa para el Control y la Eliminación de la Enfermedad de Chagas con el objetivo de controlar y reducir la incidencia de las principales enfermedades transmisibles.¹³⁵

La ejecución máxima del proyecto Infraestructura en la gestión 2002 se debe a la ejecución de construcción y equipamiento de hospitales y centros de Salud, el proyecto importante

¹³⁵ UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (1999) BOLIVIA. *Evaluación de la Economía 1998*. Pág. 45.

de ejecución es la Ampliación del Hospital Tres Plantas Santa Cruz con un monto de ejecución de Bs. 14 millones.

La ejecución de proyectos de Planificación y Prevención de Salud durante la gestión 2002 se explica por la implementación de programas orientados a la salud materno infantil, prevención y tratamiento de enfermedades endémicas (chagas, malaria y tuberculosis). Asimismo, se adecua al Seguro Universal Materno Infantil,¹³⁶ para otorgar prestaciones de salud a mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis meses posteriores al parto; y así también a los niños y niñas, desde su nacimiento hasta los cinco años de edad.

Se distingue que la mayor cantidad del Presupuesto de Inversión Pública ejecutado del Sector Salud es destinado a los Sub – Sectores Multiprograma y Otros, a consecuencia de una atención primaria en salud, programas integrales de salud, capacitación del personal, proyectos que brinden un servicio no existente en materia de Promoción, Educación, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento o Rehabilitación.

Los proyectos importantes de ejecución del Sector Salud en el Departamento de Santa Cruz son (Ver Anexo N° 12):

INFRAESTRUCTURA: Ampliación del Hospital Tres Plantas Santa Cruz con un monto de ejecución de Bs. 14 millones (2002); Construcción del Hospital Montero con Bs. 9 millones (2001); Construcción del Hospital Yapacani II Nivel (Yapacani) con una inversión de Bs. 2 millones (2005); Construcción del Pabellón Materno Infantil P. Suárez con Bs. 1 millón (2005).

PLANIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE SALUD: Programa del País Programa Mundial de Alimentos (PMA) con un monto de ejecución de Bs. 9 millones (2000); Fortalecimiento a la Red de Salud Santa Cruz con Bs. 8 millones (2003); Programa Departamental de Asistencia Social con una ejecución de Bs. 6 millones (1999); Proyecto

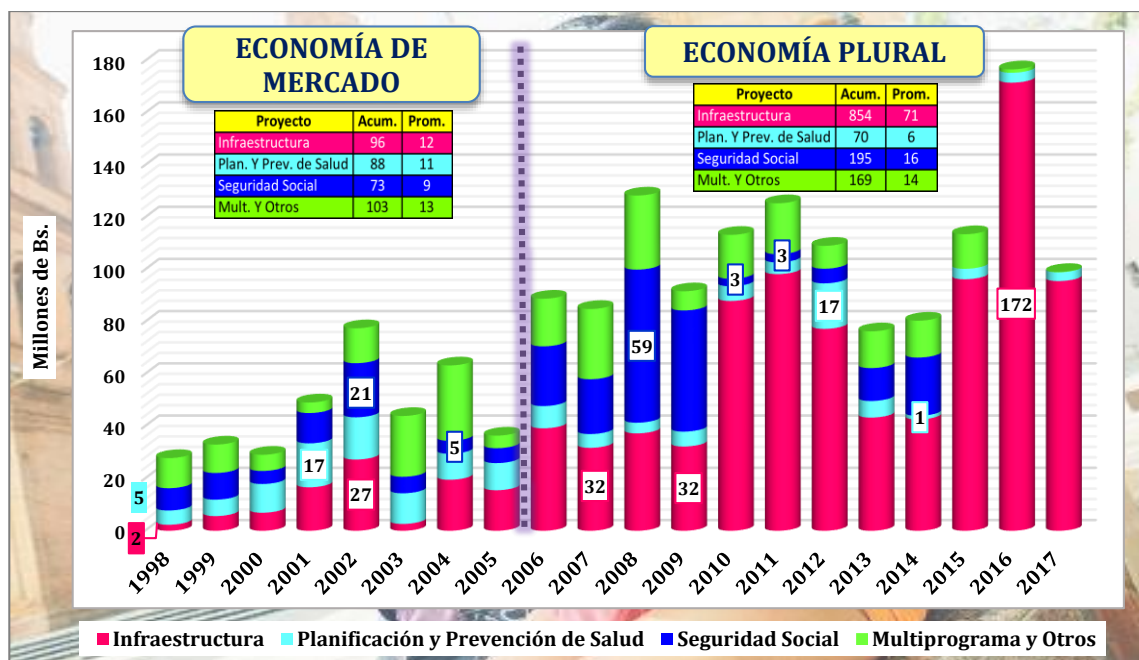
¹³⁶ UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2003) BOLIVIA. *Evaluación de la Economía 2002*. Pág. 72.

para Vigilancia y Control Chagas con Bs. 5 millones (2001); Control y Vigilancia de la Malaria con un monto de ejecución de Bs. 3 millones (2005); Programa de Desarrollo Integral Nutrición Niño (PDIN) con Bs. 79 mil (1998).

SEGURIDAD SOCIAL: Equipamiento Médico y de Laboratorio para Hospitales de Santa Cruz con un monto de ejecución de Bs. 5 millones (2002); Ampliación del Área Administrativa Hospital de Huarachi con Bs. 3 millones (2002); Desarrollo del Programa Reforma de Salud con una ejecución de Bs. 3 millones (1999).

MULTIPROGRAMA Y OTROS: Programa de Desarrollo Rural Integral y Participativo en Áreas Deprimidas (DRIPAD – PMA) con un monto de ejecución de Bs. 10 millones (2004); Programa Especial de Seguridad Alimentaria Fase II con una ejecución de Bs. 1 millón (2003).

GRÁFICO N° 3: DISTRIBUCIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Millones de Bs.)



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

Durante el Modelo de Economía de Plural del segundo periodo (2006 – 2017), se observa un comportamiento cíclico de la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud, con un acumulado de Bs. 1.288 millones y un promedio de Bs. 107 millones (Ver Anexo N° 2 y N° 3).

En el Gráfico N° 3 se observa el acumulado de la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por tipo proyecto del Sector Salud con la siguiente distribución: Infraestructura con Bs. 854 millones, Seguridad Social con Bs. 195 millones, Multiprograma y Otros con Bs. 169 millones, Planificación y Prevención de Salud con Bs. 70 millones (Ver Anexo N° 5).

A partir de la gestión 2006 – 2017 se presenta un comportamiento cíclico en la ejecución presupuestaria del tipo de proyecto Infraestructura, las gestiones 2007 y 2009 registran una ejecución mínima de Bs. 32 millones e incrementa hasta llegar a una ejecución máxima con Bs. 172 millones en la gestión 2016 (Ver Anexo N° 4).

Para la gestión 2014, la ejecución del tipo de proyecto Planificación y Prevención de Salud presenta una ejecución mínima de tan solo Bs. 1 millón y en la gestión 2012 registra la ejecución máxima con Bs. 17 millones (Ver Anexo N° 4).

El tipo de proyecto Seguridad Social registra una ejecución máxima con Bs. 59 millones en la gestión 2008 y una ejecución mínima en las gestiones 2010 y 2011 con Bs. 3 millones (Ver Anexo N° 4).

La calidad de los servicios de salud depende de la distribución de recursos humanos y de la infraestructura disponible. Dado que ambas variables son comunes para la atención de la salud infantil, como también para el tratamiento de la salud materna.¹³⁷

La mayor cantidad del Presupuesto de Inversión Pública ejecutado del Sector Salud es destinado al Sub – Sector Infraestructura, corresponde a proyectos de construcción, equipamiento de hospitales y centros de salud; estos proyectos benefician a la población

¹³⁷ PREFECTURA DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ. (2007) *Objetivos de Desarrollo del Milenio Santa Cruz. Situación Actual, Evaluación y Perspectivas*. Pág. 84.

para la atención en Salud, pero de alguna forma sigue siendo escasa para la demanda de la sociedad.

Los proyectos importantes de ejecución para este periodo del Sector Salud en el Departamento de Santa Cruz son (Ver Anexo N° 12):

INFRAESTRUCTURA: Construcción del Hospital de Tercer Nivel de Montero con un monto de ejecución de Bs. 96 millones (2016); Construcción y Equipamiento del Hospital Materno Infantil CPS Santa Cruz con Bs. 40 millones (2015); Construcción del Hospital Santa Cruz ejecutado con Bs. 34 millones (2006); Construcción del Centro de Salud de 24 Horas Multidistrital con Bs. 16 millones (2016).

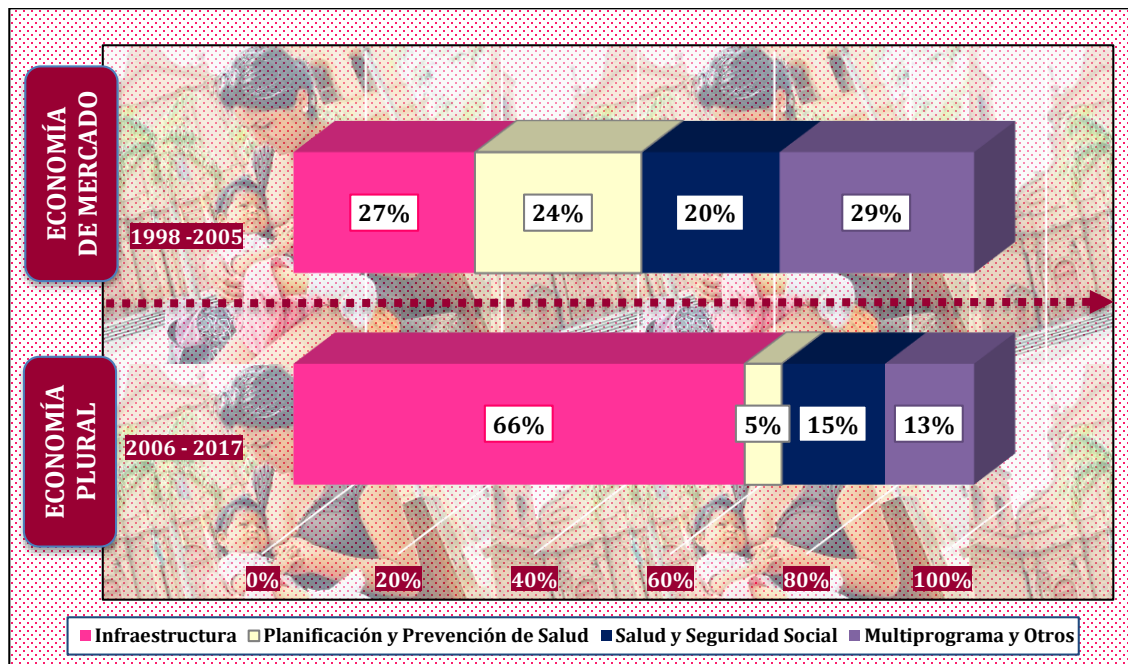
PLANIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE SALUD: Apoyo y atención integral VIH/SIDA a Nivel Nacional – 9Na Ronda con un monto de ejecución de Bs. 8 millones (2012); Fortalecimiento a La Red de Salud Santa Cruz con Bs. 5 millones (2006); Implementación de la Programación Inocuidad Alimentaria y Salud Ambiental SCZ con una ejecución de Bs. 4 millones (2016); Desarrollo del Programa Prevención Salud Integral a Personas con Discapacidad con una ejecución de Bs. 992 mil (2014).

SEGURIDAD SOCIAL: Construcción del Centro de Esparcimiento de 3ra. Edad con un monto de ejecución de Bs. 3 millones (2014); Construcción de Centro de Adulto Mayor Distrito 5 con Bs. 3 millones (2012); Construcción del Centro Piloto Just. Penal Juvenil N. Vida con una ejecución de Bs. 2 millones (2006); Desarrollo del Programa Integral de Atención a Niños(as) en Situación de Calle con una ejecución de Bs. 180 mil (2011).

MULTIPROGRAMA Y OTROS: Proyectos como el Programa: Atención Móvil Sanitaria con un monto de ejecución de Bs. 22 millones (2008); Desarrollo Rural Integral y Participativo en Áreas Deprimidas (DRIPAD – PMA) con un monto de ejecución de Bs. 5 millones (2006); Reforma de Salud con una ejecución de Bs. 3 millones (2006); Departamental de Emergencia para Atención a Desastres Naturales con Bs. 5 millones (2007).

3.3.1. COMPARACIÓN DE PERIODOS

GRÁFICO N° 4: COMPARACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017
(Porcentajes)



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

En el primer periodo denominado Economía de Mercado, de acuerdo al Gráfico N° 4, se observa que la ejecución presupuestaria presenta mayor concentración en el tipo de proyecto Multiprograma y Otros con 29% que representa en términos absolutos Bs. 13 millones; los proyectos en Infraestructura representan el 27% con un promedio de Bs. 12 millones; los proyectos Planificación y Prevención de Salud presentan el 24% con un promedio de Bs. 11 millones; Seguridad Social presenta una menor ejecución en proyectos de Bs. 9 millones con una participación del 20% (Ver Anexo N° 5).

Durante el segundo periodo, se prioriza la ejecución de proyectos en Infraestructura representan el 66% en términos absolutos es Bs. 71 millones del total ejecutado; los

proyectos Seguridad Social representan el 15% con un promedio de Bs. 16 millones; el tipo de proyecto Multiprograma y Otros representan el 13% con un promedio de Bs. 14 millones; los proyectos de Planificación y Prevención de Salud presentan un bajo nivel de ejecución del 5% equivalente a Bs. 6 millones (Ver Anexo N° 5).

La ejecución presupuestaria del Sector Salud en proyectos de Infraestructura tiene un incremento significativo de 6 veces para el segundo periodo, en el caso de los proyectos de Planificación y Prevención de Salud la ejecución presupuestaria disminuye significativamente para el segundo periodo.

Para el primer periodo coincidente al Plan General de Desarrollo Económico y Social, las políticas de Formación y Salud Integral, Promoción de la Salud; así también la política de Salud Pública del Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social de Santa Cruz 2000 – 2010 son cumplidas, a través de la ejecución de los programas implementados en la prestación de servicios y enseñanzas respecto a los problemas de salud, que se encuentra sustentado por la evidencia empírica. No cumple en su totalidad la Ley N° 2426 del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) que otorga prestaciones de salud a través de los establecimientos. Se constata con la evidencia empírica, el Gobierno Departamental 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, mediante la política del Sistema Único, Comunitario, Intercultural de Salud con el fin de permitir los accesos a los servicios de salud; así también la Ley N° 031 del Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Bólvarez” que considera una las competencias del Gobierno Departamental de ejecutar programas y proyectos departamentales de promoción de salud y prevención de enfermedades en el marco de la política de salud, no cumple en su totalidad con la evidencia empírica por el bajo nivel de ejecución en programas de promoción y prevención de enfermedades.

3.4. EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE INVERSIÓN DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ

En el Gráfico N° 5 durante el Modelo de Economía de Mercado (1998 – 2005), se observa los proyectos ejecutados del Sector Salud en el Presupuesto de Inversión Pública con tipo de inversión capitalizable y no capitalizable. El promedio de la ejecución en proyectos capitalizables alcanza a Bs. 36 millones frente a los Bs. 9 millones de los proyectos no capitalizables. Esto significa un acumulado de Bs. 289 millones en proyectos capitalizables y Bs. 71 millones en proyectos no capitalizables (Ver Anexo N° 7).

La ejecución porcentual en promedio de los proyectos de inversión capitalizables representan el 80%, que están orientados a crear, ampliar y mejorar el capital físico, que contribuyen a la formación bruta de capital o la generación de activos intangibles (derechos, patentes y otros).¹³⁸ Y los proyectos de inversión no capitalizables representan el 20%, que están enfocados a crear, ampliar y mejorar el capital humano, social, cultural y/o medio ambiental¹³⁹ (Ver Anexo N° 7).

Los proyectos capitalizables del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud tienen un comportamiento cíclico durante el primer periodo, alcanza su punto mínimo de ejecución en la gestión 2003 con Bs. 20 millones y el punto máximo de ejecución se registra el 2004 con Bs. 56 millones. Los proyectos capitalizables presentan una participación del 100% en las gestiones 1998, 1999 y 2005 y una participación mínima en la gestión 2003 del 46% (Ver Anexo N° 6).

Los proyectos no capitalizables presentan su punto máximo de ejecución en la gestión 2003 con Bs. 24 millones. En las gestiones 1998, 1999 y 2005 se puede observar que no se ejecutaron proyectos de este tipo de inversión (Ver Anexo N° 6).

¹³⁸ MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2016) *Directrices de Formulación Presupuestaria*. Pág. 92.

¹³⁹ IBÍD 138 – Pág. 92.

En las gestiones 1998 y 1999 los proyectos capitalizables representan el 100%, se realiza el equipamiento médico, en el cual se consolida la adquisición de aproximadamente 175 equipos mayores de tecnología avanzada, para los importantes centros de diálisis renal en el Hospital Japonés de Santa Cruz.¹⁴⁰

La máxima ejecución en proyectos capitalizables durante la gestión 2004 tiene una participación del 88%, el presupuesto se destina a proyectos de infraestructura, construcción y equipamiento de hospitales, entre los destacados son: la ampliación del Hospital Tres Plantas Santa Cruz con un monto de ejecución de Bs. 3 millones, la ampliación del quirófano en el Centro de Salud Pailón con una inversión de Bs. 484 mil, la construcción del Hospital Montero con un monto de ejecución de Bs. 737 mil (Ver Anexo N° 12).

En las gestiones 2002 y 2003, los proyectos no capitalizables representan la máxima ejecución, esto se explica principalmente por la implementación de políticas, fundamentalmente en la protección del estado de salud de la población: política de aseguramiento público, basado en la implementación de programas de aseguramiento focalizados a poblaciones vulnerables, como el binomio madre – niño, mediante el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) que se amplió del Seguro Básico de Salud (SBS) implementado en la presente gestión; la política de control y prevención de enfermedades transmisibles, se refiere a los programas nacionales orientados a controlar y prevenir enfermedades transmisibles, como el chagas, malaria y tuberculosis que se prioriza en los últimos años por su importancia dentro de la carga de enfermedades.¹⁴¹

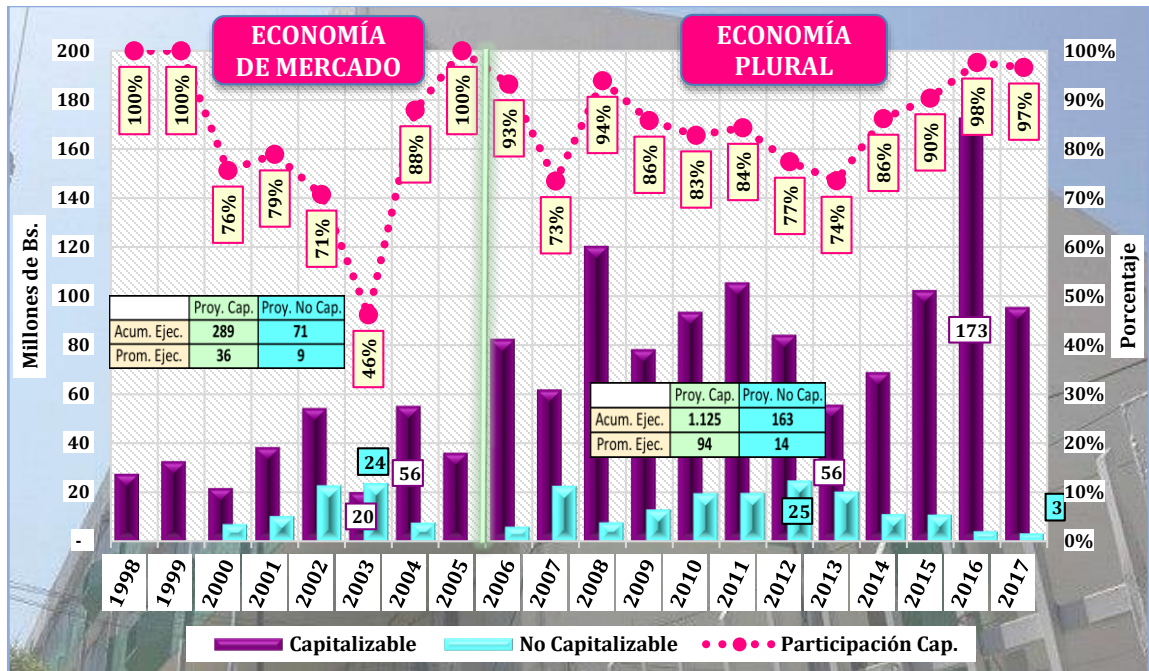
El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es uno de los programas preventivos de mayor impacto en la reducción de la mortalidad infantil y forma parte de los programas priorizados bajo la óptica de bienes públicos.¹⁴²

¹⁴⁰ UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2000) BOLIVIA. *Evaluación de la Economía 1999*. Pág. 33.

¹⁴¹ UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2004) BOLIVIA. *Evaluación de la Economía 2003*. Pág. 83.

¹⁴² IBÍD 141 – Pág. 83.

GRÁFICO N° 5: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE INVERSIÓN DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Millones de Bs. y Porcentajes)



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

El Modelo de Economía Plural (2006 – 2017) del Gráfico N° 5, se caracteriza por un aumento progresivo del Presupuesto de Inversión Pública en proyectos capitalizables. El promedio de la ejecución en proyectos capitalizables alcanza a Bs. 94 millones que representa 87% en términos porcentuales, frente a los Bs. 14 millones de los proyectos no capitalizables que en porcentaje representan el 13%. Respectivamente significa un acumulado de Bs. 1.125 millones para proyectos capitalizables y un acumulado en proyectos no capitalizables de Bs. 163 millones (Ver Anexo N° 7).

Los proyectos capitalizables presentan en el segundo periodo, su punto máximo de ejecución en la gestión 2016 con Bs. 173 millones, el punto mínimo de este periodo se registra el 2013 con Bs. 56 millones. Registran una participación máxima del 98% y 97%

en las gestiones 2016 y 2017 y una participación mínima en la gestión 2007 con el 73% (Ver Anexo N° 6).

Los Proyectos no capitalizables, alcanzan su punto máximo de ejecución en la gestión 2012 con Bs. 25 millones. Para la gestión 2017 decrece en Bs. 3 millones representa una ejecución mínima (Ver Anexo N° 6).

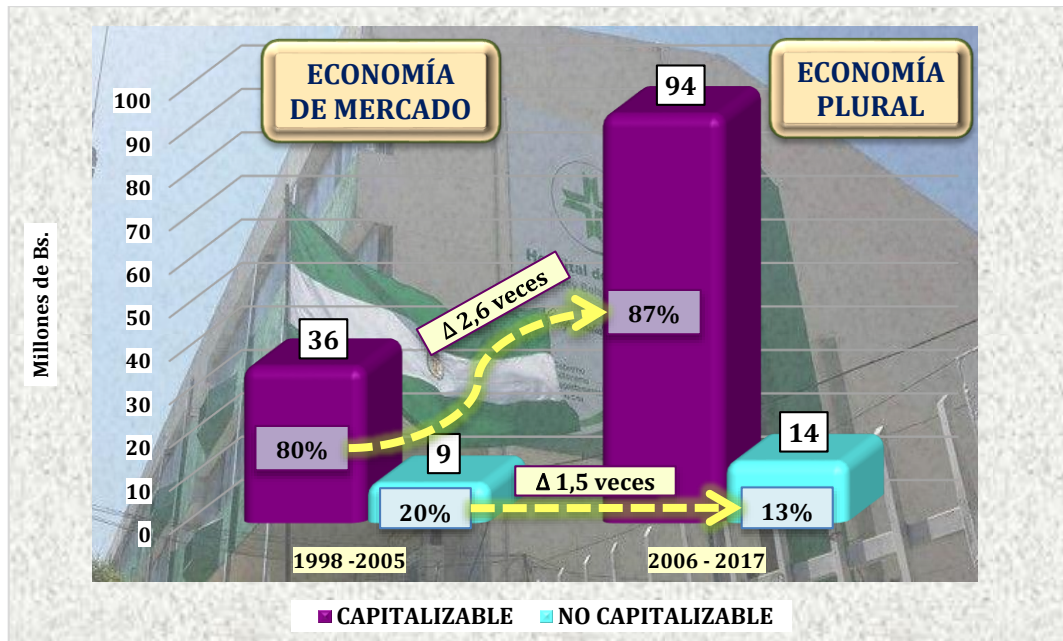
En todas las sociedades la problemática de la niñez está relacionada con el nivel de desarrollo, que determina el grado de vulnerabilidad a la que está expuesta la población en general y principalmente niños y niñas menores de cinco años; la inversión en capital humano en los primeros años de vida es fundamental para la generación de una estructura social y económica sólida y con perspectivas de crecimiento.

La máxima ejecución de proyectos capitalizables se registra en la gestión 2016 con una participación del 97%, los proyectos destacados son: la construcción del hospital de tercer nivel de Montero con un monto de ejecución de Bs. 96 millones, la construcción del centro de salud de 24 Horas Multidistrital con una inversión de Bs. 16 millones, la construcción y equipamiento del centro hospitalario Camiri con un monto de ejecución de Bs. 12 millones, la construcción del centro materno infantil Francisco Mora con una inversión de Bs. 5 millones.

Los proyectos no capitalizables registran su máxima ejecución en la gestión 2012, con los proyectos destacados son: el desarrollo del programa, promoción, prevención y tratamiento integral de enfermedades endémicas con un monto de ejecución de Bs. 3 millones, el desarrollo del programa previsión y repositorio dental a personas de 3era. edad – fase II con una inversión de Bs. 3 millones, el fortalecimiento a la salud Niños de 5 a 12 años del Departamento de Santa Cruz con una inversión de Bs. 2 millones.

3.4.1. COMPARACIÓN DE PERIODOS

GRÁFICO N° 6: COMPARACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE INVERSIÓN DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Millones de Bs.)



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

En ambos periodos de estudio del Gráfico N° 6 se observa que los proyectos de inversión pública capitalizables presentan en el primer periodo una inversión promedio de Bs. 36 millones que representa una ejecución porcentual del 80% frente a la inversión promedio de Bs. 94 millones del segundo periodo con un porcentaje del 87% de ejecución, significa que el presupuesto destinado a los proyectos capitalizables del Sector Salud creció 2,6 veces en el segundo periodo (Ver Anexo N° 7).

En el caso de los proyectos de inversión pública no capitalizables presentan en el primer periodo una inversión promedio de Bs. 9 millones que representa una ejecución porcentual del 20%. Durante el segundo periodo de Economía Plural se evidencia una inversión promedio de Bs. 14 millones con un porcentaje de ejecución del 13%. Se verifica que los

proyectos no capitalizables del Sector Salud tienen un crecimiento de 1,5 veces para el segundo periodo.

En ambos periodos existe la priorización de los proyectos capitalizables donde se denota la prioridad a proyectos en infraestructura frente a los proyectos no capitalizables, este disminuye su participación en captación técnica y capital humano. Se contraponen con el Plan Nacional de Desarrollo 2006 – 2011 que estipula la importancia de la capacitación del capital humano.

Se cumple la teoría planteada por Ricardo Cibotti y Enrique Sierra, donde el Estado cumple acciones de Acumulación que contribuyen a la formación del acervo de instalaciones y equipo necesarios para efectuar la prestación de servicios públicos, como la construcción de hospitales.

3.5. PORCENTAJE DE NACIDOS CON BAJO PESO DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ

En el Gráfico N° 7 Modelo de Economía de Mercado (1998 – 2005), se observa en términos porcentuales el comportamiento de nacidos con bajo peso del Departamento de Santa Cruz, en la gestión 1998 se registra el 4.1% de nacidos con bajo peso e incrementa hasta la gestión 2000 a 5.3% que representa el máximo porcentaje, posteriormente disminuye para la siguiente gestión 2001 a 3% siendo el mínimo porcentaje del primer periodo, para los próximos tres años incrementa el porcentaje a 4.5% en la gestión 2004 y se presenta un descenso en la gestión 2005 a 3.8%. El porcentaje de recién nacidos con bajo peso presenta un promedio de 4% (Ver Anexo N° 8).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el recién nacido con bajo peso es aquel niño con un peso menor de 2,500 gramos al nacer; esta medición debe realizarse al momento de nacer o dentro de las primeras horas de vida. El recién nacido con bajo peso es sinónimo de desnutrición y retardo del crecimiento intrauterino o pequeños para la edad gestacional, tiene 20 veces más probabilidades de morir.

Las estadísticas sobre mortalidad infantil, según la edad de los niños, demuestran que el riesgo de muerte es más alto durante las primeras semanas de vida y antes de alcanzar el primer año. Las defunciones son frecuentes entre los niños de menos de 29 días de edad (mortalidad neonatal) o de niños que tienen entre un mes y un año de vida (post –neonatal), debido a un acceso a la atención en salud o mejores condiciones de vida de la población.¹⁴³

La desnutrición es un problema de enorme relevancia en la población infantil. Para combatir el bajo peso de los recién nacidos es necesario priorizar los micronutrientes, además de las vitaminas y minerales, con prioridad la lactancia y alimentación inmediata en los primeros días de vida.

La cobertura de control prenatal y postnatal no alcanza los niveles deseables durante la gestión 2000, como consecuencia, subsisten los contagios y complicaciones durante partos no asistidos, la población de menos recursos muestra preferencia por partos domiciliarios. Además, por factores culturales o de equivocada noción del pudor, muchas mujeres no son constantes en sus controles.¹⁴⁴

En la gestión 2002 se observa un incremento en la cobertura a las principales prestaciones orientadas a las madres: el parto institucional y el cuarto control. Ello se debe en parte, al empoderamiento e información de las mujeres sobre el derecho a la maternidad segura, mediante el uso del Seguro Básico de Salud (SBS). La mortalidad neonatal hospitalaria, disminuyó entre 2001 y 2002, producto de la mejora en la capacidad resolutoria de los hospitales de segundo y tercer nivel en atención de neonatos; ello permite la disminución de la mortalidad infantil.¹⁴⁵

¹⁴³ PREFECTURA DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ. (2007) *Objetivos de Desarrollo del Milenio Santa Cruz. Situación Actual, Evaluación y Perspectivas*. Pág. 81.

¹⁴⁴ PREFECTURA DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ. (2000) *Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social de Santa Cruz 2000 – 2010*. Pág. 40.

¹⁴⁵ UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2003) BOLIVIA. *Evaluación de la Economía 2002*. Pág. 72.

GRÁFICO N° 7: NACIDOS CON BAJO PESO DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Porcentajes)



FUENTE: Instituto Nacional de Estadísticas – INE
 Elaboración Propia

En el Modelo de Economía Plural (2006 – 2017) del Gráfico N° 7, se observa el comportamiento del porcentaje nacidos con bajo peso, en la gestión 2006 se registra el 2.9%, para la siguiente gestión 2007 disminuye a 2% siendo el mínimo porcentaje del segundo periodo e incrementa hasta la gestión 2010 a 4.9%, en los próximos tres años disminuye el porcentaje a 3.3% en la gestión 2013, posteriormente se evidencia un comportamiento creciente hasta la gestión 2017 a 5.3% que representa el máximo porcentaje del segundo periodo. El porcentaje de recién nacidos con bajo peso presenta un promedio de 4% (Ver Anexo N° 8).

La mortalidad neonatal se relaciona con la cobertura de servicios, los niveles de ingresos y las condiciones de vida de la población.¹⁴⁶

¹⁴⁶ PREFECTURA DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ. (2007) *Objetivos de Desarrollo del Milenio Santa Cruz. Situación Actual, Evaluación y Perspectivas*. Pág. 80.

La desnutrición es resultado de deficiencias de nutrientes que impiden a las personas mantener niveles adecuados de: crecimiento, embarazo, lactancia trabajo físico y recuperación de enfermedades.¹⁴⁷

En la gestión 2007, el riesgo de muerte de los recién nacidos con bajo peso disminuye por un mayor acceso a la atención en salud o con mejores condiciones de vida de la madre.¹⁴⁸

El Bono Juana Azurduy (desde el año 2009) es un programa de transferencia monetaria condicionada, como parte importante de la protección social, tiene por objetivo contribuir a la reducción de la mortalidad infantil, se busca incrementar el uso de servicios de salud y desarrollar el capital humano en el ámbito de salud y nutrición.¹⁴⁹

La atención profesional de médicos incide significativamente en la salud materno – infantil, la atención antes durante y después del parto permite prevenir enfermedades tratar problemas de salud para evitar complicaciones en el recién nacido.

El estado de salud del nacido con bajo peso puede empeorar, el factor más relevante en este caso es la leche materna, comúnmente hay bebés que no reciben el respectivo alimento debido a que los recién nacidos se encuentran con bajo peso, los que permanecen en incubadoras, o aquellos que perdieron a la madre.

Para la gestión 2017 el incremento de recién nacidos con bajo peso está ligada a la malnutrición, cuidado de la mujer embarazada, así como la atención de salud en el momento del parto.¹⁵⁰

¹⁴⁷ PREFECTURA DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ. (2007) *Objetivos de Desarrollo del Milenio Santa Cruz. Situación Actual, Evaluación y Perspectivas*. Pág. 43.

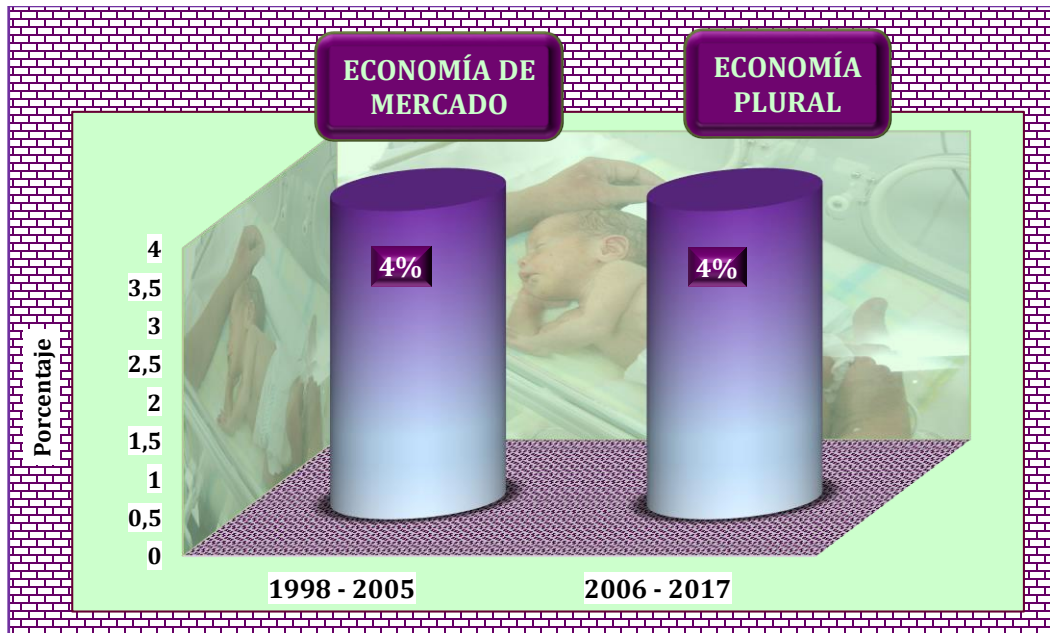
¹⁴⁸ IBÍD 147 – Pág. 81.

¹⁴⁹ UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2015) BOLIVIA. *Evaluación de Impacto Programa de Salud Materno Infantil “Bono Juana Azurduy”*. Pág. 27.

¹⁵⁰ PREFECTURA DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ. (2007) *Objetivos de Desarrollo del Milenio Santa Cruz. Situación Actual, Evaluación y Perspectivas*. Pág. 81.

3.5.1. COMPARACIÓN DE PERIODOS

GRÁFICO N° 8: COMPARACIÓN DE NACIDOS CON BAJO PESO DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Porcentajes)



FUENTE: Instituto Nacional de Estadísticas – INE
Elaboración Propia

Se observa en el Gráfico N° 8, durante el primer periodo Modelo de Economía de Mercado el porcentaje de nacidos con bajo peso presenta en promedio 4%, en el segundo periodo la situación no cambia y el promedio de porcentaje se mantiene constante, significa que las políticas implementadas en el segundo periodo no ayudan a mejorar este indicador (Ver Anexo N° 8).

En el primer periodo de investigación acorde al Plan General de Desarrollo Económico y Social 1997 – 2002, las políticas Formación y Salud Integral, Nutrición Básica, la Promoción de la Salud, Atención Primaria de la Salud están relacionadas a mejorar el indicador de mortalidad infantil y reducir la desnutrición; así también la política alimentación y nutrición del Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social de

Santa Cruz 2000 – 2010, no cumplen con la disminución del nacido con bajo peso a consecuencia de la mala alimentación y deficiencias en la asignación de micronutrientes.

En el segundo periodo de investigación el Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien” 2006 – 2011 no presenta ninguna política dirigida al beneficio de nacidos con bajo peso, por lo tanto la evidencia empírica demuestra la prevalencia del porcentaje de nacidos con bajo peso. La política Seguridad Alimentaria y Nutrición del Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social Santa Cruz 2006 – 2020; la Ley N° 3250 de la ampliación del Seguro Universal Materno Infantil no cumple en su totalidad, porque no mejora el porcentaje de bajo peso al nacer, relacionado a la mortalidad infantil manteniéndose 4% en promedio.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera que una población sana es más productiva, los niños y niñas se convierten en adultos productivos, el incremento de inversión en salud se traduce en ingresos anuales que se podrían emplear en mejorar las condiciones de vida de los países más pobres.

3.6. NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS POR NIVEL DE ATENCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ

En el Gráfico N° 9 durante el Modelo de Economía de Mercado (1998 – 2005), se observa el número de establecimientos de salud del Departamento de Santa Cruz con un comportamiento creciente para los de Primer Nivel y Segundo Nivel.

Durante el primer periodo la atención de Primer Nivel en promedio representa 359 establecimientos de salud, superior al promedio de los establecimientos de Segundo y de Tercer Nivel de atención que representan 42 y 9 establecimientos respectivamente (Ver Anexo N° 10).

La gestión 1998 registra 307 establecimientos de salud de Primer Nivel, e incrementa a 433 establecimientos en la gestión 2005. Los de Segundo Nivel de atención registran 33 establecimientos de salud durante la gestión 1998, y aumentan a 68 establecimientos en la gestión 2005 (Ver Anexo N° 9).

El comportamiento del número de establecimientos de salud de Tercer Nivel es constante durante el primer periodo, en cada gestión registran 9 establecimientos de salud (Ver Anexo N° 9).

Los establecimientos de Primer Nivel de atención comprende a los puestos de salud y centros de salud.¹⁵¹ Corresponde a las modalidades de atención cuya oferta de servicios es para resolver los problemas de salud que predomina en el auto cuidado de la salud, la consulta ambulatoria y la internación de tránsito. Los establecimientos de primer nivel se enmarca en: la promoción, prevención de la salud, curación (consulta e internación) y rehabilitación.¹⁵²

En el caso de los establecimientos de Segundo Nivel comprende al Hospital Básico.¹⁵³ Compuesto por las especialidades de: Internación hospitalaria (Pediatría, Cirugía General y Medicina Interna; con apoyo de anestesiología, y servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento). Los hospitales básicos de apoyo tienen atención ambulatoria de mayor complejidad que el primer nivel de atención.¹⁵⁴

Los establecimientos de Tercer Nivel de atención comprenden al Hospital General e Instituto Especializado.¹⁵⁵ Se cuenta con personal especializado y con los medios técnicos para desarrollar actividades de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, con orientación preventiva dirigida a la persona, familia y comunidad, con atención en servicios de emergencia, consulta y hospitalización las 24 horas durante todo el año y cuenta mínimamente con 20 camas. Tiene funciones de asistencia, enseñanza e investigación.¹⁵⁶

¹⁵¹ PREFECTURA DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ. (2006) *Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social Santa Cruz 2006 – 2020*. Pág. 68.

¹⁵² GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE SANTA CRUZ. “Definición del 1er Nivel de Atención”. Disponible en <http://www.santacruz.gob.bo.>; Jueves, Hrs.16:50.

¹⁵³ IBÍD 151 – Pág. 68.

¹⁵⁴ IBÍD 152

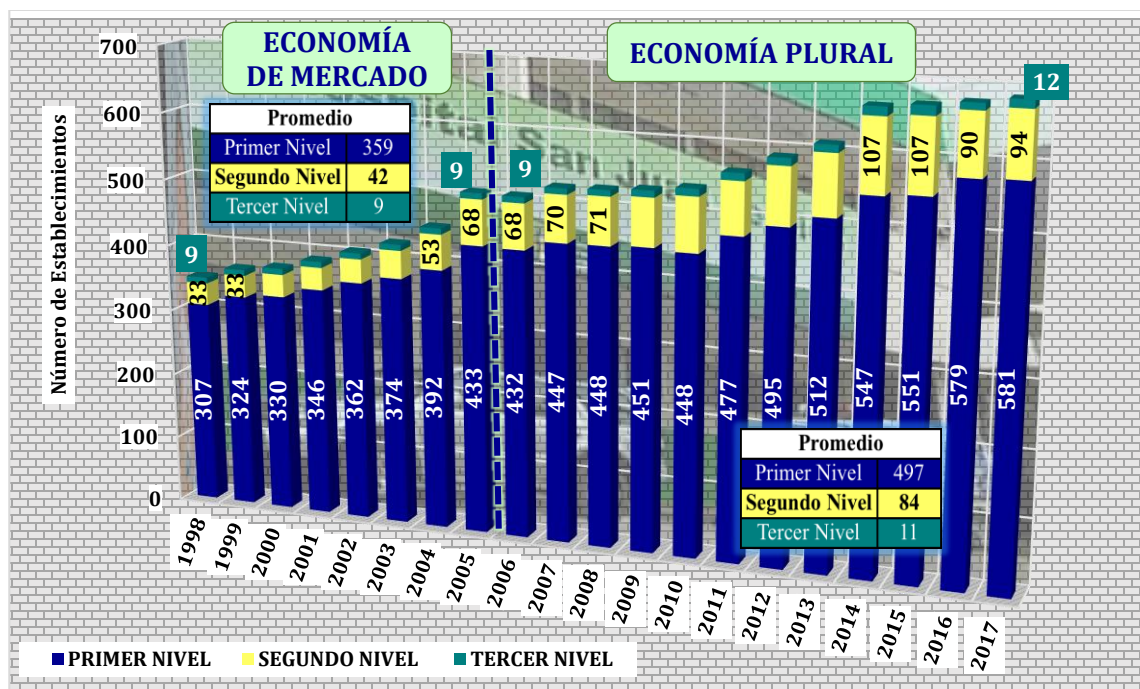
¹⁵⁵ IBÍD 151 – Pág. 68.

¹⁵⁶ IBÍD 152

La mejora del Primer Nivel de atención de salud es por la dotación de servicios de salud, la implementación de programas de educación sanitaria y los programas de salud preventiva; se observa el elevado número de establecimientos de Primer nivel en relación a los establecimientos de salud de Tercer Nivel, cuyo comportamiento es constante durante el primer periodo de la economía de mercado.

GRÁFICO N° 9: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017

(Número de Establecimientos)



FUENTE: Instituto Nacional de Estadísticas – INE
Elaboración Propia

En el segundo periodo Modelo de Economía Plural (2006 – 2017) del Gráfico N° 9, percibe el número de establecimientos de salud del Departamento de Santa Cruz con un comportamiento creciente. En promedio, existen 497 establecimientos de salud de Primer Nivel, superior al promedio de los establecimientos de Segundo Nivel y Tercer Nivel de atención que registran 84 y 11 establecimientos (Ver Anexo N° 10).

El Departamento de Santa Cruz registra 432 establecimientos de salud de Primer Nivel en la gestión 2006, e incrementan a 581 establecimientos para la gestión 2017. Los de Segundo Nivel de atención registran 68 establecimientos de salud durante la gestión 2006, registran su punto máximo en las gestiones 2014 y 2015 con 107 establecimientos.

El comportamiento del número de establecimientos de Tercer Nivel a partir del segundo periodo se registran 9 establecimientos de salud hasta la gestión 2008, posteriormente incrementan a 12 establecimientos de salud en la gestión 2017.

Entre las acciones integrales del Departamento de Santa Cruz, se destaca el acceso a los servicios de Salud, mediante una asignación adecuada de recursos prefecturales, para un mejor acceso significa mejorar la infraestructura, equipamiento y la ubicación de los centros de Segundo y Tercer Nivel.¹⁵⁷

A pesar de tener inversión en los últimos años y mejoramientos en los ambientes del Hospital San Juan de Dios, aún es visible la falta de camas para internación e insumos, cuenta con 240 camas disponibles pero no son suficientes para atender las necesidades de la población, considerando que es un Hospital de Tercer Nivel.¹⁵⁸

Se destaca una situación desfavorable de la oferta de servicios de salud en el Departamento con relación a la oferta nacional. En la cantidad de establecimientos de salud por habitante, el Departamento de Santa Cruz registra una diferencia de menos 1,4 establecimientos por cada 10.000 habitantes. Se presentan inequidades que afectan la capacidad de atención efectiva de salud.¹⁵⁹

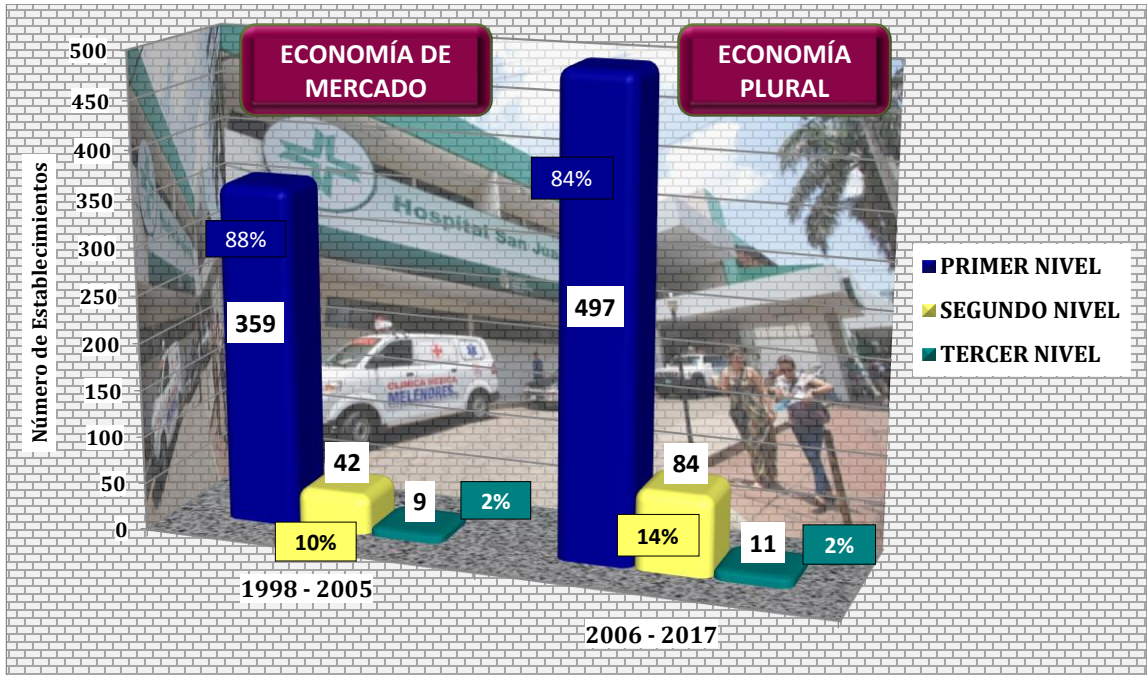
¹⁵⁷ PREFECTURA DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ. (2007) *Objetivos de Desarrollo del Milenio Santa Cruz. Situación Actual, Evaluación y Perspectivas*. Pág. 84.

¹⁵⁸ CAMBARÁ, PABLO. EL DEBER. (2016). *182 Años del Hospital San Juan de Dios, el más antiguo de Santa Cruz*. Publicado el 4 de Junio. Disponible en: <https://social.shorthand.com/diarioeldeber>; Miércoles, Hrs.17:20.

¹⁵⁹ PREFECTURA DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ. (2006) *Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social Santa Cruz 2006 – 2020*. Pág. 245.

3.6.1. COMPARACIÓN DE PERIODOS

GRÁFICO N° 10: COMPARACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Número de Establecimientos y Porcentajes)



FUENTE: Instituto Nacional de Estadísticas – INE
Elaboración Propia

En el Gráfico N° 10 se compara el promedio del número de establecimientos por nivel de atención, en el primer periodo se alcanza un promedio de 359 establecimientos de salud de Primer Nivel, y aumentan a 497 establecimientos en el segundo periodo. Los de Segundo Nivel incrementan de 42 a 84 establecimientos.

Los establecimientos de Salud de Tercer Nivel durante el primer periodo en promedio registran 9 establecimientos, para el segundo periodo incrementan a 11 establecimientos. En participación los establecimientos de Primer Nivel representan en el primer periodo 88% y disminuyen para el segundo periodo a 84%; los de Segundo Nivel en el primer

periodo 10% e incrementan a 14% en el segundo periodo; los establecimientos de Tercer Nivel representan 2% en ambos periodos.

En el primer periodo, se cumplen las políticas planteadas en el Plan departamental de Desarrollo Económico y Social del Departamento de Santa Cruz, de promover la mejora del primer nivel de atención de salud mediante la dotación de servicios de salud, la implementación de programas de educación sanitaria y la difusión de programas de salud preventiva.

En el segundo periodo la política Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural planteado en el Plan Nacional de Desarrollo 2006 – 2011, y la política Fortalecimiento de las Redes de Salud del Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social Santa Cruz 2006 – 2020 no cumplen en su totalidad, los establecimientos de primer nivel es superior al número de establecimientos de tercer nivel, en ambos periodos hay prioridad en la construcción de centros y puestos de salud, tipos de establecimientos que se enmarcan dentro del primer nivel de atención.

Se cumple la teoría planteada por Ricardo Cibotti y Enrique Sierra donde le Estado cumple acciones de Acumulación que contribuyen a la formación del acervo de instalaciones y equipo necesarios para efectuar la prestación de servicios públicos, como la construcción de hospitales. No se cumple con la Ley N° 031, de proporcionar infraestructura sanitaria y mantenimiento adecuado del tercer nivel , como acción del gobierno departamental.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

4.1.1. Conclusión General

En la realización de la presente investigación denominado “La Fase de Ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del Departamento de Santa Cruz; 1998 – 2017”, se concluye que existe una baja ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud evidenciándose que los recursos no son ejecutados eficientemente en el Departamento de Santa Cruz.

Se demuestra que el primer periodo de estudio presenta una distribución equitativa en la ejecución de los diferentes tipos de proyecto. En el segundo periodo de estudio se prioriza el tipo proyecto Infraestructura y no así los proyectos de Planificación y Prevención de Salud, que es de gran relevancia para mejorar el Sector Salud, asimismo la teoría enfatiza la importancia del papel del Estado en la Economía y su intervención a través de políticas públicas asignando mayores recursos que tiene como fin ejecutar de manera equitativa los proyectos en los diferentes sub – sectores para el desarrollo y fortalecimiento del Sector Salud.

4.1.2. Conclusiones Específicas

4.1.2.1. Conclusión Específica 1

La evidencia empírica, demuestra en el primer periodo Modelo de Economía de Mercado el comportamiento del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud, alcanza un promedio programado de Bs. 61 millones de los cuales se ejecutaron Bs. 45 millones, y con un porcentaje de ejecución promedio de 74%. Para el segundo periodo Modelo de Economía Plural la programación y ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en promedio representan Bs. 184 millones y Bs. 107 millones respectivamente, y alcanza solo el 58% en promedio de ejecución. Se destaca que en el segundo periodo los recursos

se incrementan para el Sector Salud, sin embargo los recursos no se ejecutan eficientemente.

La evidencia empírica demuestra una baja ejecución del Presupuesto de Inversión Pública, en ambos periodos prevalece la programación ante la ejecución presupuestaria, a consecuencia del incumplimiento de la programación financiera de la fase de ejecución del Ciclo de Vida del Proyecto, propuesto por los autores: Nassir Sapag Chain y Reinaldo Sapag Chain, Karen Marie Mokate y las Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública.

4.1.2.2. Conclusión Específica 2

En el primer periodo se evidencia que el Presupuesto de Inversión Pública por tipo de proyectos del Sector Salud presenta una distribución equitativa en cuanto al segundo periodo la distribución de la ejecución es desigual.

En el primer periodo Modelo de Economía de Mercado, la ejecución promedio alcanza Bs. 45 millones, el 29% de ejecución pertenece a los proyectos Multiprograma y Otros, el 27% es Infraestructura, el 24% es para proyectos de Planificación y Prevención de Salud, y el 20% pertenece a Seguridad Social.

La evidencia empírica demuestra el cumplimiento de las políticas de Formación y Salud Integral, Promoción de la Salud, Salud Pública y no cumple en su totalidad con la Ley N° 2426 del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI). Se constata con la evidencia empírica, el Gobierno Departamental no dinamiza la ejecución presupuestaria en proyectos de Infraestructura en Salud.

En el segundo periodo Modelo de Economía Plural, la ejecución promedio es de Bs. 107 millones, el 66% de ejecución pertenece a Infraestructura, 15% a Seguridad Social, el 13% a Multiprograma y Otros, un 5% para Planificación y Prevención de Salud.

En este periodo la evidencia empírica sustenta que no cumple en su totalidad con la política del Sistema Único, Comunitario, Intercultural de Salud, así también la Ley N° 031 del Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Bólvain” que considera una las

competencias del Gobierno Departamental de ejecutar programas y proyectos departamentales de promoción de salud y prevención de enfermedades en el marco de la política de salud, no cumplen en su totalidad, se contrasta con la evidencia empírica por el bajo el nivel de ejecución en programas de promoción y prevención de enfermedades.

La Ejecución de los sub – sectores en el primer periodo presenta una distribución equitativa, para el segundo periodo la distribución es desigual, la evidencia empírica presenta un incumplimiento del paradigma teórico de Richard Musgrave, señala que una de las funciones del Estado es la distribución, donde plantea que el ajuste de la distribución de la renta y la riqueza, debe ser equitativamente en los diferentes Sectores de la Economía.

4.1.2.3. Conclusión Específica 3

Durante el primer periodo los proyectos capitalizables representan una ejecución promedio de Bs. 36 millones que representa el 80%, los proyectos no capitalizables en ese mismo periodo presentan un ejecutado de Bs. 9 millones que representa el 20%.

En el segundo periodo se verifica el progresivo incremento de los proyectos capitalizables con una ejecución promedio de Bs. 94 millones que representa el 87%, los proyectos no capitalizables registran una ejecución promedio de Bs. 14 millones que representa el 13%.

En ambos periodos la ejecución en proyectos capitalizables es superior a los proyectos no capitalizables, se prioriza la ejecución de proyectos de infraestructura y no así en ejecución de programas de promoción y prevención de enfermedades. No cumple con el Plan Nacional de Desarrollo 2006 – 2011 que estipula la importancia de la capacitación técnica y científica del capital humano en torno a la diversificación económica. Se cumple la teoría planteada por Ricardo Cibotti y Enrique Sierra: el Estado cumple acciones de Acumulación que contribuyen a la formación del acervo de instalaciones y equipos necesarios para efectuar la prestación de servicios públicos.

4.1.2.4. Conclusión Específica 4

En el primer periodo el porcentaje de bajo peso al nacer es 4%, en el segundo periodo la situación no cambia y el promedio de porcentaje es igual al primer periodo, significa que las políticas implementadas en el segundo periodo no ayudan a mejorar este indicador.

No cumple con la teoría planteada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los gobiernos tienen responsabilidad de invertir en la Salud de las madres para mejorar la nutrición infantil.

4.1.2.5. Conclusión Específica 5

Los establecimientos de Primer Nivel representan en el primer periodo 88% y disminuyen para el segundo periodo a 84%; los de Segundo Nivel en el primer periodo 10% e incrementan a 14% en el segundo periodo; los establecimientos de Tercer Nivel representan 2% en ambos periodos.

No se cumple con la Ley N° 031, de proporcionar infraestructura sanitaria y mantenimiento adecuado del tercer nivel, como acción del gobierno departamental.

4.2. APORTE DE LA INVESTIGACIÓN EN LA MENCIÓN

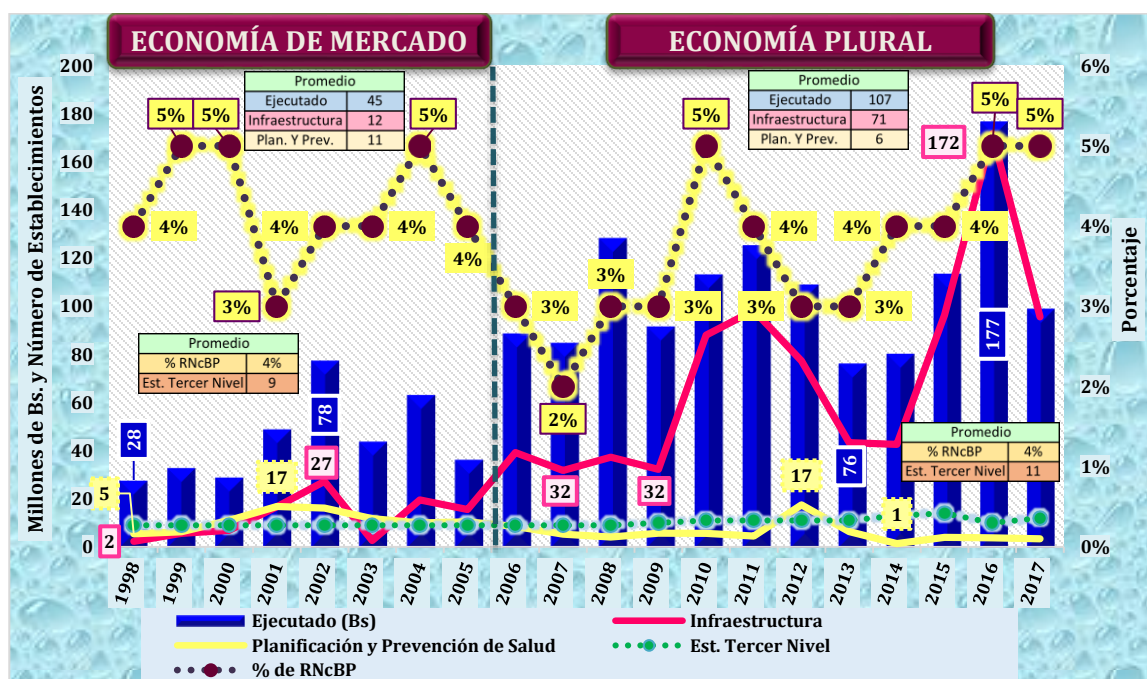
El aporte de la investigación en la Mención Gestión de Proyectos y Presupuesto, es haber establecido una relación entre los Proyectos con el Presupuesto de Inversión Pública. Así también una relación entre el Presupuesto de Inversión Pública con el Sector Salud, verificándose la intervención del Estado en la Programación y Ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública.

Además haber identificado la relación entre la distribución del Presupuesto de Inversión Pública con los proyectos de Infraestructura, Seguridad Social, Planificación y Prevención de Salud. La relación que tiene la ejecución de los Proyectos Capitalizables con los Proyectos No Capitalizables del Presupuesto de Inversión Pública, asimismo la normativa y teoría estipula la importancia de la capacitación del capital humano al igual que la infraestructura.

4.3. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

“La Ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública no contribuyen a mejorar el Sector Salud.”

GRÁFICO N° 11: RELACIÓN DE LA EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA CON EL SECTOR SALUD; 1998 – 2017 (Número de Establecimientos, Millones de Bs. y Porcentajes)



FUENTE: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE) – Instituto Nacional de Estadísticas (INE)
Elaboración Propia

Se acepta la Hipótesis, en base al desarrollo de las variables y categorías económicas encontradas por el objeto de investigación. La ejecución presupuestaria del Sector Salud presenta una tendencia creciente a consecuencia de la ejecución presupuestaria en el tipo de proyecto de infraestructura y no así en planificación y prevención que presenta una reducción. Durante el primer periodo el porcentaje de nacidos con bajo peso presenta un promedio de 4% en el segundo periodo la situación no cambia, el porcentaje se mantiene constante. Los establecimientos de Salud de Tercer Nivel durante el primer periodo en

promedio registran 9 establecimientos para el segundo periodo incrementan a 11 establecimientos.

Según el autor Baly, un incremento en la inversión, se convierte en mayor beneficio para la población, es decir, se presenta una mejora en los indicadores del Sector Salud, sin embargo se evidencia en la investigación que el incremento de la ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en Salud no mejora el indicador de recién nacidos con bajo peso, es decir, el porcentaje de recién nacidos no disminuye por el crecimiento de la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública y los establecimientos de Tercer Nivel no muestran un incremento relevante.

4.4. EVIDENCIA TEÓRICA

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

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

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

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

4.5. RECOMENDACIONES

4.5.1. Recomendaciones Específicas

4.5.1.1. Recomendación 1

Ejercer un mayor control y seguimiento de la ejecución financiera de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud mediante el Órgano Rector, para el cumplimiento de la fase de ejecución del Ciclo de Vida del Proyecto y priorizar la satisfacción de las necesidades de la población.

4.5.1.2. Recomendación 2

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

4.5.1.3. Recomendación 3

Priorizar la ejecución de los proyectos no capitalizables en el Sector Salud, para así obtener mayor inversión en el desarrollo del capital humano y mejorar las condiciones de vida del Sector Salud.

4.5.1.4. Recomendación 4

Mejorar la cobertura de atención preventiva por parte del personal de hospitales y centros de salud en el estado nutricional de la madre gestante con el fin de disminuir la tasa de mortalidad infantil.

4.5.1.5. Recomendación 5

Ampliar la construcción y equipamiento de establecimientos de tercer nivel, para una mejora en la atención de los servicios de salud respondiendo a las necesidades de la población con un mayor control en la ejecución de proyectos capitalizables.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- BALY, A. (2001). *La Economía de la Salud, la Eficiencia y el Costo de Oportunidad*. Cuba. Pág. 1 – 4.
- BOLIVIA. (20 de Julio de 1990). *Ley N° 1178. Ley de Administración y Control Gubernamentales (SAFCO)*. Art. 2°, 8°, 18°.
- BOLIVIA. (28 de Julio de 1995) *Ley N° 1654. Ley de Descentralización Administrativa*. Art. 5°.
- BOLIVIA. (21 de Noviembre de 2002) *Ley N° 2426. Ley del Seguro Universal Materno Infantil*. Art. 1°, 2° y 5°.
- BOLIVIA. (6 de Diciembre de 2005) *Ley N°3250. Ampliación del SUMI*. Art. 1° y 2°.
- BOLIVIA. (11 de Junio de 2008) *Decreto Supremo N° 29601. Salud Familiar Comunitaria Intercultural*. Art. 2°, 4° y 5°.
- BOLIVIA. (2009) *Decreto Supremo. N° 0066. Bono “Juana Azurduy”*. Art. 1°, 2° y 3°.
- BOLIVIA. (19 de Julio de 2010) *Ley N° 031. Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”*. Art. 81°.
- BOLIVIA. (2004) *Constitución Política del Estado*. Art. 146°, 158°, 164°, 269°.
- BOLIVIA. (2009) *Constitución Política del Estado*. Art. 18°, 35°, 36°, 37° y 39°.
- BOLIVIA. Decreto Supremo N° 29894. (9 de Febrero de 2009) *Estructura Organizativa del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional*. Art. 46°, 48°, 52°, 53°, 90°, 91°.
- BOLIVIA. Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación. *Plan General de Desarrollo Económico y Social 1997 – 2002*. BOLIVIA XXI País Socialmente Solidario. Presidencia de la República. Pág. 77 – 84.
- BOLIVIA. Ministerio de Planificación del Desarrollo. (2007) *Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien*. 2006 – 2011. Pág. 22 – 51.

- CAMBARÁ, PABLO. EL DEBER. (2016). *182 Años del Hospital San Juan de Dios, el más antiguo de Santa Cruz*. Publicado el 4 de Junio. Disponible en: <https://social.shorthand.com/diarioeldeber>; miércoles, Hrs.17:20.
- CIBOTTI R. y SIERRA E. (2005). *El Sector Público en la Planificación del Desarrollo*. Decimoséptima Edición. Pág. 7 – 21.
- COLLAZO HERRERA, M. y CARDENAS RODRÍGUEZ, J. (2002). *La Economía de la Salud: ¿Debe Ser de Interés para el Campo Sanitario?*. Pág. 359 – 361.
- CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO. (2012) *Normas de Auditoría de Proyectos de Inversión Pública*. Pág. 5.
- FINANCIERA DEL DESARROLLO, FINDETER. (2011) *Infraestructura de Salud*.
- FUNDACIÓN JUBILEO. (2009) *Presupuestos No Ejecutados Superan los Ingresos Anuales por Hidrocarburos*. Pág. 4 – 5.
- FUNDACIÓN JUBILEO. (2016) *Presupuesto 2016 Ante la Caída, una Alerta para Planificar el Desarrollo y Generar Mayores Ingresos*. Pág. 7.
- FUNDACIÓN JUBILEO. (2017) *Situación Fiscal 2017*. Pág. 2 – 6.
- FUNDACIÓN MILENIO. (2013) *Entidades del Estado tienen más de \$US 3.800 Millones de Presupuestos No Ejecutados*. Pág. 2.
- GIESECKE, C. Y RUITON J. (2011). *Salud Guía para la Formulación de Proyectos de Inversión Exitosos*. Edición: Mario Sifuentes – Ludens. Pág. 7.
- GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE SANTA CRUZ. “Definición del 1er Nivel de Atención”. Disponible en <http://www.santacruz.gob.bo>.
- GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE SANTA CRUZ. “Definición del 2do Nivel de Atención”. Disponible en <http://www.santacruz.gob.bo>.

- GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE SANTA CRUZ. “Definición del 3er Nivel de Atención”. Disponible en <http://www.santacruz.gob.bo>
- GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL SANTA CRUZ. “*Estatuto Autonómico de Santa Cruz*”. Pág. 5.
- GRUPO OCÉANO. *Enciclopedia Concisa de Bolivia Geografía, Historia, Sociedad y Cultura*. Pág. 50.
- GÜEMES, A. (2004). *Análisis del Sector Salud*. Pág. 1.
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, R., FERNÁNDEZ CALLAO, C. y BAPTISTA LUCIO, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. 5ta Edición. McGraw Hill/Interamericana Editores, S.A. Pág. 3 – 5.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. (2012). *Anuario Estadístico*. Pág. 51.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2015) *Censo de Población y Vivienda 2012 Santa Cruz*. Pág. 6.
- LEDO, C. (2011). *Sistema de Salud de Bolivia*. Pág. 110.
- MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS (2011) *El Nuevo Modelo Económico, Social, Comunitario y Productivo*. Pág. 3 – 8.
- MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2016) *Clasificadores Presupuestarios*. Pág. 2, 130 – 141.
- MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2016) *Directrices de Formulación Presupuestaria*. Pág. 92.
- MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS, VICEMINISTERIO DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD FISCAL. (2010) *Glosario de Conceptos y Definiciones*. Pág. 79.
- MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. “*Misión y Visión*”. Disponible en <http://www.economiayfinanzas.gob.bo>.

- MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. *Viceministerio de Presupuesto y Contabilidad Fiscal*. Disponible en <http://www.economiayfinanzas.gob.bo>.
- MINISTERIO DE HACIENDA. (2003) *Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública*. Art. 1º, 2º, 8º y 15º.
- MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. (2006) *Informe Económico y Social Primer Semestre 2006 y Perspectivas*. Pág.3.
- MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. (2012) *Reglamento Específico del Sistema Nacional de Inversión Pública*. Pág. 5 – 7.
- MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. (2013) *Directrices de Planificación e Inversión Pública*. Pág. 7.
- MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. (2016) *Informe Bianual 2015 – 2016*. Pág. 37 – 38.
- MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. (2017) *Bolivia: Estimaciones de Gasto Público Social y Gasto en Infancia 2000 – 2014*. Pág.11.
- MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. “*Misión y Visión*”. Disponible en <http://www.planificacion.gob.bo>.
- MINISTERIO DE SALUD. (2014) *Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Pág. 11.
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. (2013) *Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Primer Nivel*. Pág. 21.
- MOKATE, K. M. (2004). *Evaluación Financiera de Proyectos de Inversión*. 2da edición. Pág. 1 – 18.
- MOLINA, G. (2007). *El Sistema Presupuestario Boliviano 1960 – 2003 y Propuesta de Presupuesto Plurianual*. Pág. 10.
- MORALES MEDINA, S. *El Sistema de Salud Boliviano*. Pág. 1 – 2.
- MUSGRAVE R. A. (1999). *Hacienda Pública. Teórica y Aplicada*. Quinta Edición. Editorial McGraw – Hill, Madrid. Pág. 6 – 11.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1946) *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Pág. 1.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2006) *Promoción de la Salud Glosario*. Pág. 12.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2002) *La Salud en las Américas*. Pág. 93 y 94.
- OTÁLORA URQUIZU, C. (2009). *Economía Fiscal*. 1° Edición. Editorial Plural Editores. BOLIVIA. Pág. 56 – 57.
- PREFECTURA DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ. (2000) *Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social de Santa Cruz 2000 – 2010*. Pág. 40, 74, 84 – 85.
- PREFECTURA DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ. (2006) *Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social Santa Cruz 2006 – 2020*. Pág. 1, 2, 68, 245 – 247.
- PREFECTURA DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ. (2007) *Objetivos de Desarrollo del Milenio Santa Cruz. Situación Actual, Evaluación y Perspectivas*. Pág. 3, 43, 80, 81, 84.
- SAMUELSON, P. A. y NORDHAUS, W. D. (2010). *Economía con Aplicaciones a Latinoamérica*. Edición 19. McGraw – Hill/Interamericana de España S.L. Pág. 655.
- SANTA CRUZ. (2009) *Atlas de Potencialidades Productivas del Estado Plurinacional de Bolivia*. Pág. 106.
- SAPAG CHAIN, N. y SAPAG CHAIN, R. (2008). *Preparación y Evaluación de Proyectos*. Quinta Edición. McGraw – Hill/Interamericana S.A. Pág. 1 – 25.
- STIGLITZ, J. E. (2000). *Economía del Sector Público*. 3° Edición. Pág. 25 – 103.
- TICONA GARCÍA, R. (2013) *El Proceso de Las Reformas Económicas en El Ciclo de Los Proyectos de Inversión Pública del Sector Público*. El Economista. Pág. 3 – 6.

- UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (1999) BOLIVIA. *Evaluación de la Economía 1998*. Pág. 45.
- UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2000) BOLIVIA. *Evaluación de la Economía 1999*. Pág. 33.
- UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2003) BOLIVIA. *Evaluación de la Economía 2002*. Pág. 40, 72.
- UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2004) BOLIVIA. *Evaluación de la Economía 2003*. Pág. 83.
- UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2004) BOLIVIA. *Evaluación de la Economía al Primer Semestre 2004*. Pág. 49.
- UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2015) BOLIVIA. *Evaluación de Impacto Programa de Salud Materno Infantil “Bono Juana Azurduy”*. Pág. 27.
- VALENZUELA RODRÍGUEZ, C. (2013). *Economía de la Salud*. Santiago de Cuba. Pág. 89 – 90.
- VARGAS, U. (2003). *Promoción, Prevención y Educación para la Salud*. 1º Edición. Pág. 45.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO N° 1: PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Millones de Bs. y Porcentajes)

Periodo	Año	Programación	Ejecución	% de Ejecución
Economía de Mercado	1998	28	28	101%
	1999	48	33	69%
	2000	53	29	55%
	2001	57	49	86%
	2002	89	78	87%
	2003	77	44	57%
	2004	82	63	77%
	2005	53	36	69%
Economía Plural	2006	99	89	90%
	2007	90	85	95%
	2008	165	128	78%
	2009	122	92	75%
	2010	95	113	120%
	2011	141	126	89%
	2012	150	109	73%
	2013	119	76	64%
	2014	122	80	66%
	2015	227	114	50%
	2016	342	177	52%
	2017	541	99	18%
TOTAL (Bs.)		2,700	1,648	

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

**ANEXO N° 2: ACUMULADO DE LA PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL
PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD DEL
DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Millones de Bs.)**

ACUMULADO POR PERIODOS		
Periodo	Programado (Bs.)	Ejecutado (Bs.)
1998 – 2005	487	360
2006 – 2017	2.213	1.288

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

**ANEXO N° 3: PROMEDIO DE LA PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL
PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD DEL
DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Millones de Bs.)**

PROMEDIO POR PERIODOS			
Periodo	Programado (Bs.)	Ejecutado (Bs.)	% Ejecución
1998 – 2005	61	45	74%
2006 – 2017	184	107	58%

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

**ANEXO N° 4: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA
POR TIPO DE PROYECTO DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE
SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Millones de Bs.)**

Periodo	Año	Infraestructura	Planificación y Prevención de Salud	Salud y Seguridad Social	Multiprograma y Otros
Economía de Mercado	1998	2	5	8	12
	1999	6	6	10	11
	2000	7	11	5	6
	2001	17	17	12	4
	2002	27	16	21	13
	2003	3	12	6	23
	2004	19	10	5	29
	2005	15	10	6	5
Economía Plural	2006	39	9	23	18
	2007	32	5	21	27
	2008	37	4	59	29
	2009	32	6	46	7
	2010	88	6	3	17
	2011	98	5	3	20
	2012	77	17	5	9
	2013	43	6	13	14
	2014	43	1	22	14
	2015	97	4	-	13
	2016	172	4	-	1
	2017	96	3	-	-
TOTAL (Bs.)		950	158	268	272

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

**ANEXO N° 5: ACUMULADO Y PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL
PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO DEL
SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017**

(Millones de Bs. y Porcentajes)

Periodo	Proyecto	Ejecutado Acumulado (Bs.)	Ejecutado Promedio (Bs.)	% de Participación (Bs.)
1998 – 2005	Infraestructura	96	12	27%
	Plan. y Prev. de Salud	88	11	24%
	Seguridad Social	73	9	20%
	Mult. y Otros	103	13	29%
2006 – 2017	Infraestructura	854	71	66%
	Plan. y Prev. de Salud	70	6	5%
	Seguridad Social	195	16	15%
	Mult. y Otros	169	14	13%

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

**ANEXO N° 6: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA
POR TIPO DE INVERSIÓN DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE
SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Millones de Bs. y Porcentajes)**

AÑO	CAPITALIZABLE	NO CAPITALIZABLE	% DE PARTICIPACIÓN CAPITALIZABLE
1998	28	-	100%
1999	33	-	100%
2000	22	7	76%
2001	39	10	79%
2002	55	23	71%
2003	20	24	46%
2004	56	7	88%
2005	36	-	100%
2006	83	6	93%
2007	62	23	73%
2008	120	8	94%
2009	79	13	86%
2010	94	19	83%
2011	106	20	84%
2012	84	25	77%
2013	56	20	74%
2014	69	11	86%
2015	103	11	90%
2016	173	4	98%
2017	96	3	97%

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

**ANEXO N° 7: ACUMULADO Y PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL
PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE INVERSIÓN DEL
SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017**

(Millones de Bs. y Porcentajes)

ACUMULADO		
PERIODO	CAPITALIZABLE	NO CAPITALIZABLE
1998 – 2005	289	71
2006 – 2017	1.125	163

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

PROMEDIO		
PERIODO	CAPITALIZABLE	NO CAPITALIZABLE
1998 – 2005	36	9
2006 – 2017	94	14

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

PORCENTAJE		
PERIODO	CAPITALIZABLE	NO CAPITALIZABLE
1998 – 2005	80%	20%
2006 – 2017	87%	13%

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

**ANEXO N° 8: NÚMERO Y PROMEDIO DEL PORCENTAJE DE NACIDOS
CON BAJO PESO DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017**
(Número de Nacidos y Porcentaje)

AÑO	% DE RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO	PROMEDIO DEL % DE RNcBP
1998	4.1%	4%
1999	4.6%	
2000	5.3%	
2001	3.0%	
2002	3.9%	
2003	4.1%	
2004	4.5%	
2005	3.8%	
2006	2.9%	4%
2007	2.0%	
2008	3.1%	
2009	2.8%	
2010	4.9%	
2011	4.0%	
2012	3.5%	
2013	3.3%	
2014	3.6%	
2015	4.2%	
2016	4.6%	
2017	5.3%	

*FUENTE: Instituto Nacional de Estadísticas – INE
Elaboración Propia*

ANEXO N° 9: NÚMERO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017

Periodo	Año	Primer Nivel	Segundo Nivel	Tercer Nivel	TOTAL
Economía de Mercado	1998	307	33	9	349
	1999	324	33	9	366
	2000	330	34	9	373
	2001	346	34	9	389
	2002	362	36	9	407
	2003	374	42	9	425
	2004	392	53	9	454
	2005	433	68	9	510
Economía Plural	2006	432	68	9	509
	2007	447	70	9	526
	2008	448	71	9	528
	2009	451	71	10	532
	2010	448	80	11	539
	2011	477	77	11	565
	2012	495	84	11	590
	2013	512	89	11	612
	2014	547	107	13	667
	2015	551	107	14	672
	2016	579	90	10	679
	2017	581	94	12	687

*FUENTE: Instituto Nacional de Estadísticas – INE
Elaboración Propia*

**ANEXO N° 10: PROMEDIO DEL NÚMERO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
POR NIVEL DE ATENCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ;
1998 – 2017**

PERIODO	PROMEDIO		
	Primer Nivel	Segundo Nivel	Tercer Nivel
1998 – 2005	359	42	9
2006 – 2017	497	84	11

*FUENTE: Instituto Nacional de Estadísticas – INE
Elaboración Propia*

**ANEXO N° 11: PROMEDIO DE PARTICIPACIÓN DEL NÚMERO
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN DEL
DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ; 1998 – 2017**

PERIODO	PROMEDIO		
	Primer Nivel	Segundo Nivel	Tercer Nivel
1998 – 2005	88%	10%	2%
2006 – 2017	84%	14%	2%

*FUENTE: Instituto Nacional de Estadísticas – INE
Elaboración Propia*

**ANEXO N° 12: PROYECTOS CON MAYORES MONTOS DE EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE
INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO DEL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE
SANTA CRUZ; 1998 – 2017 (Millones de Bs.)**

GESTIÓN	SUB - SECTORES	NOMBRE DEL PROYECTO	MONTO PROGRAMADO	MONTO EJECUTADO
1998	INFRAESTRUCTURA	AMPL. POSTA SANITARIA SANTA FE DE AMBORO	34.179	111.723
		CENTRO DE SALUD B. VISTA - ROQUE AGUILERA	189.989	132.897
		CONST. CENTRO DE SALUD PAILON (PAILON)	164.504	203.438
		CONST.EQUIP.SUM.CENTRO SALUD GUTIERREZ (GUTIERREZ)	324.770	180.485
	PLANIFICACION Y PREVENCIÓN DE SALUD	FORTALEC.DEL PROG. DE GESTION SOCIAL	200.000	200.000
		PROG.DESARR.INTEGRAL NUTRIC.NIÑO (PDIN)	100.000	79.601
		PROGRAMA DPTAL DE ASISTENCIA SOCIAL	4.866.000	5.120.296
	SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	ESTIMACION MUNICIPAL	9.015.367	8.527.314
	MULTIPROGRAMA Y OTROS	PLAN CONTROL.VIGIL.ENFERM.TRANSMIS.	400.000	710.130
		PROG.PREV.CONTRA ALCOHOL.Y DROGADICCION	138.000	50.174
		PROGRAMA DE GENERO	300.000	191.830
		PROGRAMA DEL PAIS PMA	9.867.500	10.178.110
1999	INFRAESTRUCTURA	CONST. AREA SERVICIO HOSPITAL CAMIRI	400.000	573.004
		CONST. HOSPITAL CAMIRI	848.000	1.062.997
		PABELLON DEL QUEMADO - SANTA CRUZ	2.386.069	1.646.955
		REFACCION SUMIN. HOSPITAL CESAR BANZER (CONCEPCION)	501.172	361.965

	PLANIFICACION Y PREVENCIÓN DE SALUD	PROG. NAL DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA RABIA	206.105	71.476	
		SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	603.984	42.767	
		PROG.DESARR.INTEGRAL NUTRIC.NIÑO (PDIN)	200.000	48.151	
		PROGRAMA DPTAL DE ASISTENCIA SOCIAL	6.424.778	6.119.309	
	SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	DESAR. PROGRAMA REFORMA DE SALUD	4.785.314	3.447.674	
		ESTIMACION MUNICIPAL	6.333.791	6.761.161	
	MULTIPROGRAMA Y OTROS	MEJ. ATENC.MATERNIDADES DPTO	100.000	75.596	
		PLAN CONTROL.VIGIL.ENFERM.TRANSMIS.	275.000	144.924	
		PROGRAMA DE GENERO	191.000	331.161	
		PROGRAMA DEL PAIS PMA	10.567.500	9.906.015	
	2000	INFRAESTRUCTURA	AMPL.SALA NEUROCIRUGIA HOSP.SANTA CRUZ DE LA SIERRA	1.084.301	916.920
			REF. AMPL. SUMIN. HOSPITAL J.ARAMAYO/B.BANZER (SAN IGNACIO (C. SAN IGNACIO))	923.583	938.746
PLANIFICACION Y PREVENCIÓN DE SALUD		CONTROL Y VIGILANCIA DE LA MALARIA - NACIONAL	2.128.974	1.662.698	
		PROGRAMA DEL PAIS PMA	10.401.280	9.217.925	
SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL		ESTIMACION MUNICIPAL	6.211.286	4.975.332	
MULTIPROGRAMA Y OTROS		ACOM. PROC .PLAN. SARA E ICHILO NORTE	294.683	134.988	
		DESAR. PROGRAMA REFORMA DE SALUD	10.017.170	4.751.861	
		PLAN CONTROL.VIGIL.ENFERM.TRANSMIS.	566.880	566.880	
2001		INFRAESTRUCTURA	CONST. HOSPITAL MONTERO	5.000.000	9.363.735
			CONST. SALA FISIOTERAPIA, RESIDENCIA INTERNOS Y DEPOSITO H	1.600.000	568.329
	CONST.Y EQUIP.CENTRO DE SALUD HUGO BANZER (SANTA CRUZ DE LA SIERRA)		602.309	627.461	

	PLANIFICACION Y PREVENCIÓN DE SALUD	CONTROL NAL.TUBERCULOSIS	925.097	1.162.236	
		PROGRAMA DEL PAIS PMA	9.400.000	8.903.656	
		PROY.PARA VIGILANCIA Y CONTROL CHAGAS EN BOL.	6.555.263	4.836.572	
	SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	ESTIMACION MUNICIPAL	9.325.769	6.058.552	
		REFAC. CASA MITAI	182.548	178.297	
		REFAC. HOGAR TERESA DE LOS ANDES	133.279	124.358	
	MULTIPROGRAMA Y OTROS	PLAN CONTROL.VIGIL.ENFERM.TRANSMIS.	556.880	257.151	
		PROGRAMA NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESENCIALES	1.495.438	1.051.092	
		UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	3.307.120	564.515	
2002	INFRAESTRUCTURA	AMPL. HOSPITAL TRES PLANTAS SANTA CRUZ	15.000.000	14.392.030	
		CONST. HOSPITAL MONTERO	1500.000	3.303.178	
		CONST. HOSPITAL SANTA CRUZ	16.000.000	1.324.294	
	PLANIFICACION Y PREVENCIÓN DE SALUD	CONTROL Y VIGILANCIA DE LA MALARIA - NACIONAL	3.550.009	1.580.429	
		FORTALEC.A LA RED DE SALUD SANTA CRUZ	2.414.000	7.476.937	
		PROGRAMA DEL PAIS PMA	7.286.354	4.182.754	
	SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	AMPL. AREA ADMINISTRATIVA HOSPITAL DE GUARACACHI	3.500.000	3.227.188	
		EQUIP. MEDICO Y DE LABORATORIO PARA HOSPITALES DE SANTA CRUZ	7.012.900	4.882.139	
		ESTIMACION MUNICIPAL	5.677.250	6.348.373	
	MULTIPROGRAMA Y OTROS	DESAR. PROGRAMA REFORMA DE SALUD	7.467.798	4.723.863	
		PROG.ESPECIAL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA FASE II	1.200.000	1.286.772	
		PROTEC. Y SOPORTE EPIDEMIOLOGICO PARA LA REFORMA DE SALUD	3.781.725	1.511.746	
	2003	INFRAESTRUCTURA	AMPL. AREA DE CIRUGIA PLANTA ALTA H.O. N° 3	957.829	469.299
			CONST. HOSPITAL MONTERO	1.042.045	655.315

	PLANIFICACION Y PREVENCIÓN DE SALUD	CONTROL Y VIGILANCIA DE LA MALARIA - NACIONAL	3.157.000	1.433.713
		FORTALEC.A LA RED DE SALUD SANTA CRUZ	5.414.000	8.227.150
	SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	CONEXION ALCANTARILLADO HOSPITAL MONTERO	65.118	65.118
		ESTIMACION MUNICIPAL	6.539.112	5.384.991
	MULTIPROGRAMA Y OTROS	DESAR. PROGRAMA REFORMA DE SALUD	17.115.452	10.257.177
		DESAR.PROG.DESAR.RURAL INTEG. Y PARTIC.AREAS DEPRIMIDAS (DRIPAD-PMA)	8.169.291	8.738.998
PROG.ESPECIAL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA FASE II		1.348.228	1.302.624	
2004	INFRAESTRUCTURA	AMPL. HOSPITAL TRES PLANTAS SANTA CRUZ	3.673.392	3.252.123
		AMPL.QUIROFANO CENT. SALUD PAILON(PAILON)	377.169	484.463
		CONST. HOSPITAL MONTERO	787.920	737.968
	PLANIFICACION Y PREVENCIÓN DE SALUD	CONTROL NAL.TUBERCULOSIS	1.255.452	822.535
		CONTROL Y VIGILANCIA DE LA MALARIA - NACIONAL	5.099.266	2.158.279
		FORTALEC.A LA RED DE SALUD SANTA CRUZ	6.314.000	5.831.136
	SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	ESTIMACION MUNICIPAL	5.849.736	7.223.574
	MULTIPROGRAMA Y OTROS	DESAR. PROGRAMA REFORMA DE SALUD	10.310.821	10.370.501
		DESAR.PROG.DESAR.RURAL INTEG. Y PARTIC.AREAS DEPRIMIDAS (DRIPAD-PMA)	8.117.866	9.814.811
		PROG.DE ATENCION NIÑOS Y NIÑAS -PAN FASE II	12.177.937	7.185.956
2005	INFRAESTRUCTURA	CONST. HOSPITAL YAPACANI II NIVEL (YAPACANI)	2.397.183	1.744.948
		CONST. PABELLON MATERNO INFANTIL P. SUÁREZ	832.733	1.145.388
		CONTROL NAL.TUBERCULOSIS	1.221.975	1.350.391

	PLANIFICACION Y PREVENCIÓN DE SALUD	CONTROL Y VIGILANCIA DE LA MALARIA - NACIONAL	3.754.572	3.174.358
		FORTALEC.A LA RED DE SALUD SANTA CRUZ	4.914.000	3.723.270
	SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	ADEC. INFORMATICA DE SERV. DE CONS. EXT. Y SERV. AUX. SANTA CRUZ	1.776.000	87.804
		ESTIMACION MUNICIPAL	1.631.920	5.602.729
	MULTIPROGRAMA Y OTROS	DESAR. PROGRAMA REFORMA DE SALUD	6.425.598	3.615.140
		FORT. DE ROLES DE LA MUJER Y FLIA (CODAN)	319.595	170.043
		PROTEC. Y SOPORTE EPIDEMIOLOGICO PARA LA REFORMA DE SALUD	2.336.771	1.037.452
2006	INFRAESTRUCTURA	CONST. HOSPITAL SANTA CRUZ	51.248.535	33.990.556
		CONST.HOSPITAL II NIVEL (SANTA CRUZ)	1.755.095	1.752.034
	PLANIFICACION Y PREVENCIÓN DE SALUD	CONTROL NAL.TUBERCULOSIS	2.207.042	1.713.903
		FORTALEC.A LA RED DE SALUD SANTA CRUZ	3.226.615	5.058.075
	SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	CONST. CENTRO PILOTO JUST.PENAL JUVENIL N.VIDA STA.C-ESPEJOS	2.234.323	2.176.814
		ESTIMACION MUNICIPAL	2.803.430	19.583.946
	MULTIPROGRAMA Y OTROS	DESAR.PROG.DESAR.RURAL INTEG. Y PARTIC.AREAS DEPRIMIDAS (DRIPAD-PMA)	6.766.872	5.368.902
		PROTEC. Y SOPORTE EPIDEMIOLOGICO PARA LA REFORMA DE SALUD	6.422.864	5.419.350
		CAPAC.INT.SEGURI. ALIMENT.Y BIENESTAR NUTRIC.CAMIRI	512.276	442.110
		DESAR. PROGRAMA REFORMA DE SALUD	4.998.743	2.962.895
2007	INFRAESTRUCTURA	CONST. HOSPITAL SANTA CRUZ	24.000.000	28.796.736
		CONST.HOSPITAL II NIVEL (SANTA CRUZ)	1.498.266	944.399
		EQUIP. MATERNO INFANTIL PUERTO SUAREZ (PTO. SUAREZ)	984.850	928.980
		CONTROL NAL.TUBERCULOSIS	2.076.939	1.191.987

	PLANIFICACION Y PREVENCIÓN DE SALUD	CONTROL Y VIGILANCIA DE LA MALARIA - NACIONAL	4.094.910	3.733.315
	SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	ESTIMACION MUNICIPAL	27.703.128	20.752.249
	MULTIPROGRAMA Y OTROS	PROG. DPAL.DE EMERGENCIA P/ATENCION A DESASTRES NATURALES	3.500.000	5.139.823
PROG. DRIPAD RIO GRANDE (EMOP-10517.0)		715.331	5.759.358	
2008	INFRAESTRUCTURA	AMPL. POLICONSULTORIO SANTA CRUZ	1.968.404	1.967.258
		CONST. HOSPITAL SANTA CRUZ	36.000.000	31.844.421
	PLANIFICACION Y PREVENCIÓN DE SALUD	CONTROL NAL.TUBERCULOSIS	2.049.117	1.750.781
		FORTAL. DE LA SALUD EN NIÑOS(AS) DE 6 A 10 AÑOS DPTO SCZ	1.074.268	918.135
	SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	ESTIMACION MUNICIPAL	83.203.201	57.740.327
		MEJ. CENTRO PENITENCIARIO PALMASOLA	1.718.000	633.660
MULTIPROGRAMA Y OTROS	DESAR. PROG. ATENCION MOVIL SANITARIA EN BOLIVIA	21.796.480	21.796.480	
	DESAR. PROGRAMA REFORMA DE SALUD	3.463.444	2.711.704	
2009	INFRAESTRUCTURA	AMPL. POLICONSULTORIO SANTA CRUZ	3.601.161	2.611.010
		CONST. HOSPITAL SANTA CRUZ	30.000.000	26.813.907
	PLANIFICACION Y PREVENCIÓN DE SALUD	CONTROL NAL.TUBERCULOSIS	3.169.093	2.970.323
		FORTAL. DE LA SALUD EN NIÑOS(AS) DE 6 A 10 AÑOS DPTO SCZ	1.778.116	1.660.669
	SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	ESTIMACION MUNICIPAL	53.351.477	43.705.804
		MEJ. CENTRO PENITENCIARIO PALMASOLA	1.965.879	1.544.867
MULTIPROGRAMA Y OTROS	EQUIP. Y PREVEN. ENFERMEDADES RENALES NACIONAL	2.533.375	2.252.601	
	PREVEN. ENFERMEDADES Y MEJ.CONDICIONES SALUBRIDAD (STA.CRUIZ)	1.357.993	1.279.194	

2010	INFRAESTRUCTURA	CONST. HOSPITAL SANTA CRUZ	40.000.000	23.497.764
		REFAC. HOSPITAL A. GUMUCIO REYES DISTRITO 3	3.312.055	1.360.149
	PLANIFICACION Y PREVENCIÓN DE SALUD	CONTROL Y VIGILANCIA DE LA MALARIA - NACIONAL	2.443.293	2.272.942
		FORTAL. DE LA SALUD EN NIÑOS(AS) DE 6 A 10 AÑOS DPTO SCZ	1.188.672	1.121.366
		DESAR. PROG. PROMOC. Y PREVENCIÓN ENF. ENDEMICAS DPTO. SCZ FASE I	4.405.464	278.848
	SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	CONST. CENTRO ADULTO MAYOR DISTRITO 5 (MONTERO)	1.827.343	848.167
		CONST. CENTRO PILOTO JUST. PENAL JUVENIL N. VIDA STA. C-ESPEJOS	693.386	632.583
	MULTIPROGRAMA Y OTROS	DESAR. PROGRAMA NACIONAL DE NUTRICION	7.550.932	3.940.132
EQUIP. Y PREVEN. ENFERMEDADES RENALES NACIONAL		8.113.097	7.760.274	
2011	INFRAESTRUCTURA	CONST. HOSPITAL DE 2DO. NIVEL VILLA 1RO. DE MAYO DIST. 7	5.900.000	9.108.176
		CONST. HOSPITAL SANTA CRUZ	34.000.000	32.029.490
	PLANIFICACION Y PREVENCIÓN DE SALUD	CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN BOLIVIA- 9NA RONDA	1.105.820	1.105.764
		FORTAL. A LA SALUD NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS DEPTO. SCZ.	2.112.646	1.690.477
		DESAR. PROG. EDUC. ALIMENT. NUTRIC. NIÑOS(AS) MUN. VULNERABLES	1.010.214	843.526
	SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	CONST. CENTRO DE ADULTO MAYOR D - 5	3.800.000	945.549
		DESAR. PROG. INTEG. ATENC. A NIÑOS(AS) EN SITUACION DE CALLE	180.000	180.000
	MULTIPROGRAMA Y OTROS	DESAR. PROGRAMA NACIONAL DE NUTRICION	5.041.459	4.060.450
EQUIP. Y PREVEN. ENFERMEDADES RENALES NACIONAL		6.729.766	6.374.866	

2012	INFRAESTRUCTURA	CONST. HOSPITAL DE 2DO. NIVEL VILLA 1RO. DE MAYO DIST. 7	11.929.646	10.366.708
		CONST. HOSPITAL SANTA CRUZ	21.232.557	12.896.137
	PLANIFICACION Y PREVENCIÓN DE SALUD	APOYO Y ATENCIÓN INTEGRAL VIH/SIDA A NIVEL NACIONAL-9NA RONDA	8.250.865	8.250.865
		CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN BOLIVIA-9NA RONDA	1.283.049	1.278.034
		FORTAL. A LA SALUD NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS DEPTO. SCZ.	1.897.000	1.824.378
	SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	CONST. CENTRO DE ADULTO MAYOR D - 5	2.580.672	2.580.672
		REFAC. EDIFICIO VICTIMAS ABUSO SEXUAL DIST. NO. 2	1.701.000	1.638.357
	MULTIPROGRAMA Y OTROS	DESAR. PROG PROM., PREVEN Y TRATAM. INTEGRAL DE ENF. ENDEMIC	3.900.000	2.968.894
DESAR.PROG. PREV. Y REPOS.DENTAL PERSONAS 3ERA. EDAD-FASE II		2.428.757	2.361.879	
2013	INFRAESTRUCTURA	CONST. CENTRO MCPAL. REHAB. DROGODEPENDIENTES SCZ	4.686.288	4.684.249
		CONST. EDIFICIO OFICINAS ADMINISTRATIVAS CPS SANTA CRUZ	5.300.000	4.586.545
	PLANIFICACION Y PREVENCIÓN DE SALUD	FORTAL. A LA SALUD NIÑOS DE 5 A 12 AÑOS DEPTO. SCZ.	2.561.955	2.345.388
		PREVEN. DE LA MALARIA EN MUNICIPIOS PRIORIZADOS DE BOLIVIA - FASE II OCTAVA RONDA	2.514.526	1.277.497
	SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	CONST. CENTRO DE SALUD - ROBORE SCZ	2.060.000	2.013.850
		CONST. CENTRO ESPARCIMIENTO 3RA EDAD D. MCPAL. NO6	2.471.323	2.348.774
	MULTIPROGRAMA Y OTROS	APOYO Y ATENCIÓN INTEGRAL VIH/SIDA A NIVEL NACIONAL-9NA RONDA	7.154.615	7.154.615
		DESAR. PROG. PREVEN. Y REPOS. DENTAL P/ADULTOS MAYORES SCZ	2.780.489	2.284.702

2014	INFRAESTRUCTURA	AMPL. HOSPITAL MUNICIPAL GERMAN VACA DIEZ CIUDAD DE ROBORE	2.804.658	2.804.629
		CONST. CENTRO MCPAL. REHAB. DROGODEPENDIENTES SCZ	3.659.256	3.659.256
		CONST. FASE I MODULO MATERNO INFANTIL HOSPITAL MUNICIPAL (SAN JOSE)	2.016.000	1.587.588
	PLANIFICACION Y PREVENCIÓN DE SALUD	DESAR. PROG. PREVENCIÓN SALUD INTEGRAL A PERS. C/DISCAP. SCZ	1.076.323	992.103
	SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	CONST. CENTRO DE ESPARCIMIENTO 3RA. EDAD DIST. 1	3.200.847	3.200.846
		CONST. CENTRO DE SALUD - ROBORE SCZ	4.120.000	2.734.757
	MULTIPROGRAMA Y OTROS	DESAR. PROG PROM., PREVEN Y TRATAM. INTEGRAL DE ENF. ENDEMIC	3.364.086	3.309.148
DESAR. PROG. PREVEN. Y REPOS. DENTAL P/ADULTOS MAYORES SCZ		3.176.461	2.785.523	
2015	INFRAESTRUCTURA	CONST. Y EQUIP. CENTRO HOSPITALARIO CPS ZONA NORTE SANTA CRUZ	13.038.210	12.261.124
		CONST. Y EQUIP. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CPS SANTA CRUZ	40.761.305	39.560.975
	PLANIFICACION Y PREVENCIÓN DE SALUD	DESAR. PROG. PREVENCIÓN SALUD INTEGRAL A PERS. C/DISCAP. SCZ	944.099	814.994
		DESAR. PROG. PROM. PREV. Y TRAT. INTEGRAL ENF. ENDEMICAS DEPTO SCZ - FASE II	4.000.000	3.178.728
	MULTIPROGRAMA Y OTROS	CONST. CENTRO DE SALUD DE ADULTO MAYOR EN DIST. NO. 12	2.750.878	2.722.579
		DESAR. PROG. PREVEN. Y REPOS. DENTAL P/ADULTOS MAYORES SCZ	2.994.257	2.504.988
2016	INFRAESTRUCTURA	CONST. CENTRO DE SALUD DE 24 HORAS MULTIDISTRITAL	15.849.344	15.692.349
		CONST. HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE MONTERO	102.900.000	96.040.000

		CONST. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - MUNICIPIO PUERTO SUAREZ	9.187.016	5.156.856
		CONST. Y EQUIPAMIENTO CENTRO HOSPITALARIO CPS CAMIRI	14.090.387	11.842.152
		CONST. CENTRO MATERNO INFANTIL FRANCISCO MORA	5.245.562	4.925.723
	PLANIFICACION Y PREVENCIÓN DE SALUD	IMPLEM. PROG. INOCUIDAD ALIMENT. Y SALUD AMBIENTAL SCZ	5.000.000	3.793.237
	MULTIPROGRAMA Y OTROS	EQUIP. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SCZ, PND, BENI, PTS Y TJA	150.000	117.276
EQUIP. QUIROFANO HOSPITAL CABEZAS		1.100.000	1.095.000	
2017	INFRAESTRUCTURA	CONST. CENTRO DE SALUD DE 24 HORAS MULTIDISTRITAL	11.770.809	10.922.711
		CONST. HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE MONTERO	266.650.490	30.808.822
	PLANIFICACION Y PREVENCIÓN DE SALUD	IMPLEM. PROG. INOCUIDAD ALIMENT. Y SALUD AMBIENTAL SCZ	3.868.525	3.346.462
	MULTIPROGRAMA Y OTROS	CONST. CENTRO DE SALUD COMUNIDAD HUERTAS EN EL MUNICIPIO PUCARA	64.112	64.112
		CONST. DE BAÑO PARA AREA DE SALUD EN EL MUNICIPIO PUCARA COMUNIDAD EL CRUCE	21.267	19.557

FUENTE: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo – VIPFE

Elaboración Propia

ANEXO N° 13: PLANILLA DE CONSISTENCIA METODOLÓGICA

PLANILLA DE CONSISTENCIA METODOLÓGICA		
TÍTULO DEL TEMA	La Fase de Ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del Departamento de Santa Cruz; 1998 – 2017.	
OBJETO DE INVESTIGACIÓN	La contribución de la fase de ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del Departamento de Santa Cruz; 1998 – 2017.	
PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS
La baja ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del Departamento de Santa Cruz.	Demostrar la contribución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del Departamento de Santa Cruz.	La ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública no contribuyen a mejorar el Sector Salud.

CATEGORÍAS ECONÓMICAS	VARIABLES ECONÓMICAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
C.E.1. Presupuesto de Inversión Pública	V.E.1.1. Programación y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud.	O.E.1.1. Comparar la Programación y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud.
	V.E.1.2. Distribución de la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Tipo de Proyecto del Sector Salud.	O.E.1.2. Diferenciar la distribución de la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Tipo de Proyecto del Sector Salud.
	V.E.1.3. Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Tipo de Inversión del Sector Salud.	O.E.1.3. Verificar la importancia de la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Tipo de Inversión del Sector Salud.
C.E.S.2. Sector Salud	V.E.2.1. Porcentaje de Nacidos con Bajo Peso.	O.E.2.1. Determinar el comportamiento del porcentaje de Nacidos con Bajo Peso.
	V.E.2.2. Número de Establecimientos de Salud por Nivel de Atención.	O.E.2.2. Cuantificar el número de Establecimientos de Salud por Nivel de Atención.

ANEXO N° 14: PLANILLA DE CONSISTENCIA TEÓRICA

PLANILLA DE CONSISTENCIA MARCO TEÓRICO	
TEORÍA DEL SECTOR PÚBLICO	
AUTOR	PROPUESTA
<p>MUSGRAVE RICHARD A. Hacienda Pública Teórica y Aplicada</p>	<p>El sistema de mercado puede fallar totalmente o funcionar de una manera ineficaz. La política pública es necesaria para guiar, corregir y complementar al mercado. Las funciones del estado son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Función de Asignación. Provisión de bienes sociales. 2. Función de Distribución. La distribución debe ordenarse de forma que se maximice la satisfacción total, 3. Función de Estabilización. Los objetivos son: un alto nivel de empleo, un razonable grado de estabilidad del nivel de precios, la solides de las cuentas exteriores y una aceptable tasa de crecimiento, esto exige la dirección de la política pública.
<p>RICARDO CIBOTTI Y ENRIQUE SIERRA “El Sector Público En La Planificación del Desarrollo”</p>	<p>Las acciones del Estado son:</p> <p>Acciones de Regulación. Regulación del comportamiento de los agentes económicos.</p> <p>Acciones de Producción de Bienes y Servicios. La "administración pública", puede concebirse como una unidad productora de servicios indispensables en una comunidad organizada. Este tipo de acciones se destacan los servicios públicos de educación, salud y provisión de agua potable y alcantarillado.</p> <p>Acciones de Acumulación. Contribuyen a la formación de instalaciones y equipo necesarios para efectuar la prestación de servicios públicos tales como escuelas, hospitales, construcción de edificios, equipos de transporte.</p> <p>Acciones en el Campo del Financiamiento. El Estado debe movilizar medios de pago que permitan trasladar dichos recursos físicos al ámbito de la economía estatal.</p>

TEORÍA DEL CICLO DE VIDA DE LOS PROYECTOS	
AUTOR	PROPUESTA
NASSIR SAPAG CHAIN, REINALDO SAPAG CHAIN “Preparación y Evaluación de Proyectos”	<p>El Proyecto es la búsqueda de una solución inteligente de un problema tendiente a resolverse una necesidad humana.</p> <p>El ciclo de vida del proyecto consta de cuatro etapas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Idea, modo de solucionar un problema o aprovecha una oportunidad. ✚ Preinversión, realiza estudios de viabilidad: Perfil, Prefactibilidad y Factibilidad. ✚ Inversión, ejecución de la Inversión. ✚ Operación, puesta en marcha del proyecto.
KAREN MARIE MOKATE “Evaluación Financiera de Proyectos de Inversión”	<p>Un Proyecto surge de la identificación y priorización de unas necesidades que serán atendidas en su preparación y formulación del mismo. En su forma general el ciclo del proyecto comprende tres etapas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Formulación, corresponde a la preinversión, compuesta por la fase de Identificación, Perfil, Pre Factibilidad y Factibilidad. ✚ Gestión, comprende entre el momento que se inicia la inversión y el momento que se liquida o se deja de operar. ✚ Ex post, etapa posterior a la ejecución del proyecto.
NORMAS BÁSICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE INVERSIÓN PÚBLICA	<p>El Ciclo de los Proyectos de inversión Pública consiste en el proceso que atraviesa un Proyecto desde que nace como idea, se formula y evalúa, entra en operación, o se decide su abandono, y cumple con su vida útil. Comprende tres fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Fase Preinversión, abarca los estudios que se deben realizar sobre un proyecto de inversión pública, desde que se identifica como idea hasta que se toma la decisión de su ejecución, postergación o abandono. ✚ Fase Ejecución, desde que se ejecuta el proyecto y se extiende hasta su implementación y el mismo está en condiciones de iniciar su operación. ✚ Fase Operación, funcionamiento del proyecto.

TEORÍAS DE SALUD	
AUTOR	PROPUESTA
<p>ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”</p>	<p>La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.</p>
<p>ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD La Salud en Las Américas</p>	<p>La inversión en salud no solo mejora la productividad y crea el capital humano, sino que también puede prevenir una caída más profunda en la pobreza. Invirtiendo en la salud de las madres no solo se mejora la nutrición infantil influyendo así en su futura elección ocupacional y su productividad.</p>
<p>ALBERTO BALY La Economía de la Salud, la Eficiencia y el Costo de Oportunidad</p>	<p>La Economía de la Salud se ocupa de la asignación de recursos dentro de este sector, con el objetivo de maximizar el bienestar social en términos de salud. El objetivo de la evaluación económica en la salud es estudiar la distribución de los escasos recursos disponibles para obtener el máximo rendimiento posible.</p>

o