

**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**

**TÍTULO: “LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN  
PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA  
PAZ; 1998-2017”**

**POSTULANTE: TANCARA CHINCHE, Helen Guadalupe**

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

**RELATOR: M. Sc. RADA LEÓN, Daniel**

**LA PAZ- BOLIVIA**

**2019**

## **DEDICATORIA**

### ***A Dios:***

*Por darme la oportunidad de vivir, permitiéndome alcanzar cada objetivo en mi vida;  
fortaleciendo mi corazón ante las adversidades, y bendecirme con personas  
maravillosas que me rodean.*

### ***A mis amados padres David y Lucy***

*Por darme la vida, convirtiéndose en los pilares fundamentales de mi vida, mis  
consejeros quienes me han formado con principios y valores e impulsan cada uno de  
mis pasos. Su incondicional amor, paciencia y ejemplo de fortaleza que han inculcado  
en mí han formado la persona que soy ahora, a ellos les debo todo.*

### ***A mi hermana Wara***

*Mi compañera eterna por su amor incondicional, cariño, comprensión, consejos, por  
darme momentos inolvidables de risas, por ser confidente y por todos esos bellos  
momentos que hemos pasado juntas.*

## **Agradecimientos**

*A Dios, por darme sabiduría e inteligencia para lograr este objetivo tan importante en mi vida.*

*A la universidad Mayor de San Andrés; a la Facultad de Ciencias Económicas y Financieras y al Instituto de Investigaciones Económicas (IIE) por acogerme y haberme formado profesionalmente a lo largo de mi carrera.*

*Mi mayor agradecimiento a mi Tutor **M. Sc. Roberto Ticona García** quien con paciencia y dedicación fue guía y apoyo incondicional en cada una de las fases de investigación.*

*De la misma manera agradecer a mi Docente Relator **M. Sc. Daniel León Rada** por su colaboración y valiosas sugerencias que mejoraron y enriquecieron el contenido de la presente investigación.*

## PRESENTACIÓN

La presente investigación científica corresponde al nuevo plan de estudios en la mención Gestión de Proyectos y Presupuesto, la elaboración inicia en los talleres impartidos por la Dirección del Instituto de Investigaciones Económicas; en su primera fase se elabora la referencia metodológica con la recopilación de información documental, teórica y estadística; en la segunda fase se realiza el Perfil de investigación para concluir en su tercera fase con la redacción de Tesis compuesta por los capítulos 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 al contexto nacional y económico del país, asimismo se destaca el apoyo del Instituto de Investigaciones Económicas (IIE) a través de los talleres de tesis que permiten el seguimiento, perfeccionamiento y conducción de los proyectos de investigación bajo la modalidad de tesis.

El tema de investigación inicia con la división del periodo de estudio en dos modelos económicos: el primer modelo de Economía de Mercado en los años 1998 – 2005 y el segundo periodo 2006 – 2017 con el Modelo Económico, Social, Comunitario y Productivo denominado Economía Plural.

En ambos periodos se realiza un análisis sobre la ejecución en la fase de ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud en el Departamento de La Paz, mediante la utilización de información documental (boletines, artículos, revistas, etc.); el estudio de aspectos teóricos como la teoría del Sector Público y el Ciclo de Vida del proyecto; la evidencia empírica a partir de datos estadísticos relacionadas con las variables económicas que explican las categóricas económicas y permiten identificar el problema y plantear la hipótesis.

## RESUMEN

La investigación propone el tema: **“LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSION PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998 - 2017”** y refleja el siguiente planteamiento del problema: La baja ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del Departamento de La Paz.

El tema de investigación presenta como objetivo general: Determinar la contribución de la ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del departamento de La Paz, la hipótesis del trabajo se centra en verificar: “La ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública no contribuye en el Sector Salud del Departamento de La Paz”.

El estudio de investigación está organizado en cuatro capítulos:

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

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

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

del Presupuesto de Inversión Pública del Sector salud por fuente de financiamiento; porcentaje de nacidos con bajo peso y las consultas de control prenatal.

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

## ÍNDICE

### PRESENTACIÓN

### RESUMEN

### CAPÍTULO I

<b>REFERENCIA METODOLÓGICA DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. DELIMITACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1.1. Delimitación temporal .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1.1.1. Primer Periodo 1998 – 2005 (Modelo de Economía de Mercado ) .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1.1.2. Segundo Periodo 2006 – 2017 ( Modelo de Economía Plural ) .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1.2. Referencia Histórica .....</b>	<b>2</b>
<b>1.1.3. Delimitación General .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1.3.1. Espacial .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1.3.2. Sectorial .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1.3.3. Institucional .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1.3.4. Mención.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1.4. Restricción de Categorías y Variables Económicas .....</b>	<b>4</b>
<b>1.2. PLANTEAMIENTO DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>4</b>
<b>1.3.1. Problematización de las Categorías Económicas .....</b>	<b>4</b>
<b>1.3.2. Identificación del Problema .....</b>	<b>6</b>
<b>1.3.3. Justificación del Tema de Investigación.....</b>	<b>7</b>
<b>1.3.3.1. Justificación Económica .....</b>	<b>7</b>
<b>1.3.3.2. Justificación Social.....</b>	<b>7</b>
<b>1.3.3.3. Justificación Institucional .....</b>	<b>7</b>
<b>1.3.3.4. Justificación Teórica.....</b>	<b>8</b>
<b>1.3.3.5. Justificación de la Mención .....</b>	<b>8</b>
<b>1.4. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS.....</b>	<b>8</b>
<b>1.4.1. Objetivo General.....</b>	<b>8</b>
<b>1.4.2. Objetivos Específicos .....</b>	<b>8</b>
<b>1.5. PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS .....</b>	<b>9</b>
<b>1.6. APLICACIÓN METODOLÓGICA.....</b>	<b>9</b>
<b>1.6.1. Método de Investigación.....</b>	<b>9</b>
<b>1.6.2. Tipo de Investigación.....</b>	<b>9</b>
<b>1.6.3. Fuentes de Información.....</b>	<b>10</b>

1.6.4. Instrumento de Investigación.....	11
1.6.5. Procesamiento de la Información .....	11
1.6.6. Análisis de Resultados .....	11
1.7. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
1.7.1. Aspectos conceptuales y definiciones.....	12
1.7.2. Aspectos Teóricos de la investigación.....	16

## **CAPÍTULO II**

### **ASPECTOS DE POLÍTICAS, NORMAS E INSTITUCIONAL .....24**

2.1. ASPECTOS DE POLÍTICAS .....	24
2.1.1. Primer Periodo 1998-2005 (Modelo de Economía de Mercado) .....	24
2.1.2. Segundo Periodo 2006-2017 (Modelo de Economía plural) .....	27
2.2. REFERENCIA NORMATIVA.....	30
2.2.1. Primer Periodo 1998-2005 (Modelo de Economía de Mercado) .....	31
2.2.2. Segundo Periodo 2006 – 2017 (Modelo de Economía Plural).....	35
2.3. REFERENCIA INSTITUCIONAL .....	41
2.3.1. Ministerio de Economía y Finanzas públicas .....	41
2.3.2. Ministerio de Planificación del Desarrollo.....	43
2.3.3. Ministerio de Salud .....	45
2.3.4. Nivel Departamental: Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz .....	46

## **CAPÍTULO III**

### **FACTORES DETERMINANTES Y CONDICIONANTES DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN .....48**

3.1. ASPECTOS GENERALES.....	48
3.1.1. Aspectos Geográficos del departamento de La Paz .....	48
3.1.2. Localización del Departamento de La Paz.....	48
3.1.3. Composición de la población .....	48
3.2. Programación y ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud	49
3.3. Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Fuente de Financiamiento del Sector Salud.....	55
3.4. Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Tipo de Inversión en el Sector Salud del Departamento de La Paz .....	62
3.5. Número de Nacidos con Bajo Peso .....	68
3.6. Consultas de Control Prenatal.....	75



## **CAPÍTULO IV**

<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>80</b>
<b>4.1. CONCLUSIONES.....</b>	<b>80</b>
<b>4.1.1. Conclusión General.....</b>	<b>80</b>
<b>4.1.2. Conclusiones Específicas .....</b>	<b>80</b>
<b>Conclusión Específica 1 .....</b>	<b>80</b>
<b>Conclusión Específica 2 .....</b>	<b>81</b>
<b>Conclusión Específica 3 .....</b>	<b>82</b>
<b>Conclusión Específica 4 .....</b>	<b>83</b>
<b>Conclusión Específica 5 .....</b>	<b>83</b>
<b>4.2. APORTE DE LA INVESTIGACION A LA MENCIÓN.....</b>	<b>84</b>
<b>4.3. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS .....</b>	<b>85</b>
<b>4.4. EVIDENCIA TEÓRICA .....</b>	<b>87</b>
<b>4.5. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>88</b>

## **BIBLIOGRAFÍA**

## **ANEXOS**

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO N° 1:</b> PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017 (Millones de Bs. y Porcentaje) .....	51
<b>GRÁFICO N° 2:</b> COMPARACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017 (Millones de Bs. y Porcentaje) .....	54
<b>GRÁFICO N° 3:</b> EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO EN EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017 (Millones de Bs) .....	58
<b>GRÁFICO N° 4:</b> COMPARACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO EN EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017 (Millones de Bs. y Porcentaje) .....	61
<b>GRÁFICO N° 5:</b> EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE INVERSIÓN EN EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017 (Millones de Bs. y Porcentaje) .....	64
<b>GRÁFICO N° 6:</b> COMPARACIÓN EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE INVERSIÓN EN EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017 (Millones de Bs. y Porcentaje) .....	66
<b>GRÁFICO N° 7:</b> NACIDOS CON BAJO PESO DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017 (En Número de Nacidos y Porcentaje) .....	70
<b>GRÁFICO N° 8:</b> COMPARACIÓN DE NACIDOS CON BAJO PESO DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ, 1998-2017 (En Número de Nacidos y Porcentaje) .....	73

<b>GRÁFICO N° 9; CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998 – 2017 (Número de Consultas y Porcentaje)</b> .....	76
<b>GRÁFICO N° 10: COMPARACIÓN DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL DEL DEPARTAMENTO LA PAZ; 1998-2017 (En Consultas y Porcentaje).....</b>	78
<b>GRÁFICO N° 11: EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD, NACIDOS CON BAJO PESO Y CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017 ( En Millones de Bs. y Porcentaje) .....</b>	85

## ÍNDICE DE ANEXOS

- ANEXO N° 1:** TABLA N° 1: PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017 (Millones de Bs. y Porcentaje) ..... I
- ANEXO N° 2:** TABLA N° 1.1: PROMEDIO DE LA PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017 (Millones de Bs. y Porcentaje) ..... .II
- ANEXO N° 3:** TABLA N° 1.2: ACUMULADOS DE LA PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017 (Millones de Bs.) .....II
- ANEXO N° 4:** TABLA N° 2 : EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO EN EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017 (Millones de Bs.) .....III
- ANEXO N° 5:** TABLA N° 2.1: PROMEDIOS DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO EN EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017 (Millones de Bs. y Porcentaje) ..... IV
- ANEXO N° 6:** TABLA N° 2.2: ACUMULADOS DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO EN EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017 (Millones de Bs.) ..... IV
- ANEXO N° 7:** TABLA N° 2.3: PARTICIPACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO EN EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017 (En Porcentaje) ..... IV

<b>ANEXO N° 8:</b> TABLA N° 3: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD POR TIPO DE INVERSIÓN DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017 (Millones de Bs. y Porcentaje) .....	IV
<b>ANEXO N° 9:</b> TABLA N° 3.1: PROMEDIO Y ACUMULADOS DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA E EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017 (Millones de Bs. y Porcentaje).....	VI
<b>ANEXO N° 10:</b> TABLA N° 3.2: ACUMULADOS DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA E EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017 (Millones de Bs.) .....	VI
<b>ANEXO N° 11:</b> TABLA N° 4: NACIDOS CON BAJO PESO DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017; (Número de Nacidos con Bajo Peso y Porcentaje) .....	VII
<b>ANEXO N° 12:</b> TABLA N° 4.1: PROMEDIO DE NACIDOS CON BAJO PESO DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017; (Número de Nacidos con Bajo Peso y Porcentaje) .....	VII
<b>ANEXO N° 13:</b> TABLA N° 4.2: ACUMULADOS DE NACIDOS CON BAJO PESO DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017 (Número de Nacidos con Bajo Peso).....	VIII
<b>ANEXO N° 14:</b> TABLA N° 5: CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017 (NÚMERO DE CONSULTAS Y PORCENTAJE).....	VIII
<b>ANEXO N° 15:</b> TABLA N° 5.1: PROMEDIO DE LAS CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017 (Número de Consultas y Porcentaje) .....	IX
<b>ANEXO N° 16:</b> TABLA N° 5.2: ACUMULADOS DE LAS CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017 (Número de Consultas) .....	IX

<b>ANEXO N° 17: PLANILLA DE CONSISTENCIA METODOLÓGICA.....</b>	<b>X</b>
<b>ANEXO N° 18: PLANILLA DE CONSISTENCIA TEÓRICA .....</b>	<b>XI</b>
<b>ANEXO N° 19: PLANILLA DE POLITICAS Y NORMAS E INSTITUCIONAL ...</b>	<b>XIV</b>
<b>ANEXO N° 20: PLANILLA DE REFERENCIA NORMATIVA.....</b>	<b>XVII</b>

# **CAPÍTULO I**

## **REFERENCIA METODOLÓGICA DE LA INVESTIGACIÓN**

---

## CAPÍTULO I

### REFERENCIA METODOLÓGICA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. DELIMITACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

##### 1.1.1. Delimitación temporal

El periodo de estudio que considera la presente investigación comprende 20 años, de 1998 a 2017, el mismo se analiza en dos periodos:

En la mayoría de los problemas en economía sólo nos interesa un aspecto particular, de los datos, nos interesan los valores asumidos por las variables en el periodo estudiado, por lo que se puede comparar dos periodos distintos de tiempo, considerando que ambos pueden estudiarse mediante distintas distribuciones de probabilidad<sup>1</sup>.

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

El Modelo de Economía de Mercado, se caracteriza por considerar al mercado como el mejor y el más eficiente mecanismo para la administración, asignación y distribución de recursos en la economía. El modelo económico presenta mayor privatización de empresas estatales, efectuando una distribución inequitativa de recursos<sup>2</sup>.

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

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

En el Modelo de Economía Plural, el Estado interviene en la economía de manera muy significativa, actor fundamental de la economía corrige los fallos de mercado, además

---

<sup>1</sup> JOHN E. FREUND, IRWIN MILLER, MARYLEES MILLER .Estadística Matemática 6TA Ed. Prentice hall. 2000. Pág. 73.

<sup>2</sup> CATAFORA A. El Modelo Económico Social Comunitario Productivo. Eco plural. 15° Edición. 2015. Pág. 6.



asume el papel de redistribuidor del ingreso<sup>3</sup>. El Estado es responsable de la provisión de los servicios públicos.

El año 2009 inicia el programa Bono Juana Azurduy en el marco de hacer efectivo los derechos de acceso a la salud; el año 2011 se establece el nuevo modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural que busca el ejercicio del derecho a la salud garantizada por el Estado, la eliminación de la exclusión social en salud y la reducción de las barreras culturales, que provocan la separación de la población de los servicios de salud<sup>4</sup>.

### **1.1.2. Referencia Histórica**

La presente investigación considera algunas gestiones anteriores del periodo de estudio (1998-2017), para aclarar aspectos sobre el tema Sector Salud, vinculados con las reformas económicas e institucionales y no con la finalidad de estudiar el comportamiento de las variables económicas que expliquen el problema.

El Ministerio de Salud y Deportes se creó en 1938 con una atención centralista y hospitalaria se inicia el Sistema Nacional de Salud (SNS), que adopta un nuevo modelo de atención a través de médicos familiares en los hospitales<sup>5</sup>.

Se realizaron mecanismos de seguro, con el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (1996) que se otorga a las mujeres gestantes con toda la asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, análisis básicos de laboratorio y atención hospitalaria durante el embarazo y parto; para los nacidos y niños menores de cinco años recibirán asistencia médica y farmacéutica. En el año 1998 se crea el acceso al Seguro Básico de Salud, un derecho que garantiza el Estado y es gratuito para los usuarios y las usuarias.

Todos los niños y niñas menores de cinco años tienen derecho a la atención de salud promocional, preventiva y curativa en las siguientes áreas: Atención del nacido

---

<sup>3</sup> MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. Economía Plural “El Modelo Neoliberal vs. El Nuevo Modelo”, publicación mensual. n°1. Septiembre. 2011. Pág. 11.

<sup>4</sup> MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES La política SAFCI, su estrategia de promoción de la salud y prácticas, alimentarias saludables. Publicación N°28. Edición Lic. Roger Chino. (2013). Pág. 1 - 2

<sup>5</sup> ALMEIDA, Celia. Reformas de los sistemas de Salud y Equidad en América Latina y Caribe. 2002

Promoción de la nutrición y desarrollo infantil y todas las mujeres tienen derecho a la atención de salud preventiva, promocional y curativa en las siguientes áreas: Control prenatal atención del parto y del nacido, control postparto prevención y atención de las complicaciones del embarazo, transporte de emergencia obstétricas.

### **1.1.3. Delimitación General**

#### **1.1.3.1. Espacial**

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

#### **1.1.3.2. Sectorial**

La investigación comprende el Sector Fiscal que considera el Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud en el Departamento de La Paz.

#### **1.1.3.3. Institucional**

La investigación se delimita mediante las siguientes instituciones:

- Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.
- Ministerio de Planificación del Desarrollo – Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo.
- Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo.
- Ministerio de Salud.

#### **1.1.3.4. Mención**

La investigación se delimita en la mención Gestión de Proyectos y Presupuesto, especialización que ofrece la carrera de Economía para profundizar el estudio del Ciclo de Vida de los Proyectos y el Presupuesto de Inversión Pública.

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

CATEGORÍA ECONÓMICA	VARIABLES ECONÓMICAS
<b>C.E. 1. Presupuesto de Inversión Pública.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>V.E.1.1:</b> Programación y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud.</li><li>• <b>V.E.1.2:</b> Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Fuente de Financiamiento en el Sector Salud</li><li>• <b>V.E.1.3:</b> Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Tipo de Inversión en el Sector Salud.</li></ul>
<b>C.E.S. 2 Sector Salud.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>V.E.S.2.1:</b> Número de Nacidos con Bajo Peso</li><li>• <b>V.E.S.2.2:</b> Consultas de Control Prenatal</li></ul>

Fuente: Elaboración Propia

### 1.2. PLANTEAMIENTO DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene como objeto de estudio:

“La contribución de la Fase de Ejecución de los Proyectos del **Presupuesto de Inversión Pública** en el **Sector Salud** del Departamento de La Paz; 1998-2017”.

### 1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.3.1. Problematización de las Categorías Económicas

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

##### a) Presupuesto de Inversión Pública

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

El Presupuesto constituye una de las herramientas más importantes para la Política Fiscal, expresa los ingresos y gastos para el Financiamiento de las Políticas Públicas del Gobierno a través de Programas y Proyectos de Inversión. Es el medio más efectivo de control de Gasto Público y en ellos se contempla las diferentes alternativas de asignación de recursos para gastos e inversiones<sup>6</sup>.

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

La relación del presupuesto de inversión pública programado y ejecutado analiza y detecta fallos en la baja ejecución de los proyectos en el Sector Salud.

#### **V.E.1.2. Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Fuente de Financiamiento en el Sector Salud**

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

Durante el periodo de Economía de Mercado existe mayor ejecución de Inversión Pública con Fuente de Financiamiento Interno, para el siguiente periodo incrementa la ejecución del Presupuesto con recursos propios.

#### **V.E.1.3. Ejecución Del Presupuesto de Inversión Pública por Tipo De Inversión en el 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, permitiendo identificar la prioridad en la asignación de los recursos dirigidas a infraestructura y equipamiento o a proyectos como planificación y educación para la salud, epidemiólogos y otros programas de salud.

---

<sup>6</sup> MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS “Avances y Perspectivas del Presupuesto General del Estado”, pág. 13.

## **b) Sector Salud**

Es precaria en el Sector Salud la infraestructura, equipamiento, servicios médicos que no logra alcanzar satisfactoriamente, ante elevadas Ejecuciones, que se presentan, sigue existiendo problemas en el Sector Salud, como una elevada incidencia de la pobreza, la inequitativa y desigual distribución del ingreso<sup>7</sup>.

### **V.E.2.1. Número de Nacidos con Bajo Peso**

El número de Nacidos con Bajo Peso es fundamental para el análisis del Sector Salud por ser un indicador predictivo de la mortalidad infantil.

La desnutrición es un problema que afecta a la población infantil de la Paz Bolivia ocasionado por la deficiente utilización de nutrientes; la desnutrición inicia durante la gestación dando como producto a un nacido con bajo peso, la situación se agrava al no recibir la lactancia y alimentación necesaria y temprana.

### **V.E.2.2. Consultas de Control Prenatal después del Quinto Mes**

Un embarazo saludable es importante para asegurar las mejores condiciones para el bebé. Los bebés cuyas madres no reciben control prenatal, "tienen una probabilidad tres veces mayor de tener bajo peso al nacer y una probabilidad cinco veces mayor de morir, en comparación con los bebés de madres que reciben atención prenatal"<sup>8</sup>.

## **1.3.2. Identificación del Problema**

El problema de investigación es el siguiente:

**“La baja ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del Departamento de La Paz”.**

<sup>7</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Promoción de la Salud Glosario. Cap. 1. Pág. 11.

<sup>8</sup> HILDARA ARAYA Control prenatal. Pág. 1. (2018).

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

#### **1.3.3.1. Justificación Económica**

La salud dentro de la economía boliviana es entendida como el adecuado desarrollo físico, mental y emocional que hace parte de la situación de bienestar de las personas, siendo uno de los componentes del desarrollo económico. La salud incide en el crecimiento económico a través de los rendimientos laborales, el número de años de vida útiles, la relación de costo de mantenerse en buena salud con sus beneficios, los costos de atención de las enfermedades, los costos de los días laborales perdidos por enfermedad o accidente<sup>9</sup>.

#### **1.3.3.2. Justificación Social**

Con la ejecución de proyectos se mejora los servicios para la salud, que se refleja a través de la satisfacción de las necesidades de la población. La salud ayuda al crecimiento económico, complementa y reordena las ideas que justifican el gasto en materia de salud y se fundamenta en argumentos humanitarios y equidad; los países con una población sana en un contexto de políticas favorables, en la salud pública es claro que la mejor salud contribuye al desarrollo de la población<sup>10</sup>.

#### **1.3.3.3. Justificación Institucional**

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

---

<sup>9</sup> MORALES R. El Desarrollo visto desde el SUR. La Paz-Bolivia. 2012. INESAD. Ciess-econométrica. Pág.81-83.

<sup>10</sup> GRETTCHEN Flores Sandf. la salud como factor de crecimiento económico. Pág. 4.

#### **1.3.3.4. Justificación Teórica**

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

#### **1.3.3.5. Justificación de la Mención**

La mención de Gestión de Proyectos y Presupuesto realiza un estudio de los proyectos para los beneficios sociales que genera la Inversión Pública dentro del Sector Salud, a partir del análisis del Ciclo de Vida de los Proyectos y Presupuesto de Inversión Pública.

### **1.4. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS**

#### **1.4.1. Objetivo General**

- ✓ **Determinar** la contribución de la Fase de Ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud.

#### **1.4.2. Objetivos Específicos**

**OE 1.1. Comparar** la Programación y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud.

**OE 1.2. Identificar** la contribución por Fuente de Financiamiento de la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud.

**OE 1.3. Diferenciar** la distribución de la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por tipo de inversión del Sector Salud.

**OE 2.1. Verificar** el comportamiento del número de Nacidos con Bajo Peso.

**OE 2.2. Cuantificar** las consultas de Control Prenatal.

## 1.5. PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS

La hipótesis de la investigación es:

**“La ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión pública no contribuye en el Sector Salud del Departamento de La Paz.”**

## 1.6. APLICACIÓN METODOLÓGICA

### 1.6.1. Método de Investigación

El método científico que utiliza la investigación es el método deductivo, “comienza con la teoría y de ésta deriva la hipótesis que se someterá a prueba”<sup>11</sup>. La investigación se fundamenta en “...un proceso de razonamiento a partir de premisas generales a resultados específicos o conclusiones”<sup>12</sup>, es decir, se parte de lo general con dos categorías económicas: El presupuesto de inversión pública y el Sector Salud para luego llegar a lo particular con las variables económicas.

### 1.6.2. Tipo de Investigación

La investigación recurre al enfoque cuantitativo porque se fundamenta en la medición y análisis estadístico del presupuesto de inversión pública del Sector Salud. Es una investigación de tipo relacional porque establece la vinculación de categorías con variables económicas.

También, emplea el “diseño de investigación longitudinal para comparar datos”<sup>13</sup> de dos periodos de tiempo, Economía de Mercado (1998-2005) y Economía Plural (2006-2017). Tal procedimiento permite además realizar deducciones de carácter descriptivo y explicativo, la investigación “se centra en describir situaciones y especificar propiedades

---

<sup>11</sup> HERNÁNDEZ, R. y FERNÁNDEZ C. Metodología investigación. 5ta ed., Mc Graw-Hill México. (2010). Pág. 5-6.

<sup>12</sup> MENDOZA, M. Como investigan los economistas. Guía para elaborar y desarrollar un proyecto investigación. (2000)

<sup>13</sup> HERNÁNDEZ, R. y FERNÁNDEZ C. Metodología investigación. 5ta ed., Mc Graw-Hill México. (2010). Pág. 152-129



importantes sobre el objeto de estudio”<sup>14</sup>, manifiesta las condiciones y relación de variables económicas.

### **1.6.3. Fuentes de Información**

#### **a) Documental**

Las fuentes de información que se utilizan en la presente investigación son secundarias, información documental, boletines informativos, periódicos, artículos y publicaciones de instituciones nacionales, que se basa en la revisión de documentos realizados en base a la problemática del Sector Salud:

- ✓ Instituto de Investigaciones Económicas (IIE)
- ✓ Ministerio de Salud
- ✓ Fundación INESAD
- ✓ Fundación JUBILEO
- ✓ Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE)
- ✓ Ministerio de Economía y Finanzas Públicas
- ✓ Banco Interamericano de Desarrollo (BID)
- ✓ Gobierno Departamental de La Paz

#### **b) Información Teórica**

Para el análisis teórico de la presente investigación se utiliza libros de diferentes autores relacionados al tema de investigación.

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.

---

<sup>14</sup> INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN, CONSULTORÍA Y SERVICIOS TURÍSTICOS –IICSTUR. Guía metodológica para la elaboración de tesis de grado. (2012). Pág. 38

#### **1.6.4. Instrumento de Investigación**

El instrumento de investigación que se utiliza en el presente tema de investigación es la Estadística Descriptiva utilizada para explicar el comportamiento de las variables económicas.

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

La información seleccionada se procesa mediante un plan de tres fases:

- ✓ Primera Fase: Referencia metodológica para la formulación del perfil de investigación científica, permite aclarar la idea del tema y el problema de investigación. Se inicia en los Talleres de Investigación Metodológica, con la búsqueda de información documental procesada en un file de documentos con resumen, mapa conceptual y presentación en Power Point, se continúa con la búsqueda de información estadística e información teórica para que se observen las tendencias de las categorías o variables económicas.
- ✓ Segunda Fase: Formulación del perfil de investigación científica, fase que se desarrolla en la materia de Seminario de Grado I con la redacción del Perfil de Investigación acorde Reglamento de Tesis de la Carrera de Economía.
- ✓ Tercera Fase: Formulación del proyecto de investigación científica, se concluye en la materia de Seminario de Grado II redactando la tesis en cuatro capítulos. Los ajustes se afinan con ayuda del Instituto de Investigaciones Económicas (IIE).

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

En función de los resultados obtenidos se realiza el estudio en base de conclusiones que responden a los objetivos específicos y verificación de la hipótesis.

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

### **1.7.1. Aspectos conceptuales y definiciones**

#### **1.7.1.1. Presupuesto<sup>15</sup>**

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.

#### **1.7.1.2. Presupuesto de Inversión Pública<sup>16</sup>**

El Presupuesto de Inversión Pública es el conjunto de recursos asignados para la realización de los proyectos del Programa de Inversión Pública, que deben ser incorporadas en los presupuestos institucionales de cada entidad pública y en el PGN para cada gestión fiscal. Sólo forman parte del Presupuesto de Inversión Pública los proyectos del Programa de Inversión Pública que cuenten con financiamiento asegurado.

#### **1.7.1.3. Ejecución Presupuestaria<sup>17</sup>**

“Etapa del proceso presupuestario que percibe ingresos y atiende obligaciones de gasto de conformidad con los créditos presupuestarios autorizados en los presupuestos”. En este sentido, los proyectos de inversión pública en el Sector Salud comienzan con una idea que obedece a planes y programas relacionados con políticas públicas. Se formula el proyecto con recursos estimados y desembolsos hasta su inversión o ejecución con financiamiento interno o externo y esperando que el proyecto genere beneficios durante su vida útil.

---

<sup>15</sup> TICONA GARCÍA, R. El Proceso de Las Reformas Económicas en El Ciclo de Los Proyectos de Inversión Pública del Sector Público. *El Economista*. (2013). Pág. 3 –6.

<sup>16</sup> MINISTERIO DE HACIENDA. Sistema Nacional de Inversión Pública (Normas Básicas). (2009). Pág. 3. Art. 12.

<sup>17</sup> PRIETO, J. Glosario Términos Finanzas Públicas, Centro de Estudios en Finanzas Públicas CEFP. (2014). Pág. 10

#### **1.7.1.4. Programa de Inversión Pública<sup>18</sup>**

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

#### **1.7.1.5. Proyectos de Inversión<sup>19</sup>**

Según Karen Mokate “El Proyecto se entiende como el elemento básico de la implementación de políticas de desarrollo. El proyecto forma parte de programas, también de planes más amplios, contribuyendo a un objetivo global de desarrollo. Es una forma operativa, concreta de lograr propósitos y objetivos generales”.

#### **1.7.1.6. Gestión de Proyectos<sup>20</sup>**

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.

#### **1.7.1.7. Proyectos de Inversión Pública<sup>21</sup>**

Un proyecto de Inversión Pública se entiende como un “paquete discreto de inversiones, insumos y actividades diseñado para eliminar o reducir varias restricciones al desarrollo, para lograr uno o más productos o beneficios, en términos del aumento de la productividad y del mejoramiento de calidad de vida de un grupo de beneficiarios dentro de un determinado periodo de tiempo.”

---

<sup>18</sup> Ministerio de Hacienda. Sistema Nacional de Inversión Pública (Normas Básicas). Bolivia. 2003 Art. 12.

<sup>19</sup> KAREN MOKATE, “Evaluación Financiera de Proyectos de Inversión” (2º Edición), 2004, Editorial McGraw-Hill, Capítulo: 1 El Estudio de Proyectos, (p. 1 - 18).

<sup>20</sup> MOKATE KAREN MARIE “Evaluación Financiera de Proyectos de Inversión”; 2da Edición. Editorial Alfa omega. (2004) Pág. 13.

<sup>21</sup> MOKATE, K. M. Evaluación financiera de proyectos de inversión, Alfaomega, 2º Ed. (2004). Pág. 1

Un proyecto surge de la identificación y priorización de necesidades, que serán atendidas de manera determinada en la preparación y formulación. Su importancia depende de eficiencia y efectividad en la satisfacción de estas necesidades, teniendo en cuenta el contexto social, económico, cultural y político.

#### **1.7.1.8. Inversión Pública<sup>22</sup>**

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

#### **1.7.1.9. Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP)<sup>23</sup>**

Es el “conjunto de normas, instrumentos y procedimientos comunes para todas las entidades del sector público, mediante los cuales se relacionan y coordinan entre sí para formular, evaluar, priorizar, financiar y ejecutar los proyectos de Inversión Pública”.

#### **1.7.1.10. Financiamiento<sup>24</sup>**

“Es el acto de hacer uso de recursos económicos para cancelar obligaciones o pagar bienes, servicios o algún tipo de activo particular. El financiamiento puede provenir de diversas fuentes.” Las principales fuentes son:

##### **a) Financiamiento interno**

“Es la aportación de recursos económicos necesarios para el buen funcionamiento del Estado, para poder mantener el aparato productivo del país.”<sup>25</sup> Los recursos internos en el país están conformados por el Tesoro General de la Nación, Fondo de compensación, Coparticipación tributaria, Impuesto Especial a los Hidrocarburos y

---

<sup>22</sup> MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PUBLICAS, Memoria de la economía de Bolivia. (2014). Art. 1.

<sup>23</sup> BOLIVIA. MINISTERIO DE HACIENDA. “Sistema Nacional de Inversión Pública”, 18 de junio de 1996. Cap. II, Art1 Pág. 1.

<sup>24</sup> SABINO, C. *Diccionario de Economía y Finanzas*. Ed. Panapo. Caracas. (1991) Pág. 138.

<sup>25</sup> ZORRILLA, A. *Diccionario de Economía*. Ed. Limusa. 2da. Edición. México. (1987) Pág.89.

sus derivados (IEHD), Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH), Regalías y Recursos Propios.

#### **b) Financiamiento externo**

“Es aquel que proviene de los créditos bancarios o de la emisión de valores como las acciones y las obligaciones”<sup>26</sup>. En el país, los recursos externos están conformados por Organismos financieros multilaterales, Agencias de Cooperación Internacional y Gobiernos, mediante convenios de Crédito o Donación.

##### **1.7.1.11. Proyectos Capitalizables y No Capitalizables<sup>27</sup>**

“Los Proyectos Capitalizables están orientados a crear, ampliar y mejorar el capital físico, que contribuyen a la formación bruta de capital. En estos proyectos, el costo total se considera Capitalizable. Mientras que los Proyectos No Capitalizables están orientados a crear, ampliar y mejorar el capital humano, social, cultural y/o medio ambiental.”.

##### **1.7.1.12. Planificación<sup>28</sup>**

La planificación es un proceso para la toma de decisiones que nos lleva a prever el futuro de cualquier organización, usando los recursos necesarios tanto humanos como materiales para el logro de los objetivos que se desean alcanzar de una manera más eficiente y económicamente posible.

---

<sup>26</sup> ZORRILLA, A. Diccionario de Economía. Ed. Limusa. 2da. Edición. México. (1987). Pág.89.

<sup>27</sup> MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO – VIPFE. Directrices de Formulación del Presupuesto de Inversión Pública Anual. 2013.

<sup>28</sup> MOLINA, MORALES y Bonilla; 2006.

### 1.7.1.13 Salud<sup>29</sup>

Según Manuel Collazo Herrera y Justo Cárdenas Rodríguez “La salud es un bien escaso cuya obtención y mantenimiento exige trabajo y dinero, logra implicar satisfacer necesidades expresadas en forma de demanda, más el costo de oportunidad que encierra renunciar a otros bienes”.

## 1.7.2. Aspectos Teóricos de la investigación

### 1.7.2.1. Teoría del Sector Público

a) Para *Ricardo Cibotti y Enrique Sierra*<sup>30</sup> el Sector Público interviene en economía y planificación. Considera las siguientes cuatro acciones del Estado:

Las 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; 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 sus propósitos no necesitan que el Estado movilice directamente recursos físicos y financieros como en las otras acciones. Para realizar estas acciones se requiere disponer de un aparato administrativo que formule e imponga las normas y reglamentaciones<sup>31</sup>.

**Las acciones de Producción de bienes y servicios:** es propio del Estado y su responsabilidad en la prestación de ciertos servicios generales relacionados con la organización y el funcionamiento de la comunidad y del propio gobierno; se admite que el Estado organice y preste los servicios de justicia, policía, defensa nacional, aduana, correo, registros de propiedad, entre otros. Los organismos

---

<sup>29</sup> MANUEL C. RODRIGUEZ / JUSTO CARDENAS R. (2002) Y ALBERTO BALY (2009). El sector público en la Economía. 1era edición. Pág.: 359 – 365 / 53- 54.

<sup>30</sup> RICARDO CIBOTTI Y ENRIQUE SIERRA, “*El Sector Público en la Planificación del Desarrollo*”, 4ta Edición. Cap. I; Pág. 7-22.

<sup>31</sup> RICARDO CIBOTTI Y ENRIQUE SIERRA, “*El Sector Público en la Planificación del Desarrollo*”, 4ta Edición. Cap. I; Pág. 16-17.

públicos a cargo de la prestación de servicios son parte del aparato estatal o del gobierno, entre las cuales se destacan: las oficinas de administración general del gobierno, los ministerios, la contraloría, el Banco Central, entre otros.

**Acciones de Acumulación:** estas acciones contribuyen a la formación del acervo de instalaciones y equipo necesarios para efectuar la prestación de servicios públicos, como escuelas, hospitales, y otros que requieren un gasto operativo anual con cargo al Estado o pueden ser: caminos, calles, parques, jardines, entre otros que tienen gasto en mantenimiento y conservación. Por otra parte los bienes de capital de cualquiera de los dos tipos de acumulación pueden ser directamente producidos por entidades públicas o adquiridos al sector privado<sup>32</sup>.

**Acciones en el campo del Financiamiento:** para que el Estado pueda obtener los insumos y factores necesarios para la producción y acumulación, debe movilizar medios de pago que le permitan trasladar dichos recursos físicos al ámbito de la economía estatal; además el Estado realiza acciones orientadas a modificar el destino de las corrientes financieras, con el fin de alterar la distribución de los ingresos para favorecer el desarrollo de actividades privadas o proporcionar mayores ingresos a cargo del gobierno central (subsidios)<sup>33</sup>.

- b) Según *Richard Musgrave*<sup>34</sup> la Economía del Sector Público actúa en un sistema mixto, su funcionamiento incluye la financiación y una fuerte incidencia en el nivel de actividad económica y el principal objeto de estudio se denomina Hacienda Pública. Afirma que no es posible tratar solamente de la economía pública porque el Sector Público actúa en interacción con el privado; los efectos de las políticas de gastos e ingresos no solo dependen de la reacción del sector

---

<sup>32</sup> RICARDO CIBOTTI Y ENRIQUE SIERRA, “*El Sector Público en la Planificación del Desarrollo*”, 4ta Edición, Cap. I; Pág. 20-21.

<sup>33</sup> RICARDO CIBOTTI Y ENRIQUE SIERRA, “*El Sector Público en la Planificación del Desarrollo*”, 4ta Edición, Cap. I; Pág. 21-22.

<sup>34</sup> MUSGRAVE, RICHARD & MUSGRAVE, P. “*Hacienda Pública Teórica y Aplicada*”, McGraw-Hill Editores. México (1999), 5ta edición; Cap. 1, Pág. 4.



privado, sino que la necesidad de medidas fiscales queda determinada por la forma en que actúa el sector privado en su ausencia.

El mecanismo de mercado por sí solo no puede realizar todas las funciones económicas. Entonces la política pública es necesaria para guiar, corregir y complementar al mercado en algunos aspectos. Es importante presentar algunos objetivos políticos que van relacionados a las principales funciones del Sector Público, incluyen<sup>35</sup>:

- ✓ **Función de Asignación:** la provisión de bienes sociales o el proceso por el que el uso total de los recursos se divide entre bienes privados y sociales y la combinación elegida de bienes sociales, se denomina función de asignación de la política presupuestaria.
  - ✓ **Función de Distribución:** es el ajuste de la distribución de la renta y la riqueza para asegurar su adecuación, considerado por la sociedad como un Estado “equitativo o justo” de distribución.
  - ✓ **Función de Estabilización:** con el objeto de utilizar la política presupuestaria como un medio de mantener un alto nivel de empleo, un grado razonable de estabilidad de los precios y una tasa apropiada de crecimiento económico que considere los efectos sobre el comercio internacional y la balanza de pagos.
- c) *Joseph E. Stiglitz*<sup>36</sup> indica que, los mercados suelen fallar en la asignación de los recursos y el mismo Estado con frecuencia no consigue corregirlos, porque el mercado sólo es eficiente bajo algunos supuestos restrictivos.

---

<sup>35</sup> MUSGRAVE, RICHARD & MUSGRAVE, P. “*Hacienda Pública Teórica y Aplicada*”, McGraw-Hill Editores. 5ta edición. México (1999), Cap. 1, Pág. 7.

<sup>36</sup> STIGLITZ JOSEPH E. “*La Economía del Sector Público*”, 3ra Edición Cap. 4: Los fallos del mercado, Resumen. (2000). Pág. 92-101.

El primer Teorema fundamental de la Economía del Bienestar, establece que la economía solo es eficiente en el sentido de Pareto en determinadas circunstancias o condiciones.

**Bienes Públicos:** bienes públicos puros, donde el mercado no los puede suministrar o no los suministra en una cantidad suficiente.

**Externalidades:** Los casos en que los actos de una persona imponen costes a otras se denominan externalidades negativas y en los casos donde los actos de una persona benefician a otras se denominan externalidades positivas.

**Mercados Incompletos:** Donde los mercados privados han funcionado especialmente mal en la provisión de seguros y préstamos, justificando la intervención del Estado en estas áreas.

Consumo rival significa que si un bien es utilizado por una persona, no puede ser utilizado por otra, como lo son las bebidas y alimentos; en cambio el consumo no rival se refiere cuando el consumo de una persona no impide o reduce el consumo de otra. La propiedad de exclusión cuando nos preguntamos si es posible excluir a una persona de los beneficios de un bien público, sin incurrir en grandes costes, por ejemplo no es imposible excluir a un barco que navega cerca de un barco que navega cerca de un faro de los beneficios que éste proporciona. Es evidente que si la exclusión es imposible, también lo es la utilización del sistema de precios, ya que los consumidores no tienen ningún incentivo para pagar<sup>37</sup>.

### 1.7.2.2. Teoría del Ciclo de Vida de los Proyectos

La presente investigación implica el estudio del Ciclo de Vida del Proyecto, haciendo énfasis en la etapa de inversión, Gestión o la fase de ejecución, bajo las tres concepciones presentadas a continuación:

---

<sup>37</sup> STIGLITZ JOSEPH E. “*La Economía del Sector Público*”, 3ra Edición, Cap. 6: Los Bienes Públicos y Privados suministrados por el Estado, (2000) Pág. 150.

Según los autores:

a) *Nassir y Reinaldo Sapag Chain*<sup>38</sup>, un proyecto es la búsqueda inteligente al planteamiento de un problema a resolver, es considerado como un instrumento que permite a los agentes económicos prepararlos y evaluarlos, se les asignan recursos para su inversión como solución frente a un problema económico, el proyecto tiene un Ciclo de Vida:

- ❖ **Idea:** Representa la realización de un diagnóstico que identifica distintas vías de solución.
- ❖ **Pre inversión:** Se realiza tres estudios de viabilidad, perfil, prefactibilidad y factibilidad.
- ❖ **Inversión:** Después de realizar los estudios correspondientes, se toma la decisión de invertir o no en el proyecto, teniendo en cuenta los indicadores de rentabilidad de los proyectos.
- ❖ **Operación:** Una vez concluido el proyecto, se puede operar, es decir comenzar su funcionamiento.

b) *Karen Marie Mokate*<sup>39</sup> señala que un proyecto de inversión se puede entender como: “un paquete discreto de inversiones, insumos y actividades diseñado con el fin de eliminar o reducir varias restricciones al desarrollo, para lograr uno o más productos o beneficios, en términos del aumento de la productividad y del mejoramiento de la calidad de vida de un grupo de beneficiarios dentro de un determinado periodo de tiempo”. El proyecto forma parte de programas y planes más amplios, contribuyendo a un objetivo global de desarrollo. Según este autor el ciclo del proyecto comprende tres etapas:

---

<sup>38</sup> SAPAG CHAIN NASSIR, SAPAG CHAIN REINALDO. “Preparación y Evaluación de Proyectos” 5ta Edición. Colombia (2008) Cap. 1; Pág. 1-2.

<sup>39</sup> MOKATE KAREN MARIE. “Evaluación Financiera de Proyectos de Inversión” 2da Edición (2004). Cap. 1; Pág. 1-2.

❖ **Etapa de Formulación:** Desarrollo de alternativas, evaluación ex ante. Comprende desde que se tiene la idea del proyecto y la toma de decisión de iniciar la inversión, se analiza aspectos técnicos, financieros, etc.

❖ **Etapa de Gestión:** Ejecución de actividades e inversiones, evaluación sobre la marcha. Comprende desde el inicio de la inversión y el momento en que se liquida o se deja de operar el proyecto.

❖ **Etapa Ex post:** 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.

c) *Las Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública*<sup>40</sup> (SNIP) que aplica para el Sector Público en Bolivia, que define al Ciclo de los Proyectos de Inversión Pública como un proceso que atraviesa un proyecto de Inversión Pública desde que nace como idea, se formula y evalúa, entra en operación o se decide su abandono y cumple con su vida útil. Todo proyecto de Inversión Pública debe cumplir con las fases de este ciclo:

❖ **Fase Preinversión:** abarca todos los estudios que se deben realizar sobre un proyecto de Inversión Pública, desde que es identificado a nivel idea en los Planes de Desarrollo de los niveles institucionales, hasta que se toma la decisión de su ejecución, postergación o abandono.

❖ **Fase 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 realiza la programación física y financiera de la ejecución y ejecutar físicamente el proyecto.

---

<sup>40</sup> MINISTERIO DE HACIENDA. *Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública*. 2003. Pág. 6-7.

❖ **Fase Operación:** comprende las acciones relativas al funcionamiento del proyecto a efectos de que el mismo genere los beneficios identificados y estimados durante la fase de pre inversión.

### 1.7.2.3. Teoría de la Inversión Pública<sup>41</sup>

Para *Stiglitz*, La Inversión Pública es todo gasto de recursos de origen público destinado a incrementar, mejorar o reponerlas 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.

### 1.7.2.4. Teoría de la Salud

Un Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad. Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual solo puede ser cumplida mediante medidas sanitarias y sociales adecuadas.

- a) Para *Morales Anaya r.* La salud es entendida como adecuado desarrollo físico, mental y emocional, es parte de la situación de bienestar de las personas. La salud está relacionada con el derecho a vivir en ambientes físicos y exentos de peligro, el Estado es responsable del ejercicio efectivo de este derecho<sup>42</sup>.
- b) *Baly 2001*<sup>43</sup>, señala que la evaluación económica en la salud, analiza de manera explícita las distintas alternativas de elección de procedimientos, servicios o tecnologías médicas para resolver o prevenir un problema de salud, es decir identifica las alternativas, costos y beneficios de cada una.

Las necesidades a cubrir en el sector son ilimitadas y los recursos son escasos. Quiere decir que los recursos consumidos en una actividad relacionada con la

---

<sup>41</sup> STIGLITZ, J. "La economía del sector público". 3ra edición. Editorial AntoniBosch. Pág. 95.

<sup>42</sup> MORALES ANAYA R. 2012 *El desarrollo visto desde el sur UMSA* CIES ECONOMETRICA INESAD Pág. 21

<sup>43</sup> BALY A. 2001. *La Economía de la Salud, la eficiencia y el Costo de Oportunidad*. Cuba. pag.1-4.

<sup>43</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 1946. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Pág. 1.

salud, limitan la realización de otra dentro o fuera del sector.

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

- c) Según la *Organización Mundial de la Salud*<sup>44</sup>, 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.

Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos, los Gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

# **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. Políticas del Plan General de Desarrollo Económico y Social<sup>45</sup>

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

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

##### a) Salud

El Pilar de Equidad es el acceso positivamente discriminado a las oportunidades de quienes no las tienen. En este sentido, el Estado y la sociedad boliviana deben buscar la equidad no sólo a partir de un mejoramiento del ingreso, sino de la generación de mayores oportunidades de acceso a la cultura, la educación, los recursos naturales, la vivienda, el empleo, la salud y la seguridad social, es decir, una política de desarrollo humano que garantice el mejoramiento de vida del conjunto de la sociedad<sup>46</sup>.

##### b) Formación y Salud Integral<sup>47</sup>

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

---

<sup>45</sup> MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. Plan General de Desarrollo Económico y Social, Bolivia XXI 1997- 2002, País Solidario, Pág. 23.

<sup>46</sup> MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. Plan General de Desarrollo Económico y Social, Bolivia XXI. 1997-2002. País Socialmente Solidario. Pág.11.

<sup>47</sup> MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. Plan General de Desarrollo Económico y Social, Bolivia XXI 1997- 2002, País Solidario, Pág. 80.



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

La salud integral consiste en la prestación de servicios de fomento y promoción de la salud: prevención, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de las enfermedades, con especial énfasis en la adolescencia. La formación integral implica un conjunto de acciones de asistencia a las niñas y niños menores de cinco años, para proporcionarles un crecimiento adecuado, mediante el cuidado de la salud y nutrición.

Los objetivos son:

- ✓ Incrementar la cobertura.
- ✓ Mejorar la accesibilidad y la satisfacción de los usuarios de los servicios.
- ✓ Disminuir la brecha nutricional infantil.
- ✓ Garantizar de manera sustentable al acceso universal a múltiples prestadores de servicios de salud y nutrición.

#### **e) Nutrición Básica** <sup>48</sup>

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

El propósito es:

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

---

<sup>48</sup> MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. Plan General de Desarrollo Económico y Social. Bolivia XXI 1997-2002. País Socialmente Solidario. Pág.81.

#### **d) Promoción de la salud<sup>49</sup>**

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

Los propósitos de esta política son:

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

#### **e) Atención Primaria de Salud (APS) Universal<sup>50</sup>**

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

Contribuirá a reducir:

- ✓ Reducir la mortalidad infantil y materna.
- ✓ Mejorar las condiciones de acceso a la salud y niñez
- ✓ 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, intergestacional, pre natal, parto y puerperio.

#### **2.1.1.2. Política Nacional de Salud**

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

- ✓ Prevención y control de enfermedades
- ✓ Fortalecimiento institucional
- ✓ Promoción de la salud

---

<sup>49</sup> MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. Plan General de Desarrollo Económico y Social, 1997- 2002, Bolivia XXI País Solidario, Pág. 81.

<sup>50</sup> MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. Plan General de Desarrollo Económico y Social, 1997- 2002, Bolivia XXI País Solidario, Pág. 83.

### **2.1.1.3. Políticas de Desarrollo Departamental<sup>51</sup>**

Mejorar los índices nutricionales de la población infantil de las madres gestantes y nodrizas, incrementando el consumo de proteínas y vitaminas. También se propone intensificar el control de enfermedades infecto contagiosas, mejorando los servicios de prevención.

### **2.1.1.4. Salud<sup>52</sup>**

Para avanzar en este sentido es necesario optimizar la inversión social y dirigirla hacia la educación primaria y técnica, el primer nivel de atención en salud y la mejora de las condiciones de habitabilidad, impulsar la participación organizada de la población en la gestión de la inversión pública, promover la superación de la discriminación étnica, social y cultural.

#### **a) Desarrollo Humano-Salud<sup>53</sup>**

El Plan propone:

- Implementación de programas de educación sanitaria y la difusión de programas de salud preventiva.

Se pretende ampliar la cobertura de atención en salud para reducir la incidencia de las endemias y mejorar los índices nutricionales de la población infantil y de las madres gestantes.

## **2.1.2. Segundo Periodo 2006-2017 (Modelo de Economía plural)**

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

Las desigualdades económicas y sociales brindan escasas oportunidades de acceso en el sistema educativo, los servicios de salud, servicios básicos, saneamiento, vivienda, justicia y seguridad ciudadana<sup>54</sup>.

---

<sup>51</sup> PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO ECONÓMICO SOCIAL DE LA PAZ, 1995, pág. 37.

<sup>52</sup> PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL del Departamento de La Paz. 1995. CORDEPAZ - Gerencia de Planificación Pág. 36.

<sup>53</sup> PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL del Departamento de La Paz. 1995. CORDEPAZ - Gerencia de Planificación Pág. 37.

<sup>54</sup> BOLIVIA. Ministerio de Planificación del Desarrollo. Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien”. 2006-2011. Pág. 24.

Bolivia saludable y formada, Bolivia con empleo digno y permanente, a partir de salud, educación y trabajo-empleo busca dotarnos de un Sistema Nacional de Salud, Único, Intercultural y Comunitario que atiende la salud, sin embargo, sustancialmente la previene y actúa sobre los múltiples determinantes, que la democratizan a tal grado que ninguna persona estará al margen del Seguro de Salud, que se encamina a su soberanía total, y a la erradicación definitiva de la desnutrición, así como a la recuperación de hábitos alimentarios saludables<sup>55</sup>.

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

El objetivo del Plan Nacional en el sector salud es la eliminación de la exclusión social, que se conseguirá con la implementación del Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud. El sistema será inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y calidez. Participará de la dimensión económica, productiva, sociocultural y policía organizativa, genero capacidades individuales, familiares y comunitarias, actuará de manera intersectorial sobre los determinantes de la salud con participación plena en todos sus niveles, orientado hacia la promoción de hábitos saludables, de la actividad física y deportiva, que cuida, cría y controle el ambiente, promueve y se constituye en el espacio de organización y movilización socio comunitaria<sup>56</sup>.

El rol del Estado, basado en una concepción social, comunitaria y plurinacional de la salud, es garantizar el Derecho a la Salud y la ciudadanía plena en la que se abren espacios para la participación de nuevos actores. En este sentido, todos los sectores involucrados en el Sistema Nacional de Salud cumplirán, bajo la rectoría y autoridad normativa y regulatoria del Ministerio de Salud y Deportes, los roles y funciones que estén vigentes<sup>57</sup>.

---

<sup>55</sup> MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien”. 2006-2011. Bolivia. Pág. 26.

<sup>56</sup> MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien”. 2006-2011. Bolivia. Pág. 38.

<sup>57</sup> MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien”. 2006-2011. Pág. 39.

### **2.1.2.3. Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural <sup>58</sup>**

El propósito es permitir el acceso a los servicios de salud de la población boliviana bajo el Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI), mediante la promoción de hábitos y conductas saludables en individuos, familia y la comunidad, la prevención de riesgos, el control de daños y la rehabilitación de personas con discapacidades.

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, Intercultural, género generacional; y Vigilancia de la calidad de producción de bienes y servicios. El requerimiento para la implementación del programa es el de contar con recursos humanos con competencias especiales en la atención primaria de salud.

#### **a) Responsabilidad del Estado <sup>59</sup>**

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

---

<sup>58</sup> PLAN NACIONAL DE DESARROLLO, Evo Morales Ayma, Presidente del Estado Plurinacional de Bolivia, 2006-2011. Pág. 49.

<sup>59</sup> MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien”. Bolivia. 2006-2011. Pág. 41.

### **b) Solidaridad**<sup>60</sup>

Esta política desarrollará la estrategia de la “alianza nacional para la erradicación de la desnutrición y violencia; la habilitación, rehabilitación, prevención y equiparación de oportunidades de personas discapacitadas y la inclusión social de grupos desprotegidos que viven en la extrema pobreza”.

La política pretende:

- Mejorar la alimentación y nutrición de niños menores de cinco años y mujeres en edad fértil; cambiar los hábitos alimentarios.
- Fortalecerla estructura social y construcción de infraestructura y equipamiento social.

### **2.1.2.4. Salud con Calidad**<sup>61</sup>

El Plan Departamental en base al Plan Nacional y su capítulo Bolivia Digna pretende incrementar la cobertura de inmunización en menores de un año para contribuir a reducir la mortalidad infantil, incrementar la cobertura de parto institucional y contribuir a la implementación del Seguro Universal e Salud.

### **a) La Paz Solidaria**<sup>62</sup>

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

## **2.2. REFERENCIA NORMATIVA**

Para el cumplimiento de las políticas planteadas se formulan un conjunto de normas expresadas en leyes, decretos supremos y resoluciones supremas creadas por las

---

<sup>60</sup> MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien”. Bolivia. 2006-2011. Pág. 43 -51.

<sup>61</sup> PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ, PDDDES –LP, 2007-2010. Pág. 17.

<sup>62</sup> PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ, PDDDES –LP, 2007-2010. Pág.29-30.

autoridades públicas. Garantizando la ejecución, seguimiento y control de las políticas públicas en general.

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

El Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población; asegurando la continuidad de sus medios de subsistencia y rehabilitación de las personas inutilizadas; prepondera asimismo a mejorar las condiciones de vida del grupo familiar. Los regímenes de seguridad social se inspirarán en los principios de universalidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad y eficacia<sup>63</sup>.

Todo proyecto de ley que implique gastos para el Estado debe indicar, al propio tiempo la manera de cubrirlos y la forma de su inversión<sup>64</sup>.

#### **2.2.1.2. Sistema de presupuesto<sup>65</sup>**

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

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

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

Se regula los Sistemas de Administración y de Control de los recursos del Estado y su relación con los sistemas nacionales de Planificación e Inversión Pública, con el objeto de<sup>66</sup>:

---

<sup>63</sup> ANTIGUA CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO (2004), Parte 1, Titulo II, art. 158, Pág. 37 – 38.

<sup>64</sup> ANTIGUA CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO (2004), Parte 1, Titulo II, art. 149, Pág. 36.

<sup>65</sup> BOLIVIA.20 de Julio de 1990. Ley N° 1178. Ley SAFCO. Artículo 8°.

<sup>66</sup> BOLIVIA.20 de Julio de 1990. Ley N° 1178. Ley SAFCO. Artículo 1°.

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

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

El Sistema de Presupuesto tiene por objeto la generación y obtención de información confiable, útil y oportuna sobre la ejecución presupuestaria, para la evaluación del cumplimiento de la gestión pública. La elaboración y ejecución del Presupuesto, es responsabilidad de la máxima autoridad ejecutiva, y de todos los servidores públicos involucrados, en el ámbito de sus competencias<sup>67</sup>.

La ejecución del presupuesto comprende los procesos administrativos de captación de recursos, de realización de desembolsos o pagos, y de ajustes al presupuesto aprobado, sujetos a las regulaciones contenidas en las normas legales inherentes a la materia<sup>68</sup>.

Cuando las disponibilidades efectivas de recursos no alcancen los niveles programados, deberá restringirse el compromiso y devengamiento del Presupuesto de Gastos a esas disponibilidades<sup>69</sup>.

---

<sup>67</sup> RESOLUCIÓN SUPREMA N° 216779. 21 de Julio de 1996. Normas Básicas del Sistema Nacional de Planificación Artículo 12°.

<sup>68</sup> RESOLUCIÓN SUPREMA N° 216779. 21 de Julio de 1996. Normas Básicas del Sistema Nacional de Planificación Artículo 25°.

<sup>69</sup> RESOLUCIÓN SUPREMA N° 216779. 21 de Julio de 1996. Normas Básicas del Sistema Nacional de Planificación Artículo 27°.



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

El Sistema Nacional de Inversión Pública es de uso y aplicación obligatoria por parte de todas las entidades del sector público, que realizan actividades de inversión pública, bajo la responsabilidad de la máxima autoridad ejecutiva y de todos los servidores públicos que participan en los diferentes procesos<sup>70</sup>.

Los objetivos del SNIP son<sup>71</sup>:

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

### **2.2.1.6. Descentralización Administrativa<sup>72</sup>**

Algunas de las atribuciones del Prefecto en el régimen de descentralización administrativa es de 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 de Inversión Pública y el régimen económico y financiero, en las áreas de: son la conservación y preservación del medio ambiente, los programas de asistencia social, programas de fortalecimiento municipal, entre otras atribuciones.

Se transfiere bajo administración del prefecto las obras y proyectos relacionados a las atribuciones delegadas, que atraviesen siendo ejecutadas por reparticiones de la administración central, entidades públicas de la administración regional y entidades centralizadas sin fines de lucro.

---

<sup>70</sup> MINISTERIO DE HACIENDA. Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública. 2003. Art. 33°.

<sup>71</sup> MINISTERIO DE HACIENDA. Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública. Bolivia. 2003. Art. 2°.

<sup>72</sup> Ley N°1654, Ley de Descentralización Administrativa. Bolivia. 28 de Julio de 1995. Art. 24°.

Asimismo se traduce el financiamiento internacional y los pasivos de la parte de estas obras y del proyecto a ejecutarse si lo hubiere. El financiamiento de contraparte requerido para garantizar la continuidad de estas obras y proyectos, será cubierto por los prefectos con los recursos señalados.

#### **2.2.1.7. Ley del Dialogo Nacional <sup>73</sup>**

El Tesoro General de la Nación de manera excepcional para la presente gestión efectuará la transferencia de los recursos obtenidos en el marco de la Iniciativa HIPC II a la Cuenta Especial “Diálogo 2000”, a partir del mes de abril de 2002, en nueve cuotas iguales y, en el mes de diciembre (fin de gestión), en base al total de recursos efectivamente obtenidos, se realizará el ajuste correspondiente.

Cuenta especial Fondo Solidario Municipal para la Educación Escolar y Salud Publicas  
El Tesoro General de la Nación de manera excepcional para la presente gestión efectuará la transferencia de los recursos obtenidos en el marco de la Iniciativa HIPC II a la Cuenta Especial “Fondo Solidario Municipal para la Educación Escolar y Salud Públicas”, a partir del mes de marzo de 2002, en diez cuotas iguales.

#### **2.2.1.8. Salud Materno Infantil <sup>74</sup>**

Se promulga la Ley N° 2426 que crea el Seguro Universal Materno Infantil, es una prioridad de la estrategia boliviana la reducción de la pobreza. El Seguro Universal Materno Infantil se implementa en todo el territorio nacional con carácter universal, integral y gratuito, para otorgar las prestaciones de salud en los niveles de atención del Sistema de Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto y los niños y niñas menores de 5 años de edad. El Seguro Materno Infantil, es una prioridad de la Estrategia Boliviana de Reducción a la Pobreza<sup>75</sup>.

---

<sup>73</sup> LEY DEL DIÁLOGO NACIONAL 2000, 31 de julio de 2001, Decreto Supremo N° 26560, 27 de marzo de 2002, Art. 1-2.

<sup>74</sup> Ley 2426 del seguro universal materno infantil, noviembre 21 de 2002; Art. 1.

<sup>75</sup> Ley N° 2426. Ley del Seguro Universal Materno Infantil. Bolivia. 21 de noviembre de 2002. Artículo 1°.

El Ministerio de Salud y Previsión Social, como la Autoridad Nacional de Salud, es responsable de reglamentar Materno Infantil en todos los niveles establecidos<sup>76</sup>.

La implementación del Seguro Universal Materno Infantil es por medio de la red de servicios de salud, conformada por los establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de complejidad de acuerdo a criterios de accesibilidad y resolución. El Ministerio de Salud y Previsión Social reglamentará, coordinará y controlará las redes de servicios de salud en todo el territorio nacional, para asegurar las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil<sup>77</sup>.

El Directorio Local de Salud (DILOS), como máxima autoridad será responsable de la implementación del Seguro Universal Materno Infantil, la administración de la Cuenta Municipal de Salud y el cumplimiento de la Política Nacional de Salud<sup>78</sup>. Las fuentes de financiamiento del SUMI son: a) Tesoro General de la Nación b) Participación Popular (coparticipación tributaria municipal y c) Recursos de la Cuenta Especial del Diálogo 2000<sup>79</sup>.

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

### **2.2.2.1. Constitución Política del Estado**

El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno<sup>80</sup>.

a) El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud<sup>81</sup>.

---

<sup>76</sup> LEY N° 2426. Ley del Seguro Universal Materno Infantil. Bolivia. 21 de noviembre de 2002. Artículo 2°.

<sup>77</sup> LEY N° 2426. Ley del Seguro Universal Materno Infantil. Bolivia. 21 de noviembre de 2002. Artículo 5°.

<sup>78</sup> LEY N° 2426. Ley del Seguro Universal Materno Infantil. Bolivia. 21 de noviembre de 2002. Artículo 1°.

<sup>79</sup> LEY N° 2426. Ley del Seguro Universal Materno Infantil. Bolivia. 21 de noviembre de 2002. Artículo 3°.

<sup>80</sup> NUEVA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO. Bolivia. Febrero 7 de 2009. Artículo 18°.

<sup>81</sup> NUEVA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO. Bolivia. Febrero 7 de 2009 Artículo 35°.

- b) El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades<sup>82</sup>.
- c) El Estado regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley<sup>83</sup>.
- d) La seguridad social se presta bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia. Su dirección y administración corresponde al Estado, con control y participación social<sup>84</sup>.
- e) La determinación del gasto y de la inversión pública tendrá lugar por medio de mecanismos de participación ciudadana y de planificación técnica y ejecutiva estatal. Las asignaciones atenderán especialmente a la educación, la salud, la alimentación, la vivienda y el desarrollo productivo<sup>85</sup>.

#### **2.2.2.2. Autonomías y Descentralización**<sup>86</sup>

Los artículos que se relacionan con la investigación son los siguientes:

El régimen de autonomías tiene como fin distribuir las funciones político-administrativas del Estado de manera equilibrada y sostenible en el territorio para la efectiva participación de las ciudadanas y ciudadanos en la toma de decisiones, la profundización de la democracia y la satisfacción de las necesidades colectivas y del desarrollo socioeconómico integral del país.

La Descentralización Administrativa es la transferencia de competencias de un órgano público a una institución de la misma administración sobre la que ejerza tuición. La

---

<sup>82</sup> NUEVA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO. Bolivia. Febrero 7 de 2009. Artículo 37°.

<sup>83</sup> NUEVA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO. Bolivia. Febrero 7 de 2009. Artículo 39°.

<sup>84</sup> NUEVA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO. BOLIVIA. Febrero 7 de 2009. Artículo 45°.

<sup>85</sup> NUEVA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO. BOLIVIA. Febrero 7 de 2009. Artículo 321°.

<sup>86</sup> LEY N° 031, LEY MARCO DE AUTONOMÍAS Y DESCENTRALIZACIÓN “Andrés Ibáñez”. Bolivia. 19 de julio de 2010. Art. 6°, 7,30°, 104°-disposiciones transitorias.

Autonomía es la cualidad gubernativa que adquiere una entidad territorial de acuerdo a las condiciones y procedimientos establecidos en la Constitución Política del Estado y la Ley N° 031, que implica la igualdad jerárquica o de rango constitucional entre entidades territoriales autónomas, la elección directa de sus autoridades por las ciudadanas y los ciudadanos, la administración de sus recursos económicos y el ejercicio de facultades legislativa, reglamentaria, fiscalizadora y ejecutiva por sus órganos de gobierno autónomo, en el ámbito de su jurisdicción territorial y de las competencias y atribuciones que se les establece.

El gobierno autónomo departamental está constituido por dos órganos: Una asamblea departamental, con facultad deliberativa, fiscalizadora y legislativa en el ámbito de sus competencias y Un Órgano Ejecutivo, presidido por una Gobernadora o Gobernador e integrado además por autoridades departamentales, cuyo número y atribuciones serán establecidos en el estatuto.

### **2.2.2.3. Competencias en Salud del Departamento <sup>87</sup>**

Dentro de la Ley Marco de Autonomías y Descentralización delega competencias en salud al departamento como:

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

---

<sup>87</sup> LEY MARCO DE AUTONOMÍAS Y DESCENTRALIZACIÓN “ANDRÉS IBÁÑEZ”. Título V. Cap. III. art. 81. pág. 34.

- Cofinanciar políticas, planes, programas y proyectos de salud en coordinación con el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas en el departamento.

#### **2.2.2.4. Sistema de Presupuesto**<sup>88</sup>

Los artículos que se relacionan con la investigación son los siguientes:

El Sistema de Presupuesto es un conjunto ordenado y coherente de principios, disposiciones normativas, procesos e instrumentos técnicos, que tiene por objeto la formulación, aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación, de los presupuestos públicos, según los programas y proyectos definidos en el marco del Plan General de Desarrollo Económico y Social de la República<sup>89</sup>.

Asimismo tiene por objeto la generación y obtención de información confiable, útil y oportuna sobre la ejecución presupuestaria, para la evaluación del cumplimiento de la gestión pública<sup>90</sup>.

El Sistema de Presupuesto se interrelaciona con el Sistema Nacional de Planificación que permite definir los objetivos, políticas, programas y proyectos, de los planes generales y sectoriales de desarrollo, a nivel nacional, departamental, regional y municipal, y de los planes estratégicos institucionales; con el Sistema Nacional de Inversión Pública mediante la definición de proyectos de inversión pública, consistentes con los planes generales y sectoriales de desarrollo, para la correspondiente asignación de recursos y otros sistemas<sup>91</sup>.

---

<sup>88</sup> EDUARDO RODRIGUEZ VELTZE. Normas Básicas del Sistema de Presupuesto, Resolución Suprema N° 225558, 01 de diciembre de 2005. Pág. 2070-2072.

<sup>89</sup> EDUARDO RODRIGUEZ VELTZE. Normas Básicas del Sistema de Presupuesto, Resolución Suprema N° 225558, 01 de diciembre de 2005. Artículo 1°.

<sup>90</sup> EDUARDO RODRIGUEZ VELTZE. Normas Básicas del Sistema de Presupuesto, Resolución Suprema N° 225558, 01 de diciembre de 2005. Artículo 1°.

<sup>91</sup> EDUARDO RODRIGUEZ VELTZE. Normas Básicas del Sistema de Presupuesto, Resolución Suprema N° 225558, 01 de diciembre de 2005. Artículo 7°.

#### **2.2.2.5. Ley de ampliación de Seguro Universal Materno Infantil <sup>92</sup>**

Se amplían las coberturas del Seguro Materno Infantil (SUMI), en todo el territorio nacional, con carácter universal y gratuito, para otorgar prestaciones específicamente definidas por el Ministerio de Salud y Deportes, enmarcadas en las políticas de salud vigentes que guarden estrecha relación con una maternidad segura en las mujeres en edad fértil, así como la obligatoriedad en la prevención de cáncer de cuello uterino (papanicolau anual) a toda paciente que acuerda el 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.

#### **2.2.2.6. Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural**

El presente Decreto Supremo N° 29601, tiene por objeto establecer el Modelo de atención y de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI. El objetivo del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la Salud (buscando la autogestión);brindar servicios de Salud que tomen en cuenta a la persona, familia, comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de condiciones de vida de la población<sup>93</sup>.

#### **2.2.2.7. Transferencia monetaria condicionada**

El Programa Bono Juana Azurduy tiene por objeto instituir el incentivo a la maternidad segura y el desarrollo integral de la población infantil de cero a dos años de edad,

---

<sup>92</sup> LEY N° 3250 Ampliación de SUMI. Bolivia. 6 de diciembre de 2005. Art. 1.

<sup>93</sup> DECRETO SUPREMO NO 29601 “Nuevo Modelo Sanitario de Salud” Art.1-2.

mediante el Bono Madre Niño-Niña “Juana Azurduy” en el marco del Plan Nacional de Desarrollo y las políticas de erradicación de la pobreza extrema<sup>94</sup>.

En el marco del Programa de Desnutrición Cero y las políticas de erradicación de extrema pobreza, el pago del Bono Madre Niño-Niña “Juana Azurduy” tiene por finalidad hacer efectivos los derechos fundamentales de acceso a la salud y desarrollo integral consagrados en la Constitución Política del Estado, para disminuir los niveles de mortalidad materna e infantil y la desnutrición crónica de los niños y niñas menores de dos años<sup>95</sup>.

Se establece el bono, como incentivo para el uso de los servicios de salud por parte de la madre durante el periodo de embarazo y parto, así como los protocolos de control integral, crecimiento y desarrollo de la niña y niño desde su nacimiento<sup>96</sup>.

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

El Ministerio de Salud es responsable de la administración y el pago del Bono Madre Niño-Niña “Juana Azurduy”. El Bono se financiará con recursos provenientes de: Tesoro General de la Nación, Donaciones y Créditos Interno y Externos, y Transferencia de entidades e instituciones pública y privadas<sup>97</sup>.

Apoyar al fortalecimiento de la capacidad de gestión de los Establecimientos de Salud de Primer nivel para la atención integral de mujeres embarazadas y niños menores de dos años. El fin del programa es lograr mejoras sostenibles en las condiciones de bienestar humano, relacionadas con la salud integral del binomio madre niño(a)<sup>98</sup>.

---

<sup>94</sup> DECRETO SUPREMO. N° 0066. Bono “Juana Azurduy”. Bolivia. 2009. Artículo 1°.

<sup>95</sup> DECRETO SUPREMO. N° 0066. Bono “Juana Azurduy”. Bolivia. 2009. Artículo 2°.

<sup>96</sup> DECRETO SUPREMO. N° 0066. Bono “Juana Azurduy”. Bolivia. 2009. Artículo 3°.

<sup>97</sup> DECRETO SUPREMO. N° 0066. Bono “Juana Azurduy”. Bolivia. 2009. Artículo 7°.

<sup>98</sup> CEBEM. Política de salud en el periodo post nueva Constitución Política del Estado. P 12.



### **2.2.2.8. Salud Integral**

El principio de Integralidad de la presente ley, articula los procesos de promoción de la Salud, prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad, con calidad, calidez, pertinencia, oportunidad, continuidad e idoneidad, a la persona, familia y comunidad<sup>99</sup>.

La atención integral de Salud comprende las siguientes prestaciones: acciones de promoción, prevención, consulta ambulatoria, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento médico. El Ministerio de Salud y Deportes, reglamentará a través de norma específica las prestaciones a ser otorgadas, los costos, las exclusiones, la modalidad de pago y la ampliación de las prestaciones, beneficiarios y beneficiarias en el marco de la atención integral y protección financiera de salud<sup>100</sup>.

Los beneficiarios y beneficiarias accederán a los servicios de salud de la atención integral obligatoriamente a través de los establecimientos de salud, de la seguridad social a corto plazo y los equipos móviles de salud en el marco de la política SAFCI<sup>101</sup>.

La protección financiera en salud será financiada con las siguientes fuentes: a) Tesoro General de Nación, b) Cuenta Especial del Diálogo 2000, c) Coparticipación Tributaria Municipal e d) Impuesto Directo a los Hidrocarburos<sup>102</sup>.

## **2.3. REFERENCIA INSTITUCIONAL**

Las instituciones involucradas para la formulación y aplicación de políticas, normas para la gestión del Sector Salud son:

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

El Ministerio de Economía y Finanzas Públicas es el órgano rector de los sistemas de administración gubernamental. Es responsable de la formulación del presupuesto general

---

<sup>99</sup> LEY N° 475. LEY DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL. Bolivia. 30 de diciembre de 2013. Artículo 2°.

<sup>100</sup> LEY N° 475. LEY DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL. Bolivia. 30 de diciembre de 2013. Artículo 6°.

<sup>101</sup> LEY N° 475. LEY DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL. Bolivia. 30 de diciembre de 2013. Artículo 7°.

<sup>102</sup> LEY N° 475. LEY DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL. Bolivia. 30 de diciembre de 2013. Artículo 8°.

del Estado, de la elaboración de los Estados financieros del Órgano Ejecutivo, de la elaboración y diseño de las Normas de Gestión Pública, del diseño, desarrollo y administración de los Sistemas de Información Fiscal<sup>103</sup>.

Las Atribuciones, son:

- Elaborar el proyecto de Presupuesto General de la Nación, en coordinación con los órganos y entidades del Sector Público, en el marco del Plan General de Desarrollo Económico y Social.
- Controlar la ejecución presupuestaria de los Órganos y Entidades del Sector Público, establecidas en la Constitución Política del Estado.
- Normar, fiscalizar y controlar a las entidades que otorgan prestaciones y/o realizan actividades de seguridad social de largo plazo.
- Asignar los recursos en el marco del PGE y de acuerdo a la disponibilidad del Tesoro General de la Nación<sup>104</sup>.

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

Es el órgano rector de los sistemas de administración gubernamental. Es responsable de la formulación del Presupuesto General del Estado, de la elaboración de los Estados Financieros del Órgano Ejecutivo, de la elaboración y diseño de las Normas de Gestión Pública, del diseño, desarrollo y administración de los Sistemas de Gestión de Información Fiscal (SIGMA, SICOES, SINCON, SIAF, etc.)<sup>105</sup>.

Las atribuciones, son las siguientes<sup>106</sup>:

- Diseñar, proyectar y desarrollar las normas de Gestión Pública
- Definir políticas de formulación presupuestaria en el marco macroeconómico y fiscal del Estado Plurinacional.

---

<sup>103</sup> DECRETO SUPREMO NO 29894. Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, Bolivia, Art. 5.

<sup>104</sup> DECRETO SUPREMO NO 29894. Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, Bolivia, Art. 7.

<sup>105</sup> DECRETO SUPREMO N° 29894. Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional. Bolivia, Artículo 5°.

<sup>106</sup> DECRETO SUPREMO N° 29894. Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional. Bolivia, Artículo 53°.

- Elaborar el Proyecto de la Ley del Presupuesto General de la Nación y sus modificaciones.
- Incorporar en el Proyecto anual del Presupuesto General de la Nación, los presupuestos de los Órganos y Entidades del Sector Público, establecidos en la Constitución Política del Estado.
- Efectuar el control, seguimiento, recolección, análisis y evaluación de la ejecución presupuestaria, para la toma de decisiones durante el ejercicio fiscal.

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

El Ministerio de Planificación del Desarrollo, es un gestor y articulador de los objetivos del desarrollo del Vivir Bien en armonía con la Madre Tierra, que apoya a las entidades del Estado en la planificación de la gestión pública plurinacional, aplicando políticas, estrategias e instrumentos de planificación integral estatal, inversión pública y financiamiento, fortaleciendo el rol del Estado y de los actores de la economía plural<sup>107</sup>.

En el planteamiento de sus Objetivos Institucionales, resaltan los siguientes<sup>108</sup>:

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

Las atribuciones, son las siguientes<sup>109</sup>:

- Elaborar políticas presupuestarias de mediano y largo plazo sobre la base de los

---

<sup>107</sup> DECRETO SUPREMO N° 29894. Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional. Bolivia, Artículo 44°.

<sup>108</sup> DECRETO SUPREMO N° 29894. Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional. Bolivia, Artículo 45°.

<sup>109</sup> DECRETO SUPREMO N° 29894. Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional. Bolivia, Art. 46.

planes nacional, sectorial, intersectorial y territorial, en coordinación con los demás ministerios y otras entidades, y para el logro del Plan de Desarrollo Económico y Social.

- Gestionar, negociar y suscribir convenios de financiamiento externo, de Cooperación Económica y Financiera Internacional, en el marco del Plan de Desarrollo Económico y Social, en coordinación con los Ministerio de Relaciones Exteriores y Economía y Finanzas Públicas.

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

El viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo tiene como objeto el coadyuvar a la gestión de la inversión pública, promoviendo la elaboración de estudios de pre inversión con calidad, como un medio de apalancamiento de recursos financieros que contribuyan al crecimiento y desarrollo económico y social con equidad del Estado Plurinacional<sup>110</sup>.

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

- Diseñar las políticas de inversión y financiamiento para el desarrollo con participación y consulta con los actores económicos y sociales.
- Elaborar el Plan de Inversión Pública, de acuerdo con las políticas nacionales, el Plan de Desarrollo económico y Social, con base en programas aprobados en los Planes Sectoriales y de las Entidades Territoriales Autónomas y Descentralizadas.
- Coordinar y programar los requerimientos y la oferta de cooperación técnica y financiera internacional.
- Ejercer la luición sobre los fondos de Inversión y desarrollo y entidades vinculantes<sup>111</sup>.

---

<sup>110</sup> DECRETO SUPREMO N° 29894. Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional. Bolivia. Art. 48.

<sup>111</sup> DECRETO SUPREMO N° 29894. Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional. Bolivia. Art. 48.

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

El Ministerio de Salud es el ente del sector que promueve y garantiza los derechos y deberes a la salud de las bolivianas y los bolivianos; mediante la regulación y ejecución de políticas para la inclusión y el acceso a la salud integral, intercultural para las personas, familias y comunidades sin exclusión ni discriminación alguna, implementando la Política de Salud Familiar Comunitario intercultural, el Sistema Único de Salud con participación social<sup>112</sup>.

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

Las atribuciones, son:

- Formular, promulgar y evaluar el cumplimiento de los programas de salud en el marco del desarrollo del país.
- Regular, planificar, controlar y coincidir el Sistema Nacional de Salud, conformado por los sectores de seguridad social a corto plazo, público privado con y sin fines de lucro y medicina tradicional.
- Garantizar la salud de la población a través de su promoción, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación<sup>113</sup>.

#### **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 los siguientes<sup>114</sup>:

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

---

<sup>112</sup> DECRETO SUPREMO N° 29894. Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional. Bolivia. Art. 89.

<sup>113</sup> DECRETO SUPREMO N° 29894. Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional. Bolivia. Art. 90.

<sup>114</sup> DECRETO SUPREMO N° 29894. Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional. Bolivia. Art. 91.

- ✓ Elaborar normas y reglamentos para la implementación del Seguro Universal de Salud.
- ✓ Coordinar la concertación de las políticas públicas, estrategias sanitarias nacionales, estrategias de transparencia y anticorrupción, mecanismos de participación y control social y eficacia en la gestión y en los servicios de salud, entre las instancias nacionales, departamentales, municipales, comunitarias y pueblos indígenas originario campesinos

#### **2.3.4. Nivel Departamental: Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz**

Constituido por el Servicio Departamental de Salud que es el máximo nivel de gestión técnica en salud de un Departamento. Articula las políticas nacionales, departamentales y municipales; además de coordinar, supervisar la gestión de los servicios de salud en el Departamento, en directa y permanente coordinación con los gobiernos municipales. Es el encargado de cumplir, hacer cumplir la política nacional de salud y normas de orden público en su jurisdicción territorial, alcanzando a las instituciones y/o entidades que conforman tanto el sector público como privado. El Director Técnico que dirige SEDES nombrado por el Prefecto del Departamento, depende técnicamente del Ministerio de Salud y Deportes.

Promover el acceso universal a servicios de salud de calidad en el punto de atención y la eliminación de las barreras al acceso, a partir del fortalecimiento integral y funcional de las redes de salud, incidiendo en la transformación de las determinantes de la salud, desarrollando la participación social y la inter-sectorialidad, ejerciendo la autoridad sanitaria para lograr el cumplimiento efectivo y eficiente de políticas, normas, programas y proyectos en Salud en el Departamento de La Paz<sup>115</sup>.

Funciones:

- Formular y ejecutar el Programa de Operaciones Anual y el Presupuesto del Servicio Departamental de Salud en base al Reglamento Específico del Sistema de Presupuesto del Gobierno Autónomo Departamental de La Paz.

---

<sup>115</sup> Disponible en : [www.sedeslapaz.gob.bo](http://www.sedeslapaz.gob.bo)

- Cumplir y coordinar el seguimiento de la Programación Operativa Anual Individual, del Servicio Departamental de Salud.
- Conducir la formulación y aprobación del Plan Departamental de Salud en concordancia con el Plan de Desarrollo Sectorial Nacional.
- Ejercer la rectoría en salud en el Departamento para el Funcionamiento del Sistema Único de Salud, en el marco de las políticas nacionales.
- Gerenciar en el marco de su competencia Departamental el desarrollo de la red sanitaria en todos sus niveles de atención,
- Conducir a través de las instancias técnicas la acreditación de los servicios de salud dentro del Departamento de acuerdo a la Normativa vigente.
- Conducir la movilización de recursos para cofinanciar políticas, planes, programas y proyectos de salud en coordinación con el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas en el Departamento.

**CAPÍTULO III**

**FACTORES**

**DETERMINANTES Y**

**CONDICIONANTES DEL**

**TEMA DE**

**INVESTIGACIÓN**

---



## CAPÍTULO III

### FACTORES DETERMINANTES Y CONDICIONANTES DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 3.1. ASPECTOS GENERALES

##### 3.1.1. Aspectos Geográficos del departamento de La Paz<sup>116</sup>

El departamento de La Paz es creado en enero de 1826 por el decreto supremo promulgado por Antonio José de Sucre. Con una extensión de 133.985 km<sup>2</sup>, que representa el 12,2% respecto del total de territorio nacional: tercer Departamento de Bolivia. El departamento de La Paz, es el mayor mercado y centro financiero del país ubicada a una altitud de 3.627 msnm y constituye una de las capitales más altas del mundo.

##### 3.1.2. Localización del Departamento de La Paz<sup>117</sup>

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

##### 3.1.3. Composición de la población<sup>118</sup>

El Departamento de La Paz según censo 2012 tiene una población de 2.706 habitantes, en todo el territorio departamental que representa el 27% del total nacional. La estructura demográfica del Departamento de La Paz muestra una población del 50,3% mujeres y 49,7% hombres.

##### 3.1.4. Sistemas de Salud<sup>119</sup>

Se entiende como un sistema de salud a todas las actividades cuyo principal objetivo sea el promover, restaurar o mantener la salud. En general, los sistemas de salud tienen la

---

<sup>116</sup> INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Censo de Población y Vivienda. La Paz. 2012 Pág. 6, 31.

<sup>117</sup> ESTATUTO AUTONÓMICO DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ-2009, Pág. 12.

<sup>118</sup> INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA “Censo Nacional de Población y Vivienda” -2012, pág. 5.

<sup>119</sup> GALINDO Soza Mario, *El progreso invisible El Seguro Universal Materno infantil*. Primera Edición Pág. 131.

responsabilidad no solo de mejorar la salud de las personas sino protegerlas.

La atención de salud debe ser para todos en general sin distinción social, económica o religiosa. Se debe atender de manera eficaz, justa y humanística. El modelo de gestión del sistema de salud está particularmente dirigido a la reducción de la morbilidad y mortalidad de los grupos de población más vulnerables, un marco de protección del capital humano, proponiendo aumentar la equidad en el acceso a los servicios de salud, velar por la calidad de prestaciones, eficiencia en la gestión y efectividad en el sistema de atender enfermedades emergentes y re-emergentes.

### **3.1.5. Entorno Social**

Bolivia es un país con serios problemas de salud causados por el subdesarrollo, la desarticulación geográfica, y sobre todo por los niveles de inequidad que se deben a la marginación y exclusión en la que vive buena parte de la población. La pobreza afecta a más del 60 por ciento de la población, aunque con mayor incidencia en el área rural. La cobertura de los servicios de salud es más o menos satisfactoria en la población urbana, pero no así entre la población rural, que muere de causas evitables como las diarreas, las IRAS o el parto mal atendido<sup>120</sup>.

## **3.2. Programación y ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud**

En el *Gráfico N°1*, durante el primer periodo de economía de mercado la Programación del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud presenta un comportamiento cíclico, con un acumulado de Bs. 756 Millones, un promedio de Bs. 94 Millones, un máximo de Bs. 138 millones en la gestión 2001 y el mínimo en el año 1998 con Bs 31 millones<sup>121</sup>.

---

<sup>120</sup> GALINDO Soza Mario. *El Progreso Invisible El Seguro Universal Materno Infantil*. Primera Edición. 2011. Pág. 37- 38.

<sup>121</sup> (Ver Anexo N° 1, 2 y 3)

La Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud presenta un comportamiento inestable, con un acumulado de Bs. 584 Millones, un promedio de Bs. 73 Millones, un máximo de Bs. 152 millones que se registra en la gestión 2000 y el mínimo de Bs 28 Millones en el año 1998<sup>122</sup>.

En términos de porcentaje de ejecución el máximo se registra en el año 2000 con 119%, presenta una reducción del porcentaje en la gestión 2004 con el 55% respecto al programado<sup>123</sup>.

En la gestión 1998 se diseña la Reforma de Salud y se aprueba el Decreto Supremo de creación del Seguro Básico de Salud (SBS), se implementa en mayo de 1999 garantizando el acceso gratuito, fundamentalmente a niños menores de cinco años; esto explica el incremento en programación y ejecución del año 1999, en esta gestión se reorganiza las estructuras de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES), facilitándose el desarrollo de los Sistemas de Información y de Vigilancia Epidemiológica<sup>124</sup>.

La ejecución en el año 2000 registra el 119% del programado, mayor al año anterior, el incremento se atribuye a que en la estructura de Inversión Pública se destaca la inversión en el sector social, existe mayor fortalecimiento institucional, se organiza la Unidad de Seguimiento de la Inversión y el Gasto Público en Salud, orientada a lograr mayor eficiencia en la ejecución presupuestaria sectorial<sup>125</sup>.

Desde la gestión 2001 se aprecia una disminución en la inversión del Sector Salud, en el año 2003 la ejecución solo alcanza el 55% del programado, los niveles bajos de ejecución se explica por el retraso en la aprobación del Plan General de la Nación (PGN), la promulgación de la nueva Ley de Organización del Poder Ejecutivo, los

---

<sup>122</sup> (Ver Anexo N° 1, 2 y 3)

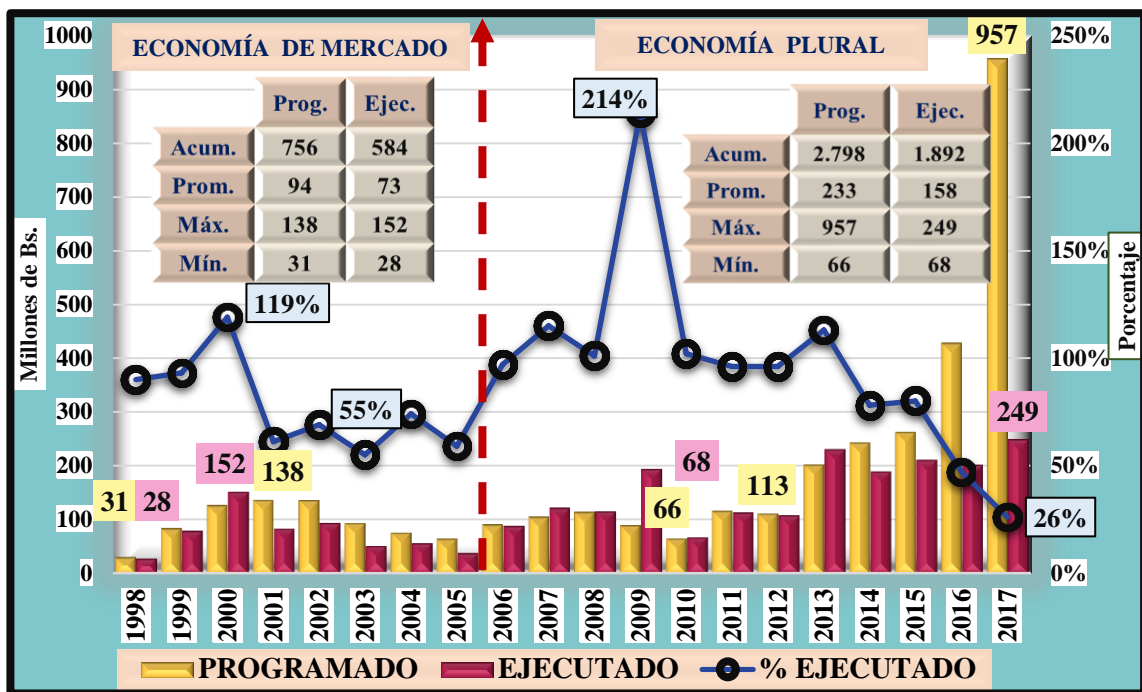
<sup>123</sup> (Ver Anexo N° 1)

<sup>124</sup> UDAPE. Evaluación de la Economía 1999. Bolivia. 2000. Pág. 33.

<sup>125</sup> UDAPE. Evaluación de la Economía 2000. Bolivia. 2001. Pág. 58-59.

conflictos sociales presentados en los meses de febrero y octubre del 2003 y el recorte de gastos en inversión del Sector Salud brindando prioridad al sector infraestructura<sup>126</sup>.

**GRÁFICO N° 1: PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017**  
(Millones de Bs. y Porcentaje)



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

En el *Gráfico N° 1*, durante el segundo periodo la programación del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud registra un comportamiento inestable, un acumulado de Bs. 2.798 Millones, un promedio de Bs. 233 Millones, un máximo de Bs 957 millones para la gestión 2017 y un mínimo de Bs 66 millones para el año 2010<sup>127</sup>.

<sup>126</sup> UDAPE. Evaluación de la Economía 2003. Bolivia. 2004. Pág. 41.

<sup>127</sup> (Ver Anexo N° 1, 2 y 3)

En el segundo periodo la inversión ejecutada presenta un comportamiento cíclico alcanza un acumulado de Bs. 1.892 Millones, un promedio de Bs. 158 Millones con un máximo en el año 2017 de Bs 249 millones y un mínimo de Bs 68 millones en la gestión 2010<sup>128</sup>.

En términos de porcentaje de ejecución el máximo se registra en el año 2009 con 214%, se observa una reducción del porcentaje para la gestión 2017 del 26% con respecto al programado<sup>129</sup>.

En el segundo periodo de economía plural, Bolivia transita a un proceso de profunda transformación política, económica y social el año 2006 marca un proceso de redefinición del rol del Estado boliviano<sup>130</sup>.

En el año 2006 incrementa el presupuesto programado y ejecutado en salud, los principales elementos que coadyuvaron a estos resultados es: el entorno externo favorable que permite el incremento de las exportaciones bolivianas, como resultado de la nacionalización, el Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH), ha permitido generar ingresos con un manejo adecuado y prudente de la política fiscal<sup>131</sup>.

Desde la gestión 2006 al año 2009, el Presupuesto de Inversión Pública refleja una tendencia creciente, esto se explica por el incremento de los precios internacionales principalmente de los hidrocarburos, en esta gestión la ejecución porcentual registra 214% respecto al programado, esto significa que se incorporan proyectos que no cumplen el ciclo de vida del proyecto.

---

<sup>128</sup> (Ver Anexo N° 1, 2 y 3)

<sup>129</sup> (Ver Anexo N° 1)

<sup>130</sup> BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID). *Evaluación del programa país*. Bolivia 2011-2015 Pág. 7.

<sup>131</sup> MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. 2006. *Informe Económico y Social Primer Semestre 2006 y Perspectivas*. Pág. 3.

En la gestión 2011 presenta un incremento, la recuperación del presupuesto programado y ejecutado en salud, se atribuye a los beneficios del extraordinario incremento del precio de las materias primas<sup>132</sup>.

El Presupuesto de Inversión Pública en la gestión 2012 considera proyectos orientados a impulsar las políticas de desarrollo del Estado en los diferentes sectores, entre los que se mencionan: Prevención y atención en salud para mejorar la salud integral; ampliando la infraestructura y el equipamiento en salud que responden a las necesidades y características de la población, ejecutando, entre otros, los siguientes programas y proyectos:<sup>133</sup>

- ✓ Programas de Protección Social Madre-Niño (Bono Juana Azurduy).
- ✓ Hospital de Los Andes y Hospital Maternológico en la ciudad de El Alto.

En la gestión 2013 existe un crecimiento significativo del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud por un favorable contexto de la economía donde Bolivia alcanza el punto más alto de crecimiento al 6.5%, explicada por el incremento de la demanda interna<sup>134</sup>. Sin embargo los porcentajes en ejecución tiende a disminuir hasta la gestión 2017 donde registra un 26 % explicado por los problemas sucedidos en esa gestión principalmente los últimos meses donde el gobierno central tiene problemas con el sector médico.

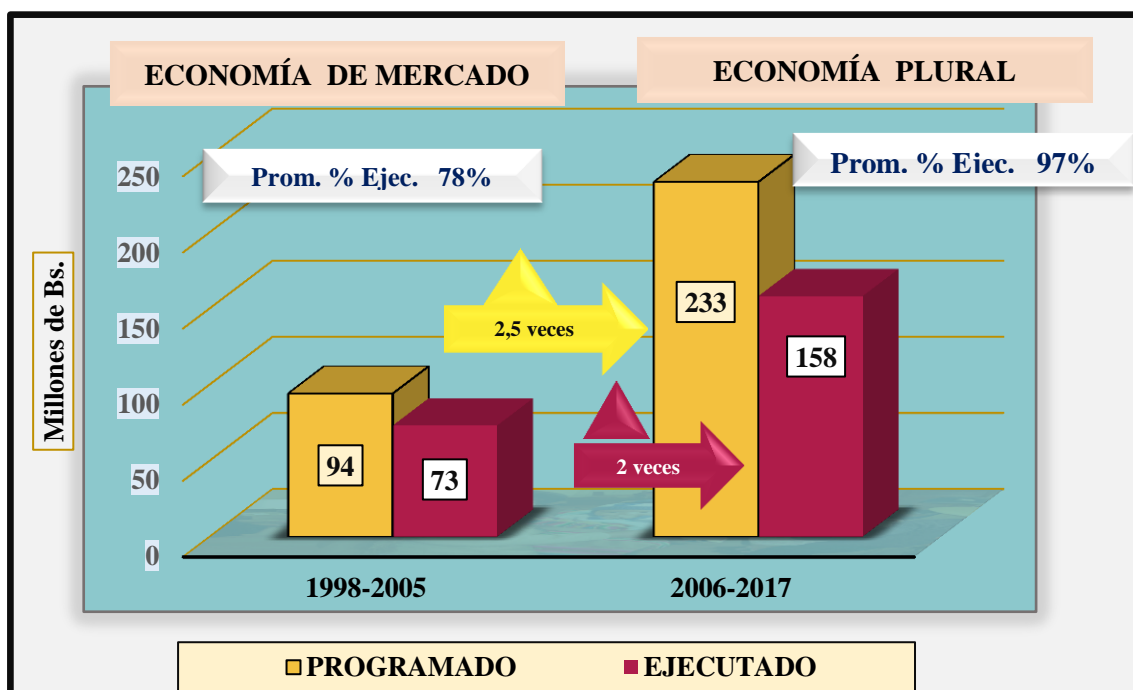
---

<sup>132</sup> CONFEDERACIÓN DE EMPRESARIOS PRIVADOS DE BOLIVIA. 2012. Bolivia: *La economía en 2011 y perspectivas para el 2012*. Pág. 2.

<sup>133</sup> CARO HINOJOSA E.; RODRIGUEZ TELLEZ H. J. 2013. Informe 2012 sobre *Inversión Pública y Financiamiento para el Desarrollo en Bolivia*. Ministerio de Planificación del Desarrollo-VIPFE Pág. 7-17.

<sup>134</sup> MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. 2014. Año histórico: *La economía de Bolivia crece 6,5% en 2013*. Pág. 3-4.

**GRÁFICO N° 2: COMPARACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017**  
(Millones de Bs. y Porcentaje)



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

En el *Gráfico N° 2*, la comparación promedio del Presupuesto programado del primer periodo respecto al segundo es de Bs. 94 Millones a Bs. 233 Millones, significa un incremento de 2,5 veces. El promedio del presupuesto ejecutado del primer periodo con respecto al segundo es de Bs. 73 Millones a Bs. 158 Millones, nuevamente con un incremento de 2 veces<sup>135</sup>.

Comparando ambos periodos, la ejecución presupuestaria presenta una diferencia promedio porcentual de 78% y 97%, se observa que incrementa en el segundo periodo de Economía Plural<sup>136</sup>.

<sup>135</sup> (Ver Anexo N° 2)

<sup>136</sup> (Ver anexo N° 2)

Durante el primer periodo las políticas planteadas por el Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social (PDDES) con su objetivo de “*desarrollo y fortalecimiento Institucional*” y Gestión Departamental de la Demanda Social “*para mejorar la atención en salud*” no se cumplen, por la brecha significativa del porcentaje de ejecución.

En el Plan de Desarrollo Departamental de La Paz (PDDES-LP) 2007-2010 propone un “*mejor relacionamiento entre el Estado y la sociedad; superar problemas de exclusión social a través del Programa salud con Calidad*”, no se cumplen plenamente por la ineficiente ejecución presupuestaria del sector.

En ambos periodos se observa que la ejecución presupuestaria no alcanza el 100%, incumpliendo la programación financiera de la fase de ejecución del Ciclo de Vida del Proyecto, planteados por los autores Nassir Sapag Chain-Reinaldo Sapag Chain; Karen Marie Mokate y las Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública.

### **3.3. Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Fuente de Financiamiento del Sector Salud**

En el **Gráfico N°3**, la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Fuente de Financiamiento Interno presenta un comportamiento inestable, con un acumulado de Bs. 359 millones, un promedio de Bs. 45 Millones, un máximo de Bs 135 Millones en la gestión 2000 y un mínimo en la gestión 2005 con Bs 21 Millones<sup>137</sup>.

Para el primer periodo la ejecución por fuente de Financiamiento Externo presenta una tendencia creciente para las primeras gestiones y para los últimos periodos un tendencia decreciente, alcanza un acumulado de Bs. 224 millones, un promedio de Bs. 28 Millones, un máximo de Bs 58 Millones en el año 2001 y un mínimo de Bs 8 Millones en la gestión 1998<sup>138</sup>.

---

<sup>137</sup> (Ver Anexo N° 3, 4 y 5)

<sup>138</sup> (Ver Anexo N° 3, 4 y 5)



Se observa un crecimiento de la ejecución en el primer periodo hasta el año 2000, en esta gestión se garantiza con el financiamiento total del TGN la sostenibilidad del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Se aplica la vacuna pentavalente y hasta diciembre de 2000 no se registra ningún caso de sarampión, logro importante en el objetivo de erradicar esta enfermedad<sup>139</sup>.

En la gestión 2003 disminuye el financiamiento interno; no alcanza un nivel mayor de ejecución por el retraso en la aprobación del PGN, la promulgación de la nueva Ley de Organización del Poder Ejecutivo, los conflictos sociales presentados en los meses de febrero y octubre del 2003 y el recorte de gastos en inversión<sup>140</sup>.

Durante el primer periodo la Fuente de Financiamiento con recursos externos proviene del Crédito Externo con excepción de la gestión 1999 donde las Donaciones alcanzan a Bs 9 Millones superando el crédito externo. En infraestructura, el Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS) y las Prefecturas han facilitado la canalización de recursos nacionales y de la cooperación internacional para incrementar la red de servicios de salud y mejorar su capacidad resolutive.

En la gestión 2000, el Gobierno implemento el segundo Diálogo Nacional con el objetivo de garantizar la amplia participación de la sociedad civil en la definición de políticas públicas, particularmente aquellas orientadas a la reducción de la pobreza.

Los resultados del Diálogo, que incluyeron los aportes de un conjunto de procesos participativos, ayudaron a definir el objetivo y las acciones de la (Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza) EBRP<sup>141</sup>, involucran políticas y programas prioritarios, destacaron la necesidad de crear mecanismos de control social. Se define la forma de distribución de los recursos HIPC II e impulsa el diseño de la política de compensación a favor de los municipios más pobres.

---

<sup>139</sup> UDAPE. Evaluación de la Economía 2000. Bolivia. 2001. Pág. 59.

<sup>140</sup> UDAPE. Evaluación de la Economía 2003. Bolivia. 2004. Pág. 41.

<sup>141</sup> UDAPE. Evaluación de la Economía 2000. Bolivia. 2001. Pág. 55.

En la gestión 2001, el crédito externo es relevante en el Financiamiento Externo, en la gestión 2002 se incorpora los recursos por Donaciones HIPC II, los recursos que hacen que la ejecución con Financiamiento Externo disminuyan, en los últimos años del primer periodo se explica por la reducida ejecución con crédito externo principalmente, manteniéndose las donaciones y donaciones HIPC II.

Los principales proyectos con Financiamiento Interno son: Soporte y Protección Epidemiológica para la Reforma de Salud con Bs. 52,45 millones la gestión 2003 y 2002 con Bs. 47, 98 millones, seguido por el Programa Nacional de Medicamentos Esenciales con Bs. 28,19 millones la gestión 2001<sup>142</sup>.

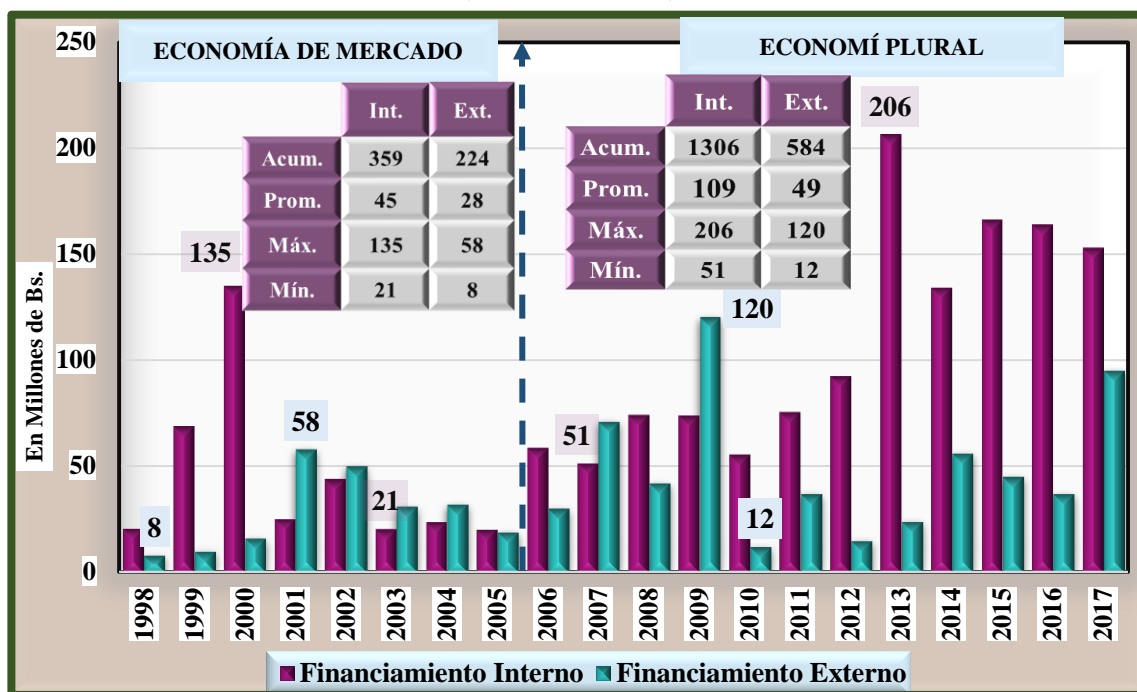
Los tres principales proyectos con Financiamiento Externo son: Equipamiento Postas Sanitarias, Centros Médicos y Hospitales de La Paz con Bs. 16,37 millones en la gestión 2000, Programa Nacional de Medicamentos Esenciales con Bs. 27,35 millones de la gestión 2001, Soporte y Protección Epidemiológica para la Reforma de Salud con Bs. 21,26 millones para la gestión 2002<sup>143</sup>.

---

<sup>142</sup> CARVAJAL ZENTENO L. A. El Financiamiento de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud en el Departamento de La Paz. 2016. (2000-2015). UMSA. Fac. Ciencias Económicas y Financieras. Pág. 68.

<sup>143</sup> CARVAJAL ZENTENO L. A. El Financiamiento de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud en el Departamento de La Paz. 2016 (2000-2015). UMSA. Fac. Ciencias Económicas y Financieras.

**GRÁFICO N° 3: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA  
POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO EN EL SECTOR SALUD DEL  
DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017**  
(Millones de Bs)



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

En el *Gráfico N° 3*, para el segundo periodo la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública con Financiamiento Interno tiene una tendencia creciente, con un acumulado de Bs. 359 millones, un promedio de Bs. 109 Millones, un máximo de Bs 206 Millones en la gestión 2013 y un mínimo de Bs 51 Millones para el año 2007<sup>144</sup>.

Durante el segundo periodo de Economía Plural, la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública con Financiamiento Externo tiene una tendencia cíclica, con un acumulado de Bs. 584 millones, un promedio de Bs.49 Millones, un máximo de Bs 120 Millones para el año 2009 y un mínimo de Bs 12 Millones para la gestión 2010<sup>145</sup>.

<sup>144</sup> (Ver Anexo N° 3, 4 y 5)

<sup>145</sup> (Ver Anexo N° 3, 4 y 5)

El crecimiento del Presupuesto de Inversión Pública con Financiamiento interno durante el segundo periodo se atribuye al incremento de los Recursos Internos proveniente del incremento del IDH.

La asimetría distributiva tiene como principal causa la pésima distribución del IDH establecida en la Ley N° 3058. El Departamento de La Paz es el más afectado con la distribución, a pesar de tener el nivel de ejecución más importante de la Inversión Pública a nivel departamental<sup>146</sup>.

El desempeño de ingresos por Impuesto a los hidrocarburos responde al comportamiento de las recaudaciones del Impuesto Especial a los Hidrocarburos y sus Derivados (IEHD) que registran una variación negativa en la gestión 2010<sup>147</sup>.

Las gobernaciones, municipios y universidades se beneficiaron con mayores ingresos en 2010, gracias al incremento en las recaudaciones para el departamento de La Paz en efectivo por IEHD, que se tradujo en mayores ingresos por coparticipación tributaria; a la recuperación de precios internacionales del petróleo y mayores volúmenes de exportación de gas natural a Brasil y Argentina, que se reflejaron en mayores ingresos por regalías hidrocarburíferas e IDH; además del ascenso de precios internacionales de minerales que repercutió en un mayor nivel de ingresos por regalías mineras<sup>148</sup>.

En el funcionamiento de los Recursos Internos, continúa con un ritmo de crecimiento sostenido de las transferencias de TGN, se incorpora el Impuesto Directo a los Hidrocarburos, donde el mayor número de proyectos está financiado por el IDH destinados a sectores de educación, salud, caminos, desarrollo productivo y todo lo que contribuya a la generación de fuentes de trabajo<sup>149</sup>.

Los tres principales proyectos del Modelo de Economía Plural con Financiamiento Internos son: Protección y Soporte Epidemiológico para la Reforma de Salud con Bs. 39,73 millones la gestión 2006, Refacción Centro Rosaura Campos con Bs. 31,07

---

<sup>146</sup> MINISTERIO DE HACIENDA. Memoria Fiscal 2006. Pág. 56.

<sup>147</sup> MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. Memoria de la Economía Boliviana 2010. Pág. 75.

<sup>148</sup> MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. Memoria de la Economía Boliviana 2010. Pág. 85.

<sup>149</sup> Ley N° 3058 de Hidrocarburo. Bolivia. 2005. Art. 57°.

millones, Const. Servicios Oncohematología del Hospital del Niño con Bs. 118,95 millones la gestión 2013<sup>150</sup>.

En el año 2012 existe un crecimiento debido a las transferencias efectuadas por IDH con Bs 32,88 Millones, seguida de las transferencias por Coparticipación Tributaria con Bs 21,58 y la ejecución con recursos específicos que alcanza a Bs 29 Millones.

Los altos niveles de programación y ejecución hasta el año 2016 se explican principalmente por las recaudaciones tributarias del IDH, Coparticipación Tributaria, Recursos Propios, TGN y finalmente las Regalías que aporta mínimamente al Departamento de La Paz.

El año 2017 la ejecución con Financiamiento Interno registra el 20% del Programado, debido a que los recursos del TGN solo se ejecutan Bs 10,67 Millones de un programado total de Bs 200,25 Millones; además de los conflictos sociales de esta gestión principalmente en los últimos meses en el Departamento de La Paz.

La creación del IDH y el incremento de los precios internacionales de las materias primas han generado un importante crecimiento en los ingresos fiscales, con una consecuente reducción en la dependencia de la ayuda externa, en términos de su contribución a la Inversión Pública, el financiamiento externo ha reducido su porcentaje de participación de forma significativa<sup>151</sup>.

Por la importancia que adquiere la Inversión Pública como estrategia de impulso al crecimiento y fomento al desarrollo, y la pérdida de relevancia de los recursos externos para su financiamiento, interesa analizar los cambios en las prioridades asignadas a los distintos niveles del Estado y a los distintos sectores de intervención. Un cambio relevante fue el aumento de la participación de la administración territorial (municipios)

---

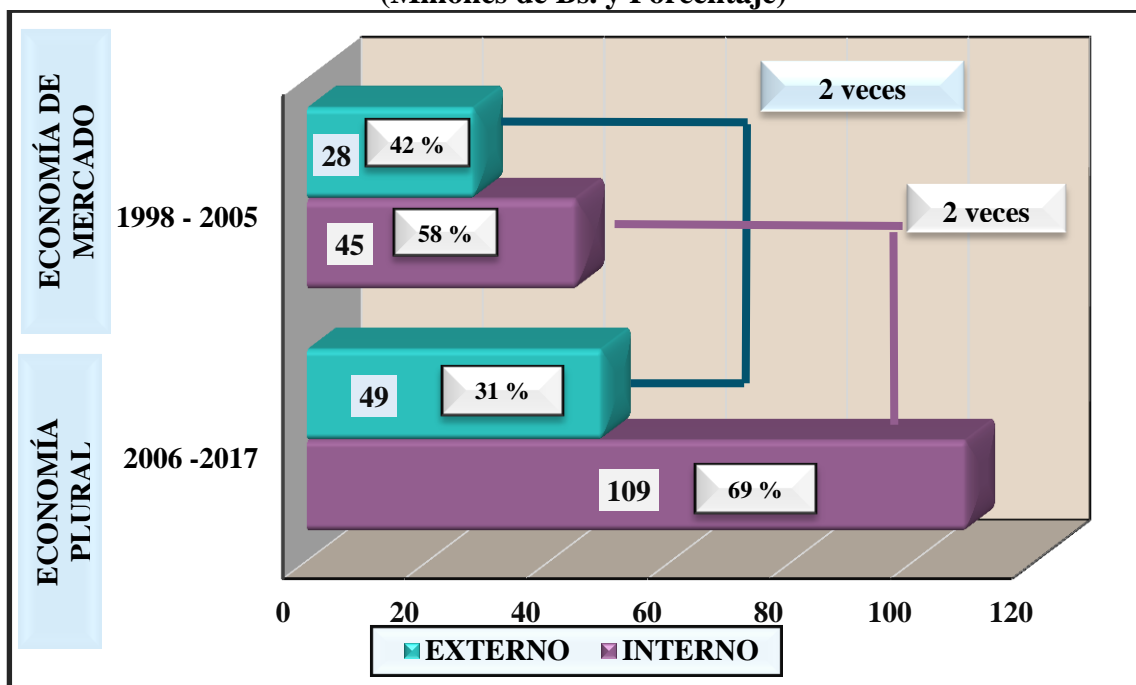
<sup>150</sup> CARVAJAL ZENTENO L. A. El Financiamiento de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud en el Departamento de La Paz. 2016. (2000-2015). UMSA. Fac. Ciencias Económicas y Financieras. Pág. 68.

<sup>151</sup> FUNDACIÓN JUBILEO. 2014. "Bolivia tiene menor Dependencia de la Cooperación Internacional". Pág. 10.

en la Inversión Pública ejecutada como consecuencia del aumento de los ingresos domésticos que son en parte coparticipados de manera territorial<sup>152</sup>.

Los tres principales Proyectos del Modelo de Economía Plural con Financiamiento Externo son: Equipamiento Hospital de Tercer Nivel del Norte en El Alto- La Paz con Bs. 102,25 millones la gestión 2009 y 2014 con Bs. 18,69 millones, Control y Vigilancia de la Malaria- Nacional con Bs. 4,60 millones la gestión 2007.

**GRÁFICO N° 4: COMPARACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO EN EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017**  
(Millones de Bs. y Porcentaje)



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo – VIPFE

Elaboración: Propia

En el *Gráfico N° 4*, durante el primer periodo, la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública con Financiamiento Interno presenta un promedio de Bs. 45 Millones, para el segundo periodo es de Bs. 109 Millones, es decir, aumento 2 veces respecto al primer

<sup>152</sup> PAZ ARAUCO V. El Financiamiento del Desarrollo en Bolivia Cambios y Continuidades en la Relación Estado-Cooperación Internacional (2006–2013). 2016.Pág. 19.

periodo. En términos porcentuales de participación es de 58 % en el primer periodo e incrementa para el segundo periodo a 69 %<sup>153</sup>.

El Financiamiento Externo durante el primer periodo, presentan una ejecución promedio de Bs. 28 Millones, en el segundo periodo incrementa a Bs. 49 Millones, es decir, aumentó 2 veces respecto al primer periodo. En términos porcentuales de participación los recursos externos ejecutan el 42 % en el primer periodo y disminuye para el segundo periodo a 31 % de participación de recursos externos<sup>154</sup>.

Se evidencia la dependencia del financiamiento externo en el primer periodo de Economía de Mercado a consecuencia de la reducida participación del financiamiento interno, en el segundo periodo de Economía Plural disminuye la dependencia del financiamiento externo, explicado por mayores niveles de participación del financiamiento interno a consecuencia de los recursos provenientes del IDH.

Se cumple con la teoría de Ricardo Cibotti - Enrique Sierra y Musgrave, el cual consiste en la necesaria intervención del Estado a favor de la economía, el mecanismo de mercado por sí solo no puede realizar todas las funciones económicas. La intervención del Sector Público mediante Políticas Presupuestarias son necesarias para guiar, corregir y complementar al mercado en algunos aspectos a través de funciones.

#### **3.4. Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Tipo de Inversión en el Sector Salud del Departamento de La Paz**

En el *Gráfico N° 5*, durante el primer periodo la ejecución de proyectos capitalizables del Presupuesto de Inversión Pública presenta un comportamiento inestable, con un acumulado de Bs. 380 millones, un promedio de Bs. 48 Millones, el máximo se registra en la gestión 2000 con Bs 126 millones y un mínimo de Bs 11 Millones para el año 1998<sup>155</sup>.

---

<sup>153</sup> (Ver Anexo N° 5 y 7)

<sup>154</sup> (Ver Anexo N° 5 y 7)

<sup>155</sup> (Ver Anexo N° 8, 9 y 10)

Para los proyectos no capitalizables presenta una tendencia creciente para las primeras gestiones y una tendencia decreciente para los últimos años, con un acumulado de Bs. 204 Millones, un promedio de Bs.25 Millones, un máximo de Bs 54 millones en el año 2001 y un mínimo de Bs 6 Millones para la gestión 2005<sup>156</sup>.

En términos de porcentaje para la gestión 1999 los proyectos capitalizables representan el 89%, en esta gestión se realiza el equipamiento médico, se consolida la adquisición de aproximadamente 175 equipos mayores de tecnología avanzada, para los más importantes centros de diálisis renal del país en el Hospital Japonés de Santa Cruz y en el Obrero de La Paz<sup>157</sup>.

El alto nivel de ejecución en proyectos capitalizables del año 2000 se atribuye al incremento del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud, recursos que se enfocan a la construcción y equipamiento de hospitales<sup>158</sup>.

En la gestión 1999 se garantiza programas del escudo epidemiológico para el control de la malaria, Chagas y tuberculosis<sup>159</sup>; en la gestión 2000 se destaca la Reforma de Salud con el objetivo de disminuir las tasas de mortalidad materno infantil y mejorar el control de las principales enfermedades transmisibles, objetivos que persiguen el Seguro Básico de Salud (SBS) y el Escudo Epidemiológico<sup>160</sup>, respectivamente; estas acciones permiten que los proyectos no capitalizables incrementen para la gestión 2001.

Sobre la base de los logros obtenidos en el Seguro Básico de Salud, se inicia el diseño del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), con el propósito de hacer más explícito el levantamiento de las barreras económicas de acceso a los servicios de salud para madres y niños menores de cinco años<sup>161</sup>; explica la importante ejecución en proyectos no capitalizables de la gestión 2002.

---

<sup>156</sup> (Ver Anexo N° 8,9 y 10)

<sup>157</sup> UDAPE. Evaluación de la Economía 1999. Bolivia. 2001. Pág. 33.

<sup>158</sup> UDAPE. Evaluación de la Economía 2000. Bolivia. 2001. Pág. 32-33.

<sup>159</sup> UDAPE. Evaluación de la Economía 1999. Bolivia. 2001. Pág. 33.

<sup>160</sup> UDAPE. Evaluación de la Economía 2000. Bolivia. 2001. Pág. 32-33.

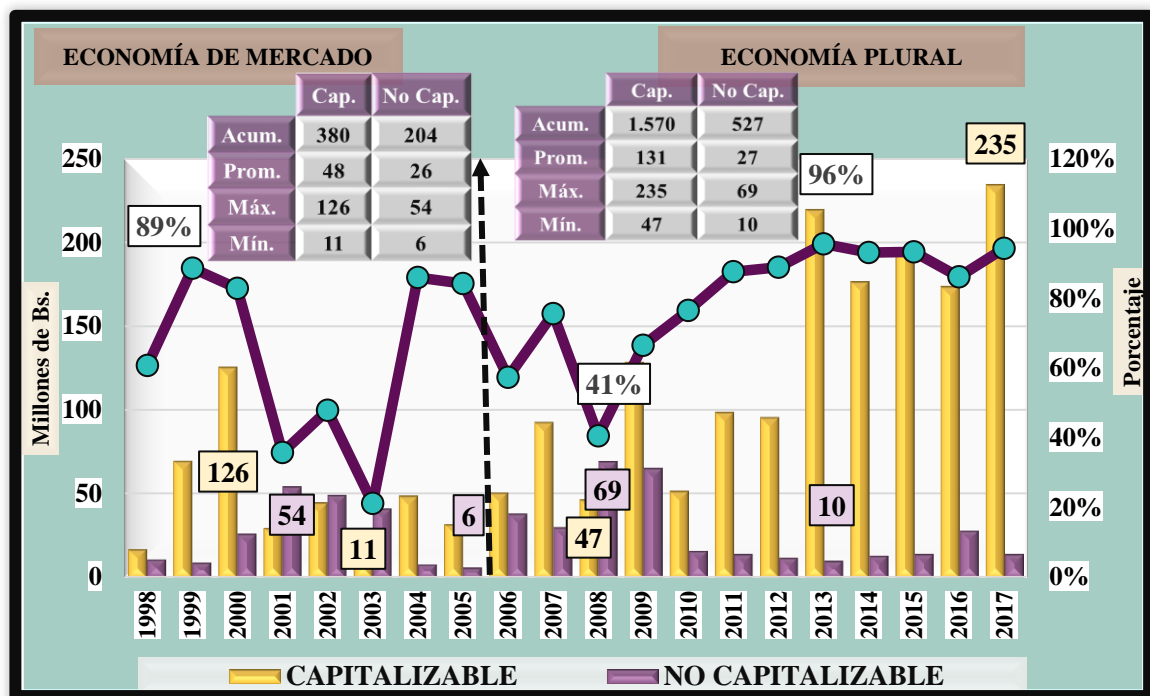
<sup>161</sup> UDAPE.2003. BOLIVIA: Evaluación de la Economía 2002. Pág. 73.



En la gestión 2003 la ejecución en proyectos capitalizables es mínima, la inversión social es importante representando el 37% del total, donde se destaca las inversiones en educación, especialmente en proyectos de construcción y equipamiento de escuelas y colegios; en urbanismo y vivienda focalizada a equipamiento e infraestructura urbana<sup>162</sup>, en deterioro de los proyectos de infraestructura y equipamiento en el Sector Salud.

El Presupuesto de Inversión Pública está dirigida al cumplimiento de las políticas planteadas como: el desarrollo de la infraestructura que está directamente relacionada con la Ejecución Presupuestaria en Salud que afecta a la oferta de servicios de salud.

**GRÁFICO N° 5: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE INVERSIÓN EN EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017**  
(Millones de Bs. y Porcentaje)



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

<sup>162</sup> UDAPE. Evaluación de la Economía 2003. Bolivia. 2004. Pág. 41.

Para el segundo periodo de Economía Plural en el *Gráfico N° 5*, los proyectos capitalizables tiene una tendencia creciente, con un acumulado de Bs. 1.570 Millones, un promedio de Bs. 131 Millones, un máximo de Bs. 235 Millones para la gestión 2017 y un mínimo en la gestión 2008 de Bs. 47 millones<sup>163</sup>.

En el caso de los proyectos no capitalizables presenta una tendencia decreciente, con un acumulado de Bs. 527 Millones, un promedio de Bs. 27 Millones, un máximo de Bs. 69 millones para el año 2008 y un mínimo en proyecto no capitalizables para la gestión 2013 de Bs. 10 millones<sup>164</sup>.

En este periodo se registra mayor ejecución de Proyectos Capitalizables, significa que la Inversión Pública está orientada a crear y mejorar el capital físico, que contribuyen a la formación bruta de capital priorizando proyectos de infraestructura principalmente en los últimos años del segundo periodo.

En los años 2005 y 2006 aumenta la participación de las prefecturas, este reforzamiento de la Inversión tiene que ver con la profundización de descentralización y por los efectos de la distribución del IDH<sup>165</sup>.

La ejecución máxima en proyectos no capitalizables se registra en la gestión 2009, en esta gestión se implementa el Bono Juana Azurduy, que otorga un pago a las nuevas madres durante los meses correspondientes al periodo de gestación y hasta dos años después del nacimiento del niño. Los pagos se otorgan en base a la asistencia de cuatro visitas médicas prenatales, atención del parto y postparto por personal calificado y controles médicos para sus niños y niñas, hasta que cumplan dos años<sup>166</sup>.

Se establece que los gobiernos departamentales mediante el Servicio Departamental de Salud (SEDES) son responsables de la infraestructura en salud y del adecuado

---

<sup>163</sup> (Ver Anexo N° 8, 9 y 10)

<sup>164</sup> (Ver Anexo N° 8, 9 y 10)

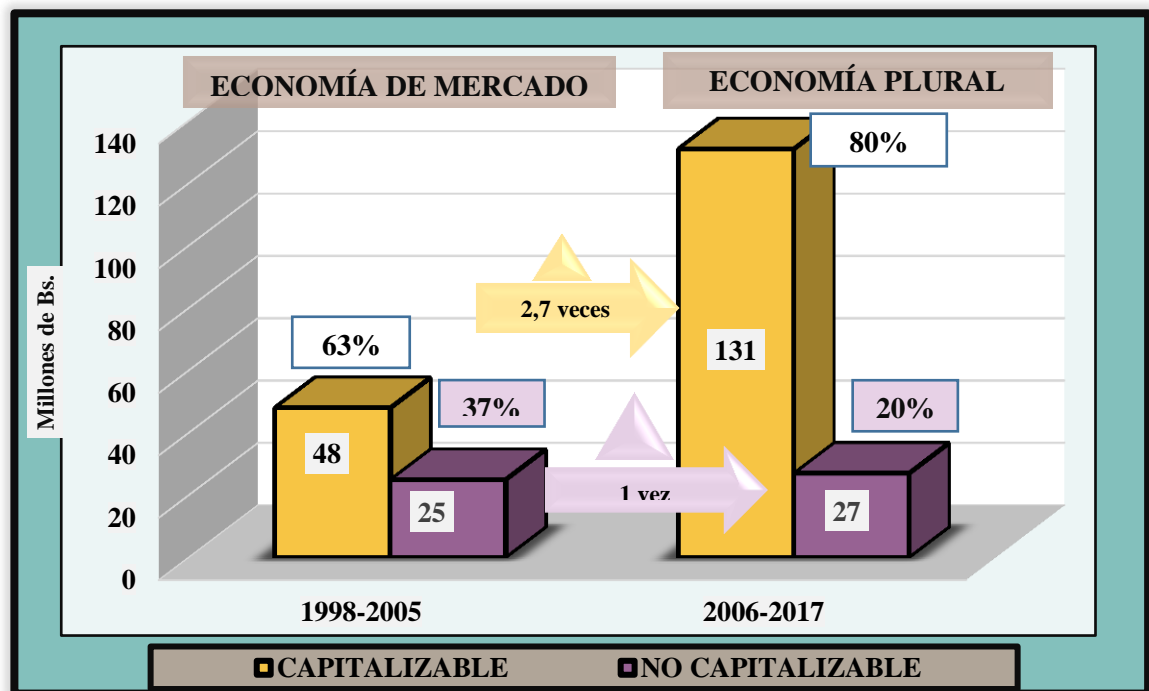
<sup>165</sup> BANCO MUNDIAL. 2006. "Como se Gasta el Dinero Publico". Pág. 26-80.

<sup>166</sup> BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID). 2015. Bolivia 2011-2015. Evaluación del programa país. Pág. 6.

mantenimiento del tercer nivel de hospitales con apoyo de las transferencias otorgadas por el Tesoro General de la Nación (TGN)<sup>167</sup>.

Se destaca los proyectos en el Modelo de Economía Plural en el Departamento de La Paz es la construcción de Hospitales como: Hospital del Norte, Hospital de Los Andes y Hospital Maternológico en la Ciudad de El Alto<sup>168</sup>.

**GRÁFICO N° 6: COMPARACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE INVERSIÓN EN EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017 (Millones de Bs. y Porcentaje)**



**Fuente:** Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo – VIPFE

**Elaboración:** Propia

En el *Gráfico N° 6*, durante el primer periodo los proyectos capitalizables presentan una ejecución promedio de Bs 48 Millones, en el segundo periodo se incrementa a Bs 131

<sup>167</sup> BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID). 2015. Evaluación del programa país. Bolivia 2011-2015. Pág. 21-25.

<sup>168</sup> INFORME SOBRE INVERSIÓN PÚBLICA Y FINANCIAMIENTO PARA EL DESARROLLO EN BOLIVIA. 2013. pág. 27.

Millones, aumento 2,7 veces respecto al primer periodo. En términos porcentuales los proyectos capitalizables ejecutan el 63% en el primer periodo e incrementa para el segundo periodo a 80%<sup>169</sup>.

Los proyectos no capitalizables en promedio registran una ejecución de Bs 25 Millones durante el primer periodo e incrementa en una vez para el segundo periodo a Bs 27 Millones, no existe un incremento significativo en la ejecución de proyectos no capitalizables respecto al primer periodo<sup>170</sup>.

En términos porcentuales los proyectos no capitalizables registran el 37% de ejecución en el primer periodo de estudio y para el segundo periodo de economía plural la ejecución de proyectos no capitalizables disminuye al 20%. (*Ver Anexo N° 8*)

Las políticas del PGDES y del Plan Departamental vinculadas a “*reducir las disparidades en las condiciones y en el acceso a la salud requiere mayor eficiencia en la asignación de recursos*”, se cumple parcialmente las políticas, los proyectos capitalizables apoyan al cumplimiento de estas políticas porque se observa un incremento en el segundo periodo respecto al primer periodo.

Los proyectos no capitalizables cumplen un rol importante en el acceso a la salud, se evidencia que el incremento es mínimo en el segundo periodo incumpliendo las políticas de los planes, en ambos periodos la ejecución de proyectos capitalizables relacionadas con la construcción y equipamiento son superiores a los proyectos no capitalizables como planificación y educación para la salud, epidemiología, programas integrales y multiprograma.

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 necesario para efectuar la prestación de servicios públicos, como la construcción de hospitales.

---

<sup>169</sup> (*Ver Anexo N° 9*)

<sup>170</sup> (*Ver Anexo N° 9*)

### 3.5. Número de Nacidos con Bajo Peso

En el *Gráfico N° 7*, en el primer periodo el número de nacidos con bajo peso presenta un comportamiento cíclico, con un acumulado de 18.747 nacidos, un promedio de 2.343, un máximo de 2.487 para la gestión 2000 y un mínimo en el año 2001 con 2.124. En términos de porcentaje el máximo se registra en la gestión 1998 con 8,4 % y el mínimo en la gestión 2002 con el 6% de nacidos<sup>171</sup>.

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

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

Entre los años 1998 y 2000, se mantuvo en una proporción de alrededor 8,4% y 7,2% situación atribuible a las malas condiciones de salud y cuidado de las madres<sup>172</sup>, en términos de porcentaje en el primer periodo entre 2001 y 2003 se observa una disminución de nacidos con bajo peso, explicada por factores sociodemográficos y la buena nutrición de las madres gestantes durante el primer periodo.

---

<sup>171</sup> (Ver Anexo N° 11, 12 y 13)

<sup>172</sup> Viceministerio de Género y Asuntos Generacionales. Bolivia: Informe de Progreso “Un mundo apropiado para los niños”; 2002-2006. Pág. 16.

En la gestión 2002 se determina que en Bolivia la cantidad de educación recibida por la mujer tiene gran correlación con el estado nutricional de sus niños: 44% de los niños nacidos de madres sin educación son desnutridos, comparados con 34% de aquellos nacidos de madres con educación básica<sup>173</sup>.

En el año 2004, presenta el rezago en el pago de los Formularios de Prestaciones Otorgadas por parte de los municipios, hace que los establecimientos de salud no cuenten con recursos para retirar los jarabes de hierro de las Unidades Regionales del Central de Abastecimiento de Medicamentos Esenciales<sup>174</sup>.

La prevención para los Nacidos con Bajo Peso (BPN) es una prioridad de la salud pública al nivel mundial y constituye un poderoso instrumento para la reducción de la mortalidad infantil, por eso el Sistema Nacional de Salud centra su atención en las mujeres con alto riesgo, así como en los factores prenatales relacionados con su incidencia<sup>175</sup>.

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

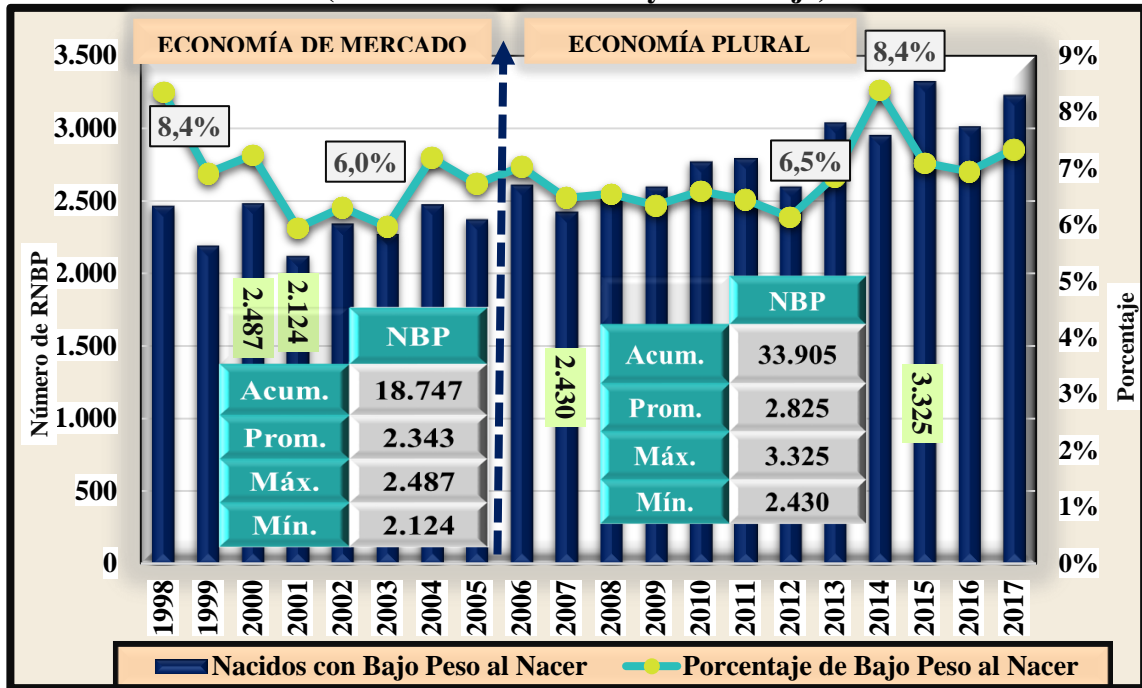
---

<sup>173</sup> ECONOMÍA Un tercio de las mujeres en Bolivia son anémicas y tienen bajo peso. . 7 de marzo de 2002.

<sup>174</sup> FUERTES C. y MARTINEZ S. 2015. UDAPE. Evaluación del Impacto Programa de Salud Materno Infantil “Bono Juana Azurduy”. 1º Edición. Bolivia. Pág. 106.

<sup>175</sup> CARDOZO LEDEZMA C. G. 2013. Factores de Riesgo de Bajo Peso al Nacer en el Hospital de la Mujer, Primer Semestre de la Gestión 2012. UMSA. Fac. de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica. Pág. 10

**GRÁFICO N° 7: NACIDOS CON BAJO PESO DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017**  
(En número de nacidos y Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística-Ministerio de Salud  
Elaboración: Propia

En el segundo periodo del *Gráfico N° 7*, los Nacidos con Bajo Peso presenta una tendencia creciente, un acumulado de 33.905 nacidos, un promedio de 2.825, un máximo en la gestión 2015 de 3.325 y un mínimo de 2.430 en el año 2007. En términos de porcentaje el máximo en nacidos con bajo peso es en la gestión 2015 con 8,4 % y el mínimo en la gestión 2012 con 6,5 %<sup>176</sup>.

La causa del Bajo Peso al Nacer es multifactorial, se atribuye a problemas maternos, fetales y ambientales. Los factores no son absolutos y varían de un lugar a otro, e influye de manera especial el nivel de desarrollo socioeconómico. Los principales factores de riesgo son múltiples, y los más frecuentes son: embarazo en la adolescencia; edades

<sup>176</sup> (Ver Anexo N° 11, 12 y 13)

extremas, la desnutrición materna, la ganancia insuficiente de peso durante la gestación y los antecedentes de niños con bajo peso<sup>177</sup>.

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

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

Existen dos categorías de nacidos con bajo peso: Los bebés nacidos antes de tiempo (también llamados bebés prematuros), son aquellos que nacen antes de la semana 37 del embarazo que representan 60 por ciento de los bebés que nacen con bajo peso, y son quienes tienen mayor riesgo de contraer problemas de salud. Los bebés pequeños para su edad (pequeños para su edad de gestación o de crecimiento retardado) son los que nacen al terminar el ciclo de gestación, pero pesan menos de lo normal. Este problema es debido a un crecimiento inadecuado dentro del vientre. Existen bebés que son prematuros y también de crecimiento retrasado, estos bebés corren el riesgo de experimentar muchos problemas vinculados a su bajo peso<sup>178</sup>.

Existe una asociación positiva significativa entre las siguientes variables y el Bajo peso al nacer: La edad gestacional menor a 37 semanas, el tener menos de 4 controles prenatales la hipertensión inducida por el embarazo y la desnutrición de la madre<sup>179</sup>.

---

<sup>177</sup> CARDOZO Ledezma C. G. Factores de Riesgo de Bajo Peso al Nacer en el Hospital de la Mujer, Primer Semestre de la Gestión 2012. UMSA. Fac. de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica. 2013. Pág. 12.

<sup>178</sup> CARDOZO LEDEZMA C. G. Factores de Riesgo de Bajo Peso al Nacer en el Hospital de la Mujer, Primer Semestre de la Gestión 2012. UMSA. Fac. de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica. 2013. Pág. 11.

<sup>179</sup> CARDOZO LEDEZMA C. G. Factores de Riesgo de Bajo Peso al Nacer en el Hospital de la Mujer, Primer Semestre de la Gestión 2012. UMSA. Fac. de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica. 2013. Pág. 77-78.



Las madres del área urbana con ingresos relativamente altos acceden con frecuencia a los servicios de salud mediante el SUMI, durante el embarazo disminuye notablemente los riesgos de tener un nacido con bajo peso. El Seguro Universal Materno Infantil no llega a las áreas rurales, estas áreas se encuentran condicionadas al acceso de los servicios de salud a consecuencia de la distancia de los centros de salud al hogar, baja cobertura, falta de personal especializado, necesidades de equipamiento e infraestructura en centros de salud<sup>180</sup>.

El estado de salud del nacido con bajo peso puede agravarse al no recibir inmediatamente la alimentación adecuada. El factor más relevante en este caso es la leche materna, que generalmente los bebés que no reciben el respectivo alimento son los que nacieron con bajo peso, los que permanecen en incubadoras o aquellos que perdieron a la madre. En la gestión 2006 se aprueba la Ley de Fomento a la Lactancia Materna, el cual permite que bebés accedan al alimento necesario para su desarrollo, incrementándose en la gestión 2012<sup>181</sup>.

En la gestión 2014 inicia el proyecto del Banco de leche materna en el Hospital de la Mujer de la ciudad de La Paz, con una inversión de Bs. 1.537.735 donde se implementa este tipo de centros para evitar la mortalidad de los neonatos por la falta de suficiencia de leche materna con el apoyo de la Agencia de Cooperación de Brasil, el cual consta de donaciones para aquellos niños que no presentan acceso a la leche materna, el mencionado proyecto logra disminuir probabilidad de muerte de niños nacidos con bajo peso o prematuros, además de mejorar la salud del niño, en la gestión 2015 por falta de donaciones no se logra concluir la red de leche materna en la paz Bolivia, consecuentemente el bajo peso al nacer y sus consecuencias del mismo prevalecen<sup>182</sup>.

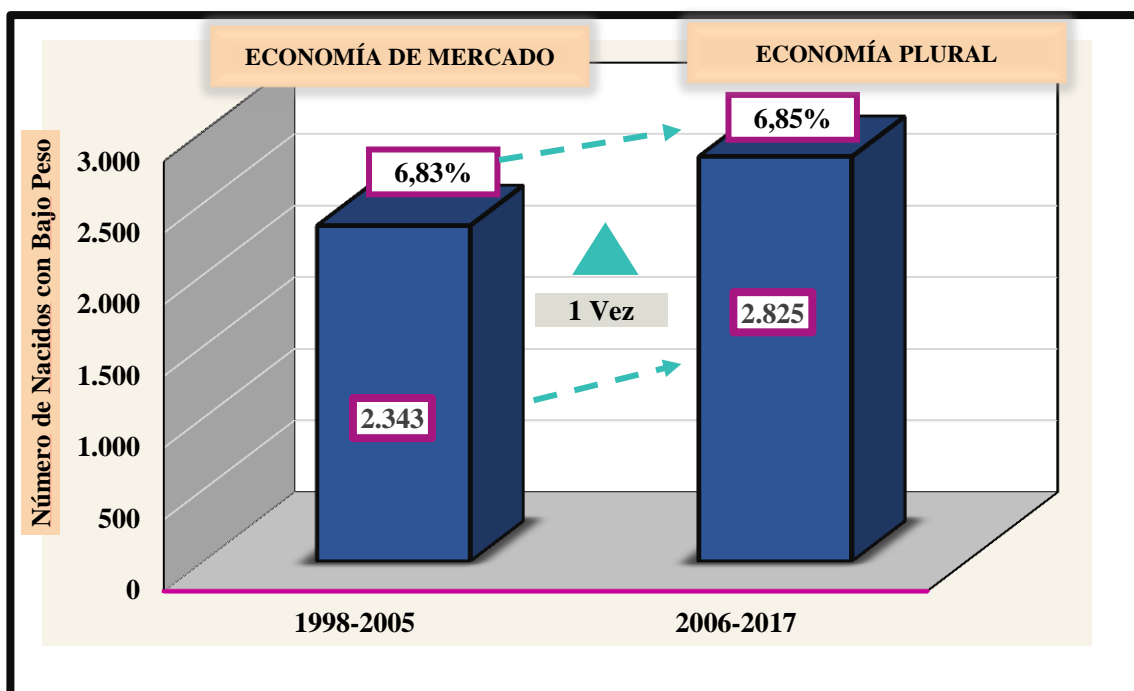
---

<sup>180</sup> GALINDO Soza Mario, *El Progreso Invisible El Seguro Materno Infantil*. Primera Edición. Pág. 267-269.

<sup>181</sup> CARDOZO LEDEZMA C. G. Factores de Riesgo de Bajo Peso al Nacer en el Hospital de la Mujer, Primer Semestre de la Gestión 2012. UMSA. Fac. de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica. 2013. Pág. 12.

<sup>182</sup> CARDOZO LEDEZMA C. G. Factores de Riesgo de Bajo Peso al Nacer en el Hospital de la Mujer, Primer Semestre de la Gestión 2012. UMSA. Fac. de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica. 2013. Pág. 12.

**GRÁFICO N° 8: COMPARACIÓN DE NACIDOS CON BAJO PESO DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998 - 2017**  
(En Número de Nacidos y Porcentaje)



**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística-Ministerio de Salud

**Elaboración:** Propia

En el *Gráfico N° 8*, durante el primer periodo de Economía de Mercado en promedio los nacidos con bajo peso son 2.343, incrementa 1 vez con respecto al segundo periodo registrando un promedio de 2.825<sup>183</sup>.

Se evidencia que durante el primer periodo el porcentaje de bajo peso al nacer es 6,83%, en el segundo periodo incrementa a 6,85%, significa que las políticas implementadas en el segundo periodo no ayudan a mejorar este indicador<sup>184</sup>.

Las políticas planteadas en el PGDES 1997-2002 durante el primer periodo, Formación y Salud Integral, Promoción de la Salud - Medicina Preventiva y la Atención Primaria de Salud (APS) Universal con respecto “a incrementar las condiciones de nutrición del recién nacido”, y las políticas planteadas en el PDDDES de Desarrollo Humano-Salud

<sup>183</sup> (Ver anexo N° 12)

<sup>184</sup> (Ver anexo N° 12)

relacionadas “a mejorar el indicador de mortalidad infantil y la desnutrición de las madres gestantes” se cumplen parcialmente, porque se observa una disminución del porcentaje de nacidos con bajo peso y un incremento en los últimos años del primer periodo.

Las políticas planteadas en PND y el PDD, Sistema único de salud familiar comunitaria intercultural y La Paz solidaria no se cumplen porque no mejora el indicador de bajo peso al nacer, relacionado a la mortalidad infantil manteniéndose en 6,85 % en promedio y La ley N° 3250 de la ampliación del Seguro Universal Materno Infantil, el D.S. 0066 del Bono Juana Azurduy y el D.S. 29061 del modelo Salud Familiar Comunitario Intercultural, no se cumplen en su totalidad, se evidencia la existencia de los obstáculos geográficos, económicos y de exclusión social.

Según la OMS, una población sana es más productiva y los niños y niñas se convierten en adultos productivos, el incremento de inversión en salud se traduce en ingresos anuales que se podrían emplear en mejorar las condiciones de vida de los países más pobres<sup>185</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud es valiosos para todos, los Gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Una población sana es más productiva y los niños y niñas se convierten en adultos productivos, el incremento de inversión en salud se traduce en ingresos anuales que se podrían emplear en mejorar las condiciones de vida de los países más pobres. La evidencia empírica sustenta el incumplimiento del paradigma, los gobiernos sub nacionales no cumplen las necesidades de la población relacionadas a los servicios de Salud, se observa un incremento en el número de Nacidos con Bajo Peso<sup>186</sup>.

---

<sup>185</sup> Organización Mundial de Salud.

<sup>186</sup> Organización Mundial de Salud.

### 3.6. Consultas de Control Prenatal

En el *Gráfico N° 9*, en el primer periodo las consultas de control prenatal presenta una tendencia creciente en los primeros años y una tendencia decreciente en las últimas gestiones, con un acumulado de 386.260, un promedio de 48.283, un máximo de 54.172 para la gestión 2001 y un mínimo en la gestión 2005 con 41.194. En términos de porcentajes, el máximo en consultas en los años 2001- 2002 con 14 % y el mínimo con 11 % en la gestión 2005<sup>187</sup>.

El control prenatal es la atención médica periódica que se presta a la embarazada con el objeto de vigilar la evolución del embarazo, prevenir y tratar las complicaciones maternas fetales, preparar física y psíquicamente para el parto y la atención de su hijo a fin de disminuir los riesgos de morbilidad materna, fetal y perinatal<sup>188</sup>.

El control prenatal es el cuidado de salud de la madre y el niño por nacer, tiene como finalidad obtener un niño sano, nacido en término de nueve meses con un peso normal, que la madre se encuentre sana y en condiciones de criar a su niño. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud busca mejorar la calidad de la atención prenatal y reducir la mortalidad materna y perinatal en todas las poblaciones, incluidas las adolescentes y las mujeres que se encuentran en áreas de acceso difícil o en situaciones de conflicto<sup>189</sup>.

Es importante incluso en embarazos saludables. Los controles regulares ayudan a identificar pacientes con mayor riesgo tanto obstétrico como perinatal, agregan intervenciones ligadas a la prevención de dichos riesgos y también contribuyen a promover conductas saludables durante el embarazo. Aunque no es posible obtener estudios científicos al azar, además de los cuidados médicos, el control prenatal debería incluir educación, soporte emocional y preparación para el parto<sup>190</sup>.

---

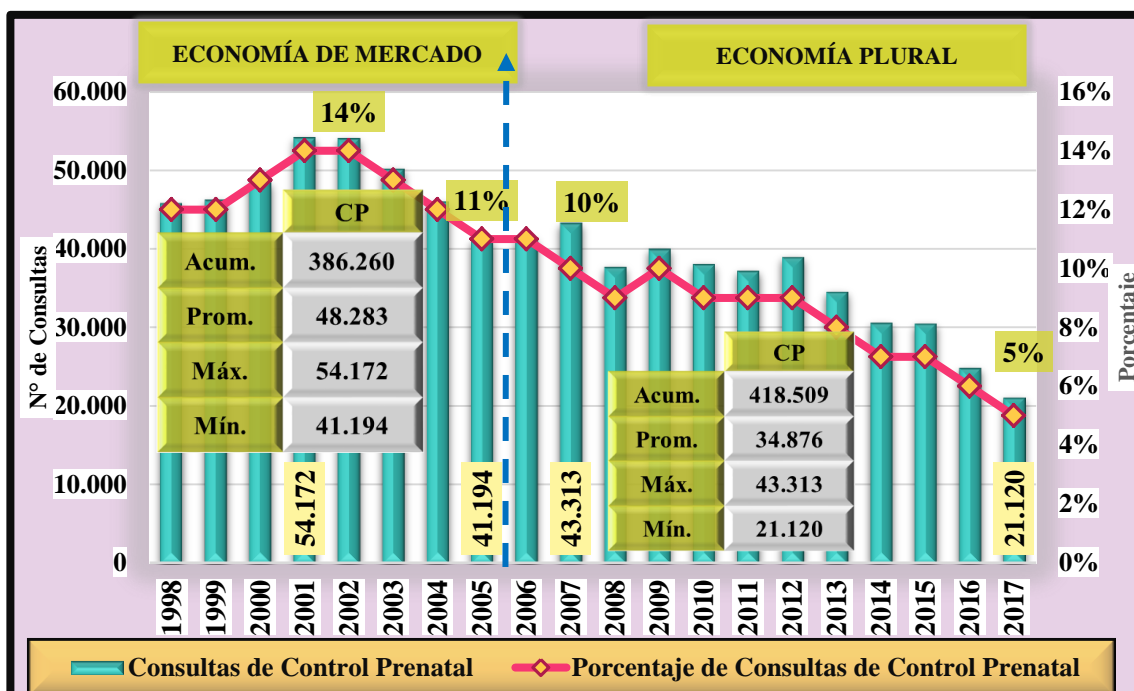
<sup>187</sup> (Ver anexo N° 14, 15 y 16)

<sup>188</sup> IGNACIO ASPREA, OSCAR GARCÍA, CAROLINA NIGRI. *Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal*. (2013)

<sup>189</sup> Organización Mundial de Salud.

<sup>190</sup> SUSANA AGUILERA, PETER SOOTHILL. *Control prenatal*. Pág. 1.

**GRÁFICO N° 9; CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998 - 2017**  
(Número de Consultas y Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística-Ministerio de Salud  
Elaboración: Propia

En el Segundo periodo de la *Gráfico N° 9*, las consultas de control prenatal registra una tendencia decreciente, con un acumulado de 418.509, un promedio de 34.876, un máximo de 43.313 en la gestión 2007 y un mínimo en la gestión 2017 con 21.120. En términos de porcentajes de la gestión 2007 al 2009 alcanza el máximo en porcentajes con el 10 % y el mínimo en la gestión 2017 con el 5%<sup>191</sup>.

La consulta en el control prenatal es: precoz, periódico, completo, amplia cobertura y gratuito. **Precoz:** cuanto más antes se inicie la atención prenatal, tanto mayor será la posibilidad de detectar los factores de riesgo. **Periódica:** la OMS recomienda un mínimo

<sup>191</sup> (Ver anexo N° 14, 15 y 16)

de 5 controles prenatales: la primera consulta antes de las 20 semanas el número de controles prenatales podrá ser incrementado de acuerdo a la evolución del embarazo<sup>192</sup>.

Uno de los problemas más sentidos en los servicios maternos es la calidad de la atención. El control prenatal debe garantizar el cumplimiento efectivo de todas las actividades que fomenten la protección, recuperación y rehabilitación de la salud materna-infantil a través de una atención integral a la mujer embarazada<sup>193</sup>.

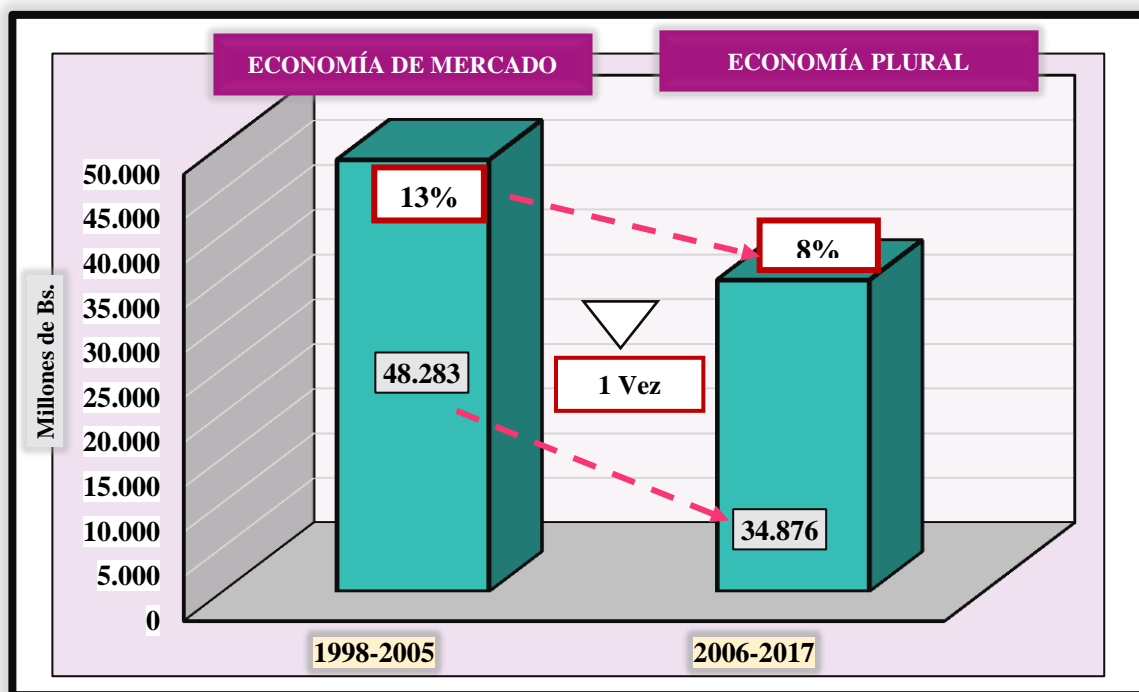
El Seguro Universal Materno-Infantil (SUMI) es una política de Estado y estrategia de salud, para la reducción de la morbilidad materna e infantil. Otorga prestaciones gratuitas al niño (a) menor de 5 años y a la mujer embarazada hasta 6 meses después del parto con carácter obligatorio y coercitivo en los establecimientos públicos y de la seguridad social.

---

<sup>192</sup> GOMEZ Ordoñez Vitalio. Guías en obstetricia, obstetricia aplicada con enfoque práctico: La Paz-Bolivia, Ed. ABBASE Ltda. Casilla N° 817, 2004. Pag.1.

<sup>193</sup> RESUMEN PRICCAS 2012. Pág. 19.

**GRÁFICO N° 10: COMPARACIÓN DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL DEL DEPARTAMENTO LA PAZ; 1998 - 2017**  
(En consultas y porcentaje)



**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística-Ministerio de Salud  
**Elaboración:** Propia

En el *Gráfico N° 10*, durante el primer periodo de Economía de Mercado en promedio las consultas de control prenatal son 48.283, registra una disminución en una vez para el segundo periodo con un promedio de 34.876. Se evidencia que durante el primer periodo el porcentaje de consultas de control prenatal es del 13 % y disminuye para el segundo periodo de economía plural a 8 %<sup>194</sup>.

Se cumplen las políticas durante el primer periodo planteadas en el Plan General de Desarrollo Económico y Social, Atención Primaria de Salud (APS) Universal que Contribuye a reducir la morbi-mortalidad infantil y materna, Incrementar las condiciones de nutrición de la madre gestante, mejorar el acceso a programas preventivos y curativos en los diferentes periodos de vida, intergestacional, pre natal, parto. Mejorar los índices

<sup>194</sup> (Ver anexo N° 15)

nutricionales de la población infantil de las madres gestantes y nodrizas, incrementando el consumo de proteínas y vitaminas.

Se cumple en el primer periodo con la constitución política del Estado que establece que la salud es un derecho básico, es responsabilidad del Estado protegerla y promoverla bajo las dimensiones de orden colectivo y de un bien individual; en el código de Salud de Bolivia, en el segundo no se cumple con estas políticas porque no mejora el indicador de consultas de control prenatal.

Para el primer periodo de Economía de Mercado, se cumple con la ley N° 2426 del Seguro Materno infantil con el objetivo “*de brindar prestaciones de salud en todos los niveles de atención del sistema nacional de salud dirigido a mujeres embarazadas, desde el inicio de gestación hasta seis meses posterior al parto*” porque incrementa el número de consultas de control prenatal y para el segundo periodo no se cumple porque no mejora el indicador y disminuye el número de consultas.

Para el primer periodo se cumple con la teoría de la Organización Mundial de Salud que plantea mejorar la calidad de la atención prenatal y reducir la mortalidad materna y perinatal en todas las poblaciones porque el indicador mejora en las primeras gestiones del primer periodo, para el segundo periodo no se cumple porque el indicador no mejora y disminuye el número de consultas de control prenatal.



# **CAPÍTULO IV**

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

---

## CAPÍTULO IV

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 4.1. CONCLUSIONES

##### 4.1.1. Conclusión General

El estudio de investigación plantea la incidencia de la ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública para mejorar el Sector Salud, evidenciándose el incumplimiento de las políticas referidas a mejorar la Salud del Nacido con Bajo Peso y de las Consultas de Control Prenatal, planteadas por el Plan General de Desarrollo Económico y Social 1997- 2002, Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien” 2006–2011 y el Plan de Desarrollo Departamental de La Paz 2007–2010.

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

##### 4.1.2. Conclusiones Específicas

###### Conclusión Específica 1

**C.E.1.1.** El comportamiento del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud presenta una baja ejecución durante el primer periodo denominado Modelo de Economía de Mercado, reflejando una programación y ejecución promedio de Bs. 94 Millones y Bs. 73 Millones respectivamente, incumpliendo con las políticas enfocadas a “*reducir las disparidades en las condiciones y en el acceso a la salud, que requiere mayor eficiencia en la asignación de recursos*” y la ley N° 1178 con el objetivo de “*ejecutar los recursos públicos de manera eficiente para el cumplimiento de las políticas*”.

En el segundo periodo, el comportamiento del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud presenta una baja ejecución con respecto a la programación, obteniendo un promedio de programación de Bs. 233 Millones y Bs. 158 Millones en ejecución. ***(Conclusión que se aprecia en el Gráfico N° 2)***

La aplicación de la ley N° 1178 con el objetivo de *“ejecutar los recursos públicos de manera eficiente para el cumplimiento de las políticas”*, no se cumple, por una ineficiente ejecución en ambos periodos en la fase de ejecución en ambos periodos de la fase de ejecución del Ciclo de Vida de los Proyectos.

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

## **Conclusión Específica 2**

**C.E.1.2.** En el primer periodo los proyectos son ejecutados con mayor Financiamiento Interno, provenientes de transferencias y recursos específicos, representa en promedio Bs. 45 Millones y la ejecución con Financiamiento Externo un promedio de Bs. 28 Millones. En el segundo periodo la ejecución de los proyectos con Financiamiento Interno incrementa a Bs. 109 Millones e incrementa el financiamiento Externo a Bs. 49 Millones. ***(Conclusión que se aprecia en el Gráfico N° 4)***

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

En ambos periodos la evidencia empírica demuestra el cumplimiento del paradigma de Ricardo Cibotti - Enrique Sierra y Richard Musgrave Se cumple con la teoría de Ricardo Cibotti - Enrique Sierra y Musgrave, el cual consiste en la necesaria

intervención del Estado a favor de la economía, el mecanismo de mercado por sí solo no puede realizar todas las funciones económicas. La intervención del Sector Público mediante Políticas Presupuestarias son necesarias para guiar, corregir y complementar al mercado en algunos aspectos a través de funciones.

### **Conclusión Específica 3**

**C.E.1.3.** Los proyectos capitalizables ejecutan un promedio de Bs. 48 millones que representa el 65 % en el primer periodo e incrementa para el segundo periodo a 83% de ejecución con Bs 131 Millones; los proyectos no capitalizables para el primer periodo representan un promedio ejecutado de Bs 25 Millones en términos de porcentaje el 35% y para el segundo periodo incrementa a Bs 27 Millones, disminuyendo su participación a 17%. *(Conclusión que se aprecia en el Gráfico N°6)*

Las políticas orientadas a *“fortalecer la estructura social y construcción de equipamiento y equipamiento social”*, se cumple parcialmente, los proyectos capitalizables apoyan al cumplimiento de estas políticas porque se observa un incremento en el segundo periodo respecto al primer periodo.

En ambos periodos se cumple con la Constitución Política del Estado *“El Estado regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento”*, la ejecución en proyectos capitalizables es superior a los proyectos no capitalizables, dando prioridad a la ejecución de proyectos de infraestructura que contribuyen a la formación bruta de capital.

Se cumple con 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 equipos necesarios para efectuar la prestación de servicios públicos, como la construcción de hospitales”*.

#### **Conclusión Específica 4**

**C.E.1.4.** Durante el primer periodo el promedio de los nacidos con bajo peso es de 2.343 con un porcentaje de 6,83%, durante segundo periodo incrementa a 2.825 en términos porcentaje a 6,85%. Se puede evidenciar la prevalencia del nacido con bajo peso, a consecuencia de las deficiencias nutricionales de micronutrientes, vitaminas y minerales que son transferidos por la madre antes y durante el periodo de gestación. *(Conclusión que se aprecia en el Gráfico N° 8)*

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

Las normas planteadas por la antigua Constitución Política del Estado con el objetivo de *“El Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población”* se cumplen parcialmente porque se observa una disminución y un incremento en los últimos años del primer periodo. En el segundo periodo no se cumple con la norma de la Constitución Política del Estado con el objetivo de *“Acceso Universal a Sistema Único de Salud”* porque no mejora el indicador respecto al primer periodo.

No se cumple la teoría planteada por la Organización Mundial de Salud donde los Gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, que sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

#### **Conclusión Específica 5**

**C.E.1.5.** Las consultas de control prenatal registran el 13% de participación en el primer periodo y disminuye a 8 % para el segundo periodo de Economía Plural. Se cumplen con las políticas orientadas a *“incrementar las condiciones de nutrición de la madre gestante”* para el primer periodo. En el segundo periodo no se cumple con la política de *“ampliar la cobertura de atención en salud”* porque no ayudan a mejorar este indicador,

disminuye el número de consultas de 48.238 a 32.876. (*Conclusión que se aprecia en el Gráfico N° 10*)

Se cumple con la ley N° 2426 para el primer periodo con el objetivo de “*brindar prestaciones de salud a mujeres embarazadas, desde el inicio de gestación hasta seis meses posterior al parto*” incrementa el número de consultas de control prenatal, para el segundo periodo no se cumple porque no mejora el indicador disminuyendo el número de consultas.

Para el primer periodo la teoría de la Organización Mundial de Salud orientada a mejorar la calidad de la atención prenatal y reducir la mortalidad materna en todas las poblaciones se cumple parcialmente porque el indicador mejora en las primeras gestiones del primer periodo, para el segundo periodo no se cumple porque el indicador no mejora disminuye la calidad de atención prenatal.

#### **4.2. APOORTE DE LA INVESTIGACION A LA MENCIÓN**

El aporte de la investigación en la Mención GESTIÓN DE PROYECTOS Y PRESUPUESTO; es haber establecido la relación inversa entre los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública con el Sector Salud, también se identifica la intervención del Estado en la Programación y Ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública.

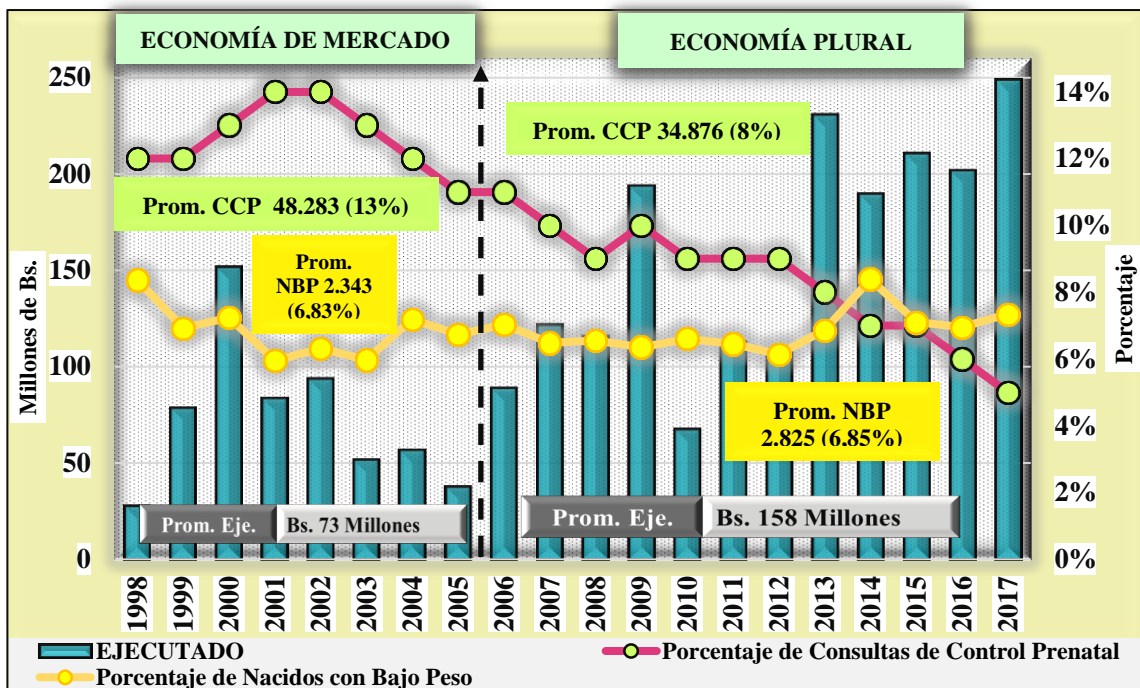
Se destaca una relación inversa del Financiamiento Interno con el Financiamiento Externo en la ejecución de proyectos y programas. Además se evidencia la relación asimétrica de los proyectos Capitalizables con los Proyectos No Capitalizables del Presupuesto de Inversión Pública.

### 4.3. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

Se acepta la Hipótesis planteada:

La ejecución de los **Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública** no contribuye en el **Sector Salud** del Departamento de La Paz.

**GRÁFICO N° 11: EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD, NACIDOS CON BAJO PESO Y CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998 - 2017**  
(En Millones de Bs. y Porcentaje)



**Fuente:** Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE)

**Elaboración:** Propia

Realizado previamente la descripción, explicación y comparación de las variables económicas, se **ACEPTA** la hipótesis planteada “El incremento de la fase de ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión pública no incide en el Sector Salud del Departamento de La Paz”.

De acuerdo al *Gráfico N° 11*, en el primer periodo la ejecución presupuestaria presenta una tendencia inestable con un promedio de Bs. 73 Millones; una tendencia cíclica de los nacidos con bajo peso con un promedio de 6,83 % y una tendencia decreciente de las consultas de control prenatal con un promedio del 13 % que representa 48.283.

En el segundo periodo, la ejecución presupuestaria de inversión pública en el Sector Salud presenta una tendencia creciente con un promedio de Bs. 158 Millones; un crecimiento del número de nacidos con bajo peso con un promedio de 6,85% y una tendencia decreciente de las consultas de control prenatal con un promedio de 8% que representa 34.876.

La ejecución presupuestaria del Sector Salud presenta una tendencia creciente en el periodo de investigación. Se observa que el Sector Salud no se fortalece en el segundo periodo por el incumplimiento de los lineamientos estratégicos del Plan Nacional de Desarrollo, Plan de Desarrollo Departamental y con las políticas, cuyo objetivo es *“disminuir la desnutrición e incrementar la promoción, prevención de enfermedades reducir la mortalidad materna e infantil, mejorar las coberturas de control prenatal, entendida como la atención con calidad y erradicar obstáculos para permitir el acceso de la población a los servicios de salud”*.

Según Baly el incremento de la inversión se traduce en mayor beneficio para la población, es decir, presenta una mejora en los indicadores del Sector Salud, sin embargo no se cumple con la teoría, se observa en la investigación que, el incremento de la ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública no inciden en la mejora de los indicadores del Sector Salud, el porcentaje de nacidos con bajo peso incrementa y el porcentaje de control prenatal disminuye.

Según la teoría de la OMS orientada *“a mejorar la calidad de la atención prenatal y reducir la mortalidad materna donde los Gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos”*, no se cumple, según la evidencia empírica no mejora los indicadores del sector salud.



#### 4.4. EVIDENCIA TEÓRICA

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

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

Según las Teorías de Reinaldo Sapag Chain y Nassir Sapag Chain, Karen Marie Mokate y el SNIP, plantean que un proyecto debe cumplir con el Ciclo de Vida del Proyecto. En ambos periodos de estudio no se cumple el paradigma, se evidencia que los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del sector salud no cumplen el CVP, demostrando bajos porcentajes de Ejecución respecto a la programación financiera.

Según la OMS los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud es valiosa para todos, los Gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. La evidencia empírica sustenta el incumplimiento del paradigma, los gobiernos sub nacionales no cumplen las necesidades de la población relacionadas a los servicios de Salud.

## **4.5. RECOMENDACIONES**

### **4.5.1. Recomendaciones Específicas**

#### **Recomendación Específica 1**

**R.E.1.** Intensificar el control mediante el Órgano Rector correspondiente para el cumplimiento de la fase de ejecución del ciclo de vida de los proyectos priorizando satisfacer las necesidades de la población.

#### **Recomendación Específica 2**

**R.E.2.** Mejorar la asignación de los recursos por fuente de financiamiento mediante políticas que permitan mantener los niveles de inversión interna.

#### **Recomendación Específica 3**

**R.E.3.** Priorizar la ejecución de proyectos No Capitalizables (programas en planificación y educación de Salud, Epidemiología, programas integrales en salud) delimitados en las políticas; plan nacional y departamental en coordinación con el Ministerio de Salud.

#### **Recomendación Específica 4**

**R.E.4.** Fiscalizar el cumplimiento de las políticas orientadas a mejorar los servicios de salud para disminuir la tasa de mortalidad infantil con una adecuada y temprana implementación de micronutrientes, vitaminas y minerales para el fortalecimiento físico e intelectual del nacido con bajo peso. A través del Ministerio de Salud.

#### **Recomendación Específica 5**

**R.E.5.** Fomentar campañas educativas continuas dirigidas a las gestantes, capacitar al personal de salud en el idioma nativo para mejorar la comunicación, con la usuaria gestante y concientizar brindando educación a las embarazadas sobre el control prenatal para que pueda asistir al servicio de salud.

# BIBLIOGRAFÍA

---

## BIBLIOGRAFÍA

- ALMEIDA. Celia. Reformas de los sistemas de Salud y Equidad en América Latina y Caribe. 2002.
- ANTIGUA CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO. 2004. Parte 1. Título II. Art. 158. Pág. 37 – 38 Titulo II. Art. 149. Pág. 36.
- BALY A. La Economía de la Salud. La eficiencia y el Costo de Oportunidad. Cuba. 2001. pag.1-4.
- BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID). Evaluación del programa país. Bolivia 2011-2015. Pág. 7.
- BANCO MUNDIAL. “Como se Gasta el Dinero Publico”. 2006. Pág. 26-80.
- CARDOZO LEDEZMA C. G. 2013. Factores de Riesgo de Bajo Peso al Nacer en el Hospital de la Mujer. Primer Semestre de la Gestión 2012. UMSA. Fac. De Medicina. Enfermería. Nutrición y Tecnología Médica. Pág.10-11-12-77-78 -267-269.
- CARO HINOJOSA E.; RODRIGUEZ TELLEZ H. J. Informe 2012 sobre Inversión Pública y Financiamiento para el Desarrollo en Bolivia. Ministerio de Planificación del Desarrollo-VIPFE 2013. Pág. 7-17.
- CARVAJAL ZENTENO L. A. 2016. El Financiamiento de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud en el Departamento de La Paz. (2000-2015). UMSA. Fac. Ciencias Económicas y Financieras. Pág. 68.
- CATAORA A. El Modelo Económico Social Comunitario Productivo. Eco plural. 15° Edición. 2015. Pág. 6.
- CEBEM. Política de salud en el periodo post nueva Constitución Política del Estado. P 12.
- CONFEDERACIÓN DE EMPRESARIOS PRIVADOS DE BOLIVIA. La economía en 2011 y perspectivas para el 2012. Bolivia. 2012. Pág. 2.
- DECRETO SUPREMO N° 29601 “Nuevo Modelo Sanitario de Salud” Art.1-2.
- DECRETO SUPREMO No 29894. Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional. BOLIVIA. Art. 5-7- 44°-45-46-48-53-89-90-91.

- DECRETO SUPREMO. N° 0066. Bono “Juana Azurduy”. Bolivia. 2009. Artículos 1° 2° 3° 7°.
- ECONOMÍA. Un tercio de las mujeres en Bolivia son anémicas y tienen bajo peso. 7 de marzo de 2002.
- EDUARDO RODRIGUEZ VELTZE. Normas Básicas del Sistema de Presupuesto. Resolución Suprema N° 225558. 01 de diciembre de 2005. Pág. 2070-2072. Art. 1°. 7°.
- ESTATUTO AUTONÓMICO DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ-2009. Pág. 12.
- EVALUACIÓN DEL PROGRAMA PAÍS. Pág. 6-21-25.
- FUERTES C. y MARTINEZ S. 2015. UDAPE. Evaluación del Impacto Programa de Salud Materno Infantil “Bono Juana Azurduy”. 1° Edición. Bolivia. Pág. 106.
- FUNDACIÓN JUBILEO. “Bolivia tiene menor Dependencia de la Cooperación Internacional”. 2014. Pág. 10.
- GALINDO Soza Mario. El progreso invisible El Seguro Universal Materno infantil. Primera Edición. 2011. Pág. 37- 38. 131
- GRETTCHEEN Flores Sandí. La salud como factor de crecimiento económico. 2006. Pág. 4.
- HERNÁNDEZ. R. y FERNÁNDEZ C. Metodología investigación. 5ta edición. Mc Graw-Hill México. (2010). Pág. 5-6. 152-129.
- HILDARA ARAYA. Control prenatal. (2018). Pág. 1.
- IGNACIO ASPREA. OSCAR GARCÍA. CAROLINA NIGRI. Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional. prenataly puerperal. 2013.
- Informe sobre Inversión Pública y Financiamiento para el Desarrollo en Bolivia. 2013. pág. 27.
- INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN. CONSULTORÍA Y SERVICIOS TURÍSTICOS -IICSTUR. Guía metodológica para la elaboración de tesis de grado. 2012 Pág. 38.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Censo de Población y Vivienda. La Paz. 2012. Pág. 5. 6. 31.

- JOHN E. FREUND. IRWIN MILLER. MARYLEES MILLER. Estadística Matemática 6TA Ed. Prentice hall. 2000. Pág. 73.
- KAREN MOKATE. “Evaluación Financiera de Proyectos de Inversión”. 2º Edición. 2004. Editorial McGraw-Hill. Capitulo: 1 El Estudio de Proyectos. (p. 1 - 18).
- Ley 2426 del seguro universal materno infantil. Noviembre 21 de 2002; Art. 1.
- LEY DEL DIÁLOGO NACIONAL 2000. 31 de julio de 2001. Decreto Supremo N° 26560. 27 de marzo de 2002. Art. 1-2.
- LEY MARCO DE AUTONOMÍAS Y DESCENTRALIZACIÓN “ANDRÉS IBÁÑEZ”. Título V. Cap. III. Art. 81. pág. 34.
- Ley N° 031. Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”. BOLIVIA. 19 de julio de 2010. Art. 6°. 7.30°. 104°-disposiciones transitorias. La Constitución Política del Estado. Artículo 35°.
- Ley N° 1178. Ley SAFCO. BOLIVIA. 20 de Julio de 1990. Artículo 1°. 8°.
- Ley N° 2426. Ley del Seguro Universal Materno Infantil. BOLIVIA. 21 de noviembre de 2002 Artículo 1°. 2°. 3°. 5°.
- Ley N° 3058 de Hidrocarburo. BOLIVIA. 2005. Art. 57°.
- Ley N° 3250 Ampliación de SUMI. Bolivia. 6 de diciembre de 2005. Art. 1 Art. 2.
- Ley N° 475. Ley de Prestaciones de servicios de salud integral. BOLIVIA. 30 de diciembre de 2013. Artículo 2°. 6°. 7°. 8°.
- Ley N°1654. Ley de Descentralización Administrativa. BOLIVIA. 28 de Julio de 1995. Art. 24°.
- MANUEL C. RODRIGUEZ / JUSTO CARDENAS R. (2002) Y ALBERTO BALY (2009). El sector público en la Economía. 1era edición Pág.: 359 – 365 / 53- 54.
- MENDOZA. M. Como investigan los economistas. Guía para elaborar y desarrollar un proyecto investigación. (2000).
- MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS “Avances y Perspectivas del Presupuesto General del Estado”. 2003. pág. 13.
- MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. Memoria de la economía de Bolivia. 2014 Art. 1.

- MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. Año histórico: La economía de Bolivia crece 6.5% en 2013. 2014. Pág. 3-4.
- MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. Economía Plural “El Modelo Neoliberal vs. El Nuevo Modelo”. Publicación mensual. N°1. Septiembre. 2011. Pág. 11.
- MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS PÚBLICAS. Memoria de la Economía Boliviana 2010. Pág. 75-85.
- MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. Memoria Fiscal 2008. Pág. 96.
- MINISTERIO DE HACIENDA. “Sistema Nacional de Inversión Pública”. BOLIVIA. 18 de junio de 1996. Cap. II. Art 1 12. Pág. 1.
- Ministerio de Hacienda. 2003. Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública. BOLIVIA. Artículo 2°.12. 33°.
- MINISTERIO DE HACIENDA. Memoria Fiscal 2006. Pág. 56
- MINISTERIO DE HACIENDA. Sistema Nacional de Inversión Pública. Art. 6-7-13°.
- MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO – VIPFE. Directrices de Formulación del Presupuesto de Inversión Pública Anual. 2013.
- MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. Plan General de Desarrollo Económico y Social. Bolivia. 1997- 2002. XXI País Solidario. Pág.11-23-80-81- 83.
- MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna. Soberana. Productiva y Democrática para Vivir Bien”. BOLIVIA. 2006-2011. Pág. 24-26-38-39.41. 43 -51.
- MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO.2006. Informe Económico y Social Primer Semestre 2006 y Perspectivas. Pág. 3.
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES (2013). La política SAFCI. Su estrategia de promoción de la salud y prácticas alimentarias saludables. Publicación N°28. Edición Lic. Roger Chino. Pág. 1 - 2.

- MOKATE KAREN MARIE “Evaluación Financiera de Proyectos de Inversión”; 2da Edición. Editorial Alfa omega. (2004) Pág. 1-2-13.
- MORALES ANAYA R. 2012 El desarrollo visto desde el sur UMSA CIES ECONOMETRICA INESAD Pág. 21.
- MORALES R. 2012. El Desarrollo visto desde el SUR. La Paz-Bolivia. INESAD. Ciess-económica. Pp.81-83.
- MUSGRAVE. RICHARD & MUSGRAVE. P. “Hacienda Pública Teórica y Aplicada”. McGraw-Hill Editores. 5ta edición. México (1999). Cap. 1. Pág. 4- 7.
- Nueva Constitución Política del Estado. BOLIVIA. Febrero 7 de 2009. Artículo 18°. 37°. 39°. 45°. 321°.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 1946. Pág. 1.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Promoción de la Salud Glosario. Pág. 11 Cap. 1.
- PAZ ARAUCO V. 2016. El Financiamiento del Desarrollo en Bolivia Cambios y Continuidades en la Relación Estado- Cooperación Internacional (2006–2013). Pág. 19.
- PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ. PDDES –LP. 2007-2010. Pág. 17-29-30.
- PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL del Departamento de La Paz. 1995. CORDEPAZ - Gerencia de Planificación Pág. 36-37.
- PLAN NACIONAL DE DESARROLLO. Evo Morales Ayma. Presidente del Estado Plurinacional de Bolivia. 2006-2011. Pág. 49
- PRIETO. J. Glosario Términos Finanzas Públicas. Centro de Estudios en Finanzas Públicas CEFP. (2014) Pág. 10.
- RESOLUCIÓN SUPREMA N° 216779. Normas Básicas del Sistema Nacional de Planificación. 21 de Julio de 1996. Artículo 12°. 25°. 27°.
- RESUMEN PRICCAS 2012. Pág. 19
- RICARDO CIBOTTI Y ENRIQUE SIERRA. “El Sector Público en la Planificación del Desarrollo”. 4ta Edición. Cap. I; Pág. 7-16-17-20-21-22.



- SABINO. C. Diccionario de Economía y Finanzas. Ed. Panapo. Caracas. 1991. Pág. 138.
- SAPAG CHAIN NASSIR. SAPAG CHAIN REINALDO. “Preparación y Evaluación de Proyectos” 5ta Edición. Colombia (2008) Cap. 1; Pág. 1-2.
- STIGLITZ JOSEPH E. “La Economía del Sector Público”. 3ra Edición Cap. 4: Los fallos del mercado. Resumen. (2000). Pág. 92-95-101. 150.
- SUSANA AGUILERA. PETER SOOTHILL. Control prenatal. Pág. 1.
- TICONA GARCÍA. R. El Proceso de Las Reformas Económicas en El Ciclo de Los Proyectos de Inversión Pública del Sector Público. El Economista. 2013 Pág. 3 –6.
- UDAPE.2001. BOLIVIA: Evaluación de la Economía 2000. Pág. 32-33-41-73.
- UDAPE.2001. BOLIVIA: Evaluación de la Economía 2000. Pág. 41-55-59.
- Viceministerio de Género y Asuntos Generacionales. Bolivia: Informe de Progreso “Un mundo apropiado para los niños”; 2002-2006. Pág. 16.
- [www.sedeslapaz.gob.bo](http://www.sedeslapaz.gob.bo)
- ZORRILLA. A. Diccionario de Economía. Ed. Limusa. 2da. Edición. México. (1987). Pág.89.

# ANEXOS

---

## ANEXOS

**ANEXO N° 1: TABLA N° 1: PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL  
PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD  
DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017  
(Millones de Bs.)**

PERIODO	AÑOS	PROGRAMADO	EJECUTADO	% EJECUCION
Primer Periodo (1998- 2005)	1998	31	28	90%
	1999	85	79	93%
	2000	127	152	119%
	2001	138	84	61%
	2002	137	94	69%
	2003	95	52	55%
	2004	77	57	74%
	2005	65	38	59%
Segundo Periodo (2006- 2017)	2006	92	89	97%
	2007	106	122	115%
	2008	115	116	101%
	2009	91	194	214%
	2010	66	68	102%
	2011	118	113	96%
	2012	113	108	96%
	2013	203	231	113%
	2014	244	190	78%
	2015	264	211	80%
	2016	429	202	47%
2017	957	249	26%	

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

Elaboración: Propia

**ANEXO N° 2: TABLA N° 1.1.: PROMEDIO DE LA PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017**  
(Millones de Bs. y Porcentaje)

<b>PROMEDIOS</b>			
<b>PERIODO</b>	<b>PROGRAMADO</b>	<b>EJECUTADO</b>	<b>% EJE.</b>
<b>Primer Periodo (1998-2005)</b>	<b>94</b>	<b>73</b>	<b>78%</b>
<b>Segundo Periodo (2006-2017)</b>	<b>233</b>	<b>158</b>	<b>97%</b>

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

**ANEXO N° 3: TABLA N° 1.2.: ACUMULADOS DE LA PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017**  
(Millones de Bs. y Porcentaje)

<b>ACUMULADOS</b>		
<b>PERIODO</b>	<b>PROGRAMADO</b>	<b>EJECUTADO</b>
<b>Primer Periodo (1998-2005)</b>	<b>756</b>	<b>584</b>
<b>Segundo Periodo (2006-2017)</b>	<b>2.798</b>	<b>1.892</b>

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

**ANEXO N° 4: TABLA N° 2. : EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE  
INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO EN EL  
SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017  
(Millones de Bs.)**

<b>PERIODO</b>	<b>Años</b>	<b>Financiamiento Interno</b>	<b>Financiamiento Externo</b>
<b>Primer Periodo (1998- 2005)</b>	<b>1998</b>	21	<b>8</b>
	<b>1999</b>	69	10
	<b>2000</b>	<b>135</b>	16
	<b>2001</b>	25	<b>58</b>
	<b>2002</b>	44	50
	<b>2003</b>	<b>21</b>	31
	<b>2004</b>	24	32
	<b>2005</b>	21	19
<b>Segundo periodo (2006- 2017)</b>	<b>2006</b>	59	30
	<b>2007</b>	<b>51</b>	71
	<b>2008</b>	74	42
	<b>2009</b>	74	<b>120</b>
	<b>2010</b>	56	<b>12</b>
	<b>2011</b>	76	37
	<b>2012</b>	93	15
	<b>2013</b>	<b>206</b>	24
	<b>2014</b>	134	56
	<b>2015</b>	166	45
	<b>2016</b>	164	37
<b>2017</b>	153	95	

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

**ANEXO N° 5: TABLA N° 2.1: PROMEDIOS DE LA EJECUCIÓN DEL  
PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENTE DE  
FINANCIAMIENTO EN EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE  
LA PAZ; 1998-2017**  
(Millones de Bs. y porcentaje)

PROMEDIOS			PORCENTAJE	
PERIODO	INTERNO	EXTERNO	INTERNO	EXTERNO
<b>Primer Periodo (1998-2005)</b>	<b>45</b>	<b>28</b>	<b>58%</b>	<b>42%</b>
<b>Segundo Periodo (2006-2017)</b>	<b>109</b>	<b>49</b>	<b>69%</b>	<b>31%</b>

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

**ANEXO N° 6: TABLA N° 2.2: ACUMULADOS DE LA EJECUCIÓN DEL  
PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENTE DE  
FINANCIAMIENTO EN EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE  
LA PAZ; 1998-2017**  
(Millones de Bs. y porcentaje)

ACUMULADOS		
PERIODO	INTERNO	EXTERNO
<b>Primer Periodo (1998-2005)</b>	<b>45</b>	<b>28</b>
<b>Segundo Periodo (2006-2017)</b>	<b>109</b>	<b>49</b>

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

**ANEXO N° 7: TABLA N° 2.3: PARTICIPACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL  
PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENTE DE  
FINANCIAMIENTO EN EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE  
LA PAZ; 1998-2017**

PARTICIPACIÓN		
PERIODO	INTERNO	EXTERNO
<b>Primer Periodo (1998-2005)</b>	<b>58%</b>	<b>42%</b>
<b>Segundo Periodo (2006-2017)</b>	<b>69%</b>	<b>31%</b>

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

**ANEXO N° 8: TABLA N° 3: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE  
INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD POR TIPO DE INVERSIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 1998-2017  
(Millones de Bs. Y Porcentaje)**

<b>AÑO</b>	<b>CAPITALIZABLE</b>	<b>NO CAPITALIZABLE</b>	<b>TOTAL EJECUTADO</b>	<b>% EJE. CAP.</b>
1998	17	11	28	62%
1999	70	9	79	<b>89%</b>
2000	<b>126</b>	26	152	83%
2001	30	<b>54</b>	84	36%
2002	45	49	94	48%
2003	<b>11</b>	41	52	20%
2004	49	8	57	87%
2005	32	<b>6</b>	38	84%
2006	51	38	89	57%
2007	93	30	122	76%
2008	<b>47</b>	<b>69</b>	116	<b>41%</b>
2009	129	65	194	67%
2010	52	16	68	77%
2011	99	14	113	88%
2012	96	12	108	89%
2013	220	<b>10</b>	231	<b>96%</b>
2014	177	13	190	93%
2015	197	14	211	93%
2016	174	28	202	86%
2017	<b>235</b>	14	249	95%

**Fuente:** Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE)

**Elaboración:** Propia

**ANEXO N° 9: TABLA N° 3.1: PROMEDIO Y ACUMULADOS DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA E EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ 1998-2017 (Millones de Bs. y Porcentaje)**

<b>PROMEDIOS</b>				
<b>PERIODO</b>	<b>CAPITALIZABLE</b>	<b>NO CAPITALIZABLE</b>	<b>%EJEC. CAP.</b>	<b>%EJEC. NO CAP.</b>
<b>Primer Periodo (1998-2005)</b>	<b>48</b>	<b>25</b>	<b>63%</b>	<b>37%</b>
<b>Segundo Periodo (2006-2017)</b>	<b>131</b>	<b>27</b>	<b>80%</b>	<b>20%</b>

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

**ANEXO N° 10: TABLA N° 3.2: ACUMULADOS DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA E EL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ 1998-2017 (Millones de Bs. y Porcentaje)**

<b>ACUMULADOS</b>		
<b>PERIODO</b>	<b>CAPITALIZABLE</b>	<b>NO CAPITALIZABLE</b>
<b>Primer Periodo (1998-2005)</b>	<b>380</b>	<b>204</b>
<b>Segundo Periodo (2006-2017)</b>	<b>1.570</b>	<b>527</b>

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



**ANEXO N° 11: TABLA N° 4: NACIDOS CON BAJO PESO DEL  
DEPARTAMENTO DE LA PAZ 1998-2017;  
(En Número de Nacidos con Bajo Peso y Porcentaje)**

PERIODO	AÑOS	Nacidos con Bajo Peso al Nacer	Porcentaje de Bajo Peso al Nacer
<b>Primer Periodo (1998-2005)</b>	1998	2.469	8,4%
	1999	2.195	6,9%
	2000	2.487	7,2%
	2001	2.124	6,0%
	2002	2.345	6,3%
	2003	2.275	6,0%
	2004	2.477	7,2%
	2005	2.375	6,7%
<b>Segundo Periodo (2006-2017)</b>	2006	2.615	7,0%
	2007	2.430	6,5%
	2008	2.528	6,6%
	2009	2.600	6,4%
	2010	2.774	6,6%
	2011	2.790	6,5%
	2012	2.601	6,1%
	2013	3.042	6,9%
	2014	2.954	8,4%
	2015	3.325	7,1%
	2016	3.016	7,0%
	2017	3.230	7,3%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística-Ministerio de Salud  
Elaboración: Propia

**ANEXO N° 12: TABLA N° 4.1: PROMEDIO DE NACIDOS CON BAJO PESO  
DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ 1998-2017;  
(En Número de Nacidos con Bajo Peso y Porcentaje)**

<b>PROMEDIOS</b>		
Periodo	Número de Nacidos	Porcentaje
1998-2005	2.343	6,83%
2006-2017	2.825	6,85%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística-Ministerio de Salud  
Elaboración: Propia

**ANEXO N° 13: TABLA N° 4.2: ACUMULADOS DE NACIDOS CON BAJO PESO DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ 1998-2017;  
(En Número de Nacidos con Bajo Peso y Porcentaje)**

<b>ACUMULADOS</b>	
<b>Periodo</b>	<b>Número de Nacidos</b>
<b>1998-2005</b>	<b>18.747</b>
<b>2006-2017</b>	<b>33.905</b>

Fuente: Instituto Nacional de Estadística-Ministerio de Salud  
Elaboración: Propia

**ANEXO N° 14: TABLA N° 5: CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ 1998-2017 (Número de Consultas y Porcentaje)**

<b>PERIODO</b>	<b>AÑOS</b>	<b>Consultas de Control Prenatal</b>	<b>Porcentaje de Control Prenatal</b>
<b>Primer Periodo (1998-2005)</b>	<b>1998</b>	45.832	12%
	<b>1999</b>	46.236	12%
	<b>2000</b>	48.532	13%
	<b>2001</b>	<b>54.172</b>	<b>14%</b>
	<b>2002</b>	54.069	14%
	<b>2003</b>	50.207	13%
	<b>2004</b>	46.018	12%
	<b>2005</b>	<b>41.194</b>	<b>11%</b>
<b>Segundo Periodo (2006-2017)</b>	<b>2006</b>	41.407	<b>11%</b>
	<b>2007</b>	<b>43.313</b>	10%
	<b>2008</b>	37.727	9%
	<b>2009</b>	40.017	10%
	<b>2010</b>	38.084	9%
	<b>2011</b>	37.246	9%
	<b>2012</b>	38.989	9%
	<b>2013</b>	34.592	8%
	<b>2014</b>	30.611	7%
	<b>2015</b>	30.527	7%
	<b>2016</b>	24.876	6%
	<b>2017</b>	<b>21.120</b>	<b>5%</b>

Fuente: Instituto Nacional de Estadística-Ministerio de Salud  
Elaboración: Propia

**ANEXO N° 15: TABLA N° 5.1. : PROMEDIO DE LAS CONSULTAS DE CONTROL  
 PRENATAL DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ 1998-2017  
 (Número de Consultas y Porcentaje)**

<b>PROMEDIOS</b>		
<b>Periodo</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1998-2005</b>	<b>48.283</b>	<b>13%</b>
<b>2006-2017</b>	<b>34.876</b>	<b>8%</b>

**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística-Ministerio de Salud  
**Elaboración:** Propia

**ANEXO N° 16: TABLA N° 5.2. : ACUMULADOS DE LAS CONSULTAS DE CONTROL  
 PRENATAL DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ 1998-2017  
 (Número de Consultas y Porcentaje)**

<b>ACUMULADOS</b>	
<b>Periodo</b>	<b>Número</b>
<b>1998-2005</b>	<b>306.260</b>
<b>2006-2017</b>	<b>418.509</b>

**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística-Ministerio de Salud  
**Elaboración:** Propia

**ANEXO N° 17: PLANILLA DE CONSISTENCIA METODOLÓGICA**

<b>1. TEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>Los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del Departamento de La Paz; 1998-2017</b>	
<b>2. OBJETO DE INVESTIGACIÓN</b>	La contribución de la Fase de Ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del Departamento de La Paz; 1998-2017	
<b>3. PROBLEMA</b>	<b>4. OBJETIVO GENERAL</b>	<b>5. HIPÓTESIS</b>
La baja ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del Departamento de La Paz	Determinar la contribución de la ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del departamento de La Paz.	La ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública no contribuye en el Sector Salud del Departamento de La Paz”
<b>CATEGORIAS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>
<b>C.E. 1 PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA</b>	<b>V.E.1.1.</b> Programación y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud.	<b>O.E.1.1.</b> <u>Comparar</u> la programación y ejecución del Presupuesto de inversión Pública del Sector Salud
	<b>V.E.1.2.</b> Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Fuente de Financiamiento en el Sector Salud	<b>O.E.1.2.</b> <u>Identificar</u> la contribución de las Fuentes de Financiamiento de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud.
	<b>V.E.1.3.</b> Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por tipo de Inversión en el Sector Salud.	<b>O.E.1.</b> <u>Diferenciar</u> la distribución de la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por tipo de inversión del Sector Salud.
<b>C.E.S. 2 SECTOR SALUD</b>	<b>V.E.S.2.1.</b> Número de Nacidos con Bajo Peso	<b>O.E.2.1.</b> <u>Verificar</u> el comportamiento del número de Nacidos con Bajo Peso.
	<b>V.E.S.2.2.</b> Consultas de Control Prenatal	<b>O.E.2.2.</b> <u>Cuantificar</u> las Consultas de Control Prenatal

## ANEXO N° 18: PLANILLA DE CONSISTENCIA TEÓRICA

<b>PLANILLA DE CONSISTENCIA TEÓRICA</b>	
<b>TEORÍA DEL SECTOR PÚBLICO</b>	
<b>PROPUESTA</b>	<b>AUTOR</b>
<p>La política pública es necesaria para guiar, corregir y complementar al mercado. Las funciones del Estado son tres: 1. Asignación. Provisión de bienes sociales. 2. Distribución. De forma que se maximice la satisfacción total. 3. Estabilización. Los objetivos son: un alto nivel de empleo, estabilidad del nivel de precios, solides de las cuentas exteriores y una aceptable tasa de crecimiento.</p>	<p><b>MUSGRAVE RICHARD “HACIENDA PÚBLICA TEÓRICA Y APLICADA”</b></p>
<p>Se reconoce al Estado como: un <i>ente regulador, redistribuidor y productor</i>. Las acciones del Estado son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Regulación.</b> Regulación del comportamiento de los agentes económico, son típicamente normativas.</li> <li>- <b>Producción de Bienes y Servicios.</b> El Estado realiza una actividad productiva en forma similar a las empresas privadas.</li> <li>- <b>Acumulación.</b> Contribuyen a la formación del acervo de instalaciones y equipo necesarios para efectuar la prestación de servicios públicos.</li> <li>- <b>Campo del Financiamiento.</b> El Estado debe movilizar medios de pago que permitan trasladar dichos recursos físicos al ámbito de la economía estatal.</li> </ul>	<p><b>RICARDO CIBOTTI Y ENRIQUE SIERRA “EL SECTOR PÚBLICO EN LA PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO”</b></p>
<p>El Estado y los municipios son responsables de la provisión de servicios sociales. El Estado interviene en la conducta del sector privado mediante toda una variedad de reglamentaciones, impuestos y subvenciones.</p>	<p><b>JOSEPH STIGLITZ “LA ECONOMÍA DEL SECTOR PÚBLICO”</b></p>

<b>TEORÍA DEL CICLO DE VIDA DE LOS PROYECTOS</b>	
<b>PROPUESTA</b>	<b>AUTOR</b>
El proyecto surge como una respuesta a una idea que busca la solución de un problema. El ciclo de vida del proyecto consta de cuatro etapas: - Idea - Preinversión - Inversión - Operación La etapa de la inversión que es entendida como el proceso de implementación del proyecto previas a la puesta en marcha	<b>NASSIR SAPAG CHAIN, REINALDO SAPAG CHAIN “PREPARACIÓN Y EVALUACIÓN DE PROYECTOS”</b>
Un proyecto surge de la identificación, priorización de necesidades. En su forma general el ciclo del proyecto comprende tres etapas a saber: - Formulación - Gestión - Ex post La etapa de gestión que está comprendida entre el momento en que se inicia la inversión y el momento en que se liquida o deja de operar el proyecto.	<b>KAREN MARIE MOKATE “EVALUACIÓN FINANCIERA DE PROYECTOS DE INVERSIÓN”</b>
Las Fases del Ciclo de los Proyectos de Inversión Pública son: -Fase Preinversión - Fase Ejecución - Fase Operación La fase de Ejecución comprende desde la decisión de ejecutar el Proyecto de Inversión Pública y se extiende hasta que se termina su implementación.	<b>NORMAS BÁSICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE INVERSIÓN PÚBLICA</b>

<b>TEORÍAS DE SALUD</b>	
<b>PROPUESTA</b>	<b>AUTOR</b>
<p>La salud es un Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados. Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valioso para todos, los Gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.</p>	<p><b>ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD “CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD”</b></p>
<p>La salud es entendida como el adecuado desarrollo físico, mental y emocional es parte de la situación de bienestar de las personas por lo que por mutuo propio es una de las componentes del desarrollo. Algunos conceptos relacionados a la salud han entrado a hacer parte de los consensos mínimos de estructuración de una sociedad, por ejemplo, el "derecho" de los ciudadanos a vivir en ambientes físicos y poblacionales exentos de peligros. Por su proyección colectiva, es el Estado, en torno al cual se estructura el consenso colectivo, debe asumir la responsabilidad para el ejercicio efectivo de este derecho por sus miembros.</p>	<p><b>MORALES ANAYA ROLANDO “EL DESARROLLO VISTO DESDE EL SUR”</b></p>
<p>Es la evaluación económica en la salud, analiza de manera explícita distintas alternativas de elección de procedimientos, servicios o tecnologías médicas para resolver o prevenir un problema de salud.</p>	<p><b>ALBERTO BALY</b></p>

**ANEXO N°19: PLANILLA DE POLÍTICAS Y NORMAS E INSTITUCIONAL**

<b>PLANILLA ASPECTOS DE POLÍTICAS</b>			
<b>PRIMER PERIODO (1998 - 2005) ECOMOMÍA DE MERCADO</b>			
<b>PLAN GENERAL DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL 1997 - 2002</b>	<b>Políticas de Salud</b>	<b>Formación y Salud Integral</b>	Procura reducir las disparidades en las condiciones y en el acceso a la salud, lo que requiere mayor eficiencia en la asignación de recursos.
		<b>Promoción de la Salud y Medicina Preventiva</b>	Los propósitos de esta política son: contribuir a la reducción de la mortalidad infantil y materna.
		<b>Atención Primaria de Salud (APS) Universal</b>	Contribuirá a la reducir la mortalidad infantil y materna, mejorar las condiciones de acceso a la salud de la niñez, incrementar las condiciones de nutrición de la madre gestante y del nacido; entre otros
<b>Plan Departamental de Desarrollo Económico y Social del Departamento de La Paz. 1995</b>	<b>Políticas institucionales y Gestión Departamental</b>	<b>Desarrollo Institucional y Gestión Departamental de la Demanda Social</b>	Que contribuyan a la gobernabilidad a través de la implementación de instrumentos y mecanismos de concertación, coordinación y decisión, entre las instituciones y actores que participan en el desarrollo del Departamento
		<b>Fortalecimiento Institucional</b>	Consolidar el proceso de descentralización administrativa a través de mejorar la capacidad de gestión de la prefectura para procesar y responder a la demanda social,



	<b>Políticas de Salud Departamental</b>	<b>Desarrollo Humano-Salud</b>	Políticas para promover la mejora 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.
<b>SEGUNDO PERIODO (2006 - 2017) ECONOMÍA PLURAL</b>			
<b>PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2006</b>	<b>Políticas de Salud Nacional</b>	<b>Sistema único de salud familiar comunitaria intercultural</b>	Permitirá el acceso a los servicios de salud mediante la promoción de hábitos y conductas saludables en individuos, familia y la comunidad.
		<b>Rectoría</b>	Recupera la soberanía y la rectoría del sistema, liderizando la intersectorialidad para la salud; con mayor capacidad de gestión
		<b>Movilización Social</b>	Plantea promover la ciudadanía activa, participativa y corresponsable del quehacer en salud y del autocuidado de las personas y movilizando consejos de salud en el nivel nacional, departamental y municipal.
		<b>Solidaridad</b>	Esta política desarrollará la estrategia de la “alianza nacional para la erradicación de la desnutrición y violencia; la inclusión social de grupos que viven en la extrema pobreza.
<b>Plan de Desarrollo del Departamental de La Paz 2007-2010</b>	<b>Política Departamental</b>	<b>La Paz Descentralizada</b>	Propone promover un mayor relacionamiento entre el Estado y la sociedad civil con la apertura de espacios de participación y decisión, de mecanismos de apoyo a la gobernabilidad democrática como objetivos de la “Bolivia Democrática”.

		<b>La Paz Solidaria</b>	La política social busca la superación de los problemas de exclusión social, a través del Programa Salud con Calidad.
<b>Plan de Desarrollo Económico y Social en el marco del Desarrollo Integral para Vivir Bien 2016 - 2020</b>	<b>Política Nacional Institucional</b>	<b>Fortalecimiento de los procesos de coordinación intersectorial</b>	Implementación del plan de forma articulada, incluyendo procesos de relacionamiento con las dinámicas de planificación territorial y puesta en marcha de procesos de coordinación entre los diferentes niveles territoriales
	<b>Políticas de Salud</b>	<b>Acceso universal al servicio de salud.</b>	El pilar 3: Salud, Educación y Deporte, aborda dimensiones fundamentales para la vida como la salud, el rol del Estado es el de proveer una salud integral y universal
<b>Plan de Desarrollo del Departamental de La Paz, PDDES -LP, al año 2020</b>	<b>Política de Salud del Departamento</b>	<b>Implementación de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI), con acceso universal, sin costo en el punto de atención</b>	Con las acciones de implementación del modelo de atención en salud basado en la promoción, prevención y atención (calidad de atención, cobertura, acceso);

## ANEXO N° 20: PLANILLA DE REFERENCIA NORMATIVA

PLANILLA DE REFERENCIA NORMATIVA	
PRIMER PERIODO (1998 - 2005) ECONOMÍA DE MERCADO	
<b>Antigua Constitución Política del Estado.</b>	-La Constitución señala que el Estado interviene en la economía mediante ley y el poder Ejecutivo a nivel departamental se ejerce de acuerdo a un régimen de descentralización administrativa. -El Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población. -El servicio y la asistencia sociales son funciones del Estado, y sus condiciones serán determinadas por Ley.
<b>Ley de Participación Popular, Ley N° 1551</b>	Amplía competencias e incrementa recursos en favor de los Gobiernos Municipales y les transfiere la infraestructura física de, salud.
<b>Ley de Gastos Municipales, Ley N° 2296, 2001</b>	-La ley señala que los gastos municipales se dividen en gastos de funcionamiento y gastos de inversión.
<b>Ley de Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (Diálogo Nacional 2000), Ley N° 2235, 2001</b>	Se constituye el Fondo Solidario Municipal para la Educación Escolar y Salud Públicas, el mismo que contará con aportes anuales de los recursos provenientes del Programa Ampliando de alivio a la Deuda. □ 10% para mejoramiento de la calidad de los servicios de salud pública, según datos de población del último Censo Nacional de Población y Vivienda.
<b>Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública 1996</b>	El Sistema Nacional de inversión Pública (SNIP) es el conjunto de normas, instrumentos y procedimientos comunes para todas las entidades del sector público, mediante los cuales se relacionan y coordinan entre sí para formular, evaluar, priorizar, financiar y ejecutar los proyectos de inversión pública que, en el marco de los planes de desarrollo nacional, departamentales y municipales.
<b>Normas Básicas del Sistema Nacional de Planificación, Resolución Suprema N° 216779, 1996</b>	El SISPLAN proporcionará ideas de proyectos que deberán ser convertidos por el SNIP en opciones de inversión

<b>SEGUNDO PERIODO (2006 - 2017) ECONOMÍA PLURAL</b>	
<b>Constitución Política del Estado</b>	El modelo económico boliviano es plural y está orientado a mejorar la calidad de vida y el vivir bien de todas las bolivianas y los bolivianos. Acceso Universal a Sistema Único de Salud El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social.
<b>Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez</b>	La Ley Marco de Autonomías y Descentralización delega competencias en salud a los Departamentos como: <input type="checkbox"/> Formular y aprobar el Plan Departamental de Salud. <input type="checkbox"/> Proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del tercer nivel. <input type="checkbox"/> Proveer a los establecimientos de salud, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros.
<b>Preinversión</b>	El Reglamento Básico de Preinversión apoya la aplicación del Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP). La fase de Pre inversión consta de dos estudios: el estudio de Identificación (EI), y el estudio Integral Técnico, Económico, Social y Ambiental (TESA).
<b>Sistema de Presupuesto</b>	El Sistema de Presupuesto tiene por objeto la formulación, aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación, de los presupuestos públicos, según los programas y proyectos definidos en el marco del Plan General de Desarrollo Económico y Social de la República.
<b>REFERENCIA INSTITUCIONAL</b>	
<b>Ministerio de Economía y Finanzas Públicas</b>	- Formular las políticas macroeconómicas - Formular, programar, ejecutar, controlar y evaluar las políticas fiscales y financieras. - Controlar la ejecución presupuestaria de los Órganos y Entidades del Sector Público, entre otras.
<b>Viceministerio de Presupuesto y Contabilidad Fiscal</b>	- Definir políticas de formulación presupuestaria en el marco macroeconómico y fiscal del Estado Plurinacional. - Efectuar el control, seguimiento, análisis, evaluación de la ejecución presupuestaria.
<b>Ministerio de Planificación del Desarrollo</b>	- 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. - Diseñar las políticas y estrategias de inversión y

	financiamiento para el desarrollo del país.
<b>Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo</b>	Diseñar las políticas de inversión y financiamiento para el desarrollo con participación y consulta con los actores económicos y sociales. - Elaborar el Plan de Inversión Pública, de acuerdo con las políticas nacionales, el Plan de Desarrollo Económico y Social.
<b>Ministerio de Salud</b>	- Formular, promulgar y evaluar el cumplimiento de los programas de salud en el marco del desarrollo del país. - Regular, planificar, controlar y conducir el Sistema Nacional de Salud. - Garantizar la salud de la población a través de su promoción, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación.
<b>Ministerio de Autonomías</b>	Diseñar, proponer y coordinar con las Entidades Territoriales Autónomas y Descentralizadas, el Ministerio de Planificación del Desarrollo y el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, políticas y mecanismos que permitan la sostenibilidad fiscal financiera de las Entidades Territoriales Autónomas y Descentralizadas.