

**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**

**“LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN  
EL SECTOR SALUD DE BOLIVIA; 2000-2018”**

**POSTULANTE: HUISA ELIAS, Croskayna**

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

**RELATOR: M. Sc. MONTENEGRO GOMÉZ GARCÍA,  
Marcelo Alejandro**

**LA PAZ – BOLIVIA**

**2020**

## **DEDICATORIA**

*A Dios por darme la bendición y oportunidad de vida, por permitirme cumplir una meta importante para mí, y bendecirme con personas maravillosas que me rodean.*

*A mi madre Hortencia, mi pilar fundamental, mi eterna compañera, amiga y cómplice, por darme la vida, su sacrificio, amor incondicional, paciencia y fortaleza. Gracias a ti logre llegar hasta aquí, gracias por los valores que inculcaste en mí.*

*A mi papá y mis hermanas por estar siempre aconsejándome y apoyándome, y a mi hermano por su apoyo incondicional y cariño en todo momento.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A Dios por permitirme cumplir esta meta con éxito.*

*A la Universidad Mayor de San Andrés, Carrera de Economía y al Instituto de Investigaciones Económicas, por acogerme en sus instalaciones y por ser parte fundamental de mi formación académica.*

*A mi docente tutor M. Sc. Roberto Ticona García quien con su guías y sugerencias, guió de manera permanente la elaboración del tema de Investigación. A mi relator M. Sc. Marcelo Alejandro Montenegro Gómez García quien con sus conocimientos y colaboración ayudó al enriquecimiento del presente trabajo de investigación.*

*A Rudy quien me apoyo e impulso en todo momento de la realización de la investigación.*

*A Jhosseline, Vianca, Jorge y Helen gracias por ser parte de varios momentos gratos en la universidad y por apoyarme en la culminación de la investigación.*

## ÍNDICE

### PRESENTACIÓN

### RESUMEN

### CAPÍTULO I

<b>1. REFERENCIA METODOLÓGICA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>1</b>
<b>1.1. DELIMITACIÓN DEL TEMA</b>	<b>1</b>
1.1.1. Delimitación Temporal	1
1.1.1.1. Primer Periodo: 2000 - 2005 (Modelo de Economía de Mercado)	1
1.1.1.2. Segundo Periodo: 2006 - 2018 (Modelo de Economía Plural)	1
1.1.2. Referencia Histórica	2
1.1.3. Delimitación General	3
1.1.3.1. Espacial	3
1.1.3.2. Sectorial	3
1.1.3.3. Institucional	3
1.1.3.4. Mención	4
1.1.4. Restricción De Categorías y Variables Económicas	4
1.1.4.1. Categorías Económicas	4
1.1.4.2. Variables Económicas	4
<b>1.2. PLANTEAMIENTO DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>4</b>
<b>1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>5</b>
1.3.1. Problematización	5
1.3.1.1. Categorías Económicas	5
1.3.1.2. Variables Económicas	5
1.3.2. Planteamiento del Problema	7
1.3.3. Justificación del Tema de Investigación	7
1.3.3.1. Económica	7
1.3.3.2. Teórica	7
1.3.3.3. Social	8
1.3.3.4. Institucional	8
1.3.3.5. Mención: Gestión de Proyectos y Presupuestos	8

<b>1.4. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS .....</b>	<b>8</b>
1.4.1. Objetivo General .....	8
1.4.2. Objetivos Específicos.....	8
<b>1.5. PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS.....</b>	<b>9</b>
<b>1.6. APLICACIÓN METODOLÓGICA.....</b>	<b>9</b>
1.6.1. Método de la Investigación .....	9
1.6.2. Tipo de Investigación.....	9
1.6.3. Instrumentos de Investigación.....	10
1.6.4. Fuentes de Información.....	10
1.6.5. Procesamiento de Información.....	11
1.6.6. Análisis de Resultados .....	11
<b>1.7. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>11</b>
<b>1.7.1. Aspectos Conceptuales y Definiciones .....</b>	<b>11</b>
1.7.1.2. Inversión Pública.....	11
1.7.1.3. Presupuesto de Inversión Pública .....	11
1.7.1.4. Proyecto .....	12
1.7.1.5. Proyecto de Inversión Pública.....	12
1.7.1.6. Proyecto Capitalizable y No Capitalizable .....	12
1.7.1.7. Presupuesto Programado.....	13
1.7.1.8. Presupuesto Ejecutado .....	13
1.7.1.9. Fuentes Financiamiento .....	13
1.7.1.10. Programa .....	14
1.7.1.11. Programa de Inversión Pública .....	14
1.7.1.12. El Ciclo de los Proyectos de Inversión Publica .....	15
1.7.1.13. Salud .....	15
1.7.1.14. Establecimientos de Salud .....	15
1.7.1.15. Niveles de atención en salud.....	16
1.7.1.16. Primer nivel de atención en salud .....	16
1.7.1.17. Segundo nivel de atención en salud .....	16
1.7.1.18. Tercer nivel de atención en salud.....	17
1.7.1.19. Seguridad Social .....	17

<b>1.7.2. Aspectos Teóricos.....</b>	<b>17</b>
1.7.2.1. Teoría del Sector Público.....	17
1.7.2.2. Teoría del Ciclo del Proyecto.....	20
1.7.2.3. Teoría Económica de la Salud.....	23
1.7.2.4. Teoría del Capital Humano .....	24
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>2. POLÍTICAS, NORMAS E INSTITUCIONAL</b>	<b>26</b>
<b>2.1. POLÍTICAS.....</b>	<b>26</b>
2.1.1. Primer Periodo (2000 - 2005) Modelo de Economía de Mercado .....	26
2.1.1.2. Políticas Nacionales .....	26
2.1.2. Segundo Periodo (2006-2018) Modelo de Economía Plural .....	31
2.1.2.1. Plan Nacional de Desarrollo - Estrategia de Salud .....	31
2.2. REFERENCIA NORMATIVA.....	34
2.2.1. Primer Periodo (2000-2005) Modelo de Economía de Mercado .....	34
2.2.2. Segundo Periodo (2006-2018) Modelo de Economía Plural .....	38
2.3. REFERENCIA INSTITUCIONAL .....	43
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>FACTORES DETERMINANTES Y CONDICIONANTES DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>44</b>
<b>3.1. ASPECTOS GENERALES.....</b>	<b>44</b>
3.1.1 Estado Plurinacional de Bolivia.....	44
3.1.1.1. Ubicación y Límites Geográficos .....	44
3.1.1.2. Composición Poblacional .....	44
3.1.2. El Presupuesto de Inversión Pública por Sectores .....	45
3.1.3. El Sistema de Salud .....	45
3.1.4. Infraestructura de Salud en Bolivia.....	47
3.1.5. Establecimientos de Salud .....	47
3.1.5.1. Niveles de Atención en Salud.....	47
3.2. PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD.....	50
3.3 EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE INVERSIÓN EN EL SECTOR SALUD .....	56

3.4 EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO EN EL SECTOR SALUD.....	62
3.5. NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD .....	72
3.6. PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS CON ANEMIA.....	78

#### **CAPÍTULO IV**

<b>4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	<b>84</b>
<b>4.1. CONCLUSIONES</b> .....	<b>84</b>
4.1.1. Conclusión General.....	84
4.1.2. Conclusiones Específicas.....	84
<b>4.2 APORTE DE LA INVESTIGACIÓN EN LA MENCIÓN</b> .....	<b>88</b>
<b>4.3. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS</b> .....	<b>88</b>
<b>4.4. EVIDENCIA TEÓRICA</b> .....	<b>91</b>
<b>4.5. RECOMENDACIONES</b> .....	<b>92</b>
4.5.1. Recomendaciones Específicas .....	92

#### **BIBLIOGRAFIA**

#### **ANEXOS**

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO N°1</b>	<b>52</b>
PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DE BOLIVIA; 2000 - 2018 (Millones de Bs. y Porcentaje)	
<b>GRÁFICO N°2:</b>	<b>55</b>
COMPARACIÓN PROMEDIO DE LA PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DE BOLIVIA; 2000-2018 (Millones de Bs. y Porcentaje)	
<b>GRÁFICO N°3:</b>	<b>59</b>
EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE INVERSIÓN EN EL SECTOR SALUD DE BOLIVIA; 2000-2018 (Millones de Bs. y Porcentaje)	
<b>GRÁFICO N°4:</b>	<b>61</b>
COMPARACIÓN PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE INVERSIÓN EN EL SECTOR SALUD DE BOLIVIA; 2000-2018 (Millones de Bs. y Porcentaje)	
<b>GRÁFICO N°5:</b>	<b>67</b>
EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO EN EL SECTOR SALUD DE BOLIVIA; 2000-2018 (Millones de Bs. y Porcentaje)	
<b>GRÁFICO N°6:</b>	<b>71</b>
COMPARACIÓN PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO EN EL SECTOR SALUD DE BOLIVIA; 2000-2018 (Millones de Bs y Porcentaje)	
<b>GRÁFICO N°7:</b>	<b>74</b>
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN DE BOLIVIA; 2000-2018 (Número de Establecimientos)	



<b>GRÁFICO N°8:</b>	<b>77</b>
COMPARACIÓN PROMEDIO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN DE BOLIVIA; 2000-2018 (Número de Establecimientos y Porcentaje)	
<b>GRÁFICO N°9:</b>	<b>80</b>
PORCENTAJE DE MUJERES EMBARZADAS CON ANEMIA DE BOLIVIA; 2000-2018 (Porcentaje)	
<b>GRÁFICO N°10:</b>	<b>82</b>
COMPARACIÓN PROMEDIO DEL PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS CON ANEMIA DE BOLIVIA; 2000-2018 (Porcentaje)	
<b>GRÁFICO N°11:</b>	<b>89</b>
EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA, PROYECTOS CAPITALIZABLES Y NO CAPITALIZABLES CON INDICADORES DE SALUD DE BOLIVIA; 2000-2018 (Millones de Bs. y Porcentaje)	

## INDICE DE ESQUEMAS

<b>Esquema N° 1:</b> Etapas de Ciclo de vida del Proyecto Hermanos Sapag Chain.....	20
<b>Esquema N° 2:</b> Ciclo del Proyecto Karen Marie Mokate .....	21
<b>Esquema N° 3:</b> Fases de Ciclo de Vida del Proyecto NB-SNIP .....	22
<b>Esquema N° 4:</b> Pilares del Plan General de Desarrollo Económico y Social 1997-2002.....	27
<b>Esquema N° 5:</b> Estructura del Sistema Nacional de Salud .....	46
<b>Esquema N° 6:</b> Estructura de los Niveles de Atención en Bolivia .....	49

## **ANEXOS**

**ANEXO N° 1** **i**

TABLA N° 1: PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DE BOLIVIA; 2000-2018 (Millones de Bs. y Porcentaje)

**ANEXO N° 2** **i**

TABLA N° 1.1: ACUMULADO Y PROMEDIO DE LA PROGRAMACION Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DE BOLIVIA; 2000-2018 (Millones de Bs. y Porcentaje)

**ANEXO N° 3** **ii**

TABLA N° 2: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE INVERSIÓN EN EL SECTOR SALUD DE BOLIVIA; 2000-2018 (Millones de Bs.)

**ANEXO N° 4** **iii**

TABLA N° 2.1: ACUMULADO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE INVERSIÓN EN EL SECTOR SALUD DE BOLIVIA; 2000-2018 (Millones de Bs.)

**ANEXO N° 5:** **iii**

TABLA N° 2.2: PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PUBLICA POR TIPO DE INVERSIÓN EN EL SECTOR SALUD DE BOLIVIA; 2000-2018 (Millones de Bs y Porcentaje)

**ANEXO N° 6** **iv**

TABLA N° 3: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO EN EL SECTOR SALUD DE BOLIVIA; 2000-2018 (Millones de Bs.)

**ANEXO N° 7** **v**

TABLA N° 3.1: ACUMULADO Y PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO EN EL SECTOR SALUD DE BOLIVIA; 2000-2018 (Millones de Bs. y Porcentaje)

**ANEXO N° 8** **vi**

TABLA N° 4: NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN DE BOLIVIA; 2000-2018 (Número de Establecimientos y Porcentaje)

<b>ANEXO N° 9</b>	<b>vii</b>
TABLA N° 4.1: PROMEDIO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN DE BOLIVIA; 2000-2018 (Número)	
<b>ANEXO N° 10</b>	<b>vii</b>
TABLA N° 4.2: PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN DE BOLIVIA; 2000-2018 (Porcentaje)	
<b>ANEXO N° 11</b>	<b>viii</b>
TABLA N° 5: PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS CON ANEMIA DE BOLIVIA; 2000-2018 (Porcentaje)	
<b>ANEXO N° 12</b>	<b>viii</b>
TABLA N° 5.1: PROMEDIO DE MUJERES EMBARAZADAS CON ANEMIA DE BOLIVIA; 2000-2018 (Porcentaje)	
<b>ANEXO N° 13</b>	<b>ix</b>
TABLA N° 6: CENTROS Y HOSPITALES EN BOLIVIA POR DEPARTAMENTO, 2000-2018 (Número de Establecimientos)	
<b>ANEXO N° 14</b>	<b>x</b>
TABLA N° 7: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	
<b>ANEXO N° 15</b>	<b>xi</b>
TABLA N° 8: PROYECTOS CON MAYORES MONTOS DE EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DE BOLIVIA; 2000-2018 (Millones de Bs.)	
<b>ANEXO N° 16</b> PLANILLA DE CONSISTENCIA METODOLÓGICA	<b>xxii</b>
<b>ANEXO N° 16:</b> PLANILLA DE CONSISTENCIA TEÓRICA	<b>xxiv</b>
<b>ANEXO N° 17</b> PLANILLA DE CONSISTENCIA DE POLÍTICAS	<b>xxv</b>
<b>ANEXO N° 18</b> PLANILLA DE CONSISTENCIA NORMATIVA	<b>xxvi</b>

## PRESENTACIÓN

La presente investigación científica corresponde a la mención Gestión de Proyectos y Presupuestos, la elaboración inicia en la inducción de Elaboración de Perfil de Investigación realizado por el Instituto de Investigaciones Económicas, se realiza la Referencia Documental a través la recolección de información documental, estadística y teórica para la identificación del tema de investigación, posteriormente la elaboración del Perfil de investigación para la conclusión de la investigación que comprende cuatro capítulos:

**CAPÍTULO I:** Presenta la “Referencia Metodológica del Tema de Investigación” que presenta la delimitación del tema, el objeto de investigación, las categorías y variables económicas, se plantea el problema y los objetivos, hipótesis, además se considera los principales conceptos y teorías relacionadas con el Sector Público, Ciclo de Vida del Proyecto y la teoría del Sector Salud.

**CAPÍTULO II:** Se fundamentan los “Aspectos de Políticas, Normas e Institucional” relacionadas con las categorías y variables económicas mediante la relación entre el Sector Público, Presupuesto de Inversión Pública y el Sector Salud.

**CAPÍTULO III:** Desarrolla los “Factores Determinantes y Condicionantes del Tema de Investigación”, mediante la descripción, explicación y comparación del comportamiento de las variables económicas entre dos periodos de estudio Modelo de Economía de Mercado (2000-2005) y Modelo de Economía Plural (2006-2018).

**CAPÍTULO IV:** Desarrolla las “Conclusiones y Recomendaciones”, el aporte de la investigación en la mención, la verificación de la hipótesis, evidencia teórica y las respectivas recomendaciones.

## RESUMEN

La presente investigación se desarrolla en la Mención de Gestión de Proyectos y Presupuestos, está dirigido a explicar la distribución de la fase de ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud de Bolivia, que comprende los años de 2000 a 2018. Identifica el problema de la inequidad de la ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud de Bolivia, el objetivo general es demostrar la distribución de la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud de Bolivia; la hipótesis que la ejecución de proyectos capitalizables es mayor a los proyectos no capitalizables. El trabajo de investigación se realizó en base a información de fuente secundaria de acuerdo a documentos, datos estadísticos y teorías que ayuda en el desarrollo de la interpretación del comportamiento de las variables económicas, dentro de eso los aspectos teóricos señalan la importante intervención del Estado en la Economía, así también se evidencia el incumplimiento de la fase de ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública, una mayor ejecución de proyectos capitalizables en relación a proyectos no capitalizables.

# CAPÍTULO I

## REFERENCIA METODOLÓGICA DE LA INVESTIGACIÓN

## CAPÍTULO I

### 1. REFERENCIA METODOLÓGICA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1.DELIMITACIÓN DEL TEMA

##### 1.1.1. Delimitación Temporal

La presente investigación comprende 19 años de estudio 2000 - 2018, dividido en dos periodos: Modelo de Economía de Mercado (2000 - 2005) y Modelo de Economía Plural (2006 - 2018) para el análisis del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud.

##### 1.1.1.1. Primer Periodo: 2000 - 2005 (Modelo de Economía de Mercado)

El Modelo de Economía de Mercado considera al mercado como el mejor y más eficiente administrador, asignador y distribuidor de los recursos en la economía<sup>1</sup>, se privatizaron las empresas estatales, disminuye la participación del Estado en la economía, pero no se efectúa una adecuada asignación de recursos en Bolivia. En este sentido, el mercado muestra serias debilidades como actor protagónico de la economía.

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

##### 1.1.1.2. Segundo Periodo: 2006 - 2018 (Modelo de Economía Plural)

El Modelo Económico, Social, Comunitario y Productivo busca la generación del excedente y asume el papel de Estado redistribuidor del excedente. Se busca el reingreso de los agentes económicos excluidos, no concentrando el ingreso, sino redistribuyéndolo entre los agentes económicos y los sectores excluidos de la sociedad boliviana<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup>MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2011). “El nuevo modelo económico, social, comunitario y productivo” N.º 1. Pág. 8

<sup>2</sup>MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2011). “El nuevo modelo económico, social, comunitario y productivo” N.º 1. Pág. 9

En este nuevo modelo se logra dejar la dependencia de los ahorros externos y logro la generación de ahorros internos destinados para la inversión, alcanzando un superávit fiscal<sup>3</sup>.

El sector salud está dentro de la estrategia socio comunitaria donde el principal objetivo es eliminar la exclusión social y priorizar el fortalecimiento de las redes de salud (infraestructura, equipamiento, insumos, medicamentos y capacitación del personal).

### **1.1.2. Referencia Histórica**

En 1920 se crea el sistema de seguridad social boliviano, como respuesta al desarrollo de la red de ferrocarriles que contaba con altas tasas de siniestralidad. Durante las décadas de los años 1940 y 1950 se generaliza la protección al trabajador y a su entorno familiar. Se formaliza en 1956, cuando se dicta el Código de Seguridad Social que da participación a tres actores en el funcionamiento del sistema: estado, trabajadores y empleadores<sup>4</sup>.

De acuerdo al Código de Seguridad Social boliviano sancionado el 14 de diciembre de 1956 rige el funcionamiento de las Cajas de Salud, el sistema está fundado en “los principios de solidaridad económica y social, universalidad en el campo de aplicación y contingencias cubiertas y personas protegidas, unidad legislativa y de gestión”. El mismo incorpora “ocho de las nueve contingencias recomendadas por el Convenio 102 de la Organización Internacional de Trabajo (OIT), relativas a la norma mínima de la seguridad Social: Enfermedad, Maternidad, Riesgos Profesionales, Invalidez, Vejez, Muerte, Asignaciones Familiares y Vivienda de Interés Social”<sup>5</sup>.

Con la creación del Ministerio de Salud y Deportes en 1938 con una atención centralista y hospitalaria se inicia en Bolivia el Sistema Nacional de Salud. En 1953 se implementa el sistema solidario de seguridad social que se limitó a los trabajadores dependientes e independientes que contribuyen en este sistema, excluyendo al resto de la población

---

<sup>3</sup>MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2011). “*El nuevo modelo económico, social, comunitario y productivo*” N.º 1. Pág.10

<sup>4</sup> MACEIRA, D. (2002). *Organización y Funcionamiento de las Cajas de Salud en Bolivia*. Pág. 14

<sup>5</sup> MACEIRA, D. (2002). *Organización y Funcionamiento de las Cajas de Salud en Bolivia*. Pag 14



generando niveles de desigualdad, más aún si se consideran los altos niveles de desempleo y de informalidad de la economía boliviana.

En el marco de la Constitución Política del Estado la Ley de Descentralización Administrativa regula el régimen de Descentralización Administrativa del Poder Ejecutivo a nivel departamental, que conforme al sistema unitario de la Republica, que consiste en la transferencia y delegación de atribuciones de carácter técnico-administrativo no privativas del Poder Ejecutivo a nivel Nacional, con el objeto de mejorar fortalecer la eficiencia y eficacia de la Administración Pública, en la prestación de servicios en forma directa y cercana a la población<sup>6</sup>.

### **1.1.3. Delimitación General**

#### **1.1.3.1. Espacial**

EL espacio geográfico considerado en la presente investigación es Bolivia con una superficie de 1.099 millones km<sup>2</sup>, una población de 11.216.000 de habitantes, 9 Departamentos, 112 Provincias y 339 Municipios<sup>7</sup>.

#### **1.1.3.2. Sectorial**

La investigación comprende el Sector Fiscal, considera el Presupuesto de Inversión Pública a su vez la función del Estado, el asignar, distribuir y administrar los recursos económicos al Sector Salud.

#### **1.1.3.3. Institucional**

- ✓ Ministerio de Economía y Finanzas Publicas
- ✓ Ministerio de Planificación del Desarrollo
- ✓ Ministerio de Salud
- ✓ Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo
- ✓ Viceministerio de Salud y Promoción.

---

<sup>6</sup> BOLIVIA. (1995). *Ley de Descentralización Administrativa N° 1654*. Art. 1-2

<sup>7</sup>INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. (2012). *Censo de población y vivienda*.

#### **1.1.3.4. Mención**

La investigación se relaciona con la Mención de Gestión de Proyectos y Presupuestos que enfatiza el desarrollo de la fase de Ciclo de Vida del Proyectos mediante el Presupuesto de Inversión Pública y la intervención del Estado.

#### **1.1.4. Restricción De Categorías y Variables Económicas**

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

La investigación presenta las siguientes categorías económicas:

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

**C.E. 2.** Sector Salud

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

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

**V.E. 1.2.** Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por tipo de inversión en el Sector Salud.

**V.E. 1.3.** Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por tipo de proyecto en el Sector Salud.

**V.E. 2.1.** Número de Establecimientos de salud por nivel de atención.

**V.E. 2.2.** Porcentaje de mujeres embarazadas con anemia.

#### **1.2. PLANTEAMIENTO DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN**

El objeto de la presente investigación es:

**LA DISTRIBUCIÓN DE LA FASE DE EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS  
DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD  
DE BOLIVIA; 2000 - 2018**

## **1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.3.1. Problematización**

El tema de investigación identifica dos categorías económicas:

#### **1.3.1.1. Categorías Económicas**

##### **1.3.1.1.1. Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud**

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

##### **1.3.1.1.2. Sector Salud**

La salud pública es un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria<sup>8</sup>. Siendo una variable importante para la formación y el desarrollo del capital humano.

La promoción es la estrategia central donde el equipo de salud se integra con la sociedad y realiza trabajos sectoriales, se realiza mediante la intervención coordinada entre la población con los diferentes sectores involucrados<sup>9</sup>.

#### **1.3.1.2. Variables Económicas**

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

La programación del Presupuesto de Inversión Pública se destina a proyectos que mejoren las condiciones de salud de la población, la Ejecución del Presupuesto de Inversión

---

<sup>8</sup>ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Ministerio de Sanidad y consumo de la Salud. Promoción de la Salud*. Pág. 11

<sup>9</sup>MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. (2008). *Red Municipal de salud familiar comunitaria intercultural y red de servicios*. Pág. 35-36

Pública tiene la finalidad de satisfacer las necesidades de la población que ayuden a mejorar los indicadores de salud con énfasis en los proyectos de primera necesidad.

#### **1.3.1.2.2. Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por tipo de inversión del Sector Salud**

El presupuesto de Inversión Pública por tipo de inversión hace referencia a proyectos capitalizables dentro de este se encuentra la infraestructura y equipamiento de centros y hospitales en el sector, en el segundo periodo es donde tiene una mayor participación dentro del presupuesto. En los proyectos no capitalizables se destacan los proyectos de planificación, educación en salud, prevención, epidemiológicos entre otros, estos proyectos muestran una mayor ejecución en el primer periodo a diferencia del segundo periodo que reduce su participación.

#### **1.3.1.2.3. Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por tipo de Proyecto del Sector Salud**

La ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por tipo de Proyecto refleja el nivel de ejecución en los diferentes proyectos, infraestructura es el proyecto que tiene una mayor ejecución presupuestaria en el segundo periodo de estudio, en el primer periodo no tiene una mayor prioridad.

En el tipo de proyecto de promoción y prevención se observa una baja ejecución junto con los demás tipos de proyectos tanto en el primer periodo como en el segundo periodo.

#### **1.3.1.2.4. Número de Establecimientos de Salud**

Los centros hospitalarios a nivel nacional son muy precarios, en infraestructura, servicios y cobertura, a pesar que tiene una elevada ejecución del presupuesto, esta no logra satisfacer todas las necesidades tanto básicas como especialidades en el sector.

Los recursos destinados a salud tienen la responsabilidad de proporcionar una adecuada atención en los diferentes establecimientos hospitalarios, la mayoría de los

establecimientos del país son insuficientes y la mayoría no cuenta con la infraestructura básica y necesaria.

#### **1.3.1.2.5. Porcentaje de mujeres embarazadas con anemia**

El comportamiento de mujeres embarazadas con anemia se encuentra en crecimiento en el primer periodo, se tiene el mismo panorama en el segundo periodo a pesar de que el crecimiento es gradual no se evidencia una mejora en el indicador.

La deficiencia de hierro está directamente relacionada con problemas nutricionales, la anemia en mujeres embarazadas repercute en la mortalidad materno infantil, partos riesgosos y bajo peso al nacer.

#### **1.3.2. Planteamiento del Problema**

El problema identificado es el siguiente:

***LA INEQUIDAD DE LA EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL  
PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD***

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

##### **1.3.3.1. Económica**

La investigación estudia las distintas necesidades insatisfechas de la población, que requieren de una mejora en la calidad e impacto de la Inversión Pública, donde las necesidades de la población son de carácter relevante para así mejorar la calidad de vida de los mismos.

##### **1.3.3.2. Teórica**

La presente investigación propone teorías del Sector Público, toma en cuenta la intervención del Estado a través de sus acciones y funciones que tiene como responsabilidad garantizar salud y bienestar a la población, también se explica la teoría del cumplimiento del Ciclo de vida de los proyectos en la contribución del Sector y teoría del Capital Humano.

### **1.3.3.3. Social**

Los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública es un instrumento que ayuda a satisfacer las necesidades, maximizar el bienestar de la población boliviana, con el objeto de mejorar la oferta de salud y de poder proporcionar mejoras en la prestación de servicios de salud.

### **1.3.3.4. Institucional**

La presente investigación esta enfatizada en la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública a través del Ministerio de Salud con la finalidad de promover, garantizar los derechos y deberes a la salud mediante regulación y ejecución de políticas para la inclusión y el acceso a la salud integral e intercultural para las familias.

### **1.3.3.5. Mención: Gestión de Proyectos y Presupuestos**

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

## **1.4. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS**

### **1.4.1. Objetivo General**

*Demostrar* la distribución de la ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud de Bolivia.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- ✓ *Verificar* el cumplimiento de la Ejecución respecto a la Programación del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector salud.
- ✓ *Diferenciar la* Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por tipo de inversión en el Sector salud.
- ✓ *Identificar* la distribución de la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por tipo de proyecto en el Sector salud.

- ✓ **Contrastar** el número de Establecimientos de Salud por nivel de atención.
- ✓ **Determinar** el comportamiento del porcentaje de mujeres embarazadas con anemia.

## 1.5. PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS

### **“LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN PROYECTOS CAPITALIZABLES ES MAYOR A PROYECTOS NO CAPITALIZABLES EN EL SECTOR SALUD DE BOLIVIA”**

## 1.6. APLICACIÓN METODOLÓGICA

### 1.6.1. Método de la Investigación

La metodología que se aplica en la presente investigación es deductiva; que parte de lo general a lo particular<sup>10</sup>, es decir parte de un análisis de las Categorías Económicas para llegar a las Variables Económicas.

### 1.6.2. Tipo de Investigación

El tipo de investigación para las categorías y variables económicas que se desarrolla es:

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

**Descriptivo**, se realiza la descripción de la situación de las categorías económicas y el comportamiento de las variables, de acuerdo a la evidencia empírica.

**Explicativo**, explica el comportamiento de las categorías y variables mediante un análisis objetivo de ambos periodos de estudio para encontrar los fenómenos que justifiquen la descripción<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup>SAMPIERI HERNÁNDEZ R. FERNÁNDEZ CALLADO C. Y BAPTISTA LUCIO P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6ta edición). Pág. 4

<sup>11</sup>SAMPIERI HERNÁNDEZ R. FERNÁNDEZ CALLADO C. Y BAPTISTA LUCIO P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6ta edición). Pág. 4-5

**Relacional**, se identifica la relación que existe entre las categorías y variables económicas para dar respuesta al problema, objetivos e hipótesis.

**Longitudinal**, permite el estudio de diferentes años de 2000 - 2018, que ayuda el desarrollo del tema de investigación a través del tiempo.

### **1.6.3. Instrumentos de Investigación**

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

### **1.6.4. Fuentes de Información**

En la elaboración de la investigación se utiliza fuentes de información secundaria:

- ✓ **Información documental**, como revistas, informes, boletines artículos digitales relacionados al Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud.
- ✓ **Información teórica**, basada en la revisión de libros relacionada con las teorías del Sector Público, Ciclo de Vida del Proyecto, Teoría de la Salud y Teoría del Capital Humano y variables económicas.
- ✓ **Información estadística**, para la explicación del comportamiento de las categorías y variables económicas mediante cuadros, gráficos y tablas.

La información mencionada es recabada en las siguientes instituciones:

- ✓ Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP)
- ✓ Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE)
- ✓ Ministerio de Salud
- ✓ Instituto Nacional de Estadística (INE)
- ✓ Unidad de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE)
- ✓ Fundación Jubileo
- ✓ Biblioteca Central y de Economía (UMSA)



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

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

### **1.6.6. Análisis de Resultados**

El análisis de resultados se realiza la interpretación de la información cuantitativa y cualitativa recabada, que permite realizar el análisis de la descripción, explicación y comparación de las categorías y variables económicas para responder a los objetivos específicos y posteriormente plantear las conclusiones correspondientes.

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

### **1.7.1. Aspectos Conceptuales y Definiciones**

#### **1.7.1.2. Inversión Pública<sup>12</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.

#### **1.7.1.3. Presupuesto de Inversión Pública<sup>13</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 incorporados en el Presupuesto Institucional del MPD y en el PGE para cada gestión

---

<sup>12</sup>MINISTERIO DE HACIENDA. (2003). *Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública*. Pág. 3

<sup>13</sup>MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. (2012). *Reglamento Específico Del Sistema Nacional De Inversión Pública*. Pág. 5 Art. 11

fiscal. Forman parte del Presupuesto de Inversión Pública del MPD aquellos proyectos que cuenten con financiamiento asegurado.

#### **1.7.1.4. Proyecto**

Un proyecto es la búsqueda de una solución inteligente al planteamiento de un problema que tiende a resolver, entre tantos, una necesidad humana. Cualquiera que sea la idea que se pretende implementar, la inversión, la metodología o la tecnología por aplicar, ella con lleva necesariamente la búsqueda de proposiciones coherentes destinadas a resolver las necesidades humanas<sup>14</sup>.

Para el economista, un proyecto es la fuente de costos y beneficios que ocurren en distintos periodos de tiempo. El desafío que enfrenta es identificar los costos y beneficios atribuibles al proyecto, medirlos y valorarlos con el fin de emitir un juicio sobre la conveniencia de ejecutar ese proyecto<sup>15</sup>.

#### **1.7.1.5. Proyecto de Inversión Pública**

Es el conjunto de actividades interrelacionadas que insumen recursos públicos, para la producción de bienes y/o prestación de servicios, con el propósito de lograr productos y beneficios en un tiempo y espacio determinados, en el marco de las prioridades establecidas en el Plan de Desarrollo Económico y Social<sup>16</sup>.

#### **1.7.1.6. Proyecto Capitalizable y No Capitalizable<sup>17</sup>**

Los proyectos capitalizables están orientados a crear, ampliar y mejorar el capital físico, que contribuyen a la formación bruta de capital. Los proyectos no capitalizables están orientados a crear, ampliar y mejorar el capital humano, social, cultural y/o medio ambiental.

---

<sup>14</sup>NASSIR SAPAG CHAIN; REINALDO SAPAG CHAIN. (2008). *Preparación y evaluación de proyectos*. 5ta edición. Capítulo 1. El estudio de proyectos. Pág. 1-2.

<sup>15</sup>FONTAINE, ERNESTO R. *Evaluación Social de Proyectos*. 13va edición. Pág. 1-4

<sup>16</sup>MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. (2012). *Reglamento Específico Del Sistema Nacional De Inversión Pública*. Pág. 6 Art. 13

<sup>17</sup>MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2018). *Directrices de Formulación Presupuestaria*. Pág. 108

#### 1.7.1.7. Presupuesto Programado<sup>18</sup>

Es la actividad planeada del Estado, que por medio del presupuesto prevén ingresos y gastos, que generalmente es para un año.

#### 1.7.1.8. Presupuesto Ejecutado<sup>19</sup>

La Ejecución Presupuestaria, 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.

#### 1.7.1.9. Fuentes Financiamiento<sup>20</sup>

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

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

---

<sup>18</sup>DUVERGER, M. (1960). *Instituciones Financieras*. Editorial Bosh, Pág. 40

<sup>19</sup>MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. (2005). RS N° 225558 *Normas Básicas del Sistema de Presupuesto*. Pág. 9. Art. 25

<sup>20</sup>MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DE DESARROLLO. *Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública*. Pág. 7. Art. 17

transfieren al Ministerio de Planificación del Desarrollo para financiar el Programa de Inversión Pública, de conformidad a los procedimientos establecidos en el presente reglamento, las normas básicas, sus reglamentos y lo establecido en los respectivos convenios de financiamiento.

#### **1.7.1.10. Programa<sup>21</sup>**

Es el conjunto de proyectos que buscan operativizar de forma sistémica y ordenada las políticas y estrategias de desarrollo de cualquier plan. Los programas son instrumentos permanentes que permiten guiar, ordenar y clasificar el conjunto de proyectos que emergen de los procesos de planificación según afinidad o áreas más concretas del desarrollo.

#### **1.7.1.11. Programa de Inversión Pública<sup>22</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.

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

---

<sup>21</sup>VICEMINISTERIO DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD FISCAL. (2010). *Glosario de Conceptos y Definiciones*. Pág. 75-79

<sup>22</sup>MINISTERIO DE HACIENDA. (2003). *Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública*. Pág. 3 Art. 11

#### **1.7.1.12. El Ciclo de los Proyectos de Inversión Pública<sup>23</sup>**

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

#### **1.7.1.13. Salud**

La salud pública es un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria. La salud pública determina el estado de salud y en un reconocimiento de la necesidad de movilizar recursos y realizar inversiones razonadas en políticas, programas y servicios que creen, mantengan y protejan la salud, apoyando estilos de vida sanos y creando entornos que apoyan la salud<sup>24</sup>.

La salud es una condición indispensable para el desarrollo humano y un medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Al ser de interés público la protección de la salud de la población, el Estado tiene la responsabilidad de regularla, vigilarla y promoverla<sup>25</sup>.

#### **1.7.1.14. Establecimientos de Salud<sup>26</sup>**

Es la unidad operativa básica de la Red Funcional de Servicios de Salud, responsable de otorgar atención integral intercultural en cuanto a promoción de la salud. Prevención. Diagnóstico, tratamiento de la enfermedad y recuperación de la salud, logrando de esta

---

<sup>23</sup> MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. (2012). *Reglamento Especifico del Sistema Nacional de Inversión Pública*. Pag 6

<sup>24</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD GINEBRA. (1998). *Ministerio de sanidad y consumo. Promoción de la Salud Glosario*. Pág. 11-12

<sup>25</sup> GIESECKE, R. (2011). *Salud Guía para la Formulación de Proyectos de Inversión Exitosos*. Edición Mario Sifuentes. Pág. 7

<sup>26</sup> MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. (2013). *Norma Nacional de caracterización de establecimientos de salud*. Pág. 21

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

#### **1.7.1.15. Niveles de atención en salud<sup>27</sup>**

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

#### **1.7.1.16. Primer nivel de atención en salud<sup>28</sup>**

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

#### **1.7.1.17. Segundo nivel de atención en salud<sup>29</sup>**

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

---

<sup>27</sup> MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. (2013). *Norma Nacional de caracterización de establecimientos de salud*. Pág. 21

<sup>28</sup> MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. (2013). *Norma nacional de caracterización de establecimientos de salud*. Pág. 23.

<sup>29</sup> MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. (2013). *Norma nacional de caracterización de establecimientos de salud*. Pág. 23.

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

#### **1.7.1.18. Tercer nivel de atención en salud<sup>30</sup>**

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

#### **1.7.1.19. Seguridad Social**

Tiene como objetivo regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente del país, en todos los niveles de atención<sup>31</sup>. Atiende a los trabajadores asalariados, brinda atención de enfermedad, maternidad, niñez y riesgo profesional, está constituido por diferentes cajas de salud que prestan servicios a sus beneficiarios<sup>32</sup>.

### **1.7.2. Aspectos Teóricos**

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

Para **Stiglitz**<sup>33</sup> la teoría del Sector Público se debe abordar cada una de las cuestiones económicas fundamentales, deben seguirse cuatro pasos: describir las actividades que

---

<sup>30</sup>MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. (2013). *Norma nacional de caracterización de establecimientos de salud*. Pág. 24.

<sup>31</sup> MINISTERIO DE SALUD. (2014). *Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Pág. 11

<sup>32</sup> LEDO, C. (2011). *Sistema de Salud de Bolivia*. Pág. 110.

<sup>33</sup> STIGLITZ, J. (2003). *Economía del Sector Público*. 3ra edición. Pág. 12-19

realiza el Estado, analizar sus consecuencias, evaluar las distintas medidas posibles e interpretar las fuerzas políticas que condicionan a las decisiones que toman los Gobiernos.

Las actividades del Estado influyen de innumerables maneras en nuestra vida, en la conducta del sector privado mediante una variedad de reglamentaciones, impuestos y subvenciones. El Estado debe intervenir en áreas donde existen fallos de mercado y en los que existen pruebas de que su intervención puede suponer una gran mejora.

#### **1.7.2.1.1. Acciones del Estado**

Según *Ricardo Cibotti y Enrique Sierra*<sup>34</sup>, el Sector Público interviene en la economía a través de la planificación. Se reconoce al Estado como: un ente regulador a través de la manipulación de instrumentos de los agentes económicos. Un ente distribuidor por las transferencias de ingresos a grupos de individuos o sectores productores. Un ente productor cuando toma responsabilidades en la producción de bienes y servicios; y en la acumulación.

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

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

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

---

<sup>34</sup> CIBOTTI R. Y SIERRA E. *El Sector Público en la Planificación del Desarrollo*. 17ma Edición. Pág. 7-21



- ✓ **Acciones de producción de bienes y servicios**, es propio del Estado y su responsabilidad en la prestación de ciertos servicios generales relacionados con organización y funcionamiento de la comunidad y del propio Gobierno. Los organismos públicos a cargo de la prestación de servicios son parte del aparato estatal, en este tipo de acciones se destacan los servicios públicos de educación, salud, provisión de agua potable y alcantarillado, transportes, comercialización y comunicaciones, estas acciones de producción de bienes y servicios se realizan a través de organismos de la administración central y las referidas a los bienes son por medio de las empresas públicas.
- ✓ **Acciones de Acumulación**, contribuyen a la formación del acervo de instalaciones y equipos necesarios para efectuar la prestación de servicios públicos tales como escuelas, hospitales, y otros que requieren un gasto operativo anual con cargo al Estado o pueden ser: caminos, calles, parques, entre otros que tienen gasto en mantenimiento y conservación.
- ✓ **Acciones en el Campo del Financiamiento**, para que el Estado puede obtener los insumos y factores necesarios para la producción y acumulación, deben movilizar medios de pago que les permitan trasladar dichos recursos físicos al ámbito de la economía estatal.

#### 1.7.2.1.2. Funciones del Estado

El mercado por sí solo no puede realizar todas las funciones económicas; la política pública es necesaria para guiar, corregir y complementar al mercado en algunos aspectos para que funcione en condiciones de eficiencia<sup>35</sup>.

Para *Musgrave* las principales funciones del Estado son:

- ✓ La **Función de Asignación** y la provisión que determinados bienes no pueden proveerse mediante el sistema de mercado, a través de transacciones entre consumidores y productores individuales. El financiamiento de la función de

---

<sup>35</sup> MUSGRAVE R.A. (1999). *Hacienda Publica Teórica y Aplicada*. 5ta Edición. Editorial McGraw-Hill. Cap.1. Pág. 6-10

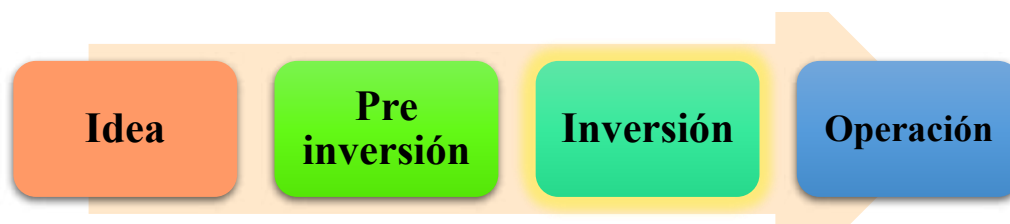
asignación es facilitado por la existencia de transferencias intergubernamentales y hace que la responsabilidad de asignación del Gobierno Central, facilite el proceso de descentralización de esta manera se genera un bienestar en la sociedad<sup>36</sup>.

- ✓ La **función de distribución**, en la de asignación que se ocupan de la provisión eficiente de bienes sociales, se aparta del proceso de mercado, pero plantea el problema del uso eficiente de los recursos dadas la distribución de la renta. Es el ajuste de la distribución de la renta y riqueza para asegurar su adecuación, considerado por la sociedad como un Estado “equitativo o justo” de distribución<sup>37</sup>.
- ✓ La **función de estabilización**, una vez tratado la política presupuestaria en asignación y distribución se examina sobre la política macroeconómica es decir sobre objetivos tales como un alto nivel de empleo, un razonable grado de estabilidad del nivel de precios, la solidez de las cuentas exteriores y una aceptable tasa de crecimiento económico que considere los efectos sobre el comercio internacional y la balanza de pagos<sup>38</sup>.

### 1.7.2.2. Teoría del Ciclo del Proyecto

Según los hermanos **Nassir y Reinaldo Sapag Chain**, el proceso de un proyecto reconoce cuatro grandes etapas<sup>39</sup>:

#### ESQUEMA N° 1 ETAPAS DEL CICLO DE VIDA DEL PROYECTO



**Fuente:** SAPAG CHAIN, R; SAPAG CHAIN N. Preparación y Evaluación de Proyectos.  
**Elaboración Propia**

<sup>36</sup>MUSGRAVE R.A. (1999). *Hacienda Publica Teórica y Aplicada*. 5ta Edición. Editorial McGraw-Hill. Cap. 1. Pág. 4-9

<sup>37</sup>MUSGRAVE R.A. (1999). *Hacienda Publica Teórica y Aplicada*. 5ta Edición. Editorial McGraw-Hill. Cap. 1. Pág. 5

<sup>38</sup>MUSGRAVE R.A. (1999). *Hacienda Publica Teórica y Aplicada*. 5ta Edición. Editorial McGraw-Hill. Cap. 1. Pág. 6

<sup>39</sup> SAPAG CHAIN, N.; SAPAG CHAIN, R. *Preparación y evaluación de Proyectos*. 5ta edición. Pág. 21-23

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

Para **Karen M. Mokate**<sup>40</sup>, el ciclo del proyecto está basado en tres principios básicos:

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

El ciclo de vida del proyecto comprende tres etapas:

#### ESQUEMA N° 2 PROCESO DEL PROYECTO – KAREN MOKATE



*Fuente: MOKATE, Marie K. Evaluación Financiera de Proyectos de Inversión.  
Elaboración Propia*

<sup>40</sup> MOKATE, K. (2004). *Evaluación Financiera de Proyectos de Inversión*. 2da edición. Pag 1-18

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

Según el **Sistema Nacional de inversión Pública**, el ciclo de vida del proyecto se compone en las siguientes fases<sup>41</sup>:

**ESQUEMA N° 3 FASES DE CICLO DE VIDA DEL PROYECTO - SNIP**



*FUENTE:* Sistema Nacional de Inversión Pública  
*Elaboración Propia*

---

<sup>41</sup>MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DE DESARROLLO. (2011). *Reglamento Especifico del Sistema Nacional de Inversión Pública*. Pág. 15.

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

### 1.7.2.3. Teoría Económica de la Salud

Según la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**<sup>42</sup>, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce de grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.

Según la **Organización Panamericana de la Salud (OPS)**<sup>43</sup>, la inversión en salud no solo mejora la productividad y crea el capital humano, sino que también puede prevenir una caída más profunda en la pobreza. Se tienen efectos positivos de la inversión en salud en mejoramiento de las condiciones de atención de la mujer, salud materna, desarrollo del niño en la primera infancia y potenciación de su productividad futura; invirtiendo en la salud de las madres no solo se mejora la nutrición infantil, influye así en su futura elección ocupacional y su productividad.

---

<sup>42</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Pág. 1

<sup>43</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2002). *La Salud en las Américas*. Pág. 93 -94

Para la OPS la anemia es el resultado de la deficiencia de micronutrientes, entre ellos la deficiencia de hierro, la anemia durante el embarazo tiene diferentes efectos sobre la salud materna e infantil, entre ellos el retraso de crecimiento, riesgo de parto prematuro, aborto involuntario y bajo peso al nacer<sup>44</sup>.

Para *Mushkin (1958 y 1999)*<sup>45</sup>, la economía de la salud es un campo de investigación, cuyo objeto es el uso óptimo de los recursos para la atención de la enfermedad y la promoción de la salud, para obtener el mayor estado de salud posible con la utilización de los recursos disponibles.

Según *Alberto Baly (2001)*<sup>46</sup>, 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. 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.

Según *Casulo, Escobar, Luque y Proenza (2013)*<sup>47</sup> la promoción y protección de la salud puede constituir la única solución posible a las necesidades de salud, aunque no sea una solución instantánea e implique un proceso de transformación política, cultural y social que permita hacer de la salud, no solo responsabilidad individual y colectiva, si no una prioridad.

#### **1.7.2.4. Teoría del Capital Humano**

Según *Schultz (1961)*, invertir en salud, en la forma de crianza de los niños, en profesionales, en investigación, es invertir en capital humano, lo que a su vez disminuye

---

<sup>44</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2015). *Anemia Ferropénica*.

<sup>45</sup> RESTRIPO, H. (2008). *Introducción a la Economía de la Salud*. Pág. 48.

<sup>46</sup> BALY A. (2001.) *La Economía de la Salud, la eficiencia y el Costo de oportunidad*. Cuba. Pág. 1-4

<sup>47</sup> CASULO, J., ESCOBAR, N., LUQUE, D. y E., PROENZA, M., (2013). *Economía de la Salud*. Santiago, España: Oriente. Pág. 87

la brecha entre pobres y ricos, brindándoles una mejor calidad de vida a las personas de escasos recursos<sup>48</sup>.

Schultz señala cinco factores que contribuyen a mejorar la capacidad humana: inversión en equipos y servicios de salud, ampliamente concebidos para que incluyan todos los gastos que afectan la expectativa de vida, fuerza, resistencia, vigor y vitalidad de un pueblo; formación en el puesto de trabajo organizado por las empresas; educación formal organizada en el nivel elemental, secundario y superior; programas de estudio para adultos que no están organizados por las empresas incluyendo los programas de extensión; emigración de individuos y familias para ajustarse a las cambiantes oportunidades de trabajo<sup>49</sup>.

Según **Mushkin**<sup>50</sup> (1962) las inversiones en servicios sanitarios contribuyen a que exista un crecimiento en el capital humano. Las personas como agentes productivos mejoran con inversión en servicios de salud, específicamente en políticas públicas enfocadas en salud aumentan el producto y generan un rendimiento a lo largo de varios años.

---

<sup>48</sup> FALGUERAS I. (2008). *El Capital Humano en la Teoría Económica: Orígenes y Evolución. Temas Actuales de Economía*. Volumen 2 Pág. 31-35

<sup>49</sup> CAÑIBANO C. *El Capital Humano. Factor de Innovación, Competitividad y Crecimiento*. Universidad Rey Juan Carlos. 6to Congreso de Economía de Navarra. Pág. 257-258

<sup>50</sup> PEREZ, D; CASTILLO, J. (2016). *Capital Humano, Teoría y Métodos: importancia de la variable Salud*. SCIELO

# CAPÍTULO II

## POLÍTICAS NORMAS E INSTITUCIONAL



## CAPÍTULO II

### 2. POLÍTICAS, NORMAS E INSTITUCIONAL

#### 2.1. POLÍTICAS

##### 2.1.1. Primer Periodo (2000 - 2005) Modelo de Economía de Mercado

El Plan General de Desarrollo se entiende al desarrollo sostenible como el proceso integral, sistémico y complejo que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de toda la población, a través del desarrollo productivo, integral, social con equidad y la participación ciudadana plena, bajo los preceptos de la conservación de la base de recursos naturales y la preservación de la calidad ambiental.

##### 2.1.1.1 Inversión Nacional de Salud<sup>51</sup>

Para precautelar el potencial humano el Estado plantea los siguientes lineamientos de políticas:

- ❖ La ampliación de cobertura y mejoramiento de la calidad de atención.
- ❖ La incorporación de las patologías regionales en la estrategia de la atención primaria en salud.
- ❖ La reorganización de la red de servicios.

##### 2.1.1.2. Políticas Nacionales

Se constituyen 4 pilares que fundamentan el Plan de Gobierno del “Compromiso por Bolivia”: Oportunidad, Equidad, Institucionalidad y Dignidad.<sup>52</sup>

---

<sup>51</sup> MINISTERIO DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y PLANIFICACIÓN. (Septiembre 1998). *Plan General De Desarrollo Económico Y Social 1997-2002*. Bolivia XXI País Socialmente Solidario. Pág. 7

<sup>52</sup> MINISTERIO DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y PLANIFICACIÓN. (Septiembre 1998). *Plan General De Desarrollo Económico Y Social 1997-2002*. Bolivia XXI País Socialmente Solidario. Pág. 7

**ESQUEMA N °4: PILARES DEL PLAN GENERAL DE  
DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL 1997-2002**



*Elaboración Propia*

El objetivo del pilar de Equidad plantea mejorar las condiciones de vida de la población, en particular de aquella en condiciones de pobreza, creando igualdad de oportunidades para acceder a mayores niveles de ingreso que permitan cubrir, en forma satisfactoria, las necesidades básicas<sup>53</sup>.

En esa perspectiva los objetivos son: la superación de discriminaciones y exclusiones a pueblos originarios, indígenas y campesinos; el acceso a la salud, nutrición, educación vivienda y servicios básicos<sup>54</sup>.

---

<sup>53</sup>MINISTERIO DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y PLANIFICACIÓN. (Septiembre 1998). *Plan General de Desarrollo Económico y Social 1997-2002*. Bolivia XXI País Socialmente Solidario. Pág. 77

<sup>54</sup>MINISTERIO DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y PLANIFICACIÓN. *Plan General de Desarrollo Económico y Social 1997-2002*. Bolivia País Socialmente Solidario. Pág. 77

Los objetivos serán cumplidos mediante las siguientes políticas:

**a) Formación y Salud Integral<sup>55</sup>**

Procura reducir las disparidades en las condiciones y en el acceso a la salud, lo que requiere mayor eficiencia en la asignación de recursos, mayor eficacia de las 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 adolescentes.

Los objetivos son:

- ❖ Generar condiciones para que el hombre y la mujer desarrollen sus capacidades y potenciales plenamente.
- ❖ Mejorar la accesibilidad y la satisfacción de los usuarios de los servicios.
- ❖ Disminuir la brecha nutricional infantil.
- ❖ Garantizar de manera sustentable el acceso universal a múltiples prestadores de servicios de salud.

**b) Alimentación y Nutrición Básicas<sup>56</sup>**

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

---

<sup>55</sup> MINISTERIO DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y PLANIFICACIÓN. (Septiembre 1998). *Plan General de Desarrollo Económico y Social. 1997-2002*. Bolivia XXI País Socialmente Solidario. Pag.80

<sup>56</sup> MINISTERIO DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y PLANIFICACIÓN. (Septiembre 1998). *Plan General de Desarrollo Económico y Social. 1997-2002*. Bolivia XXI País Socialmente Solidario. Pag.81

El propósito es:

- ❖ Reducir la desnutrición global moderada y grave.
- ❖ Reducir el déficit de micronutrientes en la infancia.
- ❖ Coordinar políticas intersectoriales, articulando los gobiernos municipales, con las organizaciones de base y los servicios de salud, nutrición y educación inicial.

**c) Atención Primaria de salud<sup>57</sup>**

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

Contribuirá a:

- ❖ Reducir la morbi-mortalidad infantil y materna.
- ❖ Mejorar las condiciones de acceso a la salud de la niñez.
- ❖ Mejorar el acceso a servicios, programas preventivos y curativos en los diferentes periodos de vida.

**2.1.1.3 POLÍTICA NACIONAL DE SALUD<sup>58</sup>**

Esta dada por la coexistencia de entidades no integradas y sin mecanismos efectivos de coordinación entre sí, donde el nivel central del Ministerio de Salud y Deportes es responsable de las políticas, programas y normas; los SEDES están a cargo de la asignación de recursos humanos; y los municipios son dueños de la infraestructura de salud, en un escenario de divorcio entre el nivel central, el departamental y el municipal.

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

---

<sup>57</sup> MINISTERIO DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y PLANIFICACIÓN. (Septiembre 1998). *Plan General de Desarrollo Económico y Social. 1997-2002*. Bolivia XXI País Socialmente Solidario. Pag.83

<sup>58</sup> ANTEZANA ARANIBAR F. (2004). *Plan Nacional De Salud*. MSD. Pág. 20

#### **a) Promoción de la Salud**

Mediante la participación comunitaria y la movilización social, la información y educación y la reorientación de los establecimientos de salud, para fomentar las practicas saludables y prevenir enfermedades no transmisibles.

#### **b) Prevención de Enfermedades**

Fundamentalmente en áreas de cultura de salud ambiental y el Programa Ampliado de Inmunización agrupadas bajo el escudo epidemiológico como la Malaria, Dengue, Rabia, Chagas, Tuberculosis, SIDA y las que comprometen la salud sexual y reproductiva, la salud materna e infantil, por ser estas las que muestran el avance o retraso de la situación del país, y por estar claramente identificadas con las Metas del Milenio a alcanzar.

#### **c) Fortalecimiento de la Rectoría**

En la gestión del Sistema Único de Salud, con miras al aseguramiento universal, la separación de roles en la descentralización, y para garantizar que sea sostenible efectivo y eficiente, la gestión de calidad buscara lograr la satisfacción de los usuarios con la atención en los establecimientos de las redes de salud, que podrá alcanzarse mediante una oferta oportuna, suficiente, humanizada y segura. Para ellos es necesario crear una cultura de calidad en el Sistema Único Nacional de Salud y ello está vinculado con la satisfacción de los trabajadores con su trabajo y su institución.

#### **d) Fortalecimiento de Redes de Salud**

Este programa es compartido entre el Ministerio de Salud y Deportes, las Prefecturas departamentales y los Gobiernos Municipales a estos últimos les corresponde desarrollar la infraestructura de salud, a las prefecturas la gestión de los recursos humanos y el ámbito ministerial, la normativa y regulación del conjunto.

El propósito fundamental es crear una capacidad física de producción de servicios de salud, equitativa en los nueve departamentos del país, complementada con recursos

humanos idóneos y comprometidos con los enfoques sectoriales de respeto a la vida, el derecho a la salud y la seguridad humana y con ello mejorar la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud organizados en redes de salud de diferente nivel de complejidad, integrados mediante un sistema de referencia efectivo.

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

El sistema socio-económico y cultural en Bolivia es inequitativo y excluyente porque no toma en cuenta las diversidades socio-culturales genera una alta desigualdad en la distribución de los ingresos y el acceso a empleo digno y remunerado con participación social.<sup>59</sup>

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. Los más afectados son los indígenas, las mujeres, los campesinos, las personas con capacidades diferentes, los niños, niñas, adolescentes y personas de la tercera edad.<sup>60</sup>

#### **2.1.2.1. Plan Nacional de Desarrollo - Estrategia de Salud<sup>61</sup>**

El objetivo del Plan Nacional en el Sector Salud es la eliminación de la exclusión social, a través de la implementación del Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, que asume la medicina tradicional. Este sistema será inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y calidez; actuará de manera intersectorial sobre los determinantes de 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,

---

<sup>59</sup> MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. (2006). *Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien”*.2006-2011 Pág. 24

<sup>60</sup> MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. (2006). *Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien”*.2006-2011 Pág. 24

<sup>61</sup> MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. (2006). *Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien”*.2006-2011 Pág. 38-42

promueve y se constituye en el espacio de organización y movilización socio comunitaria del Vivir Bien.

El rol del Estado, basado en una concepción social, comunitaria y plurinacional de la salud, es garantizar el derecho a la Salud de la ciudadanía. En este sentido, todos los sectores involucrados en el Sistema Nacional de Salud (público, seguridad social, tradicional y privado) cumplirán, los roles y funciones que estén vigentes.

El Plan Nacional de Desarrollo Económico Social plantea las siguientes políticas para el debido cumplimiento de los objetivos:

**a) Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud<sup>62</sup>**

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

La estrategia de esta política es la Universalización, orientada a superar toda forma de exclusión en salud, que se traduce en altos índices de enfermedad y muerte, también en personas con hábitos no saludables a través del fortalecimiento las redes de salud (infraestructura, equipamiento, insumos medicamentos, capacitación del personal en las redes de servicios de salud, e intersectoriales) en todo el ámbito nacional para aumentar la capacidad resolutoria de enfermedades y discapacidades.

**b) Rectoría<sup>63</sup>**

Esta política recupera la soberanía y la rectoría del sistema, liderizando la intersectorialidad para la salud; con mayor capacidad de gestión que permitirá garantizar la sostenibilidad financiera del Sector para proteger la salud de los bolivianos, sus condiciones de vida, de trabajo y de su relación con el ambiente. También se busca que el

---

<sup>62</sup> MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. (2006). *Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberna, Productiva y Democrática para Vivir Bien”*. 2006-2011. pág. 39

<sup>63</sup> MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. (2006). *Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberna, Productiva y Democrática para Vivir Bien”*. 2006-2011. pág. 24

Sistema de Salud cuenta con un marco jurídico normativo, administrativo y financiero independiente de condicionamientos externos.

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

**c) Promoción de la Salud<sup>64</sup>**

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

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

**d) Solidaridad<sup>65</sup>**

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

---

<sup>64</sup>MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. (2006). *Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberna, Productiva y Democrática para Vivir Bien”*. 2006-2011. Pág. 41

<sup>65</sup> MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. (2006). *Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberna, Productiva y Democrática para Vivir Bien”*. 2006-2011. Pág. 42



## **2.2. REFERENCIA NORMATIVA**

Para el cumplimiento de las políticas planteadas se formulan un conjunto de normas por las autoridades públicas, que garantiza la ejecución, seguimiento y control de las políticas públicas.

### **2.2.1. Primer Periodo (2000-2005) Modelo de Economía de Mercado**

El estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población; asegurará la continuidad de sus medios de subsistencia y rehabilitación de las personas inutilizadas; propenderá así mismo al mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar<sup>66</sup>.

#### **2.2.1.1. Descentralización Administrativa<sup>67</sup>**

Se regula el Régimen de Descentralización Administrativa del Poder Ejecutivo a Nivel Departamental, que conforme al sistema unitario de la Republica, consiste en la transferencia, delegación de atribuciones de carácter técnico-administrativo del Poder Ejecutivo a Nivel Departamental.

#### **2.2.1.2. Ley de Municipalidades<sup>68</sup>**

Esta ley tiene como finalidad contribuir a la satisfacción de las necesidades colectivas y garantizar la integración y participación de los ciudadanos en la planificación y el desarrollo humano sostenible a través de los Gobiernos Municipales. Debe promover y dinamizar el desarrollo humano sostenible, equitativo y participativo del Municipio a través de la formulación y ejecución de políticas, planes, programas y proyectos concordantes con la planificación del desarrollo departamental y nacional.

Los gobiernos municipales tienen las siguientes competencias:

- a) Construir y equipar y mantener la infraestructura de los establecimientos de salud.

---

<sup>66</sup> BOLIVIA. (2004). *Constitución Política del Estado*. Parte I. Art.158.

<sup>67</sup> BOLIVIA. (28 de Julio de 1995). *Ley N° 1654, Ley de Descentralización Administrativa*. Art. 1, 5.

<sup>68</sup> MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN. (28 de octubre de 1999). *Ley N° 2028, Ley de Municipalidades*. Art. 5° y 8°

- b) Suministrar y supervisar el uso de medicamentos y otros insumos utilizados en los servicios de salud.

### **2.2.1.3. Sistema de Planificación**

El sistema Nacional de Planificación (SISPLAN) es un conjunto de procesos que se expresan en normas y procedimientos de cumplimiento general, de orden político, técnico y administrativo, que establece la forma y los mecanismos de participación de los niveles nacional, departamental y municipal en la racionalización de la toma de decisiones para la asignación de recursos públicos y en la definición de políticas de desarrollo<sup>69</sup>.

El Sistema de planificación a través de sus niveles e instancias tiene como objetivos<sup>70</sup>:

- ✓ Institucionalizar el proceso de planificación mediante normas y procedimientos que orienten la elaboración de los planes de desarrollo.
- ✓ Garantizar la elaboración y formulación de planes y programas de mediano y largo plazo a nivel nacional, departamental y municipal, como instrumento de política de gestión pública para organizar el uso adecuado de los recursos.
- ✓ Asegurar la compatibilidad de los planes y programas de mediano y largo plazo para establecer los lineamientos del programa anual de inversiones

### **2.2.1.4. Sistema Nacional de Inversión Pública<sup>71</sup>**

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,

---

<sup>69</sup> RESOLUCIÓN SUPREMA N° 216779. (26 de julio de 1996). *Normas Básicas del Sistema Nacional de Planificación*. Art. 1

<sup>70</sup> RESOLUCIÓN SUPREMA N° 216779. (26 de julio de 1996). *Normas Básicas del Sistema Nacional de Planificación*. Art. 14

<sup>71</sup> RESOLUCIÓN SUPREMA. N° 216768. (25 de junio de 1996). *Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública*. Art. 1-2

departamentales y municipales, constituyan las opciones más convenientes desde el punto de vista económico social.

Los objetivos del SNIP son:

- ✓ 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.
- ✓ Asegurar la disponibilidad de información actualizada, oportuna y confiable sobre la inversión pública.

#### **2.2.1.5. Sistema de Administración y Control<sup>72</sup>**

Se regulan 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:

- ✓ 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.
- ✓ Desarrollar la capacidad administrativa para impedir o identificar y comprobar el manejo incorrecto de los recursos del Estado.

#### **2.2.1.6 Programación y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública**

El Sistema de presupuesto es un conjunto ordenado y coherente de principios, disposiciones normativas, procesos e instrumentos técnicos, tiene por objeto la formulación, aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación de los Presupuestos

---

<sup>72</sup> BOLIVIA. (20 de julio de 1990). *Ley N° 1178 SAFCO*. Art. 1

Públicos, según los programas y proyectos definidos en el marco del Plan General de Desarrollo Económico y Social de la República<sup>73</sup>.

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. La aprobación del anteproyecto de Presupuesto es responsabilidad de la máxima instancia resolutoria facultada en su norma legal de creación<sup>74</sup>.

#### **2.2.1.7 Salud Materno Infantil<sup>75</sup>**

El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) se implementa en todo el territorio Nacional (1 de enero de 2003) con carácter universal, integral y gratuito, para otorgar las prestaciones de Salud en los niveles de atención del sistema Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad Social de corto plazo y llega a cubrir a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto, niños y niñas desde su nacimiento hasta sus 5 años de edad; la salud materna e infantiles es una prioridad de la estrategia Boliviana la reducción de la pobreza.

La implementación del SUMI es por medio de la red de servicios de Salud conformado por los establecimientos de salud de primer nivel, segundo y tercer nivel de complejidad y el directorio local de salud (DILOS), como la máxima autoridad en la gestión de salud en cada municipio. El DILOS 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>73</sup> RESOLUCIÓN SUPREMA. N° 225558. (2005). *Normas Básicas del Sistema de Presupuestos*. Art.1

<sup>74</sup> RESOLUCIÓN SUPREMA N° 225558. (2005). *Normas Básicas del Sistema de Presupuestos*. Art.12

<sup>75</sup> LEY N° 2426. (21 de noviembre 2002). *Seguro Universal Materno Infantil*. Art.1-6

### **2.2.1.8 Establecimientos de Salud<sup>76</sup>**

Se constituye la Red de Servicios de Salud, conformada por los Establecimientos de Salud de primer, segundo y tercer nivel de complejidad de acuerdo a criterios de accesibilidad y resolución.

El Ministerio de Salud y Previsión Social reglamentará, coordinará y controlará las redes de servicios de salud en todo el territorio nacional, para asegurar las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil.

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

Los artículos de la Constitución Política del Estado que están relacionados con la investigación son los siguientes<sup>77</sup>:

- ✓ La función del Estado en la economía consiste en: conducir el proceso de planificación económica y social, con participación y consulta ciudadana, participar directamente en la economía mediante el incentivo y la producción de bienes y servicios económicos y sociales para promover la equidad económica y social.
- ✓ El estado tiene como máximo valor al ser humano y asegurara el desarrollo mediante la redistribución equitativa de los excedentes económicos en políticas sociales, de salud, educación, cultura, y en la reinversión en desarrollo económico productivo.
- ✓ El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, 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>76</sup> LEY N° 2426. (21 de noviembre 2002). *Seguro Universal Materno Infantil*. Art. 5

<sup>77</sup> BOLIVIA. (7 de febrero de 2009). *Constitución Política del Estado*. Art. 18, 35, 37, 39

- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ Garantizar el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regular y vigilar la atención de calidad a través de auditorías medicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley.

#### **2.2.2.1. Ley de Marco de Autonomías<sup>78</sup>**

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 satisfacción de las necesidades colectivas y del desarrollo socioeconómico integral del país, y a su vez el de promover y garantizar el desarrollo integral, equitativo y participativo de los bolivianos, a través de la formulación y ejecución de políticas, planes, programas y proyectos concordantes a mejorar los niveles de atención del Sector Nacional.

#### **2.2.2.2. Sistema de Presupuestos**

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. Así mismo tiene por objeto la generación y obtención de

---

<sup>78</sup>BOLIVIA. (19 de Julio de 2010). *Ley N° 031 Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”*. Art. 7

información confiable, útil y oportuna sobre la ejecución presupuestaria, para la evaluación del cumplimiento de la gestión pública<sup>79</sup>.

La elaboración, ejecución y aprobación del Presupuesto, es responsabilidad de la máxima autoridad ejecutiva y de todos los servidores públicos involucrados, en el ámbito de sus competencias.

### **2.2.2.3. Formulación del Presupuesto de Inversión Pública<sup>80</sup>**

La inversión es el uso y aplicación de recursos destinados a crear, ampliar y mejorar las capacidades económicas, sociales, ambientales y culturales para el desarrollo de Estado Plurinacional de Bolivia y el Vivir Bien. El presupuesto de inversión, es el conjunto de recursos asignados para la realización de los programas y proyectos en cada gestión fiscal, compatible con el Plan de Inversiones Plurianual, que incluyen las fases de pre inversión y Ejecución de la Inversión.

### **2.2.2.4. Ley de Administración Presupuestaria<sup>81</sup>**

Las asignaciones presupuestarias de gasto aprobadas por la Ley de Presupuesto de cada año, constituyen límites máximos de gasto y su ejecución su sujetará a los procedimientos legales que en cada partida sean aplicables. Toda modificación dentro de estos límites deberá efectuarse según se establece en el reglamento de modificaciones presupuestaria, que será aprobado mediante Decreto Supremo.

Las entidades públicas tienen la obligación de presentar la información que éste requiera para el seguimiento y evaluación de la ejecución física y financiera del presupuesto institucional y del avance de la Programación de Operaciones Anuales Institucional, así como para el seguimiento y supervisión del endeudamiento, dentro de los plazos que dicho Ministerio establezca.

---

<sup>79</sup> RESOLUCIÓN SUPREMA N° 225558. (2005). *Normas Básicas del Sistema de Presupuestos*. Art.1

<sup>80</sup> MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. (2013). *Directrices de Planificación e Inversión Pública*. Art. 13.

<sup>81</sup> BOLIVIA. (1999). *Ley N° 2042 “Ley de Administración Presupuestaria”*. Art. 4, 11.

### **2.2.2.5. Salud Familiar<sup>82</sup>**

Se plantea el modelo de Salud Familiar Intercultural y Comunitario (SAFCI); que recupera la soberanía sanitaria, tiene como objetivos:

- ✓ Contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud).
- ✓ Fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud.
- ✓ Desarrollar de tecnologías y planificación, participación para recuperar la medicina tradicional.
- ✓ Complementación por parte del estado plurinacional en los servicios de salud a Nivel Central.

El Modelo Sanitario Salud Familiar Comunitaria, Intercultural, conocido popularmente como SAFCI, se constituye en el eje central y dinamizador del funcionamiento del actual Sistema Nacional de Salud en prevención y promoción de salud; para mejorar el acceso universal de la salud de las familias y comunidades urbano, rurales del territorio nacional desarrollando procesos de gestión participativa y atención integral e intercultural de la salud.

### **2.2.2.4. Ampliación de Cobertura - SUMI<sup>83</sup>**

Se amplía la cobertura del Seguro Universal 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 acuda al SUMI y tratamiento de lesiones premalignas

---

<sup>82</sup> DECRETO SUPREMO N° 29601. (11 de junio de 2008). *Salud Familiar Comunitario Intercultural*. Art. 2, 4 y 5

<sup>83</sup> BOLIVIA. (2005). *Ley N° 3250 Ampliación del SUMI*. Art. 1, 2



contemplando además métodos de anticoncepción voluntaria y libremente consentida. Estas prestaciones serán cubiertas con los recursos previsto en la Ley N° 2426.

#### **2.2.2.5. Transferencia monetaria condicionada<sup>84</sup>**

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

Se establece el Bono Madre Niño – Niña “Juana Azurduy”, como incentivo para el uso de los servicios de salud por parte de la madre durante el periodo de embarazo y el parto, así como el cumplimiento de los protocolos de control integral, crecimiento y desarrollo de la niña o el niño desde su nacimiento hasta que cumpla dos años de edad.

El ministerio de Salud y Planificación de Desarrollo son responsables de coordinar la implementación del Bono Madre Niño-Niña “Juana Azurduy” con los niveles departamental y municipal. Las redes y equipos móviles de salud, tienen la responsabilidad de prestar servicios de atención integral de salud, realizar la verificación del cumplimiento de los controles y brindar la información correspondiente de acuerdo a la reglamentación a establecerse.

#### **2.2.2.6. Agencia de Infraestructura en Salud<sup>85</sup>**

Se crea la Agencia de Infraestructura en Salud y Equipamiento Médico, es una institución pública descentralizada de derecho público, tiene la finalidad de ejecutar programas y/o proyectos de Establecimientos de Salud Hospitalarios y de Institutos de Cuarto Nivel de Salud, en el marco de las competencias otorgadas al ministerio de Salud.

---

<sup>84</sup> DECRETO SUPREMO N° 0066. (abril de 2009). *Bono Juana Azurduy*. Art. 1, 2, 3, 6

<sup>85</sup> BOLIVIA. (24 de Agosto de 2017). *Decreto Supremo N.º 3293*. Art. 1, 4

### **2.2.2.7. Prestación de Servicios de Salud<sup>86</sup>**

Esta ley tiene por objetivo establecer y regular la atención integral y protección financiera en salud de la población beneficiaria descrita en la presente ley, que no se encuentre cubierta por el seguro social obligatorio de corto plazo.

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.

Los beneficiarios y beneficiarias, son todos los habitantes y estantes del territorio nacional que no cuenten con algún seguro de salud, entre ellos: mujeres embarazadas, niños y niñas menos de cinco años, mujeres en edad fértil y personas con discapacidad, el acceso a los servicios de salud será a través de los establecimientos de salud de primer nivel.

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

### **2.3. REFERENCIA INSTITUCIONAL**

Las instituciones involucradas para la aplicación y cumplimiento de políticas públicas para la gestión de salud a nivel nacional, responsables de formular las políticas, planes y estrategias nacionales, así como de establecer las normas que rigen el Sistema de Salud están sujetas a la Ley de Organización del Poder Ejecutivo.

Así mismo al Decreto Supremo N° 29894 del 2009 “Estructura Organizativa del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional” que tiene por objeto establecer la estructura organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, así como las atribuciones de las Ministras y Ministros, así como definir los principios y valores que deben conducir a los servidores públicos, de conformidad a lo establecido en la Constitución Política del Estado<sup>87</sup>.

---

<sup>86</sup> BOLIVIA. (2013). *Ley N° 475 “Ley de Prestaciones de servicios de salud integral de Bolivia”*. Art. 1, 2, 6, 8

<sup>87</sup> DECRETO SUPREMO N° 29894. (2009). *Estructura Organizativa de Poder Ejecutivo*. Art. 2

# CAPÍTULO III

## FACTORES DETERMINANTES DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

## CAPÍTULO III

### FACTORES DETERMINANTES Y CONDICIONANTES DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 3.1. ASPECTOS GENERALES

##### 3.1.1 Estado Plurinacional de Bolivia<sup>88</sup>

Bolivia se crea el 6 de agosto de 1825 como un Estado Republicano y desde enero de 2009 definido en la Constitución Política del Estado como un Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario, libre, independiente, soberano, democrático, intercultural, descentralizado y con autonomías. Bolivia se funda en la pluralidad y el pluralismo político, económico, jurídico, cultural y lingüístico, dentro del proceso integrador del país.

##### 3.1.1.1. Ubicación y Límites Geográficos<sup>89</sup>

El Estado Plurinacional de Bolivia se encuentra ubicada en la zona central de América del Sur, entre los meridianos 57° 26' y 69° 38' de longitud occidental del meridiano de Greenwich y los paralelos 9° 38' y 22° 53' de latitud sur; por tanto, abarca más de 13° geográficos, tiene una extensión territorial de 1.098.581 kilómetros cuadrados aproximadamente; limita al norte y al este con Brasil, al sur con Argentina, al oeste con Perú, al sudeste con Paraguay y al sudoeste con Chile.

##### 3.1.1.2. Composición Poblacional

Bolivia tiene una población de 10.027.254 habitantes, la estructura demográfica consiste en una población de 5.010.109 mujeres y 5.017.145 hombres<sup>90</sup>. Se caracteriza por tener una población joven, el 64% tiene menos de 30 años y solo el 4% tiene más de 65 años

---

<sup>88</sup> INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. (2012). *Aspectos Políticos y Administrativos*

<sup>89</sup> INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. (2012). *Aspectos Políticos y Administrativos*

<sup>90</sup> INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. (2012). *Censo de población y vivienda. Características de la población Bolivia*. Pág. 11

según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística del 2010, dentro de la población de mujeres, más de la mitad se encuentra en edad fértil<sup>91</sup>.

### 3.1.2. El Presupuesto de Inversión Pública por Sectores

En cada gestión fiscal se aprueba el Clasificador Presupuestario que son de cumplimiento obligatorio en todas las entidades del Sector Público, para la formulación, modificación y registro de la ejecución presupuestaria.

La investigación se centra en el sector salud que pertenece al grupo social del Clasificador Presupuestario.

**CUADRO N° 1: ESTRUCTURA SECTORIAL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA**

PRODUCTIVO	INFRAESTRUCTURA	SOCIAL	MULTISECTORIAL
Agropecuario	Energía	Salud y Seguridad Social	Comercio y Finanzas
Minero	Transporte	Educación y Cultura	Administración Central
Industria y Turismo	Comunicaciones	Saneamiento Básico	Justicia y Policía
Hidrocarburos	Recursos Hídricos	Urbanismo y Vivienda	Defensa Nacional Multisectorial RN y MA

*Fuente:* Clasificador Presupuestario 2018

*Elaboración:* Propia

### 3.1.3. El Sistema de Salud<sup>92</sup>

El Sistema de salud boliviano se encuentra organizado en dos grandes sectores: público y privado. El sector público comprende al Ministerio de Salud (MSD) y al subsector social.

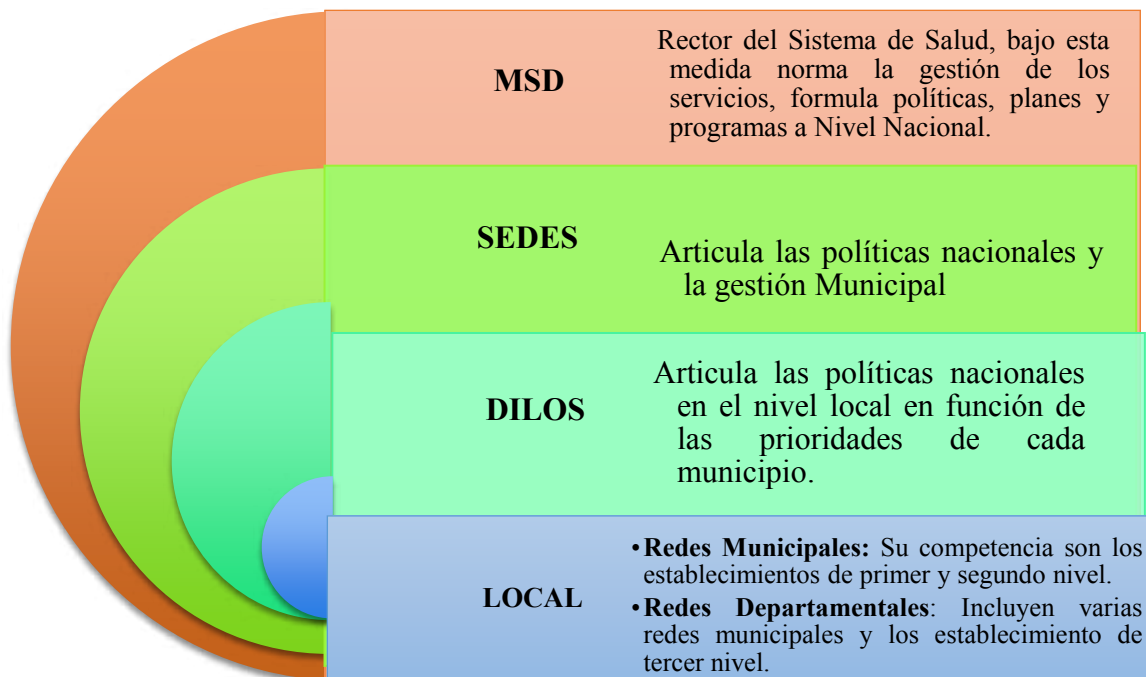
<sup>91</sup>INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA. (2012). *Censo de Población y Vivienda 2012 Bolivia. Características de la Población. Pág. 11*

<sup>92</sup>LEDO, C., SORIA R. (2011). *Sistema de Salud de Bolivia. Pág. 112-116*

El MSD establece cuatro ámbitos de gestión: *a) nacional*, correspondiente al propio MSD; *b) departamental*, correspondiente al Servicio Departamental de Salud (SEDES), dependiente de la Prefectura; *c) municipal*, correspondiente al Directorio Local de Salud (DILOS), y *d) local*, correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y brigadas móviles como nivel operativo. El subsector social comprende las cajas de salud, los seguros universitarios y la Dirección General de Salud, y es fiscalizado por el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES).

El sector privado está constituido por compañías de seguros y proveedores de servicios de salud privados con y sin fines de lucro. El MSD y otras instancias de gestión del sistema público tienen la responsabilidad de regular su funcionamiento y asegurar que presten servicios efectivos y seguros.

#### ESQUEMA N° 5: ESTRUCTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



*Fuente:* LEDO. C. 2011. *Sistema de Salud en Bolivia*

*Elaboración:* Propia

### **3.1.4. Infraestructura de Salud en Bolivia**

Bolivia en el 2005 cuenta con 2.436 establecimientos de salud de primer nivel, 182 en segundo nivel y 58 establecimientos de tercer nivel, número que asciende para la Economía Plural en el año 2018 se tiene 3.579 establecimientos de primer nivel, 226 de segundo nivel y 75 de tercer nivel.

La disponibilidad de camas hospitalarias registra un crecimiento paulatino de 8.566 en la gestión 2000 a 8.912 en el 2004. A partir de 2005 sucede una importante aceleración que permite llegar en 2008 a 15.015 camas. Los departamentos con más de dos camas por 1.000 habitantes son capitales de departamento y centros urbanos. La región occidental del país (norte de La Paz, sur de Oruro Norte de Potosí y sur-oeste de Cochabamba), donde se concentran las poblaciones más rezagadas, cuentan con menos de una cama por 1.000 habitantes<sup>93</sup>.

### **3.1.5. Establecimientos de Salud<sup>94</sup>**

Un establecimiento de salud es la unidad operativa básica de la Red Funcional de servicios de Salud, responsable de otorgar atención integral intercultural en promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento de la enfermedad y recuperación de la salud, logrando de esta manera la satisfacción de las personas, comunidad y equipo de salud, incorporando la gestión participativa y control social.

#### **3.1.5.1. Niveles de Atención en Salud<sup>95</sup>**

Los niveles de atención se definen por su capacidad técnica e instalada, son responsables de la solución de los problemas de salud y deben trabajar de manera coordinada, complementaria y corresponsable, se reconoce tres niveles de atención segundo su

---

<sup>93</sup> LEDO. C., SORIA R. (2011). *Sistema de Salud de Bolivia*. Pág. 114

<sup>94</sup> MINISTERIO DE SALUD. (2013). *Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud*. Pág. 21-22

<sup>95</sup> MINISTERIO DE SALUD. (2013). *Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud*. Pág. 21-22

capacidad resolutoria, descritos en la Norma de Caracterización de Establecimientos de Salud.

Los niveles de atención de acuerdo a su capacidad resolutoria se clasifican en:

**Primer Nivel**, es la unidad básica operativa integral de la Red Funcional de Servicios de Salud, se constituye en la puerta de entrada al Sistema de Salud, con el objeto de contribuir a mejorar la calidad de vida y la situación de salud de las personas, mediante la atención integral, intercultural de salud, gestión participativa y control social de la salud. Este nivel está conformado por la atención en centros de salud sin cama.

Los establecimientos de primer nivel se encuentran conformado de la siguiente manera:

- **PUESTO DE SALUD**, es un establecimiento de salud que pertenece a la red funcional de servicios de salud del área rural donde se atienden las necesidades básicas de salud. Entre sus funciones se encuentra: la prestación de servicios de atención integral de salud; desarrollo del proceso de la gestión participativa y control social en salud.
- **CENTRO DE SALUD CON INTERNACION**, es el establecimiento de salud ubicado en el área rural, con una población aproximada de 1.000 a 10.000 habitantes. Sus funciones están orientadas a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación.
- **CENTRO DE SALUD AMBULATORIO**, estos establecimientos se encuentran en el área urbana con una población de 10.000 a 20.000 habitantes con personal médico calificado. Entre sus funciones están orientadas a la promoción, prevención, diagnóstico tratamiento de la enfermedad y rehabilitación.
- **CENTRO DE SALUD INTEGRAL**, es el establecimiento de salud con mayor capacidad, es el eje central de la red municipal, tiene un equipo de salud que proporciona atención integral, ambulatoria e internación a familias y comunidades con un enfoque intercultural.



- *EQUIPOS MOVILES*, son equipos multidisciplinarios que desarrollan actividades itinerantes de promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades en comunidades de escasa accesibilidad a servicios de salud.
- *POLICLÍNICO*, es el establecimiento de primer nivel, dependiente de las cajas de salud de los seguros de corto plazo, proporcionan atención integral ambulatoria en medicina general y de especialidades a los afiliados.

**Segundo Nivel**, la atención integral está dirigida desde la promoción de la salud, y prevención de una emergencia de salud pública, debido a que cumple con la atención de consulta externa, emergencias y hospitalización en servicios de medicina general, odontología, ginecología, cirugía general, pediatría y otras especialidades; cuenta con unidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento, presta servicios las 24 hrs. Se articula con la atención de primer y tercer nivel

**Tercer Nivel**, es la instancia conformada por hospitales e institutos con mayor capacidad, ofrece servicios ambulatorios y de hospitalización en especialidades y subespecialidades; se articula con el primer nivel (casos de emergencia), con el segundo nivel y la medicina tradicional.

**ESQUEMA N°6: ESTRUCTURA DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN EN BOLIVIA**



*Fuente: Ministerio de Salud*  
*Elaboración: Propia*

### **3.2. PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD**

En el *Gráfico N°1* durante la Economía de Mercado, la programación del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud presenta un comportamiento cíclico, alcanza un total acumulado de Bs2.543 millones, un promedio de Bs423 millones, en el 2002 registra un máximo de Bs483 millones y desciende a Bs331 millones para la gestión 2005 el mínimo programado del periodo (*Ver Anexos N°1 y 2*).

La ejecución del Presupuesto de Inversión Pública registra un acumulado de Bs2.059 millones, un promedio de Bs343 millones, en la gestión 2002 el máximo ejecutado es Bs.375 millones y un mínimo en el 2003 de Bs286 millones, el porcentaje de ejecución promedio alcanza el 82% (*Ver Anexos N°1 y 2*).

En el 2000 se observa una ejecución presupuestaria del 91% la segunda mayor en el primer periodo, este comportamiento debido a la dinamización de la economía por parte del gobierno e instruye el seguimiento de la ejecución en los proyectos de inversión pública, los recursos son enfocados a la construcción y equipamiento de hospitales<sup>96</sup>.

A partir de la gestión 2001 Bolivia se beneficia con recursos provenientes de la iniciativa HIPC II, los cuales se emplean para financiar el déficit acumulado de recursos humanos en el Sector Salud a través de la creación del Fondo Solidario Municipal (FSM), además de ser distribuidos bajo criterios de población y pobreza<sup>97</sup>.

En el 2002 registra la máxima programación y ejecución, responde a una programación del 50% de la Inversión Pública, al sector social (Salud, Educación, Saneamiento y Vivienda), a través de una mejor y mayor asignación de recursos económicos<sup>98</sup>, se implementan programas orientados a salud materno infantil, prevención, tratamiento de

---

<sup>96</sup> UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2000). *Informe Económico Social*. Pág. 32

<sup>97</sup> UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS (UDAPE). (2002). *Inversión Social en la Niñez y Adolescencia*. Pag.20

<sup>98</sup> UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS (UDAPE). (2002). *Evaluación de la Economía*. Pág. 40

enfermedades endémicas (Chagas, Malaria Tuberculosis), y la ampliación del Seguro Básico de Salud (SBS) al Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)<sup>99</sup>.

La agudización de la crisis económica entre 2001 y 2003, implica la reducción de la inversión pública y la consecuente disminución de la participación del sector social<sup>100</sup>, el mínimo ejecutado en la gestión 2003 de Bs286 millones se atribuye al retraso en la aprobación del PGN, la promulgación de la nueva Ley de Organización del Poder Ejecutivo, los conflictos sociales y el recorte de gastos en inversión del Sector Salud dando prioridad al sector infraestructura<sup>101</sup>.

La mínima programación en el 2005 de Bs331 millones se explica por el cambio de prioridades de inversión a favor de otros sectores, principalmente en infraestructura y el máximo porcentaje de ejecución de 102% explicado por la reprogramación de los recursos de la gestión anterior se concluye en el 2005 con una ejecución por encima de la asignación presupuestaria.

La ejecución del 102% en 2005 destaca los proyectos de: Salud Materno Infantil cuyo objetivo es incrementar la cobertura y prestaciones orientadas a las madres, cuarto control prenatal; Reducción de Inequidades en Salud con el objetivo de contribuir a disminuir las tasas de morbilidad materno infantil por enfermedades prevenibles y evitables en los grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad social<sup>102</sup>.

---

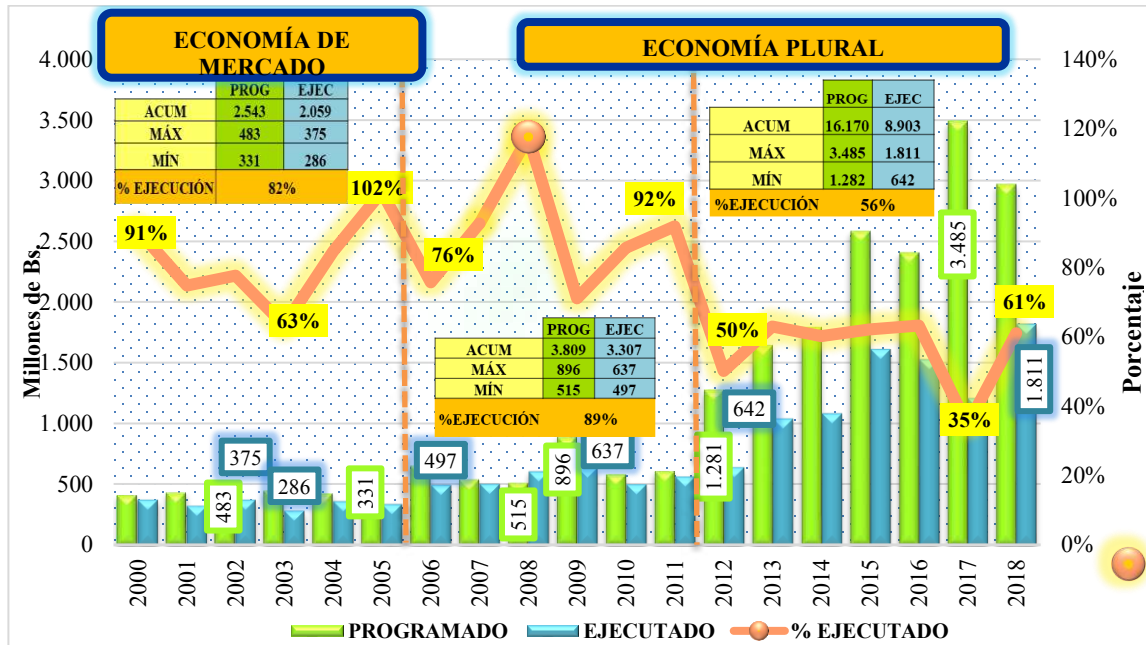
<sup>99</sup>UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS (UDAPE). (2002). *Evaluación de la Economía*. Pág.72

<sup>100</sup>PAZ, V. (2006). *El Financiamiento del Desarrollo en Bolivia*. Pág. 16-17

<sup>101</sup>UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS (UDAPE). (2004). *Evaluación de la Economía 2003*. Pág. 41

<sup>102</sup>UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS (UDAPE). (2006). *Evaluación de la Economía 2005*. Pág. 57

**GRÁFICO N° 1: PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DE BOLIVIA; 2000 - 2018**  
(Millones de Bs y Porcentaje)



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo MPD-VIPFE (2000-2018)

Elaboración: Propia

En el periodo de Economía Plural persiste un comportamiento cíclico en la programación de Inversión Pública en el Sector Salud, durante la etapa de 2006–2011 registra un acumulado de Bs3.809 millones, un promedio Bs634 millones, en el 2008 presenta el mínimo programado de Bs515 millones que asciende para la gestión 2009 con Bs896 millones que representa el máximo programado.

La ejecución del Presupuesto de Inversión Pública alcanza un acumulado de Bs3.307 millones, un promedio de Bs551 millones, en la gestión 2006 registra el mínimo ejecutado de Bs497 millones, para la gestión 2009 un máximo acumulado de Bs637 millones (Ver Anexos N°1 y 2).

En las gestiones 2012-2018 el acumulado programado es de Bs16.170 millones, un promedio de Bs2.310 millones, el 2012 registra un mínimo programado de Bs1.281 millones y tiene un incremento para la gestión 2017 de Bs3.485 millones que representa

la máxima programación. La ejecución del Presupuesto de Inversión Pública alcanza un acumulado de Bs8.903 millones con un promedio de Bs1.271 millones, en el 2012 se registra un mínimo ejecutado de Bs642 millones y un máximo en la gestión 2018 de Bs1.811 millones (*Ver Anexos N°1 y 2*).

El promedio del porcentaje ejecutado respecto al programado alcanza un 89% durante las gestiones 2006 - 2011, este porcentaje desciende en la segunda etapa de 2012 - 2018 y registra un promedio de ejecución de 56% (*Ver Anexo N°2*).

A partir del 2006 el Presupuesto de Inversión Pública en salud incrementa explicado por el contexto externo favorable que permite el incremento de las exportaciones bolivianas como resultado de la nacionalización, donde el IDH permite generar mayores ingresos y un manejo adecuado y prudente de la política fiscal<sup>103</sup>.

La máxima ejecución de Bs637 millones en el 2009 se atribuye a la ampliación de la cobertura de servicios de salud, fortalecimiento del sistema de salud, la promoción de salud oral, equipamiento de centros de salud, hospitales y postas sanitarias, implementación del Bono Juana Azurduy y las transferencias para el Seguro Universal Materno Infantil, con el objetivo de garantizar y mejorar los servicios en salud<sup>104</sup>.

En la gestión 2010 la programación de Bs585 millones atribuible a la disminución de los ingresos por impuestos tributarios, una disminución del 35% de la recaudación de la renta hidrocarburífera (IDH y Regalías), a causa de la reducción de los precios internacionales y de la producción de los hidrocarburos<sup>105</sup>. Los sectores con mayores asignaciones son: productivo, infraestructura y educación, se efectúa para el Sector Salud una inversión poco significativa en la gestión por la afectación de la reducción de los montos programados en el sector.

---

<sup>103</sup> MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. 2006. *Informe Económico y Social primer Semestre 2006 y Perspectivas*. Pág. 3

<sup>104</sup> MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2009). *Memoria Fiscal*. Pág.108-109

<sup>105</sup> FUNDACIÓN JUBILEO. (2010). *Análisis del Presupuesto General del Estado 2010. Reporte de coyuntura N.º 9*. Pág. 2-4

El mínimo programado en el 2012 de Bs1.281 millones se debe a la disminución de los ingresos por renta de hidrocarburos y a su vez los recursos fueron destinados principalmente a los sectores estratégicos generadores de excedente: hidrocarburos, electricidad, minería e infraestructura y deja al Sector Salud con una menor asignación de recursos.

En la gestión 2013 existe un incremento significativo en el Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud debido al favorable contexto de la economía, donde Bolivia alcanza el punto más alto de crecimiento al 6,5%, por el incremento de la demanda interna<sup>106</sup>.

Durante el 2015 y 2017, la programación del Presupuesto de Inversión Pública se acrecenta de Bs2.583 millones a Bs3.485 millones respectivamente, explicado por una mayor inversión de las instituciones descentralizadas la Administradora Boliviana de Carreteras - ABC, del nivel central y de las empresas públicas por Yacimientos Petrolíferos Fiscales Bolivianos -YPFB<sup>107</sup>.

Durante el 2015 se asigna mayores recursos al Sector Salud, que responde a la implementación del nuevo “Plan de Hospitales para Bolivia”, con la finalidad de fortalecer la atención en salud de la población en el ámbito general y especializado a través de la construcción de 46 hospitales a nivel nacional.

En el 2017 se registra el máximo programado durante las gestiones 2012-2018 sustentado por un incremento de los ingresos por hidrocarburos, tributarios y la continuidad del Plan de hospitales que se implementa el 2015, en la misma gestión se registra el mínimo porcentaje de ejecución de 35% fundamentado por la culminación de las edificaciones y el equipamiento del Hospital Manuel Ascencio en Cochabamba y la primera fase del

---

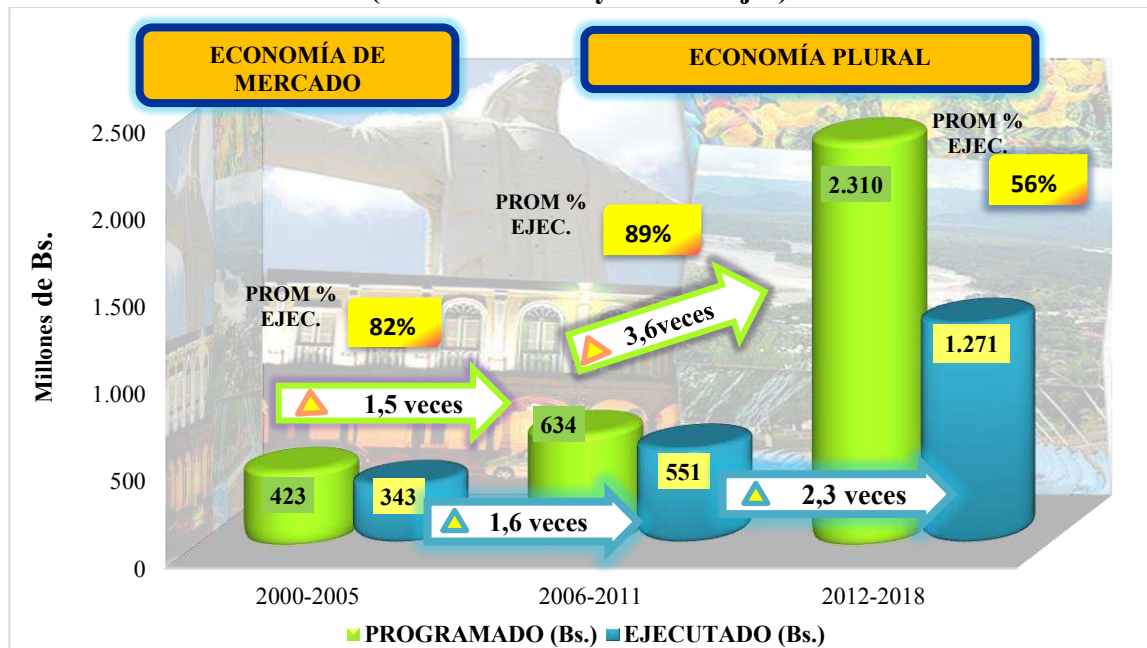
<sup>106</sup> MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2014). *Año Histórico; la economía de Bolivia crece 6,5% en 2013*. Pág. 3-4

<sup>107</sup> FUNDACIÓN JUBILEO. (2012). *Análisis del Presupuesto General del Estado*. Pág. 5

Hospital de tercer nivel de Oruro<sup>108</sup>, además de los conflictos suscitados entre el gobierno central y los sector médico.

La inversión efectuada en la Economía Plural permite la edificación de infraestructura hospitalaria, entre las que se destacan son: Const. Hospital de Villa Tunari (2015); Hospital Materno Infantil- Tarija (2014); Const. Hospital Santa Cruz (2015); Const. Hospital en Potosí; Const. Hospital de el Alto (2015); Oncológico de Cochabamba (2016); Hospital de Montero (2018) (Ver Anexo N° 14).

**GRÁFICO N° 2: COMPARACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DE BOLIVIA; 2000-2018**  
(Millones de Bs. y Porcentajes)



**Fuente:** Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo MDP-VIPFE (2000-2018)  
**Elaboración:** Propia

En el Gráfico N° 2 se observa la comparación de la programación y ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud, se evidencia en la Economía de

<sup>108</sup> MINISTERIO DE SALUD. (2017). Entregan la Primera Fase del Hospital de Tercer Nivel “Oruro Corea”

Mercado la programación promedio alcanza Bs423 millones y la ejecución promedio de Bs343 millones representa el 82% de ejecución presupuestaria.

En la Economía Plural, de 2006-2011 la programación promedio es de Bs634 millones y una ejecución promedio de Bs551 millones, el porcentaje de ejecución representa el 89%, en las gestiones 2012-2018 la programación promedio es de Bs2.310 millones y Bs1.271 millones de ejecución promedio que representa el 56% de ejecución respecto a la programación (*Ver Anexo N° 2*).

En la comparación de ambos periodos, se evidencia que el presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud en la Economía de Mercado tiene un incremento significativo en la programación de 1,5 veces y la ejecución alcanza un incremento de 1,6 veces; en el periodo de Economía Plural la programación y ejecución tiene un incremento de 3,6 veces y 2,3 veces respectivamente.

Las políticas planteadas en el Plan General de Desarrollo Económico Social con el objetivo de reducir las disparidades en condiciones y acceso a la salud y el Plan Nacional de Desarrollo propone el acceso universal de salud, mediante la promoción y libre de exclusión en Salud, no cumplen a causa de la ineficiencia de ejecución del presupuesto de Inversión Pública en el sector.

En ambos periodos se presenta una menor ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud, donde la programación prevalece a la ejecución presupuestaria, existe un quiebre paradigmático de la fase de ejecución del Ciclo de Vida del Proyecto, planteado por los autores Nassir Sapag Chain y 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 TIPO DE INVERSIÓN EN EL SECTOR SALUD**

En el *Gráfico N°3* durante la Economía de Mercado se evidencia la ejecución de los proyectos capitalizables presentan un comportamiento cíclico descendente, con un acumulado de Bs1.234 millones, una participación de 59%, en el 2003 la mínima



ejecución de Bs87 millones asciende a Bs323 millones en el 2004 registra la máxima ejecución del periodo (*Ver Anexos N° 3 y 4*).

Los proyectos no capitalizables presentan una tendencia relativamente constante, con un acumulado de Bs826 millones y con una participación de 41%, en el 2002 registra su máxima ejecución de Bs208 millones y desciende en el 2005 a Bs27 millones. (*Ver Anexos N° 3 y 4*).

Se evidencia una mayor ejecución de inversión no capitalizables durante las gestiones 2000-2003 debido a la priorización de proyectos que contribuyen a la reducción de las tasas de mortalidad materno infantil y mejorar el control de las principales enfermedades transmisibles (Chagas, malaria y tuberculosis)<sup>109</sup>.

En el 2002 la máxima ejecución de proyectos no capitalizables se atribuye a que los proyectos fueron direccionados a ampliación y cobertura del Seguro Básico de Salud, el fortalecimiento del Escudo Epidemiológico, la continuidad a los procesos de capacitación del personal de salud y el inicio de la reforma de la seguridad social<sup>110</sup>.

Los proyectos en prestación de servicios en atención de parto institucional y el cuarto control prenatal también tuvieron relevancia<sup>111</sup>, como resultado de políticas implementadas a la orientación e información a las mujeres sobre el derecho a la maternidad segura.

Los principales avances que se realizaron en cuanto a las políticas se centraron en la continuidad del Seguro Básico de Salud dentro de esta se encuentra el inicio del Seguro Universal Materno Infantil con el objetivo de incrementar el acceso a los servicios de salud para madres y niños menores de cinco años y el reforzamiento del Escudo

---

<sup>109</sup> UNIDADES DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2002). *Evaluación Económica 2001*. Pág. 28

<sup>110</sup> UNIDADES DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2002). *Evaluación Económica 2001*. Pág. 76

<sup>111</sup> UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2002). *Evaluación Económica 2001*. Pág. 76

Epidemiológico que presentaron mejoras en las campañas de vacunación con la finalidad de mejorar la atención integral a los menores en los servicios de salud<sup>112</sup>.

Los principales proyectos no capitalizables que se ejecutaron en el primer periodo son: Proyecto de Salud Integral, Proyecto de vigilancia y Control de Chagas en Bolivia (2000); Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Proyecto de Salud Integral (2001); Fortalecimiento de la red de Salud en Santa Cruz, Control epidemiológico y apoyo a la Reforma de Salud (2002); Desarrollo del Sector Salud en Beni, (2003); Programa de atención niños y niñas Fase II, Desarrollo Plan de Emergencia lucha contra la pobreza (2004-2005) (*Ver Anexo N° 14*).

La ejecución de proyectos capitalizables registra su mínima ejecución en el 2003 atribuible a que los proyectos están direccionados al control de las enfermedades transmisibles, se suma también que en dicha gestión el presupuesto asignado<sup>113</sup> es reducida al sector social los cuales se destinaron para la ejecución de proyectos en construcción y equipamiento de infraestructura en salud.

En la gestión 2004 se evidencia un incremento en la ejecución de proyectos capitalizables y registra su máxima ejecución de Bs323 millones atribuible a la construcción del hospital Materno Infantil en Cochabamba, así mismo en Santa Cruz la construcción y equipamiento del Instituto Maternológico Percy Boland, el Hospital de Niños Mario Ortiz Suarez y la ampliación del Hospital Materno Infantil Roberto Galindo en Cobija<sup>114</sup>.

Los proyectos que sobresalen del tipo capitalizables para este periodo son: Construcción Hospital Materno Infantil de Cochabamba, Construcción Hospital de Montero, Ampliación de Hospital Tres Plantas Santa Cruz, Adquisición Centro Oncológico Cochabamba, Construcción y Equipamiento Hospital San Juan de Dios en Camargo,

---

<sup>112</sup> UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2002). *Evaluación Económica 2001*. Pág. 72

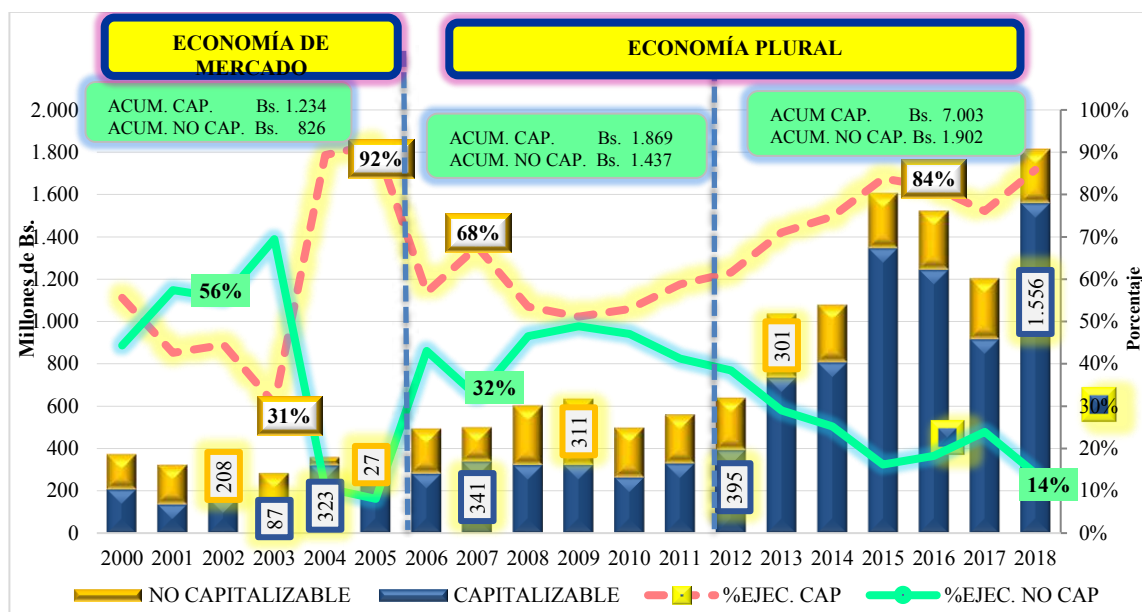
<sup>113</sup> UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2004). *Evaluación Económica 2003*. Pág. 41

<sup>114</sup> UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2008). *Inversión Social en la niñez y adolescencia*. Pág. 33

Construcción Área de Cirugía y UTI en Trinidad, Construcción Hospital de Riberalta, Implementación y Refuncionalización y modernización de Hospital Obrero en Tarija (Ver Anexo N° 15).

### GRÁFICO N° 3: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE INVERSIÓN DEL SECTOR SALUD DE BOLIVIA; 2000 - 2018

(En Millones de Bs. y Porcentaje)



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo MDP-VIPFE (2000-2018)  
Elaboración: Propia

En Gráfico N°3 en el periodo de Economía Plural de 2006-2011 los proyectos capitalizables registran un acumulado de Bs1.869 millones y una participación del 57%, que asciende para las gestiones de 2012-2018 a un acumulado de Bs7.003 millones que representa el 76%. Los proyectos no capitalizables presentan un comportamiento relativamente constante durante el periodo de 2006-2011, registran un acumulado de Bs1.437 millones con una participación del 43%, se evidencia un incremento poco significativo durante las gestiones de 2012-2018 de Bs1.902 millones y una reducción en la participación que representa el 24% (Ver Anexos N° 3 y 4).

A partir del 2006 se evidencia un incremento en la ejecución de proyectos capitalizables está en constante ascenso, debido a la priorización de proyectos en construcción de

infraestructura que contribuyen y mejoran la formación de capital físico, a partir de la implementación de políticas dirigidas al fortalecimiento de las redes de salud.

La máxima ejecución en proyectos capitalizables en el 2007 de Bs341 millones permite la construcción del Hospital de Santa Cruz, Hospital de Cobija y el Hospital de Entre Ríos.

Los proyectos destacados del tipo capitalizable son: el Hospital de Santa Cruz, Hospital el Alto, Hospital de Riberalta, Hospital San Juan de Dios, Hospital del Norte- El Alto, Hospital 1ro de Mayo, Hospital Materno Infantil-Tarija (*Ver Anexo N°15*).

En el 2009 los proyectos no capitalizables registran su máxima ejecución de Bs311 millones esto se atribuye al inicio del programa Bono Juana Azurduy<sup>115</sup> con el objetivo de garantizar una maternidad segura y el desarrollo integral de la población infantil para disminuir la mortalidad materna e infantil. En el 2012 se destaca la dotación de ambulancias para el Sistema de emergencias a nivel nacional, el equipamiento de hospitales de tercer nivel de La Paz, Hospital de el Alto y el Hospital Villa 1° de mayo.

En el 2014 se instaura el Servicio Integral de Salud que reemplazo al Seguro Universal Materno Infantil con este nuevo servicio se amplía la atención a adultos mayores y personas con discapacidad, y no solo a madres, niñas y niños; en la misma gestión se incrementa el apoyo y atención integral del VIH/SIDA, y el control de la tuberculosis<sup>116</sup>.

La ejecución de Bs1.345 millones en proyectos capitalizables se explica por la implementación del Plan de Hospitales Para Bolivia, con el objetivo de fortalecer las redes de salud. Durante las gestiones 2015-2017 se da continuidad a los programas y proyectos como: desnutrición cero, programa nacional de salud renal, la implementación del subsidio universal prenatal, complemento alimentario para el adulto mayor, así<sup>117</sup> así

---

<sup>115</sup> DECRETO SUPREMO N° 0066. (abril de 2009). *Bono Juana Azurduy*. Art. 1, 2

<sup>116</sup> MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2014). *Memoria de la Economía Boliviana*. Pág. 190

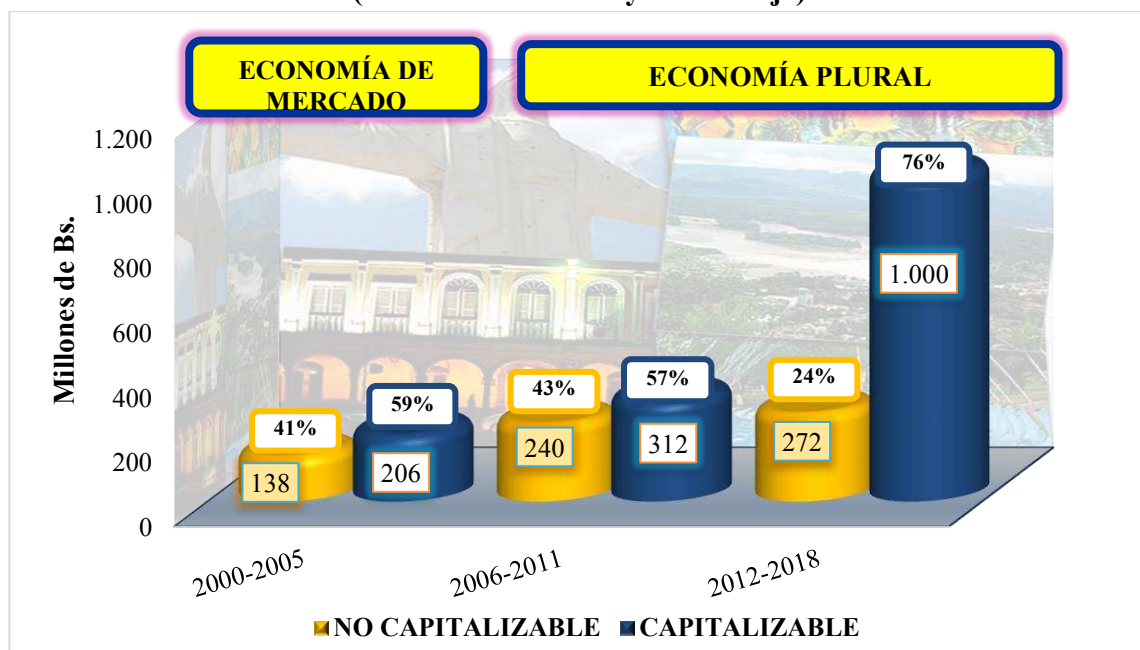
<sup>117</sup> MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2015-2017). *Memoria de la Economía Boliviana*. Pág. 156-215

mismo la continuidad de la Brigada Médica Cubana y el programa de operación milagro que brinda atención médica especializada en distintas áreas de salud.

Entre los proyectos más importantes del tipo no capitalizables son: la Atención Madre Niño, Atención Primaria en Salud, Epidemiología, Planificación, Educación para la Salud y Seguridad Alimentaria.

Existe una mayor ejecución de proyectos capitalizables, se evidencia que los proyectos del tipo no capitalizables presentan bajos niveles ejecución y deja de lado los proyectos que coadyuvan a la mejora del capital humano, social cultural y/o medio ambiental.

**GRÁFICO N° 4: COMPARACIÓN PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE INVERSIÓN EN EL SECTOR SALUD DE BOLIVIA; 2000 - 2018**  
(En Millones de Bs. y Porcentaje)



**Fuente:** Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo MPD-VIPFE (2000-2018)

**Elaboración:** Propia

En el Gráfico N°4 en la Economía de Mercado la ejecución promedio de los proyectos capitalizables es de Bs206 millones y asciende para las gestiones 2006 - 2011 a Bs312

millones con un incremento de 1,5 veces y en las gestiones 2012 - 2018 incrementa en 3,2 veces que es igual a una ejecución promedio Bs1.000 millones.

Para los proyectos no capitalizables registra una ejecución promedio de Bs138 millones durante la Economía de Mercado e incrementa a Bs240 millones en la Economía Plural de las gestiones 2006-2011 y de Bs272 millones para las gestiones 2012-2018 con un crecimiento de 1,7 y 1 vez respectivamente.

Se evidencia que en ambos periodos existe una mayor participación de los proyectos capitalizables, priorizando la ejecución de proyectos en construcción y equipamiento de infraestructura de salud, frente a la ejecución de los proyectos no capitalizables que están dirigidos a reforzar y mejorar la capacidad de capital humano, que presentan una menor participación.

Se cumplen parcialmente con las políticas planteadas en el PGDES y PND con el objetivo de *reducir las disparidades en las condiciones y el acceso a la salud*, por la existencia de una mayor ejecución en el segundo periodo en proyectos de construcción de infraestructura, los proyectos dirigidos a la atención integral, planificación y prevención, epidemiología, educación en salud presentan un leve incremento en la ejecución de estos proyectos en el segundo periodo.

Cumple con la teoría que plantea Ricardo Cibotti y Enrique Sierra, el Estado a través de la acción de acumulación contribuye con la formación de instalaciones y equipos necesarios para la prestación de servicios como la construcción y equipamiento de hospitales.

### **3.4 EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO EN EL SECTOR SALUD**

Según el Clasificador Presupuestario de Sectores Económicos se identifican subsectores del Sector Salud que son: Infraestructura de Salud, Planificación y prevención, Atención en Salud, Multiprograma, Investigación y Otros Salud.

En el Esquema N°4 se observa el Clasificador Económico del Sector Salud, compuesto de la siguiente manera<sup>118</sup>:

**CUADRO N° 2: CLASIFICADOR PRESUPUESTARIO DE SECTORES ECONÓMICOS – SECTOR SALUD**

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

<sup>118</sup> MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2018). *Clasificadores Presupuestarios*  
Pág. 130-141

<b>8</b>	<b>5</b>		<b>OTROS SALUD</b>	<b>OTSLD</b>
8	5	1	OTROS	OTR07
<b>8</b>	<b>6</b>		<b>TELESALUD</b>	<b>TELES</b>
8	6	1	TELESALUD	TELES01
<b>8</b>	<b>7</b>		<b>INVESTIGACIÓN SALUD</b>	<b>INVS</b>
8	7	1	INVESTIGACIÓN SALUD	INVS01

*Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas Públicas-Clasificador Presupuestario 2018*

*Elaboración: Propia*

En el *Gráfico N° 5* durante la Economía de Mercado se observa una mayor ejecución en los proyectos de Prevención y Planificación con un acumulado de Bs760 millones, los proyectos de Multiprograma representan Bs572 millones, seguido por la ejecución de los proyectos de Infraestructura con un acumulado de Bs508 millones y por último la ejecución de los proyectos de Seguridad Social con una ejecución acumulada de Bs219 millones (*Ver Anexo N° 7*).

En el 2000 se evidencia el máximo de la ejecución en el tipo de proyecto de infraestructura de Bs163 millones que desciende para la gestión 2003 con una ejecución de Bs24 millones; en el tipo de proyecto Prevención y Planificación para la misma gestión presenta la ejecución mínima de Bs83 millones y la máxima ejecución se registra en el 2005 con Bs196 millones. El proyecto de Multiprograma y otros alcanza una ejecución máxima de Bs144 millones en la gestión 2003 y la mínima ejecución en el 2005 con Bs50 millones (*Ver Anexo N° 6*).

A partir del 2002 el gobierno nacional prioriza como parte de la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP) la alineación de políticas y programas orientadas al cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio, iniciándose con el apoyo a la ampliación de los servicios de salud; entre ellos el Seguro Universal Materno Infantil orientado a la prestación de servicios integrales y gratuitos para las mujeres en estado de



gestación desde el inicio hasta los seis meses posteriores y niños hasta los cinco años de edad<sup>119</sup>.

El programa EXTENSA tiene por objeto la extensión de las coberturas de salud focalizadas en áreas rurales, a través de equipos en Brigadas Integrales de Salud y agentes Comunitarios de Salud; el Escudo epidemiológico que controla y reduce la incidencia de las principales enfermedades transmisibles se compone de control, prevención y tratamiento de Chagas, Malaria y Tuberculosis; protección especial a la niñez que se plantea como una norma de protección integral a la niñez y adolescencia en respeto de sus derechos en materia de salud y educación<sup>120</sup>.

Se destaca la máxima ejecución de los proyectos en Planificación y Prevención en el 2005 y el mínimo ejecutado del proyecto de Infraestructura responde que a partir de la gestión 2003 el Sector Salud da continuidad a la implementación de políticas, principalmente están centradas en dos pilares: aseguramiento público, control y prevención de enfermedades transmisibles con el objetivo de proteger la salud de la población.<sup>121</sup> En el 2005 se implementa el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) como plan de acciones inmediatas, mediante la vacunación de niños menores y campañas focalizadas en municipios con bajas coberturas en servicios de salud<sup>122</sup>.

Entre los proyectos con mayor ejecución presupuestaria durante el periodo de Economía de Mercado en el Sector Salud son: (*Ver Anexo N°15*):

**Infraestructura:** Equipamiento de Postas Sanitarias, Centros Médicos y Hospitales en La Paz con Bs19 millones (2001); Ampliación de Hospital Tres Plantas-Santa Cruz con Bs14

---

<sup>119</sup> UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2002). *Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2do Informe*. Pág. 21-22

<sup>120</sup> UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2002). *Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2do Informe*. Pág. 23

<sup>121</sup> UNIDAD DE POLÍTICAS DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2004). *Evaluación de la Economía 2003*. Pág. 83

<sup>122</sup> UNIDAD DE POLÍTICAS DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2005). *Evaluación de la Economía y Perspectivas 2005-2006*. Pág. 44

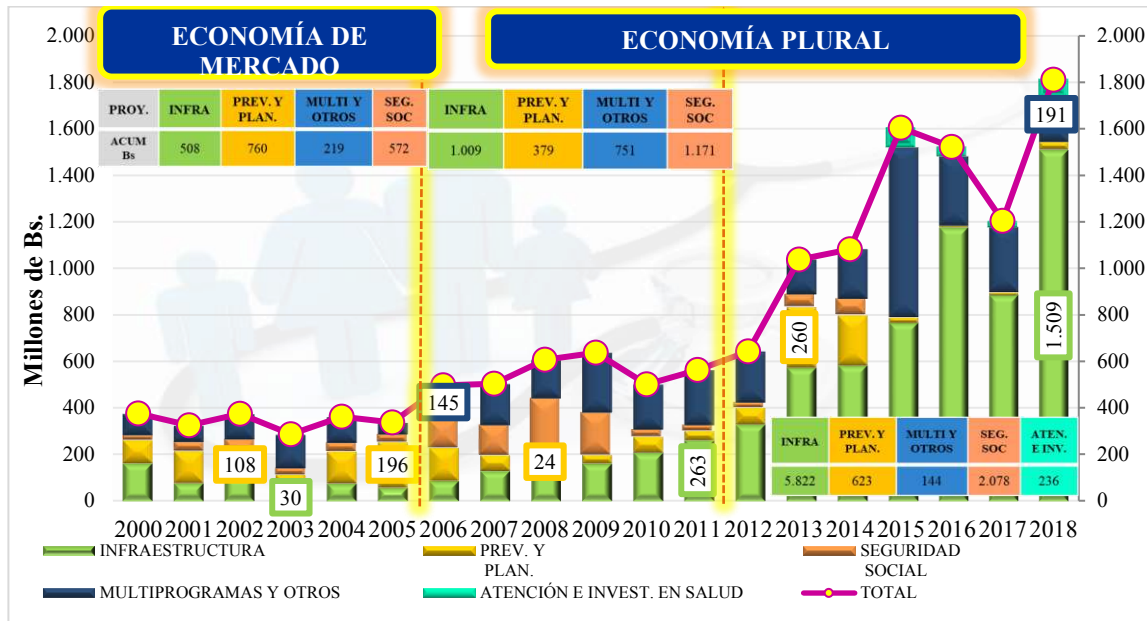
millones (2002); Equipamiento del Hospital San Juan de Dios – Tarija con Bs15 millones (2004); Construcción de Hospital- Riberalta con Bs2 millones (2005).

***Planificación y Prevención en Salud:*** Proyecto de Salud Integral (2000) y el Proyecto para la Vigilancia y Control de Chagas-Bolivia ambos con Bs21 millones (2001); Fortalecimiento a la Red de Salud-Santa Cruz con Bs7 millones (2002); Desarrollo del Sector Salud-Beni con Bs7 millones (2003); Control Epidemiológico y Apoyo a la Reforma de Salud con Bs16 millones (2004); y Desarrollo de Plan de Emergencia lucha contra la Pobreza con Bs31 millones (2005).

***Salud y Seguridad Social:*** Estimación Municipal con un monto de ejecución de Bs22 millones (2000); Equipamiento Médico y de Laboratorio para Hospitales-Santa Cruz con Bs4 millones (2002); Construcción de Área de Cirugía y Utería-Trinidad con Bs.2 millones (2004); Construcción Centro Médico Integral-La Paz con Bs6 millones (2005).

***Multiprograma y Otros:*** Proyecto Integral de Servicios Básicos con un monto de ejecución de Bs29 millones (2000); Desarrollo Programa Reforma de Salud con Bs33 millones (2001); Programa de atención niños y niñas-Fase II con Bs5 millones (2004); Desarrollo Programa apoyo al sector de higiene y salud de Base con Bs7 millones (2005).

**GRÁFICO N° 5: DISTRIBUCIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO DEL SECTOR SALUD EN BOLIVIA; 2000-2018**  
(En Millones de Bs.)



*Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo MPD-VIPFE (2000-2018)*  
*Elaboración: Propia*

En el periodo de Economía Plural de 2006-2011 se observa la ejecución acumulada del Presupuesto de Inversión Pública por tipo de Proyecto en el Sector Salud se distribuye de la siguiente manera: Infraestructura con Bs1.009 millones, seguido de Multiprograma y Otros con Bs1.171 millones, Seguridad Social con Bs751 millones y por último el tipo de proyecto de Prevención y Planificación con Bs379 millones (Ver Anexo N° 7).

De 2006-2011 el tipo de proyecto de Prevención y Planificación presenta una disminución de la ejecución de Bs142 millones en el 2006 a Bs24 millones en 2008; el proyecto de Infraestructura presenta un incremento constante en la gestión 2006 presenta una ejecución mínima de Bs87 millones que asciende para el 2011 a Bs263 millones, el tipo de proyecto Seguridad Social el 2008 presenta una máxima ejecución de Bs261 millones y desciende para el 2011 a Bs25 millones, el proyecto de Multiprograma y Otros presentan

un comportamiento cíclico, en la gestión 2006 presenta una ejecución mínima de Bs145 millones y para el 2009 este asciende a Bs256 millones (*Ver Anexo N° 6*).

En el periodo 2012 - 2018 los diferentes proyectos presentan un similar comportamiento a pasadas gestiones, los proyectos en Infraestructura prevalece con una ejecución acumulada de Bs5.822 millones, Multiprograma y Otros con Bs2.078 millones, Prevención y Planificación con una ejecución de Bs623 millones, seguido de Atención e Investigación en salud con Bs236 millones y por último Seguridad Social con un acumulado de Bs144 millones (*Ver Anexo N°7*).

El tipo de proyecto de Infraestructura en la gestión 2012 registra su mínima ejecución de Bs330 millones que asciende a Bs1.509 millones en 2018, el proyecto de Multiprograma y Otros tiene una máxima ejecución en 2015 de Bs728 millones y disminuye a Bs191 millones para la gestión 2018, Planificación y Prevención con una máxima ejecución de Bs260 millones desciende Bs12 millones en el 2017 (*Ver Anexo N°6*).

A partir del 2006 se enmarca el objetivo de mejorar la cultura de salud integral y de calidad de vida a partir de la coordinación con otros sectores para incrementar el acceso de la población a salud y nutrición<sup>123</sup> a través de la implementación de políticas dirigidas a superar toda forma de exclusión mediante el fortalecimiento de las redes de salud y garantizar el acceso a la salud.

En las gestiones 2007 y 2008 las medidas del sector están orientadas a mejorar e incrementar el acceso a una salud de calidad y una mejor alimentación a través del Plan Desnutrición Cero con la finalidad de reducir el nivel de desnutrición de mujeres embarazadas y niños menos de cinco años<sup>124</sup>.

En el 2013 se realiza la dotación de aparatos y equipos terapéuticos a los establecimientos de salud de Beni, Santa Cruz y Pueblos Guaraníes que reciben nuevos equipos médicos,

---

<sup>123</sup> MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2007). *Memoria Fiscal*. Pág.95

<sup>124</sup> MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2008). *Memoria Fiscal*. Pág.120

también se realiza el equipamiento y mejoramiento del sistema de salud del municipio de El Alto, con la dotación de equipos para el Programa Nacional de Salud Renal<sup>125</sup>.

En la gestión 2015 se inicia dos tipos de proyecto que son “Atención Primaria en Salud e Investigación en salud”, con el objetivo de promover la investigación de enfermedades endémicas, medicina natural y tradicional. En la gestión 2016 se realiza la construcción y equipamiento del Instituto Oncológico de Cochabamba, la construcción de los hospitales de tercer nivel en Villa Tunari en Cochabamba, Montero, Trinidad y Oruro y el equipamiento del hospital de tercer nivel del norte de El Alto.

La máxima ejecución de Bs1.509 millones en el 2018 de proyectos de infraestructura está constituido por el inicio de la edificación y equipamiento del hospital de tercer nivel en Potosí, el equipamiento del bloque de oncohematología del Hospital del Niño en La Paz, la continuidad de la construcción del Hospital de el Alto<sup>126</sup> y la continuidad del Plan de Hospitales para Bolivia.

Los proyectos más representativos para este periodo son (*Ver Anexo N°15*):

**Infraestructura:** Construcción Hospital-Santa Cruz con una ejecución de Bs33 millones (2006); Construcción Polideportivo Olímpico Juegos Deportivos Bolivarianos-Sucre con Bs12 millones (2007); Construcción Hospital del Norte-Ciudad de el Alto con Bs10 millones (2009); Mejora de calidad de Atención de Red de Servicios de Salud-Municipio El Alto con Bs12 millones (2011).

**Planificación y Prevención de Salud:** Control Epidemiológico y apoyo a la Reforma de Salud con Bs45 millones (2006); Control Nacional de Tuberculosis con Bs3 millones (2008); Programa de Fortificación de Alimentos-Bolivia con Bs7 millones (2009); Control y Vigilancia de la Malaria-Nacional con Bs8 millones (2010); Control y Vigilancia de la Malaria-Nacional con Bs7 millones en el 2011.

---

<sup>125</sup> MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2013). *Memoria de la Economía Boliviana*. Pág. 169

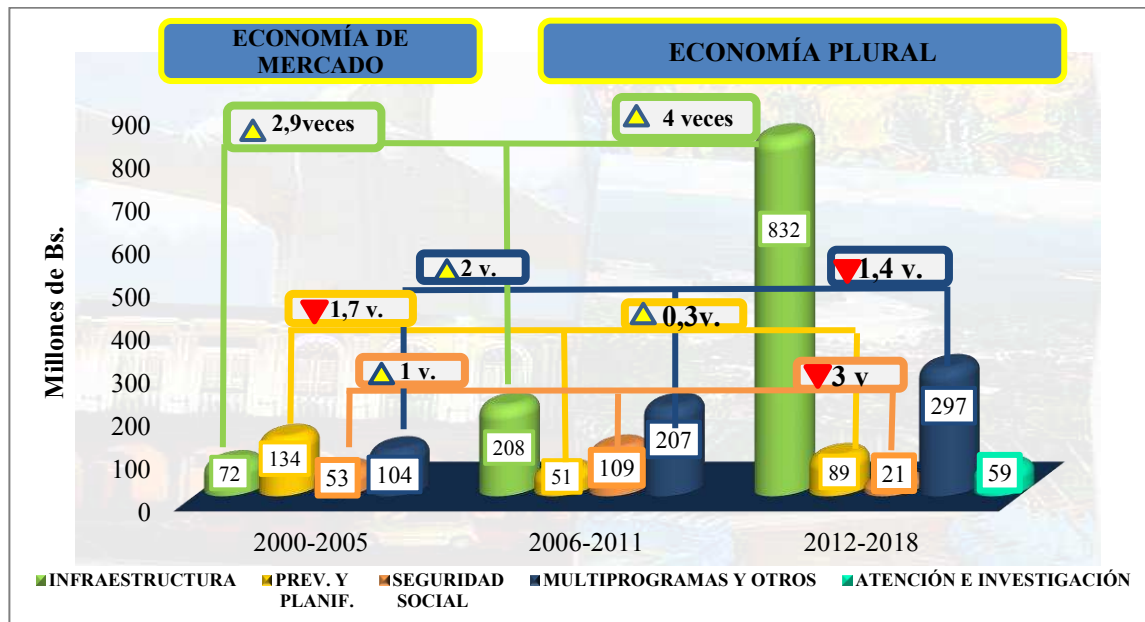
<sup>126</sup> MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2018). *Memoria de la Economía Boliviana*. Pág. 211

***Salud y Seguridad Social:*** Construcción de Centro de Salud Yacuiba con Bs4 millones (2011); Implementación y Equipamiento de Telesalud con Bs35 millones (2015); Equipamiento Hospital San Juan de Dios-Tarija con una ejecución de Bs7 millones (2016); Prevención de la salud oral con consultorios móviles con Bs15 millones (2017); Equipamiento Médico Ortopedia, Traumatología y Maxilofacial con Bs25 millones de ejecución (2018).

***Multiprograma y Otros:*** Programa Nacional de Nutrición con Bs12 millones (2011); Equipamiento a establecimientos de Salud en Beni, Sta. Cruz Bs19 millones (2013); Implementación y Equipamiento de Telesalud – Bolivia con Bs96 millones (2014); Equipamiento y Fortalecimiento Sanitario-Bolivia con Bs452 millones (2015); Programa Protección Social Madre-Niño (Bono Juana Azurduy) con Bs187 millones (2017).

***Investigación en Salud:*** Fortalecimiento Plataforma Chagas con una ejecución de Bs779 mil (2016); Investigación Farmacopea de Productos Tradicionales con Bs237 mil (2017); Investigación de plantas medicinales – Bolivia con Bs712 mil (2018) y el proyecto de Construcción Hospital Universitario – Cobija con una ejecución de Bs579 mil (2018).

**GRÁFICO N° 6: COMPARACIÓN PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO EN EL SECTOR SALUD DE BOLIVIA; 2000-2018 (Porcentaje)**



*Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo MPD-VIPFE (2000-2018)*  
*Elaboración: Propia*

El Gráfico N°6, muestra la comparación de la ejecución de los diferentes proyectos en el Sector Salud, se evidencia un mayor incremento de la ejecución promedio del proyecto de Infraestructura de Bs72 millones en la Economía de Mercado, un promedio de Bs208 millones en el periodo de 2006 - 2011 del periodo de Economía Plural representa un incremento de 2,9 veces, y para el periodo de 2012-2018 un incremento de 4 veces, con un promedio de Bs832 millones.

En relación al proyecto de Planificación y Prevención presenta una ejecución promedio en el primer periodo de Bs134 millones que desciende para las gestiones de 2006 - 2011 de Economía Plural a Bs51 millones y posteriormente para el 2012 - 2018 asciende a Bs89 millones. En el proyecto de Multiprograma y otros se evidencia un incremento del promedio de ejecución de Bs104 millones en la Economía de Mercado a Bs 207 millones de 2006-2011 y posteriormente incrementa a Bs297 millones para las gestiones de 2012-2018.

En el primer periodo el Plan General de Desarrollo Económico y Social (1997-2002) plantea la política *Formación y Salud Integral*, con el objetivo de mejorar la accesibilidad y satisfacción de los usuarios de los servicios de salud y garantizar de manera sustentable el acceso universal a múltiples prestadores de servicios de salud.

En el segundo periodo no cumple con la Constitución Política del Estado “*El Estado tiene la obligación de garantizar y sostener el derecho a la salud, priorizar la promoción de la salud y prevención de enfermedades*”, debido a la una disminución de ejecución en proyectos de planificación y prevención y seguridad social, siendo estos que coadyuvan a crear y mejorar el capital humano.

La distribución de los recursos en la asignación de los diferentes proyectos del Sector Salud es inequitativa, cumple parcialmente con las teorías de Mushkin “*para obtener el mayor estado de salud posible requiere el uso óptimo de los recursos para la atención de la enfermedad y la promoción de la salud*” y Casulo, Escobar, Luque y Proenza quienes señalan que “*la promoción y protección de la salud puede constituir la única solución posible a las necesidades de salud*”.

### **3.5. NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

En el *Gráfico N°7* en el periodo de Economía de Mercado, se observa el número de establecimientos de salud de Bolivia presentan un comportamiento creciente en la atención de primer y segundo nivel, a diferencia de los de tercer nivel que presenta un comportamiento constante.

En el primer periodo la atención de primer nivel registra un promedio de 2.365 establecimientos que prevalece ante el promedio de atención de segundo y tercer nivel de 149 y 52 establecimientos de salud respectivamente (*Ver Anexo N°11*).

En la gestión 2000 se tiene 1.984 establecimientos de atención de primer nivel que asciende a 2.630 en la gestión 2005, los de segundo nivel presentan 130 establecimientos y se implementan 52 nuevos establecimientos hasta 2005 que llega a 182 establecimientos



y los de tercer nivel en el 2000 tiene 48 establecimientos e incrementa a 58 en el 2005 (*Ver Anexo N°8*).

Los establecimientos de Primer Nivel<sup>127</sup> se encargan de la atención de la promoción, prevención, consulta ambulatoria y está conformado por la medicina tradicional y comprende los puestos de salud, centros de salud.

Los establecimientos de Segundo Nivel<sup>128</sup> se encargan de la atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las especialidades básicas (medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia, anestesiología) y comprende los hospitales básicos de apoyo.

Los establecimientos de Tercer Nivel<sup>129</sup> está constituido por la atención ambulatoria de especialidad, internación hospitalaria de especialidad y sub especialidad, los servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad y comprende los hospitales generales e institutos u hospitales de especialidades.

Entre los proyectos más relevantes en la gestión 2000 el Hospital Materno Infantil, Primera fase Centro Integrado Policonsultorio Regional La Paz, Hospital de Riberalta, ampliación del Hospital de Tres plantas de Santa Cruz y Equipamiento del Hospital Obrero en La Paz (*Ver Anexo N°15*).

Los proyectos más importantes de Segundo Nivel son el Hospital Boliviano Holandés, Maternológico German Urquidi, Viedma, San Juan de Dios, Roberto Galindo, de Tercer nivel se destaca el Hospital de la Mujer, Hospital del niño, Instituto Gastroenterológico, Psiquiátrico San Juan, Instituto Oncológico, Maternidad y Cenetrop. (*Ver Anexo N°13*).

---

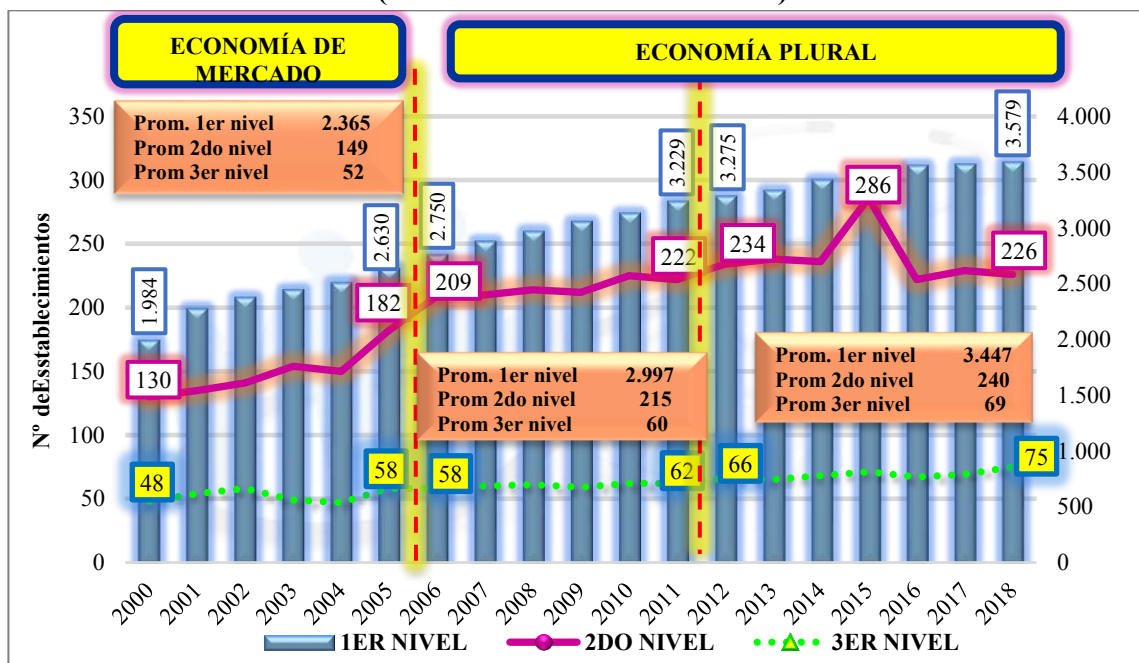
<sup>127</sup> MORALES, S. (2002). “*El Sistema de Salud Boliviano*”. Pág.2

<sup>128</sup> MORALES, S. (2002). “*El Sistema de Salud Boliviano*”. Pág.2

<sup>129</sup> MORALES, S. (2002). “*El Sistema de Salud Boliviano*”. Pág.2

## GRÁFICO N° 7: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN; 2000-2018

(Número de Establecimientos)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística - INE

Elaboración: Propia

Según el Gráfico N°7 en el periodo de Economía Plural se observa un comportamiento similar con relación a la Economía de Mercado con una tendencia creciente de los establecimientos de primer nivel de atención y un comportamiento relativamente constante en los de segundo y tercer nivel.

En el periodo de 2006 - 2011 el promedio de establecimientos de atención de primer nivel es de 2.997, los de segundo nivel presentan un promedio de 215 y en el tercer nivel de atención de 60 establecimientos promedio. De 2012-2018 el promedio de establecimientos de primer nivel es 3.447, de segundo nivel y tercer nivel de atención en promedio de 240 y 69 respectivamente (Ver Anexo N°9).

La atención de primer nivel en la gestión 2006 registra 2.750 establecimientos de salud con un permanente incremento hasta la gestión 2018 cuenta con 3.579 establecimientos, no pasa lo mismo con los establecimientos de segundo nivel, en la gestión 2006 cuenta

con 209 establecimientos que incrementa gradualmente hasta el 2015 con 286 establecimientos que disminuye para la gestión 2018 y cierra con 226 establecimientos. En la atención de tercer nivel el número de establecimientos de salud para la gestión 2006 es de 58 que asciende a 75 en el último año del periodo de estudio.

La Unidad de Análisis y Estudios Fiscales del Ministerio de Economía “Un gran culpable de la ralentización de la Inversión Pública en el país, no es el Gobierno Nacional, son los Gobiernos subnacionales (Gobernaciones y Municipios)<sup>130</sup>”, siendo una de las competencias de las gobernaciones la construcción de hospitales de tercer nivel, y dentro de las competencias de los municipios la construcción de centros de salud y hospitales de segundo nivel de atención.

A partir de la gestión 2015 se da inicio al “Plan de Hospitales para Bolivia” con la finalidad de fortalecer la atención médica de la población en el ámbito general y especializada. Dentro del plan de hospitales se planifica la construcción de 49 hospitales de los cuales 4 son de cuarto nivel, 12 de tercer nivel y 33 de segundo nivel, proyectos desde la construcción, equipamiento y puesta en marcha<sup>131</sup>.

Las gobernaciones departamentales y los municipios son responsables de la inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud, no se da la prioridad necesaria para el sector, además de una frágil institucionalidad con el nivel departamental para disponer de recursos humanos en la operación de las infraestructuras que cuentan con el equipamiento necesario<sup>132</sup>.

En el 2016 existe un déficit de funcionamiento en los establecimientos de segundo y tercer nivel que influye en el rendimiento de las obras debido a que no están siendo construidas en base a un estudio de patologías, se construyen centros hospitalarios sin tener en cuenta

---

<sup>130</sup> MIRA BOLIVIA. (2012). *Las Alcaldías y Gobernaciones no ejecutan su presupuesto*

<sup>131</sup> MINISTERIO DE SALUD. (2018). “*Conozca el Plan de Hospitales para Bolivia*”

<sup>132</sup> LAVANDENZ, F. SCHWAB, N. y STRAATMAN, H. (2001). *Redes Públicas, descentralizadas y comunitarias de Salud en Bolivia*. Pág. 183

las necesidades de la población, los establecimientos de segundo y tercer nivel no son debidamente distribuidos, equipados y con servicios adecuados<sup>133</sup>.

La gestión 2018 cierra con 3.880 establecimientos de salud donde los departamentos de La Paz, Cochabamba, Chuquisaca y Santa Cruz son los que cuentan con hospitales de tercer y cuarto nivel de atención, a diferencia de los departamentos de Tarija, Oruro, Potosí, Beni y Pando no cuentan con hospitales de cuarto nivel, y los establecimientos de tercer nivel son en un número reducido; además que el departamento de Pando solo cuenta con dos hospitales de segundo nivel (*Ver Anexo N°13*).

Los hospitales entregados hasta la gestión 2018 dentro del Plan de Hospitales son los siguientes: Hospital de Capinota-Cochabamba de 2do Nivel, Hospital de Riberalta-Beni de 2do Nivel, , Hospital de Colchaca de 2do Nivel, Hospital de San Buenaventura, Hospital Sacaba-Cochabamba de 2do Nivel, Hospital Manuel Ascencio Villarroel-Cochabamba de 3er nivel y Hospital de Oruro de 3er Nivel.

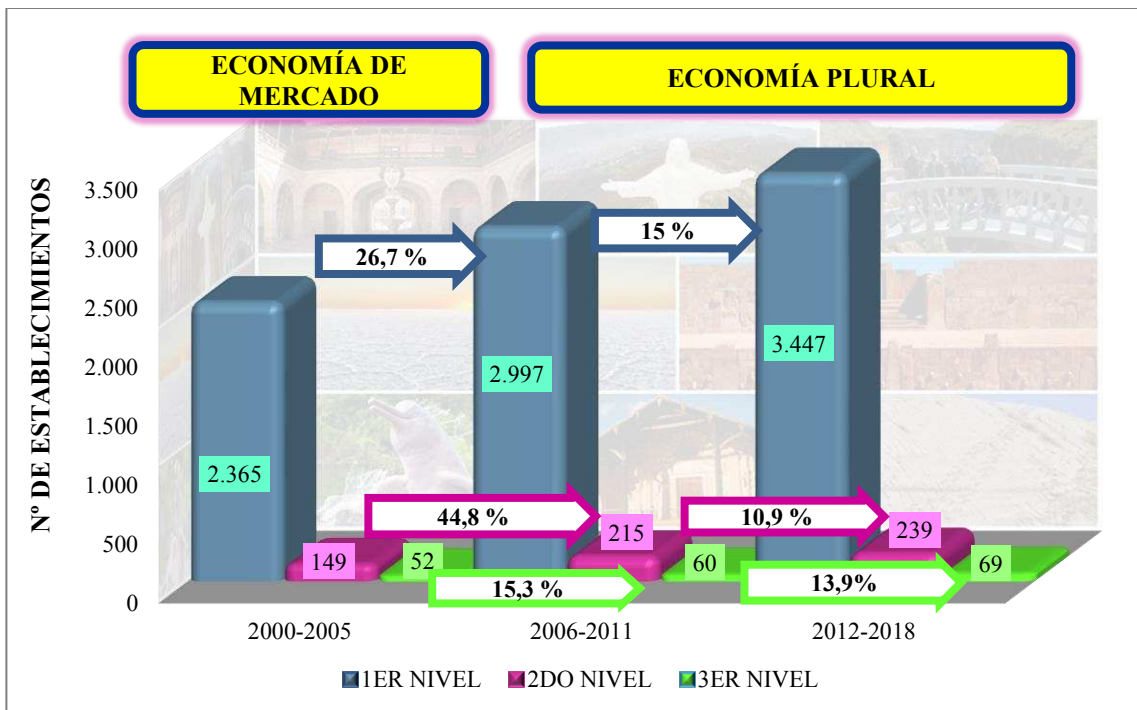
En la atención de segundo nivel se destacan los Hospitales: La Paz, La Merced, Cotahuma, Walther Khon, Los Pinos Hospital de Colcapirhua y en atención de tercer nivel se implementa el Banco de Sangre en Beni, Psicopedagógico, Hospital del Norte y el Gineco Obstétrico en Sucre (*Ver Anexo 14*).

---

<sup>133</sup> CONTACTO CONSTRUCCIÓN. (2017). *Los hospitales de Bolivia, precisan planificación y ejecución correcta*.

## GRÁFICO N° 8: COMPARACIÓN PROMEDIO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN; 2000-2018

(Número de Establecimientos y Porcentaje)



**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística - INE

**Elaboración:** Propia

En el Gráfico N°8 muestra la comparación de establecimientos de salud por nivel de atención, los de primer nivel presentan un incremento de la Economía de Mercado a la primera etapa de Economía Plural de 26,7%, es decir un promedio de 2.365 a 2.997, y en la segunda etapa de 2012-2018 registran un incremento de 15% con un promedio de 3.447 establecimientos.

Los establecimientos de segundo nivel registran un promedio de 149 durante la Economía de Mercado con un incremento de 44,8% en las gestiones de 2006-2011 con un promedio de 215 y en 2012-2018 un incremento de 10,9% con 239 establecimientos de salud. Los de tercer nivel en el primer periodo incrementa en 15,3% de un promedio de 52 a 60 establecimientos y de 2012-2018 con un promedio de 69 establecimientos representado por un incremento de 13,9%.

El Plan Nacional de Salud con la política de “Fortalecimiento de Redes de Salud” y el Plan Nacional de Desarrollo a través de la política de “Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud” relacionadas con el objetivo de mejorar el acceso a los servicios de salud mediante el fortalecimiento de las redes de salud, cumple parcialmente debido a la diferencia que existe entre el número de establecimientos de salud. Cumple parcialmente con la Ley N° 475 de Prestaciones de Servicios de Salud a objeto de establecer y regular la atención integral de salud.

Cumple con la teoría de Capital Humano planteada por Schultz donde señala que invertir en salud es invertir en capital humano, los equipos y servicios de salud contribuyen a la capacidad humana. La teoría planteada por Alberto Baly “*mayores niveles de inversión se refleja en la mejora de los indicadores de salud*” se cumple parcialmente a causa de que los establecimientos de primer nivel presentan un incremento notable a diferencia de los de segundo y tercer nivel que presentan un reducido incremento.

### **3.6. PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS CON ANEMIA**

En el *Gráfico N°9* se evidencia el comportamiento del porcentaje de mujeres embarazadas con anemia va en ascenso, en el primer periodo con un promedio de 35%, en la gestión 2000 se tiene un 34% que asciende y cierra el periodo con 35,7% en la gestión 2005 (*Ver Anexos N° 11 y 12*).

La anemia nutricional durante el embarazo es un problema de salud en los países de desarrollo, la dieta inadecuada y el bajo contenido de hierro son unos de los factores principales. La anemia en etapa de gestación está directamente asociada con el aumento de mortalidad materno- infantil y bajo peso al nacer<sup>134</sup>.

Entre los principales factores del padecimiento de anemia en mujeres embarazadas se encuentran los lugares de vivienda, las zonas rurales tienen mayor riesgo de desarrollar anemia nutricional en relación a mujeres que viven en las zonas urbanas a consecuencia

---

<sup>134</sup> CABEZAS, D. (2012). *Prevalencia de Anemia Nutricional en el Embarazo*. SCIELO.

de que los alimentos consumidos no tienen los nutrientes necesarios, bajo nivel de educación e información nutricional y por la propia cultura<sup>135</sup>.

La implementación del Seguro Universal Materno Infantil en el 2003 y ampliado en la gestión 2006, permite el acceso gratuito y universal de la población de mujeres embarazadas y menores de cinco años a los servicios de salud. El acceso de dichos servicios, acompañado de la prescripción y dotación de medicamentos, beneficia a la madre gestante desde el punto de vista preventivo y curativo<sup>136</sup>.

Sin embargo, el conocimiento sobre el SUMI por las mujeres en estado de gestación es bajo, tiene que ver con el grado de escolaridad, además que los establecimientos de salud tienen un rol importante mediante la información adecuada<sup>137</sup>.

En la gestión 2005 se evidencia un crecimiento de 1,7 puntos porcentuales respecto a la gestión 2000 llegando al punto máximo de 35,7% esto se atribuye a la dotación de hierro solo fue del 9%, siendo la meta para la gestión de 25%, se explica debido a que el personal de salud no realiza la aplicación adecuada de los protocolos de atención de forma preventiva y se espera detectar problemas de desnutrición para la aplicación del jarabe de hierro<sup>138</sup>.

---

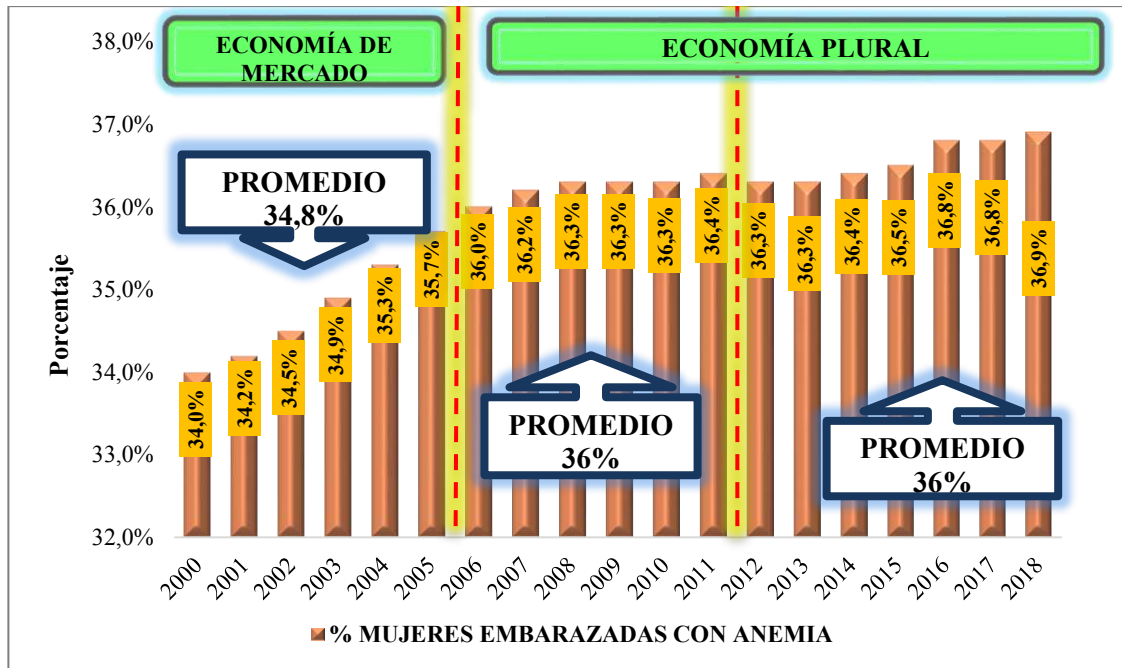
<sup>135</sup> CABEZAS, D. (2012). *Prevalencia de Anemia Nutricional en el Embarazo*. SCIELO.

<sup>136</sup> VIDAL, D., EROSTEGUI, C. (2008). *Grado de Conocimiento sobre los beneficios del SUMI*.

<sup>137</sup> VIDAL, D., EROSTEGUI, C. (2008). *Grado de Conocimiento sobre los beneficios del SUMI*.

<sup>138</sup> UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONOMICAS. (2005). *Situación Económica y Social 2004*. Pág. 28

**GRÁFICO N° 9: PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS CON ANEMIA; 2000 - 2018**



*Fuente: Banco Mundial-BM (2000-2018)*

*Elaboración: Propia*

En el periodo de Economía Plural según el *Gráfico N°9* muestra el comportamiento de las mujeres embarazadas con anemia está en constante crecimiento poco significativo en la etapa de 2006-2011 con un promedio de 36 %, y en las gestiones de 2012 – 2018 un promedio de 37% (*Ver Anexo N°11*).

La anemia en estado de gestación aumenta el riesgo de aborto involuntario, muerte fetal y bajo peso del neonato o provocar nacimientos prematuros donde se incrementa los casos de mortalidad materno infantil, complicaciones en el parto por hemorragias y mayor riesgo de mortalidad<sup>139</sup>.

El acceso a los servicios de salud y una alimentación adecuada son necesarios para mejorar la calidad de vida de la población, a través del fortalecimiento de la infraestructura de

<sup>139</sup> OPINIÓN. (2018). *El 50 por ciento de los casos de anemia se producen por carencia de hierro.*



salud, la capacitación y especialización del personal médico y la implementación de incentivos para el uso de los servicios de salud, son elementos que coadyuvan a mejorar las oportunidades, la productividad y los ingresos de la población.

El Bono Juana Azurduy se establece en la gestión 2009 como transferencia monetaria condicionada, como un incentivo para el uso de los servicios de salud por parte de la madre durante el periodo de embarazo y parto, así como el cumplimiento de los protocolos de control integral, crecimiento y desarrollo de la niña o el niño, desde su nacimiento hasta los dos años de edad<sup>140</sup>. Los beneficios de este bono se ven reflejado en una mejor salud materna y salud infantil, mediante la nutrición adecuada y oportuna.

En la gestión 2010 el Bono Juana Azurduy se financia principalmente con recursos del Tesoro General de la Nación, posteriormente se implementa los recursos con financiamiento de crédito externo del BID y del Banco Mundial entre las gestiones de 2011 y 2012<sup>141</sup>.

Se da continuidad a la implementación del programa Desnutrición Cero con el objetivo de mejorar la salud integral de las mujeres embarazadas, los niños y niñas y en periodo de lactancia mediante la contribución a la erradicación de la desnutrición, entre los proyectos se encuentran: la promoción del consumo de suplementos de micronutrientes, promoción de alimentación saludable, fortalecimiento del Sistema de Vigilancia dentro del proyecto de Planificación y Prevención y Multisectorial<sup>142</sup>.

Las medidas desarrolladas para mejorar los indicadores de mujeres embarazadas con anemia y reducir la desnutrición de niños y niñas se encuentra: Programas de nutrición integral a mujeres embarazadas, el fomento, apoyo, promoción y protección de la lactancia

---

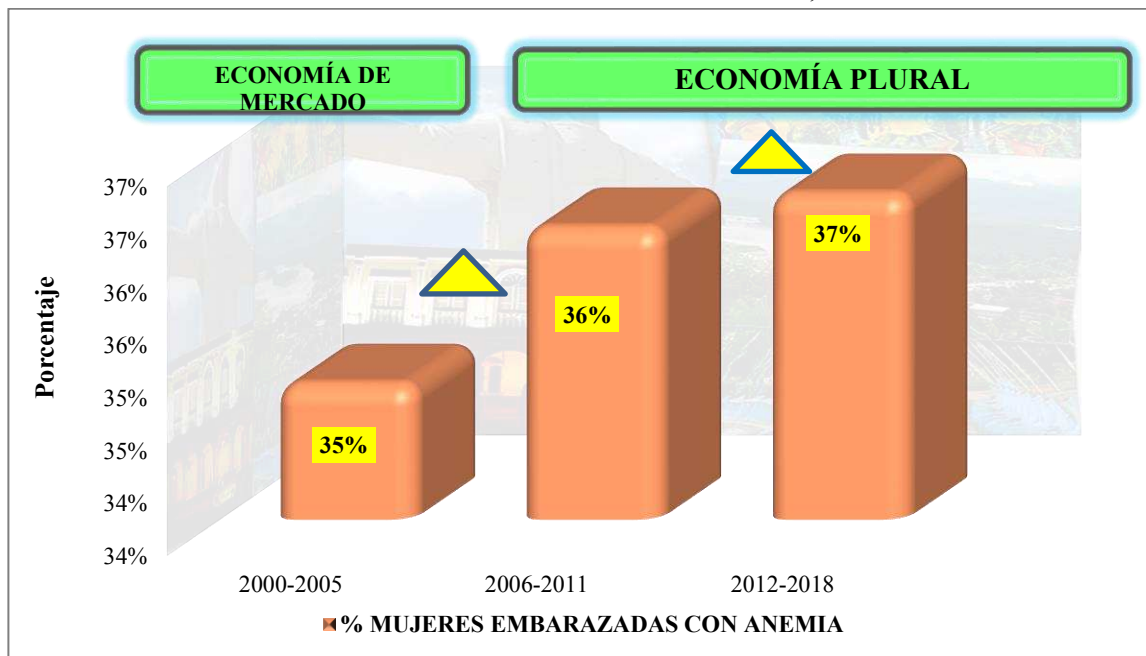
<sup>140</sup> PLATAFORMA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL. (2010). *Bono Madre-Niño Juana Azurduy*

<sup>141</sup> UNIDAD DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2015). *Evaluación Impacto Bono Juana Azurduy*. Pág. 55-56

<sup>142</sup> BELGICA CONTIGO. (2016). *Programa Multisectorial-Desnutrición Cero*

materna, la distribución de alimentos complementarios para prevenir las deficiencias nutricionales<sup>143</sup>.

**GRÁFICO N° 10: COMPARACIÓN PROMEDIO DEL PORCENTAJE MUJERES EMBARAZADAS CON ANEMIA; 2000 - 2018**



*Fuente:* Banco Mundial-BM (2000-2018)

*Elaboración:* Propia

Según el *Gráfico N°10* se evidencia en el periodo de Economía de Mercado el promedio del porcentaje de mujeres embarazadas con anemia es de 35%, en la Economía Plural en las gestiones de 2006 - 2011 incrementa a 36% y posteriormente a 37% en 2012 - 2018.

Se evidencia que el indicador de mujeres embarazadas con anemia aun no muestra resultados positivos y continua los problemas en salud, esto se atribuye a que la población no logra inscribirse al programa por falta de orientación e información, como resultado una mínima utilización de los servicios de salud.

<sup>143</sup> MINISTERIO DE SALUD. (2017). *Políticas Sociales Coadyugaron a Reducir la Desnutrición en Bolivia*.

En el primer periodo no cumple en su totalidad con las políticas planteadas en el Plan General de Desarrollo Económico y Social 1997 – 2002, que consiste en “Alimentación, Nutrición Básica y Atención Primaria en Salud” con el objetivo de reducir el déficit de micronutrientes e incrementar las condiciones de nutrición de la madre gestante, de acuerdo al contraste con la evidencia empírica.

En el segundo periodo cumple parcialmente con la Ley N°3250 de Ampliación del Seguro Universal Materno Infantil con el objetivo de otorgar prestaciones de servicios de salud en los diferentes niveles de salud para cubrir la cobertura de mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta seis meses posteriores al parto.

La Organización Panamericana de la Salud señala que *la deficiencia de hierro provoca diferentes efectos sobre la salud materna e infantil*, cumple parcialmente con la teoría de Baly quien señala que *mayores niveles de inversión se refleja en mejoras de los indicadores de salud*.

# CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

Y

RECOMENDACIONES

## CAPÍTULO IV

### 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 4.1. CONCLUSIONES

##### 4.1.1. Conclusión General

La presente investigación plantea la distribución de la Fase de Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud de Bolivia, se llega a la siguiente conclusión:

La distribución de la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública prioriza la ejecución de proyectos capitalizables con una mayor participación en la Economía Plural, se contrasta con un notable crecimiento de los establecimientos de primer nivel y un menor incremento en los establecimientos de segundo y tercer nivel. La ejecución de proyectos no capitalizables presenta niveles bajos de ejecución reflejado en el ascenso de los niveles de mujeres embarazadas.

Existe una mayor asignación de recursos al sector salud en el segundo periodo denominado Economía Plural por mayores ingresos de impuestos y recursos del IDH, sin embargo, estos recursos no logran ejecutarse de manera eficiente, demostrándose que aún existen deficiencias en la ejecución del Presupuesto de Inversión Pública reflejado en la inequidad de proyectos capitalizables con proyectos no capitalizables.

##### 4.1.2. Conclusiones Específicas

###### 4.1.2.1 Conclusión Específica 1

La evidencia empírica muestra en el Economía de Mercado que en términos porcentuales tiene un promedio de ejecución de 82%, en el periodo de Economía Plural en las gestiones 2006-2011 tiene un promedio de 89% que desciende para la segunda etapa 2012-2018 a 56%. Se destaca que existe una mayor asignación de recursos para el sector sin embargo estos no son ejecutados de manera eficiente.

Se evidencia que en ambos periodos de estudio se incumple con las políticas planteadas en el Plan General de Desarrollo Económico Social (1997-2002) y con el Plan Nacional

de Desarrollo (2006-2011) de *reducir las disparidades en condiciones y acceso a la salud a través de una mayor eficiencia y eficacia en la asignación de los recursos y la universalización del acceso al Sistema Único Intercultural y Comunitario.*

La evidencia empírica demuestra el quiebre paradigmático de la fase de ejecución de la Teoría del Ciclo de Vida del Proyecto planteada por los hermanos Sapag Chain, Karen Marie Mokate y el incumplimiento de las Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública, por el incumplimiento de la programación financiera.

#### **4.1.2.2. Conclusión Específica 2**

En el primer periodo los proyectos capitalizables registran una ejecución promedio de Bs206 millones que representa el 59% en el segundo periodo en las gestiones 2006-2011 desciende en dos puntos porcentuales con una participación del 57%, pero en términos absolutos incrementa la ejecución promedio a Bs312 millones; en las gestiones 2012-2018 presenta un promedio de Bs1.000 millones que representa el 76% de participación.

Los proyectos no capitalizables en el primer periodo representan el 41% con una ejecución promedio de Bs138 millones, para el segundo periodo de 2006-2011 asciende a Bs240 millones y su participación incrementa a 43% y desciende para las gestiones 2012-2018 a una participación del 24% con un leve incremento en el promedio de ejecución de Bs272 millones.

La evidencia empírica muestra que existe una mayor ejecución de proyectos capitalizables en ambos periodos donde se prioriza la construcción y equipamiento en infraestructura en salud, cumple con la Constitución Política del Estado donde el *“Estado garantiza el servicio de la salud pública, regulara y vigilara la atención en los diferentes servicios a través de auditoria medica que evalúen el trabajo de su personal, infraestructura y el equipamiento”*.

Cumple con la teoría planteada por Ricardo Cibotti y Enrique Sierra a través de la acción de acumulación, *contribuye a la formación de acervo de instalaciones y equipo necesarios*

*para efectuar la prestación de servicios públicos, tales como la construcción de establecimientos de salud.*

#### **4.1.2.3. Conclusión Específica 3**

La ejecución del presupuesto de Inversión Pública por tipo de proyecto en el primer periodo es relativamente equitativa, a comparación del segundo periodo se evidencia una mayor ejecución en proyectos de Infraestructura.

En el primer periodo los proyectos con mayor participación en términos porcentuales son los de tipo Planificación y Prevención con un promedio de ejecución de 37% y Multiprograma con 28%, mediante la evidencia empírica en las gestiones 2006 - 2011 el tipo Multiprograma registra un mayor porcentaje de ejecución con 35% seguido de Infraestructura con 30%, para las gestiones de 2012 - 2018 se dinamiza la ejecución de los proyectos en Infraestructura y alcanza una participación promedio del 63% de ejecución seguido de Multiprograma con un 20% y Planificación y Prevención queda con el 9%.

No cumple con la Constitución Política del Estado que indica *“El Estado tiene la obligación de garantizar y sostener el derecho a la salud, se priorizara la promoción de la salud y prevención de enfermedades”*, debido a una mayor ejecución de proyectos del tipo Infraestructura y una disminución de proyectos en Planificación y Prevención y Seguridad Social.

La teoría planteada por Mushkin señala que *“para obtener el mayor estado de salud posible se requiere el uso óptimo de los recursos para la atención de la enfermedad y la promoción de la salud”* y Casulo, Escobar, Luque y Proenza señalan que *“la promoción y protección de la salud puede constituir la única solución posible a las necesidades de salud”*, cumple parcialmente con las teorías debido a una inequitativa distribución de los recursos en los diferentes proyectos.

#### **4.1.2.4. Conclusión Específica 4**

En el primer periodo registra un promedio de 2.182 en establecimientos de primer nivel, 149 de segundo nivel y 52 de tercer nivel; de 2006 -2011, los establecimientos de primer nivel ascienden a 2.997, los de segundo nivel a 215 y los de tercer nivel se incrementan a 60; en las gestiones de 2012-2018 se tiene el mismo panorama para los establecimientos de primer nivel continúan en ascenso y registra 3.447 establecimientos, 240 y 69 en los de segundo y tercer nivel respectivamente.

Cumple con las políticas de *“Fortalecimiento de Redes de Salud y Sistema Único Intercultural y Comunitario de Salud”* del Plan Nacional de Salud y el Plan Nacional de Desarrollo, con el objetivo de fortalecer las redes de salud (Infraestructura, equipamiento, insumos, etc.) para aumentar la capacidad resolutive oportuna de enfermedades y discapacidades. Cumple parcialmente con la Ley N° 475 de Prestación de Servicios con el objetivo de establecer y regular la atención integral de salud.

En ambos periodos cumple con la Teoría de Capital Humano planteada por Schultz donde señala que *“invertir en salud, la infraestructura, los equipos y servicios de salud contribuyen a la capacidad humana”*.

#### **4.1.2.5 Conclusión Específica 5**

Se muestra el comportamiento creciente de las mujeres embarazadas con anemia en ambos periodos de estudio como consecuencia de una deficiencia nutricional, falta de información por parte de los establecimientos de salud y la baja cobertura de atención en servicios de salud.

El incremento del 35% a 37% del promedio de mujeres embarazadas de un periodo a otro, evidencia el incumplimiento de la política Alimentación y Nutrición Básica y Atención Primaria en salud que refiere reducir la desnutrición e incrementar las condiciones de nutrición de la madre gestante del Plan General de Desarrollo Económico y Social 1997-2002.



Cumple parcialmente con las teorías de la OPS “*la anemia es el resultado de la deficiencia de hierro y tiene diferentes efectos sobre la salud materna*” y Baly quien señala que “*a través de la distribución de los recursos se obtiene el máximo rendimiento que se traduce en mejoras de los indicadores de salud*” a causa de que no presenta mejoras positivas en el indicador.

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

El aporte de la Investigación a la Mención *GESTIÓN DE PROYECTOS Y PRESUPUESTO*, es haber establecido una relación directa entre la distribución de la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública con los indicadores de porcentaje de mujeres embarazadas con anemia y los establecimientos de salud.

Se establece una relación entre la distribución del Presupuesto de Inversión Pública con los proyectos de Infraestructura, Multiprograma, Planificación y Prevención, además la relación entre los proyectos capitalizables y no capitalizables con la importancia de la formación de capital físico y humano, se destaca el rol que desempeña el Estado y su intervención a través de una mayor asignación de recursos económicos.

#### **4.3. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS**

*“La ejecución del **Presupuesto de Inversión Pública** de proyectos capitalizables es mayor a los proyectos no capitalizables del **Sector Salud** de Bolivia”*

Se evidencia una mayor ejecución del Presupuesto de Inversión Pública debido a la intervención del Estado a través de una mayor asignación de recursos económicos al sector y estos son destinados para la ejecución en proyectos de infraestructura.

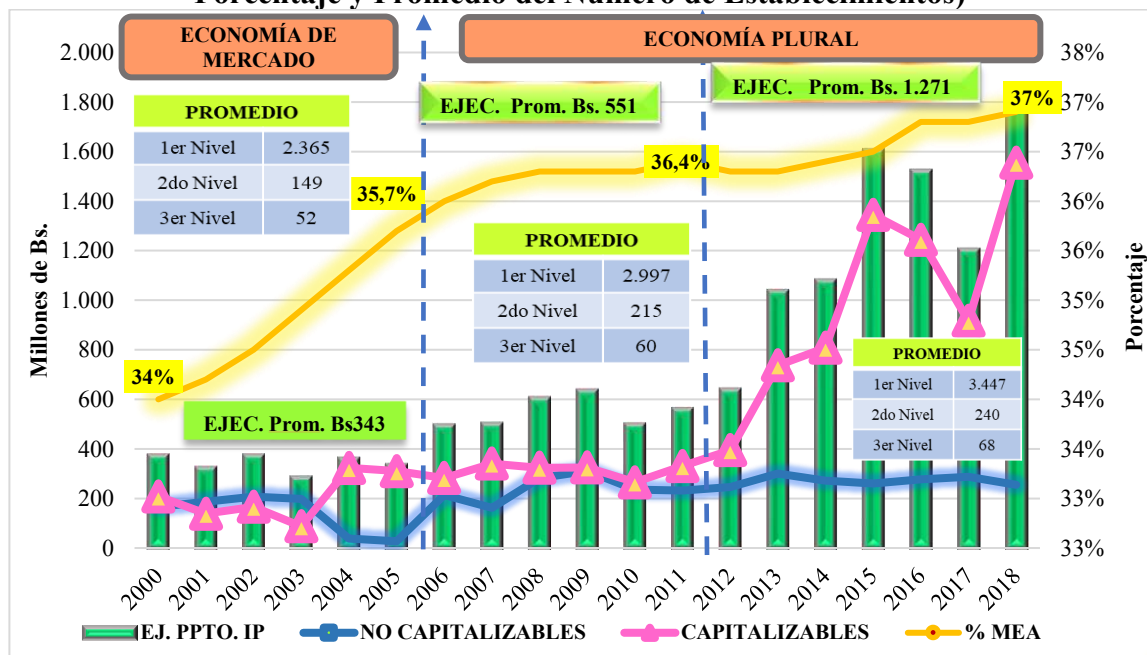
Según el *Gráfico N°11* en el primer periodo presenta un comportamiento cíclico en la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública, con una ejecución promedio de Bs343 millones, se evidencia que los proyectos capitalizables presentan una participación de 41%

y los proyectos no capitalizables 59%, el promedio de mujeres embarazadas con anemia es de 35%.

En el segundo periodo de 2006-2011 se tiene un promedio de ejecución Bs551 millones con una tendencia creciente, la ejecución de proyectos capitalizables y no capitalizables presentan una ejecución promedio en términos porcentuales de 57% y 43% respectivamente. El promedio de mujeres embarazadas con anemia es de 36%.

De 2012-2018 un promedio de ejecución presupuestaria de Bs1.271 millones y la participación de los proyectos capitalizables es de 76% y los proyectos no capitalizables un 24%; las mujeres embarazadas con anemia representan el 37% en promedio se evidencia un incremento de los establecimientos de salud durante la Economía Plural.

**GRÁFICO N° 11: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA, PROYECTOS CAPITALIZABLES Y NO CAPITALIZABLES CON INDICADORES DE SALUD DE BOLIVIA; 2000 - 2018 (En Millones De Bs, Porcentaje y Promedio del Número de Establecimientos)**



**Fuente:** Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE)  
 Instituto Nacional de Estadística (INE); Banco Mundial.BM  
**Elaboración:** Propia

SE ACEPTA la hipótesis “*La Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública de proyectos capitalizables es mayor a proyectos no capitalizables en el Sector Salud de Bolivia*” se demuestra que la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en proyectos capitalizables es mayor en relación a los proyectos no capitalizables, la implementación de políticas dirigidas a fortalecer las redes de salud se refleja en el crecimiento de los establecimientos de salud, la reducida ejecución de proyectos no capitalizables se contrasta en el incremento del porcentaje de mujeres embarazadas con anemia.

El beneficio de una mayor ejecución de proyectos capitalizables a través de la construcción de establecimientos de salud, queda limitada por una reducida priorización de proyectos de planificación y prevención debido a que son complementarios entre sí.

En ese sentido para lograr una ejecución óptima y equitativa de los recursos y poder satisfacer la necesidad y demanda de la población y del sector se requiere el cumplimiento del Ciclo de Vida del Proyecto que plantean los *hermanos Sapag Chain, Karen Marie Mokate y las Normas Básicas de Inversión Pública*, en ambos periodos de estudio se evidencia que los niveles de ejecución son inferiores a la programación.

El crecimiento y fortalecimiento de los establecimientos de salud evidencia el cumplimiento de las teorías de *Ricardo Cibotti y Enrique Sierra*, el Estado a través de la acción de acumulación contribuye con la formación de instalaciones y equipos necesarios para la prestación de servicios como la construcción y equipamiento de hospitales y *Schultz* señala que la inversión en salud a través de equipos, infraestructura y servicios de salud contribuyen a la capacidad humana.

Cumple parcialmente con el paradigma de *Baly* quien señala que a través de la distribución de los recursos se obtiene el máximo rendimiento, debido a que el indicador de mujeres embarazadas no presenta mejoras y no cumple con la teoría de *Mushkin* plante que para obtener el mayor estado de salud posible requiere el uso óptimo de los recursos para la atención de la enfermedad y la promoción de la salud.

#### 4.4. EVIDENCIA TEÓRICA

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

La teoría del **Ciclo de Vida del Proyecto** planteada por los hermanos **Sapag Chain, Karen Marie Mokate y el Sistema Nacional de Inversión Pública** plantean que el cumplimiento del Ciclo de Vida del Proyecto coadyuva a resolver, mejorar y satisfacer las necesidades humanas, de acuerdo con la evidencia empírica de la investigación se observa el incumplimiento de la teoría planteada debido a los niveles bajos de ejecución en ambos periodos de estudio.

La teoría de la Salud planteada por **Mushkin** señala para obtener el mayor estado de salud posible se requiere el uso óptimo de los recursos para la atención de la enfermedad y la promoción de la salud, **Cásulo, Escobar, Luque y Proenza**, la promoción y protección de la salud se constituye en la única solución posible a las necesidades de salud y **Baly** plantea que la distribución de los escasos recursos para obtener el máximo rendimiento, se mide a través de la mejora de indicadores de calidad de salud.

Las teorías planteadas por **Schultz y Mushkin** de Capital Humano señalan que las inversiones en servicios sanitarios a través de políticas públicas, inversiones en infraestructura y servicios de salud contribuyen al crecimiento de capital humano. Cumple con la teoría debido a un crecimiento en los establecimientos de salud.

## **4.5. RECOMENDACIONES**

### **4.5.1. Recomendaciones Específicas**

#### **4.5.1.1. Recomendación Específica 1**

Intensificar el control y seguimiento continuo de la ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública mediante el órgano Rector de inversión pública correspondiente para cumplir con el ciclo de vida del proyecto y así maximizar el bienestar de la sociedad.

#### **4.5.1.2. Recomendación Específica 2**

Dinamizar la ejecución de los proyectos no capitalizables, mediante la priorización de proyectos en planificación y prevención e investigación en salud.

#### **4.5.1.3. Recomendación Específica 3**

Optimizar la distribución equitativa de los recursos a los diferentes tipos de proyectos del Sector Salud (Planificación y Prevención, Investigación en Salud) mediante el seguimiento de los proyectos para una mayor satisfacción de las necesidades de la población.

#### **4.5.1.4. Recomendación Específica 4**

Impulsar la construcción y equipamiento de los establecimientos de segundo y tercer nivel a través del fortalecimiento de los estudios de Pre-inversión para ofrecer mejores servicios de salud acorde a la demanda y requerimientos de la población.

#### **4.5.1.5. Recomendación Específica 5**

Fortalecer la implementación de programas y campañas relacionadas con la educación alimentaria mediante atención preventiva en los diferentes niveles de atención de salud.

# BIBLIOGRAFÍA

## BIBLIOGRAFÍA

- ✓ ANTEZANA ARANIBAR F. (2004). Ministerio de Salud y Deportes. Plan Nacional de Salud.
- ✓ BALY, A. (2001). La Economía de la Salud, la eficiencia y el Costo de oportunidad. Cuba. Pág. 1-4
- ✓ BELGICA CONTIGO. (2016). Programa multisectorial-Desnutrición Cero.
- ✓ BOLIVIA. (19 de Julio de 2010). Ley N° 031 Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”. Art. 7°
- ✓ BOLIVIA. (1994). Constitución Política del Estado. Agosto.
- ✓ BOLIVIA. (7 de febrero de 2009). Constitución Política del Estado. Art. 18, 35, 37, 39.
- ✓ BOLIVIA. (1995). Ley de Descentralización Administrativa N° 1654. Art. 1°, 2°, 5°
- ✓ BOLIVIA. (20 de julio de 1990). Ley N° 1178 SAFCO. Art. 1°, 8°
- ✓ BOLIVIA. 2008. DS. N° 29601. Salud Familiar Comunitario Intercultural. Art. 2, 4 y 5
- ✓ BOLIVIA. (24 de agosto de 2017). Decreto Supremo N.º 3293. Art. 1°, 4°
- ✓ BOLIVIA. (28 de Julio de 1995). Ley N° 1654, Ley de Descentralización Administrativa. Art. 1°, 5°.
- ✓ BOLIVIA. (7 de febrero de 2009). Constitución Política del Estado. Art. 18°, 35°, 37, 39°.
- ✓ BOLIVIA. (1999). Ley N° 2042 “Ley de Administración Presupuestaria”. Art. 4, 11
- ✓ BOLIVIA. (2013). Ley N° 475 “Ley de Prestaciones de servicios de salud integral de Bolivia”. Art. 1, 2, 6, 8.
- ✓ CABEZAS, D. (2012). Prevalencia de Anemia Nutricional en el Embarazo. SCIELO.
- ✓ CAÑIBANO C. El Capital Humano. Factor de Innovación, Competitividad y Crecimiento. Universidad Rey Juan Carlos. 6to Congreso de Economía de Navarra. Pág. 257-258
- ✓ CASULO, J., ESCOBAR, N., LUQUE, D. y E., PROENZA, M., (2013). *Economía de la Salud*. Santiago, España: Oriente. Pág. 87
- ✓ CIBOTTI R. Y SIERRA E. El Sector Publico en la Planificación del Desarrollo. 17ma Edición. Pág. 7-21
- ✓ CONTACTO CONSTRUCCIÓN. (2017). Los hospitales de Bolivia, precisan planificación y ejecución correcta.
- ✓ DECRETO SUPREMO N° 0066. (abril de 2009). Bono Juana Azurduy. Art. 1, 2, 3 y 6.
- ✓ DECRETO SUPREMO N° 29601. (11 de junio de 2008). Salud Familiar Comunitario Intercultural. Art. 2, 4 y 5.
- ✓ DECRETO SUPREMO N.º 29894. Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional. Art. 44, 45, 47, 48, 52, 53, 89, 90 y 91.
- ✓ DUVERGER, M. (1960). “Instituciones Financieras”, Editorial Bosh, Pág. 40
- ✓ FALGUERAS I. (2008). El Capital Humano en la Teoría Económica: Orígenes y Evolución. Temas Actuales de Economía Volumen 2 Pág. 31-35.
- ✓ FONTAINE, ERNESTO R. (2008). Evaluación Social de Proyectos. 13 edición. Pag 1-4.
- ✓ FUERTES C. y MARTINEZ S. (2015). Evaluación impacto Bono Juana Azurduy. Pág. 55-56.

- ✓ FUNDACION JUBILEO. (2010). Análisis del Presupuesto General del Estado. Reporte de Coyuntura N° 9. Pág. 2-4
- ✓ FUNDACIÓN JUBILEO. (2012). Análisis del presupuesto General del Estado. Pág. 5
- ✓ GIESECKE, C. y RUITTON, J. (2011). Salud Guía para la Formulación de Proyectos de Inversión Exitosos. Edición Mario Sifuentes. Pág. 7
- ✓ HERNÁNDEZ, S. FERNÁNDEZ, R; CALLADO C. y BAPTISTA LUCIO P. (2014). Metodología de la Investigación. (6ta edición). Pág. 4-5.
- ✓ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. (2012). Aspectos Políticos y Administrativos.
- ✓ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. (2012). Censo de población y vivienda. Características de la población Bolivia. Pág. 11
- ✓ LAVANDENZ, F. SCHWAB, N. y STRAATMAN, H. (2001). Redes Públicas, descentralizadas y comunitarias de Salud en Bolivia. Pág. 183
- ✓ LEDO, C. (2011). Sistema de Salud de Bolivia. pág. 112-116.
- ✓ LEY N° 2426. (21 de noviembre 2002). Seguro Universal Materno Infantil. Art. 1, 2, 5 y 6.
- ✓ MACEIRA, D. 2002. Organización y Funcionamiento de las Cajas de Salud en Bolivia. Pág. 14.
- ✓ MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2007-2008). Memoria Fiscal. Pág. 95, 120.
- ✓ MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2009). Memoria de la Economía Boliviana. Pág. 108-109.
- ✓ MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2010). Memoria de la Economía boliviana. Pág. 83
- ✓ MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2011). “El nuevo modelo económico, social, comunitario y productivo” N.º 1. Pág. 8, 9, 10.
- ✓ MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2013). Memoria de la Economía Boliviana. Pág. 169.
- ✓ MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2014). Año Histórico; la Economía Boliviana crece 6,5% en 2013. Pág. 3-4.
- ✓ MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2014). Memoria de la Economía Boliviana. Pág. 190.
- ✓ MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2015-2017). Memoria de la Economía Boliviana. Pág. 156, 215.
- ✓ MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2018). Clasificadores Presupuestarios Pág. 130-141.
- ✓ MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2018). Memoria de la Economía Boliviana. Pág. 211
- ✓ MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. (2013). Directrices de
- ✓ Planificación e Inversión Pública. Art. 13.



- ✓ MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. Plan General De Desarrollo Económico Y Social 1997-2002. País Solidario. Pág. 11-23-78-79-80-81-83-83.
- ✓ MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien”.2006-2011 Pág. 24-42.
- ✓ MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. RS N°225558 Normas Básicas del Sistema de Presupuesto Pág. 9. Art. 25.
- ✓ MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. 2008. Red Municipal de salud familiar comunitaria intercultural y red de servicios. Pág. 35-36.
- ✓ MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. (2013). Norma Nacional de caracterización de establecimientos de salud. Pág. 21-22.
- ✓ MINISTERIO DE SALUD. (2014). Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Pág. 11.
- ✓ MINISTERIO DE SALUD. (2017). Políticas Sociales coadyuvaron a reducir la Desnutrición en Bolivia.
- ✓ MINISTERIO DE SALUD. 2018. Conozca el Plan de Hospitales para Bolivia.
- ✓ MIRA BOLIVIA. (2012). Las Alcaldías y Gobernaciones no ejecutan su presupuesto.
- ✓ MOKATE, K. (2004). Evaluación Financiera de Proyectos de Inversión. 2° edición. Pag 1-18.
- ✓ MORALES, S. (2002). El Sistema de Salud Boliviano. Pág. 2
- ✓ MUSGRAVE R.A. (1999). Hacienda Publica Teórica y Aplicada 5° Edición. Editorial McGraw-Hill. Cap.1. Pág. 4-16.
- ✓ OPINION. (2018). El 50 por ciento de los casos de anemia se producen por carencia de hierro.
- ✓ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Pág. 1.
- ✓ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Ministerio de Sanidad y consumo de la Salud. Promoción de la Salud. Pág. 11 - 12.
- ✓ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). (2002). La Salud en las Américas. Pág. 93 -94.
- ✓ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2015). Anemia Ferropénica.
- ✓ PAZ, V. (2006). El Financiamiento del Desarrollo en Bolivia. Pág. 16-17
- ✓ PEREZ, D; CASTILLO, J. (2016). Capital Humano, Teoría y Métodos: importancia de la variable Salud. SCIELO
- ✓ PLATAFORMA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL. (2010). Bono Madre Niño Juana Azurduy.
- ✓ RESOLUCIÓN SUPREMA. (25 de junio de 1996). N°216768. Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública. Art. 1, 2.
- ✓ RESOLUCIÓN SUPREMA. (21 de julio de 1996). N°216779. Normas Básicas del Sistema Nacional de Planificación. Art. 1, 12, 14.
- ✓ RESOLUCIÓN SUPREMA N° 225558. Normas Básicas del Sistema de Presupuestos. Art.1.
- ✓ RESTREPO, H. (2008). Introducción a la Economía de la Salud en Colombia. Pág. 35,48

- ✓ ROMAN J. y CHIRINOS R. (2013). Estrategia de Implementación del marco de Asociación País en el sector de la Salud-Bolivia. Bolivia. Pág. 92.
- ✓ SAPAG CHAIN, N. y SAPAG CHAIN R. (2008). Preparación y evaluación de proyectos. Quinta edición. Capítulo 1. El estudio de proyectos. Pág. 1-25.
- ✓ SAPAG CHAIN, N.; SAPAG CHAIN, R. (2008). Preparación y evaluación de Proyectos. 5ta edición. Pág. 1-23.
- ✓ STIGLITZ, J. (2000). Economía del Sector público. 3ra edición. 92-103.
- ✓ UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2000). Informe Económico Social. Pág. 28, 32, 72, 76.
- ✓ UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2001). Inversión Social en la Niñez y Adolescencia. Pág. 20.
- ✓ UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2002). Evaluación de la Economía. Pág. 40, 72.
- ✓ UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2002). Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2do Informe. Pág. 21-23.
- ✓ UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2002-2003). Informe Económico Social. Pág. 32, 83
- ✓ UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2004). Informe Económico y Social. Pág. 26, 41 y 57.
- ✓ UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2005). Evaluación de la Economía y Perspectivas 2005-2006. Pág. 44.
- ✓ UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES. (2005). Situación Económica y Social 2004. Pág. 28.
- ✓ UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS. (2008). Inversión Social en la niñez y adolescencia. Pág. 33.
- ✓ VICEMINISTERIO DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD FISCAL. (2010). Glosario de Conceptos y Definiciones. Pág. 75-79.
- ✓ VIDAL, D. EROSTEGUI, C. (2008). Grado de Conocimiento sobre los beneficios del SUMI.

# ANEXOS

## ANEXOS

**ANEXO N° 1: TABLA N°1: PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD DE BOLIVIA; 2000-2018**  
(Expresado en Millones de Bs. y Porcentaje)

<b>AÑOS</b>	<b>PROGRAMADO</b>	<b>EJECUTADO</b>	<b>% EJECUCIÓN</b>
<b>2000</b>	414	375	<b>91%</b>
<b>2001</b>	435	325	<b>75%</b>
<b>2002</b>	483	375	<b>78%</b>
<b>2003</b>	452	286	<b>63%</b>
<b>2004</b>	428	362	<b>85%</b>
<b>2005</b>	331	337	<b>102%</b>
<b>2006</b>	657	497	<b>76%</b>
<b>2007</b>	543	503	<b>93%</b>
<b>2008</b>	515	606	<b>118%</b>
<b>2009</b>	896	637	<b>71%</b>
<b>2010</b>	585	501	<b>86%</b>
<b>2011</b>	613	563	<b>92%</b>
<b>2012</b>	1.281	642	<b>50%</b>
<b>2013</b>	1.649	1.038	<b>63%</b>
<b>2014</b>	1.796	1.081	<b>60%</b>
<b>2015</b>	2.583	1.605	<b>62%</b>
<b>2016</b>	2.408	1.522	<b>63%</b>
<b>2017</b>	3.485	1.204	<b>35%</b>
<b>2018</b>	2.968	1.811	<b>61%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>22.522</b>	<b>14.270</b>	

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

**ANEXO N° 2: TABLA N° 1.1.: ACUMULADO DE LA PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD DE BOLIVIA; 2000-2018** (Expresado en Millones de Bs, Promedio y Porcentaje)

<b>PERIODO</b>	<b>PROGRAMADO</b>		<b>EJECUTADO</b>		<b>% EJEC.</b>
	<b>ACUMULADO</b>	<b>PROMEDIO</b>	<b>ACUMULADO</b>	<b>PROMEDIO</b>	
<b>2000-2005</b>	2.543	423	2.059	343	<b>82%</b>
<b>2006-2011</b>	3.809	634	3.307	551	<b>89%</b>
<b>2012-2018</b>	16.170	2310	8.903	1.271	<b>56%</b>

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

**ANEXO N° 3: TABLA N° 2: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE INVERSIÓN DEL SECTOR SALUD DE BOLIVIA; 2000-2018 (Expresado en Millones de Bs. y Porcentaje)**

<b>AÑOS</b>	<b>CAPITALIZABLE</b>	<b>NO CAPITALIZABLE</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%EJEC. CAP</b>	<b>%EJEC. NO CAP</b>
<b>2000</b>	209	166	<b>375</b>	56%	44%
<b>2001</b>	139	187	<b>325</b>	43%	57%
<b>2002</b>	166	208	<b>374</b>	44%	56%
<b>2003</b>	87	199	<b>286</b>	31%	69%
<b>2004</b>	323	39	<b>362</b>	89%	11%
<b>2005</b>	310	27	<b>337</b>	92%	8%
<b>2006</b>	283	214	<b>497</b>	57%	43%
<b>2007</b>	341	162	<b>503</b>	68%	32%
<b>2008</b>	324	282	<b>606</b>	53%	47%
<b>2009</b>	326	311	<b>637</b>	51%	49%
<b>2010</b>	265	236	<b>501</b>	53%	47%
<b>2011</b>	331	232	<b>563</b>	59%	41%
<b>2012</b>	395	247	<b>642</b>	62%	38%
<b>2013</b>	737	301	<b>1.038</b>	71%	29%
<b>2014</b>	808	273	<b>1.081</b>	75%	25%
<b>2015</b>	1.345	260	<b>1.605</b>	84%	16%
<b>2016</b>	1.244	278	<b>1.522</b>	82%	18%
<b>2017</b>	917	288	<b>1.205</b>	76%	24%
<b>2018</b>	1.556	256	<b>1.811</b>	86%	14%

*Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo*

*Elaboración: Propia*

**ANEXO N° 4: TABLA N° 2.1: ACUMULADO DE LA EJECUCIÓN DEL  
PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE INVERSIÓN EN EL  
SECTOR SALUD DE BOLIVIA; 2000-2018  
(Expresado en Millones de Bs)**

<b>PERIODO</b>	<b>CAPITALIZABLE</b>	<b>NO CAPITALIZABLE</b>
<b>2000-2005</b>	1.234	826
<b>2006-2011</b>	1.869	1.437
<b>2012-2018</b>	7.002	1.902

*Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo*

*Elaboración: Propia*

**ANEXO N° 5: TABLA N° 2.2: PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL  
PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE INVERSIÓN EN EL  
SECTOR SALUD DE BOLIVIA; 2000-2018  
(Expresado en Millones de Bs y Porcentajes)**

<b>PERIODO</b>	<b>CAPITALIZABLE</b>	<b>% EJEC. CAP</b>	<b>NO CAPITALIZABLE</b>	<b>% EJEC. NO CAP</b>
<b>2000-2005</b>	206	59%	138	41%
<b>2006-2011</b>	312	57%	240	43%
<b>2012-2018</b>	1000	77%	272	23%

*Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo*

*Elaboración: Propia*

**ANEXO N° 6: TABLA N° 3: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN  
PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO DEL SECTOR SALUD DE BOLIVA; 2000-  
2018**

**(Expresado en Millones de Bs.)**

<b>AÑOS</b>	<b>INFRAESTRUCTURA</b>	<b>PREV Y PLAN</b>	<b>SEGURIDAD SOCIAL</b>	<b>MULTI Y OTROS</b>	<b>ATENCIÓN E INVEST</b>
<b>2000</b>	163	99	22	91	-
<b>2001</b>	78	137	41	69	-
<b>2002</b>	102	108	56	108	-
<b>2003</b>	30	83	29	144	-
<b>2004</b>	77	137	38	110	-
<b>2005</b>	58	196	33	50	-
<b>2006</b>	87	142	123	145	-
<b>2007</b>	130	67	130	176	-
<b>2008</b>	156	24	261	165	-
<b>2009</b>	162	37	182	256	-
<b>2010</b>	208	70	30	193	-
<b>2011</b>	263	39	25	236	-
<b>2012</b>	330	71	23	218	-
<b>2013</b>	574	260	53	151	-
<b>2014</b>	583	217	68	213	-
<b>2015</b>	766	24	0	728	87
<b>2016</b>	1.175	7	0	298	42
<b>2017</b>	885	12	0	279	28
<b>2018</b>	1.509	32	0	191	79
<b>TOTAL</b>	<b>7.336</b>	<b>1.762</b>	<b>1.114</b>	<b>3.821</b>	<b>236</b>

*Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo*

*Elaboración: Propia*

**ANEXO N° 7: TABLA N° 3.1: ACUMULADO Y PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO EN EL SECTOR SALUD DE BOLIVIA; 2000-2018 (Expresado en Bs y Porcentaje)**

**ACUMULADO**

<b>PERIODO</b>	<b>INFRAESTRUCTURA</b>	<b>PREV Y PLAN</b>	<b>SEGURIDAD SOCIAL</b>	<b>MULTI Y OTROS</b>	<b>ATENCION E INVEST</b>
<b>2000-2005</b>	508	760	219	572	
<b>2006-2011</b>	1.006	379	751	1.171	
<b>2012-2018</b>	5.822	623	144	2.078	236

*Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo*

*Elaboración: Propia*

**PROMEDIO**

<b>PERIODO</b>	<b>INFRAESTRUCTURA</b>	<b>PREV Y PLAN</b>	<b>SEGURIDAD SOCIAL</b>	<b>MULTI Y OTROS</b>	<b>ATENCION E INVEST</b>
<b>2000-2005</b>	72	134	53	104	
<b>2006-2011</b>	208	51	109	207	
<b>2012-2018</b>	832	89	21	297	59

*Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo*

*Elaboración: Propia*

**PROMEDIO – PORCENTAJE**

<b>PERIODO</b>	<b>INFRAESTRUCTURA</b>	<b>PREV Y PLAN</b>	<b>SEGURIDAD SOCIAL</b>	<b>MULTI Y OTROS</b>	<b>ATENCION E INVES</b>
<b>2000-2005</b>	24%	37%	11%	28%	
<b>2006-2011</b>	30%	12%	22%	35%	
<b>2012-2018</b>	63%	9%	2%	20%	2%

*Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo*

*Elaboración: Propia*



**ANEXO N° 8: TABLA N° 4: NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
POR NIVEL DE ATENCIÓN DE BOLIVIA; 2000-2018**

<b>AÑOS</b>	<b>1ER NIVEL</b>	<b>2DO NIVEL</b>	<b>3ER NIVEL</b>	<b>TOTAL</b>
<b>2000</b>	1.984	130	48	<b>2.162</b>
<b>2001</b>	2.060	135	54	<b>2.249</b>
<b>2002</b>	2.106	141	58	<b>2.305</b>
<b>2003</b>	2.226	154	49	<b>2.429</b>
<b>2004</b>	2.280	150	47	<b>2.477</b>
<b>2005</b>	2.436	182	58	<b>2.676</b>
<b>2006</b>	2.638	209	58	<b>2.905</b>
<b>2007</b>	2.748	210	60	<b>3.018</b>
<b>2008</b>	2.886	214	61	<b>3.161</b>
<b>2009</b>	3.000	212	59	<b>3.271</b>
<b>2010</b>	3.042	225	62	<b>3.329</b>
<b>2011</b>	3.210	222	62	<b>3.494</b>
<b>2012</b>	3.342	234	66	<b>3.642</b>
<b>2013</b>	3.426	238	65	<b>3.729</b>
<b>2014</b>	3.912	236	68	<b>4.216</b>
<b>2015</b>	3.876	286	71	<b>4.233</b>
<b>2016</b>	4.802	222	67	<b>5.091</b>
<b>2017</b>	4.814	229	69	<b>5.115</b>
<b>2018</b>	4.872	235	73	<b>5.180</b>

*Fuente: Instituto Nacional de Estadística - INE  
Elaboración: Propia*

**ANEXO N° 9: TABLA N° 4.1: PROMEDIO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
POR NIVEL DE ATENCIÓN EN BOLIVIA; 2000-2018 (Número de Establecimientos)**

<i>PERIODO</i>	<b>1ER NIVEL</b>	<b>2DO NIVEL</b>	<b>3ER NIVEL</b>
<i>2000-2005</i>	2.182	149	52
<i>2006-2011</i>	2.921	215	60
<i>2012-2018</i>	4.149	240	69

*Fuente: Instituto Nacional de Estadística - INE*

*Elaboración: Propia*

**ANEXO N° 10: TABLA N° 4.2: PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN DE LOS  
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN DE BOLIVIA; 2000-2018**

<i>PERIODO</i>	<b>1ER NIVEL</b>	<b>2DO NIVEL</b>	<b>3ER NIVEL</b>
<i>2000-2005</i>	92%	6%	2%
<i>2006-2011</i>	91%	7%	2%
<i>2012-2018</i>	92%	6%	2%

*Fuente: Instituto Nacional de Estadística - INE*

*Elaboración: Propia*

**ANEXO N° 11: TABLA N° 5: PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS  
CON ANEMIA DE BOLIVIA; 2000-2018**

<b>AÑOS</b>	<b>EJECUCION NO CAP</b>	<b>% MUJERES EMBARAZADAS CON ANEMIA</b>
<b>2000</b>	166	34,0%
<b>2001</b>	187	34,2%
<b>2002</b>	208	34,5%
<b>2003</b>	199	34,9%
<b>2004</b>	39	35,3%
<b>2005</b>	27	35,7%
<b>2006</b>	214	36,0%
<b>2007</b>	162	36,2%
<b>2008</b>	282	36,3%
<b>2009</b>	311	36,3%
<b>2010</b>	236	36,3%
<b>2011</b>	232	36,4%
<b>2012</b>	247	36,3%
<b>2013</b>	301	36,3%
<b>2014</b>	273	36,4%
<b>2015</b>	260	36,5%
<b>2016</b>	278	36,8%
<b>2017</b>	288	36,8%
<b>2018</b>	256	36,9%

*Fuente: Banco Mundial - BM*

*Elaboración: Propia*

**ANEXO N° 12: TABLA N° 5.1: PROMEDIO DE MUJERES EMBARAZADAS CON  
ANEMIA DE BOLIVIA; 2000-2018**

<b>PERIODO</b>	<b>% MEA</b>
<b>2000-2005</b>	35%
<b>2006-2011</b>	36%
<b>2012-2018</b>	37%

*Fuente: Banco Mundial - BM*

*Elaboración: Propia*

**ANEXO N° 13: TABLA N° 6: CENTROS Y HOSPITALES EN BOLIVIA POR  
DEPARTAMENTO GESTIÓN 2018**

<b>DEPARTAMENTOS</b>	<b>Chuquisaca</b>	<b>La Paz</b>	<b>Cochabamba</b>	<b>Oruro</b>	<b>Potosí</b>
<b>TOTAL</b>	<b>427</b>	<b>795</b>	<b>602</b>	<b>233</b>	<b>572</b>
Centro con características particulares	-	8	12	2	2
Puesto de Salud	169	78	209	95	276
Centro de Salud	236	663	319	122	280
Hospital Básico	12	24	44	11	12
Hospital General	4	9	14	3	2
Instituto Especializado	6	13	4	-	-
<b>DEPARTAMENTOS</b>	<b>Tarija</b>	<b>Santa Cruz</b>		<b>Beni</b>	<b>Pando</b>
<b>TOTAL</b>	<b>271</b>	<b>688</b>		<b>260</b>	<b>80</b>
Centro con características particulares	3	11		5	1
Puesto de Salud	33	209		64	29
Centro de Salud	208	367		178	48
Hospital Básico	24	87		10	2
Hospital General	2	8		3	-
Instituto Especializado	1	6		-	-

*Fuente: Instituto Nacional de Estadística- INE*

*Elaboración: Propia*

**ANEXO N° 14: TABLA N° 6: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD 200-2018**

NIVEL DE ATENCION	NOMBRE
<i>SEGUNDO NIVEL</i>	Hospital Boliviano Holandés
<i>SEGUNDO NIVEL</i>	Maternologico German Urquidi
<i>SEGUNDO NIVEL</i>	Hospital San Juan de Dios
<i>SEGUNDO NIVEL</i>	Hospital Viedma
<i>SEGUNDO NIVEL</i>	Hospital Roberto Galindo
<i>SEGUNDO NIVEL</i>	Hospital La merced
<i>SEGUNDO NIVEL</i>	Hospital La Paz
<i>SEGUNDO NIVEL</i>	Hospital Los Pinos
<i>SEGUNDO NIVEL</i>	Hospital Walter Khon
<i>SEGUNDO NIVEL</i>	Hospital de Cotahuma
<i>SEGUNDO NIVEL</i>	Hospital de Colcapirhua
<i>TERCER NIVEL</i>	Hospital de La mujer
<i>TERCER NIVEL</i>	Hospital del Niño
<i>TERCER NIVEL</i>	Psiquiátrico San Juan
<i>TERCER NIVEL</i>	Maternidad
<i>TERCER NIVEL</i>	Cenetrop
<i>TERCER NIVEL</i>	Psicopedagógico
<i>TERCER NIVEL</i>	Hospital Ginecobstetrico
<i>TERCER NIVEL</i>	Banco de Sangre
<i>TERCER NIVEL</i>	Hospital del Norte

**Fuente:** Ministerio de Salud – Estructura de Establecimientos de Salud SNIS-VE

**Elaboración:** Propia

**ANEXO N° 15: TABLA N.º 7: PROYECTOS CON MAYORES MONTOS DE EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DE BOLIVIA; 2000-2018**

<b>GESTIÓN</b>	<b>SUB - SECTORES</b>	<b>NOMBRE DEL PROYECTO</b>	<b>MONTO EJECUTADO (Millones de Bs.)</b>	
<b>2000</b>	<b>INFRAESTRUCTURA</b>	PRIMERA FASE CONSTRUCCION CENTRO INTEGRADO POLICONSULTORIO REGIONAL LA PAZ	109.571.600	
		CONST. HOSPITAL MATERNO INFANTIL	6.130.248	
		PROYECTO DE SALUD INTEGRAL (PROSIN)	21.071.364	
	<b>PLANIFICACION Y PREVENCIÓN</b>	PROYECTO DE SALUD INTEGRAL (PROSIN)	12.737.852	
		PROY.PARA VIGILANCIA Y CONTROL CHAGAS EN BOL.	8.869.835	
		ESTIMACION MUNICIPAL	22.300.412	
	<b>SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL</b>	ESTIMACION MUNICIPAL	22.300.412	
		<b>MULTIPROGRAMAS Y OTROS</b>	PSF PROY.INTEGR. SERV.BASICOS	29.991.341
			DESAR. PROGRAMA REFORMA DE SALUD	19.348.119
PROGRAMA PAIS	7.107.860			
<b>2001</b>	<b>INFRAESTRUCTURA</b>	EQUIP. P. SANITARIAS, C. MEDICOS Y HOSPITALES LA PAZ	19.181.195	
		CONST. HOSPITAL MONTERO	9.363.735	
		CONST. EQUIP. UNIDAD NEONATALES HOSPITAL CLINICAS LA PAZ	1.753.439	
	<b>PLANIFICACION Y PREVENCIÓN</b>	PROY.PARA VIGILANCIA Y CONTROL CHAGAS EN BOL.	21.904.942	
		PROYECTO DE SALUD INTEGRAL (PROSIN)	21.050.033	
		PROGRAMA PAIS	9.436.862	
		PROYECTO DE SALUD INTEGRAL (PROSIN)	8.682.229	
	<b>SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL</b>	ESTIMACION MUNICIPAL	29.677.379	
		CONST. AREA MEDICINA INTERNA SCZ	1.200.000	
	<b>MULTIPROGRAMAS Y OTROS</b>	DESAR. PROGRAMA REFORMA DE SALUD	33.023.443	
DESAR. PROGRAMA REFORMA DE SALUD		5.053.786		
CONTROL (ESCUDO) EPIDEMIOLOGICO Y APOYO A LA REFORMA DE SALUD		4.815.950		
<b>2002</b>	<b>INFRAESTRUCTURA</b>	PRIMERA FASE CONSTRUCCION CENTRO INTEGRADO POLICONSULTORIO REGIONAL LA PAZ	18.441.195	

		AMPL. HOSPITAL TRES PLANTAS SANTA CRUZ	14.392.030
		EQUIP. P. SANITARIAS, C. MEDICOS Y HOSPITALES LA PAZ	11.134.094
	<b>PLANIFICACION Y PREVENCIÓN</b>	PROYECTO DE SALUD INTEGRAL (PROSIN)	23.051.007
		FORTALEC.A LA RED DE SALUD SANTA CRUZ	7.217.440
		PROY. DESARROLLO RURAL PMA-PROG. PAIS	6.632.858
	<b>SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL</b>	ESTIMACION MUNICIPAL	20.359.839
		EQUIP. MEDICO Y DE LABORATORIO PARA HOSPITALES DE SANTA CRUZ	4.882.139
		ADQUI. CENTRO ONCOLOGICO COCHABAMBA	2.680.000
	<b>MULTIPROGRAMAS Y OTROS</b>	CONTROL (ESCUDO) EPIDEMIOLOGICO Y APOYO A LA REFORMA DE SALUD	31.598.523
		DESAR. PROGRAMA REFORMA DE SALUD	26.393.045
		PROGRAMA NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESENCIALES	5.467.199
	<b>2003</b>	<b>INFRAESTRUCTURA</b>	CONST. Y EQUIPAMIENTO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CAMARGO
CONST. Y EQUIPAMIENTO HOSPITAL SANTA MARIA MAGDALENA			1.833.254
IMPLEM. REFUNCIONALIZACION Y MODERNIZACION H.O.N7 TARIJA			1.400.660
<b>PLANIFICACION Y PREVENCIÓN</b>		PROYECTO DE SALUD INTEGRAL (PROSIN)	11.744.864
		FORTALEC.A LA RED DE SALUD SANTA CRUZ	7.813.150
		DESAR. DEL SECTOR SALUD EN EL DPTO DEL BENI	7.730.000
		PROYECTO DE SALUD INTEGRAL (PROSIN)	6.831.632
<b>SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL</b>		ESTIMACION MUNICIPAL	17.226.822
		CONST. AREA DE CIRUGIA Y UTI TRINIDAD	514.234
		REFACCION Y CAMBIO DE PISOS H.O. NO. 4 ORURO	403.742
<b>MULTIPROGRAMAS Y OTROS</b>		DESAR. PROGRAMA REFORMA DE SALUD	57.946.932
		CONTROL (ESCUDO) EPIDEMIOLOGICO Y APOYO A LA REFORMA DE SALUD	29.058.180
		DESAR. PROGRAMA REFORMA DE SALUD	6.418.745

2004	INFRAESTRUCTURA	EQUIP. DEL HOSPITAL S. JUAN DE DIOS TARIJA	15.430.501
		AMPL. HOSPITAL TRES PLANTAS SANTA CRUZ	3.252.123
		IMPLEM. REFUNCIONALIZACION Y MODERNIZACION H.O.N7 TARIJA	2.713.487
	PLANIFICACION Y PREVENCIÓN	PROYECTO DE SALUD INTEGRAL (PROSIN)	42.843.231
		CONTROL (ESCUDO) EPIDEMIOLOGICO Y APOYO A LA REFORMA DE SALUD	16.062.168
		DESAR. DEL SECTOR SALUD EN EL DPTO DEL BENI	8.958.870
	SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	ESTIMACION MUNICIPAL	16.748.369
		CONST. AREA DE CIRUGIA Y UTI TRINIDAD	2.174.809
	MULTIPROGRAMAS Y OTROS	DESAR. PROGRAMA REFORMA DE SALUD	58.786.074
		PROG.DE ATENCION NIÑOS Y NIÑAS -PAN FASE II	5.960.961
DESAR.PROG.DESAR.RURAL INTEG. Y PARTIC.AREAS DEPRIMIDAS (DRIPAD-PMA)		4.921.912	
		CONST.HOSPITAL II NIVEL (SANTA CRUZ)	7.181.175
2005	INFRAESTRUCTURA	CONST. HOSPITAL DE RIBERALTA	2.600.430
		CONST. OFICINAS ADMINISTRATIVAS TRINIDAD	1.702.572
		CONST. HOSPITAL YAPACANI II NIVEL (YAPACANI)	1.308.711
	PLANIFICACION Y PREVENCIÓN	CONTROL (ESCUDO) EPIDEMIOLOGICO Y APOYO A LA REFORMA DE SALUD	47.783.318
		DESAR. PLAN DE EMERGENCIA LUCHA CONTRA LA POBREZA CBBA.	31.130.983
		PROYECTO DE SALUD INTEGRAL (PROSIN)	9.329.981
	SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	ESTIMACION MUNICIPAL	17.739.767
		CONST. CENTRO MEDICO INTEGRAL LA PAZ	6.208.474
		ADQUI. INMUEBLE PARA AGENCIA ZONAL DE POTOSI Y POLICONSULTORIO POTOSI	499.000
	MULTIPROGRAMAS Y OTROS	DESAR. PROGRAMA REFORMA DE SALUD	19.378.299
DESAR. PROG. APOYO AL SECTOR DE HIGIENE Y SALUD DE BASE		7.623.204	
DESAR. AL SECTOR DE LA HIGIENE Y SALUD - POTOSI		6.088.755	



2006	INFRAESTRUCTURA	CONST. HOSPITAL SANTA CRUZ	33.990.556
		CONST. POLICLINICO FAMILIAR N° 2 EL ALTO - VILLA TUNARI	2.286.658
		CONST. HOSPITAL COBIJA	2.033.833
	PLANIFICACION Y PREVENCIÓN	CONTROL (ESCUDO) EPIDEMIOLOGICO Y APOYO A LA REFORMA DE SALUD	45.647.951
		DESAR. PROYECTO SALUD INTEGRAL - (PROSIN II)	11.094.947
		DESAR. DEL SECTOR SALUD EN EL DPTO DEL BENI	8.120.000
	SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	ESTIMACION MUNICIPAL	51.926.820
		CONST. CENTRO MEDICO INTEGRAL LA PAZ	10.254.542
		CONST. COLEGIO INTERNADO RURAL CARAPARI	2.650.530
	MULTIPROGRAMAS Y OTROS	DESAR. PROGRAMA REFORMA DE SALUD	28.489.422
PROTEC. Y SOPORTE EPIDEMIOLOGICO PARA LA REFORMA DE SALUD		27.457.085	
DESAR. AL SECTOR DE LA HIGIENE Y SALUD - POTOSI		13.953.280	
2007	INFRAESTRUCTURA	CONST. HOSPITAL SANTA CRUZ	28.796.736
		CONST. POLIDEPORTIVO OLIMPICO J. DEP. BOLIVARIANOS SUCRE	12.263.651
		CONST. HOSPITAL COBIJA	4.598.031
	PLANIFICACION Y PREVENCIÓN	DESAR. PROGRAMA PAIS PMA LA PAZ II - DRIPAD	7.945.655
		CONST. MANT. Y EQUIP. REDES DE SALUD EN PANDO	6.561.844
		CONTROL (ESCUDO) EPIDEMIOLOGICO Y APOYO A LA REFORMA DE SALUD	5.910.098
	SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	ESTIMACION MUNICIPAL	56.981.364
		CONST. CENTRO MEDICO INTEGRAL LA PAZ	6.258.000
		CONST. BLOQUE DE NEUMOLOGIA H.O. N°2 CBBA	1.585.244
	MULTIPROGRAMAS Y OTROS	CONST. Y EQUIP. CENTRO ABAST. Y SUMINISTRO DE SALUD - EL ALTO	40.505.109
DESAR. PROGRAMA REFORMA DE SALUD		27.188.731	
DESAR. AL SECTOR DE LA HIGIENE Y SALUD - POTOSI		20.993.159	

2008	INFRAESTRUCTURA	CONST. HOSPITAL SANTA CRUZ	31.844.421
		CONST. POLIDEPORTIVO OLIMPICO J. DEP. BOLIVARIANOS SUCRE	29.968.630
		CONST. HOSPITAL COBIJA	3.239.123
	PLANIFICACION Y PREVENCIÓN	DESAR. DEL SECTOR SALUD EN EL DPTO DEL BENI	6.815.126
		CONTROL NAL.TUBERCULOSIS	3.545.456
		DESAR. PROG.DE LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES ENDEMICAS	2.115.551
	SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	ESTIMACION MUNICIPAL	87.799.106
		CONST. CENTRO DE SALUD YACUIBA - TAR	2.169.944
		CONST. BLOQUE DE NEUMOLOGIA H.O. N°2 CBBA	1.241.437
	MULTIPROGRAMAS Y OTROS	DESAR. PROG. ATENCION MOVIL SANITARIA EN BOLIVIA	55.888.411
CONST. Y EQUIP. CENTRO ABAST. Y SUMINISTRO DE SALUD - EL ALTO		17.068.099	
DESAR. PROGRAMA REFORMA DE SALUD		15.528.738	
2009	INFRAESTRUCTURA	CONST. POLIDEPORTIVO OLIMPICO J. DEP. BOLIVARIANOS SUCRE	32.038.289
		CONST. HOSPITAL SANTA CRUZ	26.813.907
		CONST. HOSPITAL DEL NORTE CIUDAD DE EL ALTO	10.606.123
		CONST. CENTRO DE SALUD - HUANUNI URURO	6.688.039
	PLANIFICACION Y PREVENCIÓN	CONTROL NAL.TUBERCULOSIS	14.851.616
		DESAR. PROG. FORTIFICACION ALIMENTOS EN BOLIVIA - GAIN	7.619.924
		PREVEN. Y CONTROL DE ENFERMEDADES EN PANDO	3.083.784
	SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	ESTIMACION MUNICIPAL	73.738.108
		CONST. CENTRO DE SALUD YACUIBA - TAR	2.368.231
		CONST. Y EQUIPAMIENTO CLINICA SEGUNDO NIVEL VILLAMONTES TARIJA	1.619.119
	MULTIPROGRAMAS Y OTROS	DESAR. PROG. ATENCION MOVIL SANITARIA EN BOLIVIA	69.067.564
		DESAR. PROGRAMA PROTECCION SOCIAL MADRE-NIÑO (BONO J.AZURDUY)	36.962.473

		MEJ. ATENCION INTEGRAL ITS/VIH/SIDA A NIVEL NACIONAL	27.523.975
2010	INFRAESTRUCTURA	CONST. HOSPITAL SANTA CRUZ	23.497.764
		CONST. HOSPITAL DEL NORTE CIUDAD DE EL ALTO	17.351.587
		CONST. PISCINA OLIMPICA - JUEGOS DEP.BOLIVIARIANOS SUCRE	5.571.566
	PLANIFICACION Y PREVENCIÓN	CONTROL Y VIGILANCIA DE LA MALARIA - NACIONAL	8.830.388
		PREVEN. ENFERMEDADES Y MEJ.CONDICIONES DE SALUBRIDAD TRINIDAD	3.980.739
		PREVEN. ENFERMEDADES Y MEJ.CONDICIONES DE SALUBRIDAD RIBERALTA	3.958.914
	SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	CONST. CENTRO DE SALUD YACUIBA - TAR	5.462.281
		CONST. CENTRO DE ACOGIDA SATELITE	2.444.108
		CONST. INTERNADO SELLA CERCADO	1.961.826
	MULTIPROGRAMAS Y OTROS	DESAR. PROGRAMA PROTECCION SOCIAL MADRE-NIÑO (BONO J.AZURDUY)	94.780.000
EQUIP. Y PREVEN. ENFERMEDADES RENALES NAL.		12.590.418	
DESAR. PROGRAMA NACIONAL DE NUTRICION		12.270.905	
2011	INFRAESTRUCTURA	CONST. HOSPITAL SANTA CRUZ	32.029.490
		CONST. HOSPITAL DEL NORTE CIUDAD DE EL ALTO	13.897.658
		EQUIP. HOSPITALES MUNICIPALES Y CENTROS SALUD EL ALTO	2.489.648
	PLANIFICACION Y PREVENCIÓN	CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN BOLIVIA-9NA RONDA	7.371.760
		CONTROL Y VIGILANCIA DE LA MALARIA - NACIONAL	7.114.171
		APOYO CAMPAÑAS DE SALUD CONTRA EPID. TRANSMISIBLES DPTO. PAN	6.960.732
	SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	CONST. CENTRO DE SALUD YACUIBA - TAR	4.970.000
		CONST. CENTRO MEDICO INTEGRAL LA PAZ	3.123.083
	MULTIPROGRAMAS Y OTROS	DESAR. PROGRAMA NACIONAL DE NUTRICION	12.195.494
EQUIP. Y PREVEN. ENFERMEDADES RENALES NACIONAL		9.785.104	
DESAR. EXPAN. ACCESO Y REDUC.INEQUIDADES EN SALUD BOLIVIA		8.931.538	
2012	INFRAESTRUCTURA	CONST. CENTRO MEDICO INTEGRAL LA PAZ	19.365.447

		CONST. HOSPITAL SANTA CRUZ	12.896.137	
		CONST. INFRAESTRUCTURA VIRGEN DE CHAGUAYA BERMEJO	12.896.137	
		CONST. UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA, ADMINISTRACION Y SERVICIOS S.S.U. COCHABAMBA	11.480.778	
	<b>PLANIFICACION Y PREVENCIÓN</b>	APOYO Y ATENCIÓN INTEGRAL VIH/SIDA A NIVEL NACIONAL-9NA RONDA	33.003.461	
		CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN BOLIVIA-9NA RONDA	8.520.228	
		APOYO CAMPAÑAS DE SALUD CONTRA EPID. TRANSMISIBLES DPTO. PAN	5.469.551	
		IMPLEM. BRIGADAS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD COMUNIT. INTERCULT.(SAFCI) DPTO. DE TARIJA	3.331.471	
	<b>SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL</b>	EQUIP. AL HOSPITAL ROBERTO GALINDO MUNICIPIO DE COBIJA.	4.711.013	
		FORTAL. PRODUCTIVO A LA SEGURIDAD ALIMENTARIA EN EL DPTO. DE URURO	2.095.549	
	<b>MULTIPROGRAMAS Y OTROS</b>	DESAR. PROGRAMA MULTISECTORIAL DESNUTRICION CERO COCHABAMBA	10.076.782	
		DESAR. PROGRAMA NACIONAL DE NUTRICION	7.037.218	
		EQUIP. Y PREVEN. ENFERMEDADES RENALES NACIONAL	5.934.405	
	<b>2013</b>	<b>INFRAESTRUCTURA</b>	CONST. CENTRO MEDICO INTEGRAL LA PAZ	118.949.461
			CONST. UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA, ADMINISTRACION Y SERVICIOS S.S.U. COCHABAMBA	12.441.891
			CONST. EQUIP. UNIDAD DE RESONANCIA MAGNETICA PARA SEDES	11.600.000
CONST. HOSPITAL LA PAZ 14 DE SEPTIEMBRE			11.557.093	
<b>PLANIFICACION Y PREVENCIÓN</b>		DESAR. PROGRAMA PROTECCION SOCIAL MADRE-NIÑO (BONO J. AZURDUY)	167.905.180	
		EQUIP. HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA BERMEJO	36.298.937	
		PREVEN. DE LA MALARIA EN MUNICIPIOS PRIORIZADOS DE BOLIVIA - FASE II OCTAVA RONDA	7.448.961	
<b>SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL</b>		CONST. Y EQUIPAMIENTO ESTACION POLICIAL INTEGRAL ENTRE RIOS	9.809.086	
		CONST. ALBERGUE TRANSITORIO ZONA MALLASA	6.051.011	

		CONST. Y EQUIPAMIENTO CLINICA SEGUNDO NIVEL VILLAMONTES TARIJA	3.961.681
	<b>MULTIPROGRAMAS Y OTROS</b>	EQUIP. A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN BENI, STA. CRUZ Y PUEBLOS GUARANIES	19.782.647
		APOYO Y ATENCION INTEGRAL VIH/SIDA A NIVEL NACIONAL-9NA RONDA	17.886.537
		APOYO PLAN ERRADICACION EXTREMA POBREZA A NIVEL NACIONAL	11.636.831
		DESAR. PROGRAMA NACIONAL DE NUTRICION	11.507.343
<b>2014</b>	<b>INFRAESTRUCTURA</b>	CONST. HOSPITAL MATERNO INFANTIL TARIJA	21.084.315
		CONST. HOSPITAL MODELO DE 3ER. NIVEL REGION AUTONOMA G.CH. YACUIBA	20.980.406
		CONST. HOSPITAL LA PAZ 14 DE SEPTIEMBRE	20.226.400
		EQUIP. HOSPITALES DE TERCER NIVEL CHUQUISACA	18.831.210
	<b>PLANIFICACION Y PREVENICION</b>	DESAR. PROGRAMA PROTECCION SOCIAL MADRE-NIÑO (BONO J. AZURDUY)	157.999.490
		APOYO Y ATENCION INTEGRAL VIH/SIDA A NIVEL NACIONAL-9NA RONDA	18.741.091
		DESAR. PROGRAMA PROTECCION SOCIAL MADRE-NIÑO (BONO J. AZURDUY)	11.680.665
		DESAR. PROGRAMA NACIONAL DE NUTRICION	9.626.098
	<b>SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL</b>	CONST. UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA, ADMINISTRACION Y SERVICIOS S.S.U. COCHABAMBA	5.635.765
		CONST. Y EQUIP CLINICA DE SEGUNDO NIVEL ORURO	4.096.312
		CONST. CLINICA DE SEGUNDO NIVEL POTOSI	3.572.782
	<b>MULTIPROGRAMAS Y OTROS</b>	IMPLEM. Y EQUIPAMIENTO DE LA TELESALUD PARA BOLIVIA	96.966.387
		EQUIP. Y FORTAL. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD LP, CB, OR Y CH	14.494.931
		IMPLEM. SERVICIO AMBULANCIAS PARA ATENCION EMERGENCIAS DPTO. POTOSI	8.297.000
		FORTAL. REDES DE SALUD CHU,CBBA, LPZ Y PT	7.345.908
	<b>2015</b>	<b>INFRAESTRUCTURA</b>	CONST. HOSPITAL EL ALTO

		CONST. Y EQUIP. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CPS SANTA CRUZ	39.560.975
		CONST. HOSPITAL LA PAZ 14 DE SEPTIEMBRE	26.500.038
		CONST. Y EQUIPAMIENTO ONCOLOGICO TARIJA	25.173.952
	<b>PLANIFICACION Y PREVENCIÓN</b>	APOYO Y ATENCION INTEGRAL VIH/SIDA A NIVEL NACIONAL-9NA RONDA	11.159.960
		DESAR. PROG. PROM. PREV. Y TRAT. INTEGRAL ENF. ENDEMICAS DEPTO SCZ - FASE II	3.178.728
		EQUIP. Y FORTALECIMIENTO A REDES DE SALUD Y AL CONSEJO DEPTAL. DE ALIMENTACION Y NUTRICION - LA PAZ	1.582.723
	<b>ATENCIÓN EN SALUD</b>	IMPLEM. Y EQUIPAMIENTO DE LA TELESALUD PARA BOLIVIA	35.159.953
		EQUIP. Y PREVEN. ENFERMEDADES RENALES NACIONAL	12.713.035
		PREVEN. DE LA SALUD ORAL A NIVEL NACIONAL	7.457.576
	<b>MULTIPROGRAMAS Y OTROS</b>	EQUIP. Y FORTAL. SANITARIO MOVIL A NIVEL NACIONAL	452.472.829
		DESAR. PROGRAMA PROTECCION SOCIAL MADRE-NIÑO (BONO J.AZURDUY)	140.560.395
		EQUIP. HOSPITAL DE TERCER NIVEL DEL NORTE EN EL ALTO-LP BID 2822/BL/BO	22.118.874
<b>2016</b>	<b>INFRAESTRUCTURA</b>	CONST. Y EQUIP.INSTITUTO ONCOLOGICO COCHABAMBA	144.032.560
		CONST. HOSP. TERCER NIVEL VILLA TUNARI	107.015.600
		CONST. HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE MONTERO	96.040.000
		CONST. HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE TRINIDAD	95.998.840
	<b>PLANIFICACION Y PREVENCIÓN</b>	IMPLEM. PROG. INOCUIDAD ALIMENT. Y SALUD AMBIENTAL SCZ	3.793.237
		INVEST. CONTROL Y VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS Y BEBIDAS EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ	610.318
		CONST. PERFORACION DE POZO Y TAMQUE ELEVADO HOSPITAL MEXICO Y SOLOMON KLEIN	556.481

	<b>ATENCIÓN EN SALUD</b>	EQUIP. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS TARIJA	7.000.000	
		PREVEN. DE LA SALUD ORAL A NIVEL NACIONAL	6.804.093	
		IMPLEM. Y EQUIPAMIENTO DE LA TELESALUD PARA BOLIVIA	6.315.737	
	<b>MULTIPROGRAMAS Y OTROS</b>	IMPLEM. PROG DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO EN CHUQUISACA Y POTOSI	18.361.813	
		FORTAL. REDES INTEGRALES DE SALUD EN EL DPTO. POTOSI	15.240.762	
	<b>INVESTIGACIÓN EN SALUD</b>	FORTAL. PLATAFORMA CHAGAS INST.ACAD. CIENTIF. CAMPUS UNIV. UAJMS	779.637	
		INVEST. PRECLAMPSIA E HIPERTENSION ARTERIAL PULMONAR EN EL BINOMIO MADRE-NIÑO MUN. LA PAZ Y EL ALTO	446.102	
	<b>2017</b>	<b>INFRAESTRUCTURA</b>	CONST. CON EQUIPAMIENTO ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE TERCER NIVEL EN EL DPTO CHUQUISACA	95.317.100
			CONST. Y EQUIP. HOSPITAL TERCER NIVEL EL ALTO SUR	82.681.835
CONST. HOSPITAL EL ALTO			68.221.793	
AMPL. Y EQUIPAMIENTO HOSPITAL DE III NIVEL EN EL DPTO. DE ORURO			1.620.020	
<b>PLANIFICACION Y PREVENCIÓN</b>		FORTAL. SIST. SALUD E INMUNIZACION A NIVEL NACIONAL (GAVI FSSI)	6.582.650	
		IMPLEM. PROG. INOCUIDAD ALIMENT. Y SALUD AMBIENTAL SCZ	3.346.462	
<b>ATENCIÓN EN SALUD</b>		PREVEN. DE LA SALUD ORAL CON CONSULTORIOS MOVILES A NIVEL NACIONAL - FASE II	15.433.562	
		FORTAL. PROCESO DE TRASPLANTE DE ORGANOS, CELULAS Y TEJIDOS A NIVEL NACIONAL	5.150.906	
<b>MULTIPROGRAMAS Y OTROS</b>		DESAR. PROGRAMA PROTECCION SOCIAL MADRE-NIÑO (BONO J.AZURDUY)	187.385.645	
		IMPLEM. PROG DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO EN CHUQUISACA Y POTOSI	15.628.196	
		DESAR. PROGRAMA NACIONAL DE NUTRICION	6.494.205	
<b>INVESTIGACIÓN EN SALUD</b>		FORTAL. PLATAFORMA CHAGAS INST.ACAD.CIENTIF. CAMPUS UNIV. UAJMS	575.720	

		INVEST. FARMACOPEA DE PRODUCTOS TRADICIONALES A NIVEL NACIONAL	237.799
2018	INFRAESTRUCTURA	CONST. HOSPITAL EL ALTO	371.338.328
		CONST. HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE MONTERO	119.992.454
		CONST. Y EQUIP. HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LA CIUDAD DE POTOSI	101.030.619
	PLANIFICACION Y PREVENCIÓN	PREVEN. DE LA SALUD ORAL CON CONSULTORIOS MOVILES A NIVEL NACIONAL - FASE II	18.486.563
		FORTAL. SIST. SALUD E INMUNIZACION A NIVEL NACIONAL (GAVI FSSI)	4.271.610
		IMPLEM. PROG. INOCUIDAD ALIMENT. Y SALUD AMBIENTAL SCZ	3.780.301
	ATENCIÓN EN SALUD	EQUIP. MEDICO ORTOPEDIA , TRAUMATOLOGIA Y MAXILOFACIAL NIVEL NACIONAL	25.098.014
		EQUIP. COMPLEMENTARIO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - TARIJA	10.264.600
		IMPLEM. PROG DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO EN CHUQUISACA Y POTOSI	8.921.790
	MULTIPROGRAMAS Y OTROS	DESAR. PROGRAMA PROTECCION SOCIAL MADRE-NIÑO (BONO J.AZURDUY)	162.672.845
		DESAR. PROGRAMA NACIONAL DE NUTRICION	3.376.672
		CONST. PABELLON ADMINISTRATIVO TUPIZA - POTOSI	3.338.337
	INVESTIGACIÓN EN SALUD	INVEST. DE PLANTAS MEDICINALES A NIVEL NAL.	712.373
		INVEST. FARMACOPEA DE PRODUCTOS TRADICIONALES A NIVEL NACIONAL	632.772
		CONST. HOSPITAL UNIVERSITARIO EN COBIJA	579.454



## ANEXO N° 16: PLANILLA DE CONSISTENCIA METODOLÓGICA

<b>TITULO DEL TEMA</b>	Los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud de Bolivia; 2000-2018	
<b>OBJETO DE LA INVESTIGACION</b>	La distribución de la Fase de Ejecución de los proyectos del <b><u>Presupuesto de Inversión Pública</u></b> en el <b><u>Sector Salud</u></b> de Bolivia; 2000-2018.	
<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>HIPOTESIS</b>
La inequidad de la Ejecución de los proyectos del <b>Presupuesto de Inversión Pública</b> en el <b>Sector Salud</b> .	Demostrar la distribución de la Ejecución de los proyectos del <b>Presupuesto de Inversión Pública</b> en el <b>Sector Salud</b> de Bolivia.	La ejecución del <b>Presupuesto de Inversión Pública</b> de proyectos capitalizables es mayor a proyectos no capitalizables en el <b>Sector Salud</b> de Bolivia.
<b>CATEGORIAS ECONÓMICAS</b>	<b>VARIABLES ECONÓMICAS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>
<b>CE.1 PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA</b>	<b>VE. 1.1.</b> Programación y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud.	<b>Verificar</b> el cumplimiento de la Ejecución respecto a la Programación del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud.
	<b>VE1.2.</b> Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por tipo de inversión en el Sector Salud	<b>Diferenciar</b> la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por tipo de inversión en el Sector Salud.
	<b>VE1.3.</b> Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por tipo de proyecto en el Sector Salud.	<b>Identificar</b> la distribución de la Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por tipo de Proyecto en el Sector Salud.
<b>CE.2. SECTOR SALUD</b>	<b>VE 2.1.</b> N° Establecimientos de Salud por nivel de Atención	<b>Contrastar</b> el número de Establecimientos de salud por nivel de atención.
	<b>VE.2.2.</b> Porcentaje de Mujeres Embarazadas con anemia.	<b>Determinar</b> el comportamiento del porcentaje de mujeres embarazadas con anemia.

**ANEXO N° 17: PLANILLA DE CONSISTENCIA TEÓRICA**  
**TEORÍAS DEL SECTOR PÚBLICO**

PROPUESTA	AUTOR
<p>El estado es un ente regulador, distribuidor y productor, que interviene a través de la planificación mediante las siguientes acciones:</p> <p><b>Acción de Regulación:</b> regula el comportamiento de los agentes económico.</p> <p><b>Acción de Acumulación:</b> contribuyen a la formación de instalaciones y equipos para la prestación de servicios públicos.</p> <p><b>Acción de Campo de Financiamiento:</b> se deben movilizar medio de pago para trasladar recursos físicos a la economía estatal.</p>	<p><b>Ricardo Cibotti y Enrique Sierra</b></p>
<p>La política publica es necesaria para guiar, corregir y complementar al mercado.</p> <p>Las funciones que plantea Musgrave son:</p> <p><b>Función de Asignación:</b> provisión de bienes.</p> <p><b>Función de Distribución:</b> provisión eficiente de bienes para maximizar el bienestar social.</p> <p><b>Función de Estabilización:</b> los objetivos tienen un alto nivel de empleo, un grado de estabilidad del nivel de precios. la solidez de las cuentas exteriores y una aceptable tasa de crecimiento.</p>	<p><b>Musgrave Richard A.</b></p>

**TEORIAS DE CICLO DE VIDA DEL PROYECTO**

PROPUESTA	AUTOR
<p>El proyecto surge como una respuesta a una idea que busca la solución de un problema.</p> <p>El CVP tiene cuatro etapas:</p> <p><b>Idea,</b> donde la organización está estructurada.</p> <p><b>Pre inversión,</b> se realiza varios estudios de viabilidad.</p> <p><b>Inversión,</b> fase de movilización de recursos humanos, físicos y financieros.</p> <p><b>Operación,</b> donde esta puesta el proyecto.</p>	<p><b>Sapag Chain Nassir, Sapag Chain Reinaldo</b></p>
<p>El proyecto surge de la identificación y priorización de las necesidades humanas para Mokate el CVP comprende tres etapas:</p> <p><b>Formulación:</b> corresponde a la pre inversión.</p> <p><b>Gestión:</b> donde se inicia la inversión y el momento que se liquida y deja de operar el proyecto.</p> <p><b>Ex post:</b> posterior de la ejecución del proyecto.</p>	<p><b>Mokate Karen Marie</b></p>

<p>El CVP consiste en el proceso que atraviesa un proyecto de IP desde la idea, se realizan estudios, se ejecuta y entra en operación y cumple con su vida útil. Según el SNIP se tiene las siguientes fases: <b>Pre Inversión</b>, estudios realizados sobre un proyecto. <b>Ejecución</b>, consiste desde que se ejecuta el proyecto hasta que tiene condiciones de operación. <b>Operación</b>, funcionamiento del proyecto.</p>	<p><b>Sistema Nacional de Inversión Pública</b></p>
---	---

### TEORIA DE LA SALUD

PROPUESTA	AUTOR
<p>La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social; el goce de grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, ideología política o condición económica y social. La salud depende de la más amplia cooperación de las personas y del Estado.</p>	<p><b>Organización Mundial de la Salud OMS</b></p>
<p>La economía de la salud se encarga de la distribución de los recursos escasos para obtener el máximo rendimiento posible medido a través de la mejora en los indicadores de salud.</p>	<p><b>Baly Alberto</b></p>
<p>Para obtener el mayor estado de salud, se requiere el uso óptimo de los recursos mediante la prevención de enfermedades y promoción de salud.</p>	<p><b>Mushkin</b></p>
<p>La promoción y protección de salud se constituye en la única solución posible a las necesidades de salud, aunque implique un proceso de transformación política, cultural y social.</p>	<p><b>Casulo, escobar, Luque y Proenza</b></p>

### TEORIA DE CAPITAL HUMANO

PROPUESTA	AUTOR
<p>Las inversiones en servicios sanitarios contribuyen que exista un crecimiento en el capital humano. Uno de los factores que contribuye a mejorar la capacidad humana son las inversiones en equipos y servicios de salud para que incluyan todos los gastos que generen bienestar a la sociedad.</p>	<p><b>Theodore Schultz</b></p>
<p>Las inversiones en servicios sanitarios a través de políticas públicas enfocadas en salud aumentan el producto y generan un rendimiento a lo largo de varios años que contribuyen que exista un crecimiento en el capital humano.</p>	<p><b>Mushkin</b></p>

**ANEXO N° 18 PLANILLA DE CONSISTENCIA DE POLÍTICAS**

<b>PRIMER PERIODO 2000-2005</b>	<b>SEGUNDO PERIODO 2006-2018</b>
<p><b>POLITICAS NACIONALES</b></p> <p><b><i>POL. 1. Formación y Salud Integral:</i></b> Procura reducir las disparidades en las condiciones y el acceso a la salud, mediante una eficiente asignación de los recursos económicos.</p> <p><b><i>POL.2. Atención Primaria de Salud:</i></b> Proveer una canasta básica de salud mediante la mejora de los servicios de salud en áreas de fomento, prevención, curación y rehabilitación.</p> <p><b><i>POL.3. Nutrición Básica:</i></b> Mejorar los hábitos de alimentación en salud materna y en niños y niñas para reducir la desnutrición materno infantil.</p> <p><b>POLITICA NACIONAL DE SALUD</b></p> <p><b><i>POL.1. Promoción de la Salud:</i></b> Fomentar las practicas saludables y prevenir enfermedades no transmisibles mediante la reorientación de los establecimientos de salud y participación comunitaria.</p> <p><b><i>POL.2. Fortalecimiento de redes de salud:</i></b> Desarrollar la infraestructura de salud mediante la creación de capacidad física de producción de servicios de salud, equitativa en los nueve departamentos.</p>	<p><b>POLITICAS NACIONALES</b></p> <p><b><i>POL.1. Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud:</i></b> Permitir el acceso a los servicios de salud a la población boliviana, mediante la promoción de hábitos y conductas saludables orientada a superar la exclusión en salud. Fortalecer las redes de salud (infraestructura equipamiento) en todo el ámbito nacional.</p> <p><b><i>POL.2. Promoción de la Salud:</i></b> Recuperar la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y la calidad de vida orientada a intervenir coordinadamente entre el sector y los demás sectores.</p> <p><b><i>POL.3. Solidaridad:</i></b> Desarrollar una alianza nacional para la erradicación de la desnutrición y la eliminación de la exclusión social.</p>

**ANEXO N° 19 PLANILLA DE CONSISTENCIA NORMATIVA**

<b>PRIMER PERIODO 2000-2005</b>	<b>SEGUNDO PERIODO 2006-2018</b>
<p><b>1. Constitución Política del Estado:</b> El estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población; propenderá así mismo al mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar.</p> <p><b>2. Ley Seguro Universal Materno Infantil</b> Se implementa en todo el territorio Nacional en 2003 con carácter universal, integral y gratuito, para otorgar las prestaciones de Salud en los niveles de atención del sistema Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad Social de corto plazo y llega a cubrir a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto, niños y niñas desde su nacimiento hasta sus 5 años de edad.</p> <p><b>3. Sistema de Administración y Control:</b> Se regulan los Sistemas de Administración y de Control de los recursos del estado con los sistemas naciones de planificación e inversión Pública con el objeto de programar, ejecutar y controlar el uso eficiente de los recursos públicos para el cumplimiento de las políticas.</p> <p><b>4. Sistema Nacional de Inversión Pública:</b> 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</p>	<p><b>1. Constitución Política del Estado 2009:</b> Garantizara el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulara y vigilara la atención de calidad a través de auditorías medicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento.</p> <p><b>2. Decreto Supremo N° 29601</b> El modelo SAFCI se constituye como el eje central y dinamizador del Sistema Nacional de Salud en prevención y promoción de salud; para mejorar el acceso universal de la salud de las familias.</p> <p><b>3. Ley N° 475 Ley de Prestaciones de Servicios de Salud</b> Establecer y regular la atención integral y protección financiera en salud de la población beneficiaria descrita en la presente ley, que no se encuentre cubierta por el seguro social obligatorio de corto plazo.</p> <p><b>4. DS. N° 3293 Agencia de Infraestructura de Salud:</b> Se crea la Agencia de Infraestructura en Salud y Equipamiento Médico, es una institución pública descentralizada de derecho público, tiene la finalidad de ejecutar programas y/o proyectos de Establecimientos de Salud Hospitalarios y de Institutos de Cuarto Nivel de Salud.</p>

<p>nacional, departamentales y municipales.</p> <p><b>5. Sistema de Planificación:</b> Es un conjunto de procesos que se expresan en normas y procedimientos de cumplimiento general, de orden político, técnico y administrativo, que establece la forma y participación de los niveles nacional, departamental y municipal en la racionalización de la toma de decisiones para la asignación de recursos públicos.</p> <p><b>6. Establecimientos de Salud:</b> Se constituye la Red de servicios de salud por los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel que son controladas, reglamentadas y coordinadas por el Ministerio de Salud.</p>	
---	--

