

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



TESIS DE GRADO

MENCIÓN: DESARROLLO PRODUCTIVO

**“INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD COMO FACTOR DE
DESARROLLO PRODUCTIVO EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ, EN EL PERÍODO
2000-2018”**

POSTULANTE: CHÁVEZ MAMANI, Pamela Andrea

TUTOR : M. Sc. LIMPIAS CALANCHA, Jesús Enrique

RELATOR : M. Sc. TICONA GARCÍA, Roberto

LA PAZ – BOLIVIA

2020

Dedicatoria

A Dios, por siempre acompañarme y darme bendiciones en el transcurso de mi formación académica y en cada etapa de mi vida.

A mis amados padres Ana e Ismael, por ser mi ejemplo, siempre brindarme su apoyo y consejos, por todos sus sacrificios y su amor incondicional, gracias a ellos todo lo que soy y seré.

A mi hermano, a todos mis primos, y tíos por siempre darme ánimos, su compañía y confianza.

A mis abuelitos por su amor y consejos, Felipa y Justo que están conmigo; Francisco y Flora que me acompañan desde el cielo.

Agradecimientos

A Dios por jamás abandonarme, por permitirme lograr mis objetivos y concluir con éxito mi carrera universitaria.

A la Universidad Mayor de San Andrés, a la Facultad de Ciencias económicas y Financieras, a la carrera de Economía y al Instituto de Investigaciones Económicas (IIE), por haberme formado profesional y humanamente.

A mi tutor M. Sc. Jesús Limpas por su paciencia, guía y apoyo desinteresado en todo el proceso de investigación.

A mi relator M. Sc. Roberto Ticona por brindarme gran parte de su tiempo, su dedicación y colaboración que enriquecieron la presente investigación.

A todos los docentes y personas que contribuyeron a mi formación académica y personal.

ÍNDICE

Contenido	Pág.
CAPÍTULO I.....	1
1.1. DELIMITACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN	1
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 2000-2018 (Modelo de Economía Plural).....	1
1.1.2. Referencia Histórica	2
1.1.3. Delimitación General.....	2
1.1.3.1. Delimitación Espacial.....	2
1.1.3.2. Delimitación Sectorial	3
1.1.3.3. Delimitación Institucional	3
1.1.3.4. Delimitación de la Mención.....	3
1.1.4. Restricción de Categorías y Variables Económicas.....	3
1.1.4.1. Categorías Económicas.....	3
1.1.4.2. Variables Económicas.....	3
1.2. PLANTEAMIENTO DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN	4
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
1.3.1. Problematización.....	4
1.3.1.1. Categorías Económicas.....	5
1.3.1.2. Variables Económicas.....	5
1.3.2. Planteamiento del Problema de Investigación	7
1.3.3. Justificación del Tema de Investigación	7
1.3.3.1. Económica.....	7
1.3.3.2. Social.....	7
1.3.3.3. Institucional.....	8
1.4. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS	8
1.4.1. Objetivo General.....	8
1.4.2. Objetivos Específicos.....	8
1.5. PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS	9
1.6. APLICACIÓN METODOLÓGICA.	9
1.6.1. Método de Investigación.....	9
1.6.2. Tipo de Investigación.....	9
1.6.3. Fuentes de Información.....	10

1.6.4. Instrumentos de Investigación	10
1.6.5. Procesamiento de Información	10
1.6.6. Análisis de resultados	10
1.7. FUNDAMENTO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
1.7.1. Elementos Conceptuales y Definiciones.....	11
1.7.1.1. Desarrollo.....	11
1.7.1.2. Desarrollo Productivo	11
1.7.1.3 Inversión Pública	11
1.7.1.4. Presupuesto de Inversión Pública	12
1.7.1.5. Salud Pública	12
1.7.1.6. Desarrollo Humano.....	12
1.7.1.7. Crecimiento Económico	13
1.7.1.8. Productividad.....	13
1.7.1.9. PIB per Cápita.....	13
1.7.2. Aspectos Teóricos de Investigación.....	14
1.7.2.1. Teoría de la Inversión Pública.....	14
1.7.2.2. Teoría de la Salud.....	17
1.7.2.3. Teoría del Desarrollo	20
CAPÍTULO II ASPECTOS DE POLÍTICA, NORMAS E INSTITUCIONAL	24
2.1. ASPECTOS DE POLÍTICAS	24
2.1.1. Primer Periodo: 2000 - 2005 (Modelo de Economía de Mercado).....	24
2.1.1.1. Salud, núcleo estratégico del Desarrollo Humano.....	24
2.1.1.2. Profundización de los procesos de Descentralización Administrativa	24
2.1.1.3. Salud integral	25
2.1.1.4 Política Nacional De Salud.....	26
2.1.1.5. Políticas a nivel municipal de La Paz	27
2.1.2. Segundo Periodo 2006-2018 (Modelo de Economía Plural)	28
2.1.2.1. Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien	29
2.1.2.2. Plan Sectorial de Desarrollo Integral 2016-2020.....	31
2.1.2.3 Políticas de Salud a nivel municipal.	33
2.2. REFERENCIA NORMATIVA.....	35
2.2.1. Primer Periodo: (2000-2005) Modelo de Economía de Mercado.....	35
2.2.1.1. Recursos de la Participación Popular.....	35
2.2.1.2. Competencias Municipales	35

2.2.1.3. Coparticipación Tributaria.....	36
2.2.1.4. Límites de gastos de la Inversión Pública Municipal	36
2.2.1.5. Sistema Nacional de Inversión Pública.....	37
2.2.2. Segundo periodo (2006-2015) Modelo de Economía Plural	38
2.2.2.1. Normativa Municipal	38
2.3. REFERENCIA INSTITUCIONAL.....	41
2.3.1. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas	41
2.3.2. Viceministerio de Presupuesto y Contabilidad Fiscal	41
2.3.3. Ministerio de Planificación del Desarrollo	42
2.3.4. Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo	42
2.3.5. Ministerio de Salud.....	43
2.3.6. Gobierno Autónomo Municipal de La Paz - Dirección General de Salud	44
CAPÍTULO III. FACTORES DETERMINANTES Y CONDICIONANTES DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN	47
3.1. ASPECTOS GENERALES.....	47
3.1.1. Población en el Municipio de La Paz	47
3.1.2. Indicadores en Salud.....	51
3.2. PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DEL MUNICIPIO DE LA PAZ.....	56
3.3. EJECUCIÓN DE LA INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ	61
3.3.1. INGRESOS MUNICIPALES	61
3.3.2. LA INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO	62
3.4. EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD POR COMPONENTES DEL MUNICIPIO DE LA PAZ	67
3.5. PRODUCTO INTERNO BRUTO PER CÁPITA DEPARTAMENTAL.....	75
3.6. INGRESOS POR RECAUDACIÓN PATENTES MUNICIPALES	80
3.7. COBERTURA DE LAS REDES DE SALUD Y HORAS DE TRABAJO PROMEDIO POR SEMANA EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ.....	87
CAPÍTULO IV	100
4.1. CONCLUSIONES.....	100
4.1.1. Conclusión general.....	100
4.1.2. Conclusiones Específicas.....	100
4.2. APORTE DE LA INVESTIGACIÓN A LA MENCIÓN.....	103
4.3. VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	103
4.4. EVIDENCIA TEÓRICA	105

4.5. RECOMENDACIONES.....	106
4.5.1. Recomendaciones Específicas	106
BIBLIOGRAFÍA.....	109
ANEXOS	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1: POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE LA PAZ; 2012-2020 (NÚMERO DE HABITANTES)	47
GRÁFICO N° 2: POBLACIÓN POR SEXO Y EDAD EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ; 1992, 2001, 2018. (NÚMERO DE HABITANTES)	48
GRÁFICO N° 3: POBLACIÓN EN EDAD DE TRABAJAR (PET): 2012, 2016. (NÚMERO DE HAB.).....	50
GRÁFICO N° 4: MÉDICOS POR 1000 HABITANTES EN EL MUNDO, 2015 (NÚMERO DE MÉDICOS)	52
GRÁFICO N° 5: CAPITAL HUMANO EN LOS CENTROS DE SALUD DE 1ER NIVEL EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ, 2017 (EN NÚMERO)	54
GRÁFICO N° 6: TITULADOS EN MEDICINA EN LA UMSA, 2014-2018 (NÚMERO DE TITULADOS).....	55
GRÁFICO N° 7: PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DEL MUNICIPIO DE LA PAZ; 2000-2018 (MILES DE BS. Y PORCENTAJE)	58
GRÁFICO N° 8: COMPARACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ; 2000-2018 (MILLONES DE BS. Y PORCENTAJE)	60
GRÁFICO N° 9: DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL TGN, 2017 (EN PORCENTAJE)	61
GRÁFICO N° 10: EJECUCIÓN DE LA INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO; 2000-2018 (MILLONES DE BS. Y PORCENTAJES)	64
GRÁFICO N° 11: COMPARACIÓN PROMEDIO DE LA EJECUCION DE LA INVERSION PÚBLICA DEL SECTOR SALUD POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ; 2000-2018 (MILLONES DE BS. Y PORCENTAJE).....	66
GRÁFICO N° 12: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD POR COMPONENTES EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ; 2000-2018 (MILLONES DE BS.)	70

GRÁFICO N° 13: COMPARACIÓN PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD POR COMPONENTES; 2000-2018 (MILLONES DE BS. Y PORCENTAJES)	74
GRÁFICO N° 14: PRODUCTO INTERNO BRUTO PER CÁPITA DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 2000-2018 (EN BOLIVIANOS Y PORCENTAJE)	77
GRÁFICO N° 15: COMPARACIÓN PROMEDIO DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO PER CÁPITA DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 2000-2018 (EN BOLIVIANOS Y PORCENTAJE)	80
GRÁFICO N° 16: INGRESOS POR RECAUDACIÓN PATENTES EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ; 2000-2018 (MILES DE BS. Y PORCENTAJE).....	83
GRÁFICO N° 17: COMPARACIÓN PROMEDIO DE RECAUDACIÓN POR CONCEPTO DE PATENTES EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ; 2000-2018 (MILES DE BS. Y PORCENTAJE)	86
GRÁFICO N° 18: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN TIPO DE GESTIÓN EN BOLIVIA, 2017 (EN NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS Y PORCENTAJE)	87
GRÁFICO N° 19: MEDIA DE GASTO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES POR CUIDADOS DE SALUD, 2016	88
GRÁFICO N° 20: POBLACIÓN CON ALGÚN SEGURO DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ, 2016 (EN PORCENTAJE).....	89
GRÁFICO N° 21: COBERTURA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ; 2007-2017.....	91
GRÁFICO N° 22: POBLACIÓN DENTRO LA COBERTURA DE LAS REDES DE SALUD Y HORAS DE TRABAJO PROMEDIO POR SEMANA EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ (MILES DE PERSONAS Y HORAS/SEMANA)	93
GRÁFICO N° 23: COMPARACIÓN PROMEDIO DE LA POBLACIÓN DENTRO LA COBERTURA DE LAS REDES DE SALUD Y HORAS DE TRABAJO PROMEDIO POR SEMANA EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ (MILES DE PERSONAS Y HORAS/SEMANA)	97
GRÁFICO N° 24: COMPARACIÓN DE LA INVERSIÓN PÚBLICA EJECUTADA, RECAUDACIÓN POR PATENTES, PIB PER CÁPITA, INVERSIÓN EN SERVICIOS DE	

SALUD, POBLACIÓN CON COBERTURA Y HORAS DE TRABAJO PROMEDIO
SEMANAL (MILLONES DE BS, PORCENTAJES Y NÚMERO DE PERSONAS) 104

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO N° 1 : PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DEL MUNICIPIO DE LA PAZ; 2000-2018 (Millones de Bs.).....	i
ANEXO N° 2: ACUMULADO DE PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DEL MUNICIPIO DE LA PAZ (Millones de Bs.).....	ii
ANEXO N° 3: PROMEDIO DE PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DEL MUNICIPIO DE LA PAZ (Millones de Bs.).....	ii
ANEXO N° 4: EJECUCIÓN DE LA INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO (En Millones de Bs. y Porcentajes)	iii
ANEXO N° 5: ACUMULADO EJECUCIÓN DE LA INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO; 2000-2018 (En millones de Bs.).....	iv
ANEXO N° 6: ACUMULADO EJECUCION DE LA INVERSION PÚBLICA DEL SECTOR SALUD POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO; 2000-2018 (En millones de Bs.).....	iv
ANEXO N° 7: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD POR COMPONENTES DEL MUNICIPIO DE LA PAZ (Millones de Bs.)... v	v
ANEXO N° 8: ACUMULADO POR PERIODO DE LA INVERSIÓN PÚBLICA EN SALUD POR COMPONENTES EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ; 2000-2018 (En Millones de Bs.)....	vi
ANEXO N° 9: PROMEDIO POR PERIODO DE LA INVERSIÓN PÚBLICA EN SALUD POR COMPONENTES EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ; 2000-2018 (En Millones de Bs.).....	vi

ANEXO N° 10: PRODUCTO INTERNO BRUTO PER CÁPITA DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 2000-2018 (En Bolivianos y Porcentaje).....	vii
ANEXO N° 11: PROMEDIO Y ACUMULADO DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO PER CÁPITA DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 2000-2018 (En Bolivianos y Porcentaje).....	viii
ANEXO N° 12: INGRESOS POR RECAUDACIÓN DE PATENTES EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ; 2000-2018 (Miles de Bs. y Porcentaje).....	ix
ANEXO N° 13: PROMEDIO Y ACUMULADO DE INGRESOS POR RECAUDACIÓN DE PATENTES EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ; 2000-2018 (Miles de Bs. y Porcentaje).....	ix
ANEXO N° 14: POBLACIÓN DENTRO LA COBERTURA DE LAS REDES DE SALUD Y HORAS DE TRABAJO PROMEDIO POR SEMANA EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ (MILES DE PERSONAS Y HORAS/SEMANA)	x
ANEXO N° 15: POBLACIÓN DENTRO LA COBERTURA DE LAS REDES DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ (MILES DE PERSONAS).....	xi
ANEXO N° 16: PROMEDIO Y ACUMULADO HORAS DE TRABAJO PROMEDIO POR SEMANA EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ (MILES DE PERSONAS Y HORAS/SEMANA).....	xi
ANEXO N° 17: EJECUCIÓN DE LA INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO; 2000-2018 (Millones de Bs. y Porcentajes)	xii
ANEXO N° 18: ÍNDICE DE PRIORIDAD FISCAL EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ, 2000-2017 (Millones de Bs.).....	xiii
ANEXO N° 19: PLANILLA DE CONSISTENCIA METODOLÓGICA	xiv
ANEXO N° 20: PLANILLA DE CONSISTENCIA TEÓRICA.....	xv

PRESENTACIÓN

La presente investigación propone el tema de: “INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD COMO FACTOR DE DESARROLLO PRODUCTIVO DEL MUNICIPIO DE LA PAZ, EN EL PERIODO 2000-2018”, en el cual se plantea el siguiente problema: la ineficiencia de la inversión pública asignada al sector salud para el desarrollo productivo del municipio de La Paz.

El tema de investigación tiene como objetivo general: determinar la contribución Inversión Pública en el Sector Salud como factor de Desarrollo Productivo del Municipio de La Paz, la hipótesis planteadas es: la Inversión Pública en el Sector Salud contribuye a el Desarrollo Productivo del Municipio de La Paz.

El estudio de Investigación se divide en cuatro capítulos:

Capítulo I: Constituye la “Referencia Metodológica de la Investigación”, que precisa la delimitación del tema, el objeto de investigación, se especifica las categorías y variables económicas y se plantea el problema los objetivos la hipótesis y la aplicación metodológica de la investigación, que incluye aspectos conceptuales y fundamentos teóricos.

Capítulo II: Fundamenta “Aspectos de Políticas Normas e Institucional” que se relacionan e influyen sobre las categorías y variables económicas, se incluye aspectos normativos referentes al sector público, al presupuesto de inversión pública y las políticas implementadas en temas de asignación y distribución del presupuesto de inversión pública en este caso del sector salud.

Capítulo III: Se desarrolla los “Factores Determinantes y Condicionantes del Tema de Investigación” en el que se describe explica y compara el comportamiento de las variables entre dos períodos de estudio el modelo de Economía de Mercado y Modelo de Economía Plural , que responderán al problema de investigación planteado y también contribuirán en la verificación de la hipótesis.

Capítulo IV: Se presentan las “Conclusiones y Recomendaciones del Tema de Investigación” para cada una de las variables económicas se presenta el aporte de la investigación a la mención y se verifica la hipótesis la evidencia teórica y las recomendaciones.

RESUMEN

La presente investigación trata la contribución de la inversión pública en el sector salud como factor de desarrollo del municipio de La Paz en el período 2000-2018. El trabajo de investigación corresponde nuevo plan de estudios 2012 en la mención de Desarrollo Productivo, la primera fase se inicia recopilando información documental, información teórica e información estadística, se concluye la segunda fase con la redacción de la Tesis de todos los capítulos correspondientes I, II, III, IV.

El nuevo plan de titulación promueve la modalidad de tesis como aporte de la carrera y de la universidad para la generación de conocimientos y soportes, en coordinación con el IIE.

La investigación toma en cuenta dos modelos económicos: El modelo de Economía de mercado que comprende el período 2000-2005, donde se configura un proceso de descentralización para los municipios y se aplican políticas para reducir la pobreza. El segundo periodo denominado modelo de economía plural que comprende el período 2006-2018, se caracteriza por una mayor intervención del estado en la economía a través de políticas públicas y el proceso de descentralización de los municipios se profundiza con la asignación de mayores recursos para los sectores sociales como la educación la salud y el empleo, mediante los ingresos por IDH. El trabajo se centra en información documentada el tratamiento de la evidencia empírica y las teorías, de las principales categorías inversión pública en salud y desarrollo productivo, para poder establecer una relación y sacar conclusiones. Las variables económicas permiten explicar el problema de El trabajo se centra en información documentada el tratamiento de la evidencia empírica y las teorías, de las principales categorías inversión pública en salud y desarrollo productivo, para poder establecer una relación y sacar conclusiones. Las variables económicas permiten explicar el problema de investigación, los objetivos y la hipótesis.

CAPÍTULO I

REFERENCIA METODOLÓGICA DE INVESTIGACIÓN



CAPÍTULO I

REFERENCIA METODOLÓGICA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DELIMITACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1. Delimitación Temporal

La investigación comprende el periodo de 2000-2018, representando un estudio de 18 años. Dividido de esta manera para poder distinguir dos importantes periodos: 2000-2005, determinado por un Modelo de Economía de Mercado y el periodo 2006-2018 donde se presenta un Modelo de Economía Plural, principalmente la partición debido a el grado de descentralización que presentan ambos periodos.

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

En el primer periodo de un modelo Económico de Mercado, existe un proceso de descentralización, fomentando la Inversión Pública en las decisiones de gasto e inversión local mediante la aplicación de la Ley N°1551 de Participación Popular donde se reconoce, promueve y consolida el proceso con la articulación con las comunidades indígenas, campesinas y vecinales; la Ley N° 1654 de Descentralización donde se establece la oportunidad de recibir recursos para gasto de inversión y gasto corriente público para los Gobiernos sub nacionales, Prefecturas y Municipalidades.¹ Adicionalmente la Ley N°2235 del Dialogo Nacional 2000 establece lineamentos básicos de la estrategia de la Reducción de la Pobreza.

1.1.1.2. Segundo Periodo 2000-2018 (Modelo de Economía Plural)

En el segundo periodo el Modelo Económico Social, Comunitario, Productivo y se caracteriza por ser un proceso que busca la transformación social, económica y política, con mayor intervención del Estado, además de un importante incremento de los ingresos por el incremento de los precios internacionales del petróleo indexados al precio del gas que exportamos y un proceso de Descentralización de la Inversión Pública por medio de la Constitución Política del Estado, y donde las autonomías establecidas tienen mayor relevancia.²

¹ MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. 2007. *Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para el Vivir Bien 2006 -2011*. Pág. 7.

² MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. 2011. *El nuevo modelo económico, social, comunitario y productivo*. Pág. 3 - 8

1.1.2. Referencia Histórica

La primera reforma el Sistema Nacional de Salud se produce en la década de los 70, con el objetivo de reducir las desigualdades características de los países sudamericanos, implementando médicos familiares en los hospitales. La Declaración de Alma Ata en 1984, se crean los Distritos y Áreas de Salud en el subsistema público, aplicando la Atención Primaria de Salud (APS) con una visión más técnica, economicista y pragmática. Estos planes y programas tuvieron como objetivo controlar las enfermedades infecciosas, educar a las madres para cuidar la salud y la nutrición de sus hijos y proporcionar raciones a parte de la población; se realizó la construcción de infraestructura de saneamiento rural con apoyo externo y la construcción e instalación de servicios altamente especializados en las capitales principales. Sin embargo, las burocracias médicas y administrativas debido a los cambios constantes responsables y/o la falta de presupuestos restringieron estas políticas y las instituciones médicas en las zonas rurales carecen de personal y materiales insuficientes. Posteriormente, los recursos no cumplían con los objetivos y los gastos en atención terciaria aumentaron, dañando la atención primaria. En la década de 1990, el país implementó la Ley de Participación Pública y Descentralización Administrativa en los gobiernos municipales. En estos sectores, estas medidas iban acompañadas de la implementación de esquemas de seguro público a través de prestaciones sociales. Se enfocaron en el desarrollo de la organización y las funciones de supervisión en salud pública, y el desarrollo del proceso de análisis en salud, con énfasis en la equidad y / o medición de la desigualdad en salud.³

1.1.3. Delimitación General

1.1.3.1. Delimitación Espacial

El documento de investigación se desarrollará a nivel municipal, específicamente el Municipio de La Paz, para tener una visión simplificada de la realidad del sector salud en el país.

³ GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE LA PAZ. Estimación del gasto público social del Gobierno Autónomo Municipal de La Paz 2003-2013. Dirección Especial de Finanzas. La Paz, Bolivia. 2014

1.1.3.2. Delimitación Sectorial

La investigación comprende el Sector Fiscal que considera el Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud del Municipio de La Paz, destacando las atribuciones y competencias municipales.

1.1.3.3. Delimitación Institucional

Dada la importancia del Sector Agropecuario, existe un conjunto institucional que proporciona políticas y normas relacionadas para el mismo, como:

- Gobierno Autónomo Municipal de La Paz (GAMLP)
- Ministerio de Salud
- Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP).
- Viceministerio de Inversión Pública y financiamiento Externo (VIPFE)
- Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE).
- Instituto Nacional de Estadística (INE).
- Servicio Departamental de Salud de La Paz (SEDES)

1.1.3.4. Delimitación de la Mención

1.1.4. Restricción de Categorías y Variables Económicas

1.1.4.1. Categorías Económicas

C.E.1. Inversión Pública en Salud

C.E.2. Desarrollo Productivo

1.1.4.2. Variables Económicas

- ▶ **V.E.1.1.** Programación y Ejecución Presupuestaria de la Inversión Pública.
- ▶ **V.E.1.2.** Inversión Pública en Salud por Fuente de Financiamiento.
- ▶ **V.E.1.3.** Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud por Componentes.
- ▶ **V.E.2.1.** PIB per Cápita Departamental.
- ▶ **V.E.2.2.** Recaudación por Patentes.
- ▶ **V.E.2.3.** Población dentro la Cobertura de las Redes de Salud y Horas de trabajo semanal

1.2. PLANTEAMIENTO DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene como objeto de estudio:

“La contribución de la Inversión Pública del Sector Salud en el Desarrollo Productivo del Municipio de La Paz, 2000– 2018.”

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.3.1. Problematicación

La salud hoy en día se ha convertido en uno de los puntos fundamentales en las políticas sociales y en el bienestar de la población y más ahora dónde se evidencia una relación directa entre la salud y la producción de un país. La salud es importante para el individuo como condición necesaria para desenvolverse en el ámbito laboral, así también como la salud de su familia constituye un factor importante en los gastos financieros y su bienestar.

No es solamente importante a nivel individual, puesto que el individuo en principio necesita estar en una condición saludable para rendir de manera adecuada en cualquier sector laboral, para que de esta manera pueda ser productivo al generar ingresos. Este capital humano que frente enfermedades o dolencias, tiene acceso a atención en servicios de salud de manera adecuada y oportuna, pierde menos días y horas laborales, tiene las condiciones de trabajar de manera eficiente y puede ser más productivo. A nivel macroeconómico está atención de salud adecuada y oportuna, significa menos gasto dado que los costos de tratamientos y medicamentos reducen a medida de la menor complejidad de la enfermedad o dolencias.

Existe una alta privación en las mayorías poblacionales, determinantes sociales y políticas desfavorables para la calidad de vida y sus consecuencias para la salud colectiva; que se expresan en perfiles patológicos y epidemiológicos diferenciados según grupos sociales, étnicos, culturales, y según género, caracterizados por la alta incidencia de enfermedades de la pobreza, muertes evitables y baja productividad.⁴

⁴ PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL PEI 2016-2020. Ministerio de Salud. Pág. 35.

1.3.1.1. Categorías Económicas

▪ C.E.1. Inversión Pública en Salud

La inversión pública evidencia un notable crecimiento desde el principio, debido a los mayores ingresos por el impuesto directo a los hidrocarburos y la coparticipación tributaria, sin embargo la inversión pública en salud implica outputs que son difíciles de medir por la falta de información y que de manera empírica presenta dificultades para mostrar mejoras en la distracción de las necesidades de la población. La inversión en salud en los últimos años ha demostrado ser una variable muy importante ya que es una demanda social, que especialmente en países en desarrollo como Bolivia, significan un punto diferenciador en la igualdad de oportunidades y derechos. Los indicadores de Salud en Bolivia no son alentadores y pese al incremento de recursos esto no se refleja en resultados.

▪ C.E.2. Desarrollo Productivo

El desarrollo productivo se constituye para el país en un punto fundamental puesto que es la base económica en la que se sustenta las políticas, es un concepto único al que Bolivia le da un significado de activar y promover la matriz productiva, sin embargo existe mucha descoordinación de los actores e incumplimiento de los objetivos y metas planteados. Lo que genera que el sector hidrocarburiífero se constituya en el único mayor factor productivo. En los últimos tiempos el capital humano se constituye en un factor productivo en el que el Estado debe prestar atención para promoverlo y poder alcanzar el Desarrollo Productivo.

1.3.1.2. Variables Económicas

• V.E.1.1. Programación y Ejecución Presupuestaria de la Inversión Pública.

Los diferentes niveles de gestión de la salud subestiman el presupuesto para la priorización de las acciones de Promoción de la Salud.⁵ Existe un incremento en los recursos percibidos que deben ser utilizados de manera eficiente, para que pueden producir resultados positivos. Existe incumplimiento en la ejecución del presupuesto programado, que genera retrasos y pérdidas para las metas y objetivos que se plantean en los Planes de Desarrollo.

⁵ IBID. Pág 36.

- **V.E.1.2. Inversión Pública en Salud por Fuente de Financiamiento.**

Existe una gestión ineficaz e ineficiente, sin capacidad de seguridad sanitaria, ni de contribuir a la protección social de la población, expresado en la presencia de varios subsectores, con planes y presupuesto no coordinados entre sectores; y de accionar independiente, con recursos de cooperación mayoritariamente condicionados por las agencias cooperantes, con un marco jurídico disperso y contradictorio, en gran parte obsoleto; con concentración y duplicidad de servicios en focos urbanos.⁶

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

Existe diversidad de Programas y Proyectos que fragmentan al sistema de información, falta de información sobre equipamiento e infraestructura a nivel nacional para la toma de decisiones. La inversión en los componentes no debe ser improvisada debe corresponder a los lineamientos de los Planes de Desarrollo, Sectoriales e Institucionales.

- **V.E.2.1. PIB per Cápita Departamental.**

El PIB per cápita representa un indicador de bienestar socioeconómico, que representa el crecimiento económico del departamento con representatividad en el municipio y que empíricamente, se evidencia que existe un mayor nivel de ingresos explicado por ingresos por la exportación del gas que representan mayores ingresos por IDH y coparticipación tributaria , se debe establecer si ese crecimiento se refleja en mejoras del bienestar como el acceso a salud, que por las evidencias sociales no existe mejoras sustantivas.

- **V.E.2.2. Recaudación por Patentes.**

Las patentes representan los ingresos que el municipio obtiene por las actividades económicas, es de esta manera que el municipio de La Paz representa una de las ciudades que tiene mucha actividad económica no solo formal sino también informal, es este el problema en el que mucha gente se encuentra fuera del universo tributario recursos que aportan a la inversión, existen esfuerzos en los últimos años para ampliar y que represente de mejor manera si el municipio de La Paz cuenta con un mayor número de empresas, mismas que pueden reflejar la productividad del municipio de manera más fiable

⁶ IBID. Pág. 36.

- **V.E.2.3. Población dentro la Cobertura de las Redes de Salud y horas de trabajo promedio por semana en el Municipio de La Paz**

La cobertura de los servicios de las redes de salud es muy importante, especialmente en países como el nuestro en el que gran parte de la población no cuenta con algún seguro de salud, lo que ante imprevistos la gente acude con predominancia a los servicios públicos a pesar que igual implica gastos pero que son menores a los de los servicios de atención de salud privados.

Las horas de trabajo reflejan muchos componentes sociales como es el empleo o la productividad dependiendo del sector laboral, ya que existen los empleos formales que cuentan con horas de trabajo fijas que representan un número reducido y el sector informal donde las horas de trabajo son variables, de esta forma se debe conocer estos aspectos en el Municipio de La Paz.

1.3.2. Planteamiento del Problema de Investigación

*Ineficiencia de la Inversión Pública asignada al Sector Salud para el
Desarrollo Productivo del Municipio de La Paz.*

1.3.3. Justificación del Tema de Investigación

1.3.3.1. Económica

En la Investigación pretende plantear que se necesita de una mejora en la calidad e impacto de la Inversión Pública, para incrementar mayor Ejecución al Sector Social para que de esta manera se puedan cumplir con los objetivos de las políticas nacionales.

Para relacionar directamente la salud con la economía ya se han establecido diferentes teorías que se resumen en que el gasto público se manifiesta en productividad y un argumento que señala que las poblaciones que gozan de buena salud son poblaciones más productivas, principalmente en países en desarrollo como es el caso de Bolivia.

1.3.3.2. Social

La relevancia de la eficiencia en la Inversión Pública en Salud se justifica en un argumento, el gasto público en salud proporciona igualdad de oportunidades; en las palabras de David Lipton,

primer subdirector gerente del Fondo Monetario Internacional, el gasto público en salud y educación es el “gran igualador”, y esa es una declaración que no debe tener carácter político ni ideológico.

1.3.3.3. Institucional

La Investigación, analiza la Inversión Pública orientando la Inversión Municipal y Nacional a fortalecer el Sector Salud, destacando las políticas y planes dentro del marco institucional del Ministerio de Salud y entidades relacionadas. Busca analizar la forma en que las instituciones son parte del Sistema de Salud.

1.3.3.4. Teórica

La investigación presenta un aporte en el relacionamiento de la Salud y la Economía, un tema poco estudiado y con importantes implicaciones para los gobiernos con una política fiscal expansiva y también en el contexto actual.

1.4. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Determinar la contribución de la Inversión Pública en el Sector Salud como factor de Desarrollo Productivo del Municipio de La Paz.

1.4.2. Objetivos Específicos

- O.E.1.1 *Verificar* el cumplimiento de la Ejecución respecto a la Programación del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud.
- O.E.1.2. *Diferenciar* la Inversión Pública Ejecutada en el Sector Salud por Fuente de Financiamiento el Municipio de La Paz.
- O.E.1.3. *Contrastar* la importancia asignada de la Inversión Pública Ejecutada en el Sector Salud por Componentes en el Municipio de La Paz.
- O.E.2.1. *Establecer* la importancia del PIB per cápita en el Desarrollo Productivo del Departamento de La Paz.

- O.E.2.2. *Determinar* la importancia de la Recaudación por concepto de Patentes en el Municipio de La Paz.
- O.E.2.3. *Relacionar* la Población dentro la Cobertura de las Redes de Salud y horas de trabajo semanal en el Municipio de La Paz.

1.5. PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS

La Inversión Pública en el Sector Salud contribuye al Desarrollo Productivo del Municipio de La Paz.

1.6. APLICACIÓN METODOLÓGICA.

1.6.1. Método de Investigación

El método de investigación que se desarrollara es el Método Deductivo, el cual se basa en el razonamiento de un aspecto general para concretarse en lo particular, permitiendo deducir nuevos conocimientos de un fenómeno en particular.⁷

1.6.2. Tipo de Investigación

El tipo de investigación que se utilizó en el presente trabajo es cuantitativo, descriptivo, explicativo y longitudinal se recolecta, analiza cambios a través del tiempo de determinadas categorías, conceptos, sucesos, variables, contextos o comunidades; o bien, de las relaciones entre éstas en dos o más momentos, establece las diferencias y vincula datos cuantitativos empleados para verificar la hipótesis.

- **Cuantitativo:** Se recurre a información empírica mediante la recolección de datos para su posterior construcción estadística, que permita explicar las variables y demostrar la hipótesis a través de una medición numérica y análisis estadístico.
- **Descriptivo:** Se pretende describir el comportamiento y características importantes de la evidencia empírica en relación al marco teórico, las políticas y normas vinculadas a las categorías y variables.

⁷ SAMPIERI, ROBERTO. 2001. Metodología de la Investigación. 4ta ed. McGraw Hill. México. Pág. 126

- **Explicativo:** Realizado el análisis estadístico y su descripción, se procede al diagnóstico de las variables para explicar el problema y la hipótesis.
- **Longitudinal:** Se lleva a cabo mediciones continuas o repetidas de un fenómeno determinado, durante un periodo de tiempo.
- **Relacional:** Se verifica el grado o relación de asociación que existe entre las categorías y variables con el propósito de dar respuesta al problema, objetivos e hipótesis.

1.6.3. Fuentes de Información

En la elaboración del tema de investigación se utiliza información de fuentes secundarias:

- Gobierno Autónomo Municipal de La Paz (GAMLP)
- Ministerio de Salud
- Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP).
- Viceministerio de Inversión Pública y financiamiento Externo (VIPFE)
- Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE).
- Instituto Nacional de Estadística (INE).
- Servicio Departamental de Salud de La Paz (SEDES)

1.6.4. Instrumentos de Investigación

En el presente documento el instrumento de investigación que se utiliza es la estadística descriptiva con promedios, porcentajes y procedimientos matemáticos que permite la clasificación, organización y análisis de datos.

1.6.5. Procesamiento de Información

Para el procesamiento de datos estadísticos se utilizará Promedios, Medias, Porcentaje, identificación de máximos y mínimos, en tablas, Cuadros Gráficas Circulares y Barras. Para la Información Documental y teóricas se utilizará a fichas resúmenes.

1.6.6. Análisis de resultados

Los resultados de la información cuantitativa permite el análisis cualitativo mediante la descripción y explicación y comparación de las categorías y variables económicas de la investigación, que aporta para la demostración de los objetivos y la verificación de la hipótesis.

1.7. FUNDAMENTO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1. Elementos Conceptuales y Definiciones

1.7.1.1. Desarrollo

Cuando se considera el tema de desarrollo se habla de la gente y del bienestar que ésta alcanza. En décadas pasadas se ha considerado al crecimiento económico como el principal indicador del desarrollo, sin embargo el concepto de bienestar como patrón de medida del desarrollo va más allá del crecimiento. El desarrollo debe implicar un proyecto económico de largo plazo, en el que se busque el bienestar y la calidad de crecimiento.⁸

1.7.1.2. Desarrollo Productivo

Desarrollo Productivo establecido por el Ministerio de Desarrollo Productivo y Economía Plural es impulsar con los actores sociales el proceso del cambio de la matriz productiva. Fortaleciendo la Economía Plural mediante la producción artesanal, manufacturera, industrial y agroindustrial agregando valor, generando capacidades productivas y ampliar el acceso a los mercados interno y externo para contribuir a la diversificación de la producción con empleo digno.⁹

El Desarrollo Productivo significa transformar y agregar valor a los recursos naturales considerando tanto la sustentabilidad ambiental, como la satisfacción equilibrada de las necesidades humanas, individuales y colectivas.

Los individuos percibirán una remuneración digna, resultante de su trabajo productivo que permite lograr bienestar para sus familias y contribuir con su esfuerzo a la colectividad.¹⁰

1.7.1.3 Inversión Pública

Se entiende por Inversión Pública todo gasto de recursos de origen público destinado a incrementar, mejorar o reponer las capacidades físicas, humanas, culturales, ambientales, económicas y sociales del Estado para la producción de bienes y/o prestación de servicios. Debe tener como fin último a la persona humana ya que la prueba de validez de una inversión se determina en las personas, grupos de personas o comunidades a las cuales están dirigidas las inversiones.

⁸ VALCÁRCEL MARCEL. 2006. Génesis y evolución del concepto y enfoques sobre el desarrollo. Pontificia Universidad Católica del Perú.

⁹ MINISTERIO DE DESARROLLO PRODUCTIVO Y ECONOMÍA PLURAL. 2019. *El desarrollo Productivo en Bolivia. Desarrollo Productivo*. <https://produccion.gob.bo/>.

¹⁰ MINISTERIO DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y PLANIFICACIÓN. *Plan Nacional de Desarrollo, Bolivia Productiva 2006*. Pág. 145 y 146.

Según el Sistema Nacional de Inversión Pública; se entiende por inversión pública todo gasto de recursos de origen público destinado a incrementar, mejorar y reponer las existencias de capital físico de dominio público y/o capital humano, con el objeto de ampliar la capacidad del país para la prestación de servicios o producción de bienes.

1.7.1.4. Presupuesto de Inversión Pública

El Presupuesto de Inversión Pública es el conjunto de recursos asignados para la realización de los proyectos del programa de Inversión Pública, que deben ser incorporadas en los Presupuestos Institucionales de cada entidad pública y en el PGN para cada gestión fiscal. Sólo forman parte del Presupuesto de Inversión Pública los proyectos del Programa de Inversión Pública que cuenten con financiamiento asegurado.¹¹

1.7.1.5. Salud Pública

La salud pública es un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria. En la literatura sobre promoción de la salud se ha establecido una distinción entre la salud pública y una nueva salud pública.

La nueva salud pública basa su diferencia en una comprensión global de las formas en que los estilos de vida y las condiciones de vida determinan el estado de salud y en un reconocimiento de la necesidad de movilizar recursos y realizar 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.

1.7.1.6. Desarrollo Humano

De acuerdo al Programa de las Naciones Unidas, el Desarrollo humano es el proceso por el que una sociedad mejora las condiciones de vida de sus ciudadanos a través de un incremento de los bienes con los que puede cubrir sus necesidades básicas y complementarias, y de la creación de un entorno en el que se respeten los derechos humanos de todos ellos. El Desarrollo Humano podría definirse también como una forma de medir la calidad de vida del ser humano en el medio en que se desenvuelve, y una variable fundamental para la calificación de un país o región, integra aspectos del desarrollo relativos al desarrollo social, el desarrollo económico (incluyendo el desarrollo local y rural) así como el desarrollo sostenible.

¹¹ MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. 2015. Reglamento Específico del Sistema Nacional de Inversión Pública. Art. 11, Pág.5.

1.7.1.7. Crecimiento Económico¹²

El crecimiento económico es el aumento o expansión cuantitativa de la renta y del valor de los bienes y servicios finales producidos en el sistema económico sea regional, nacional o internacional durante un determinado periodo de tiempo por lo regular durante un año, y se mide a través de la tasa de crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB), y lo adecuado es calcularla en términos reales para eliminar los efectos de la inflación. Se trata de un fenómeno económico dinámico que constantemente induce cambios en la estructura de los distintos sectores productivos.

1.7.1.8. Productividad¹³

La productividad es una medida económica que calcula cuántos bienes y servicios se han producido por cada factor utilizado (trabajador, capital, tiempo, tierra, etc.) durante un periodo determinado.

El objetivo de la productividad es medir la eficiencia de producción por cada factor o recurso utilizado, entendiendo por eficiencia el hecho de obtener el mejor o máximo rendimiento utilizando un mínimo de recursos. Es decir, cuantos menos recursos sean necesarios para producir una misma cantidad, mayor será la productividad y por tanto, mayor será la eficiencia.

1.7.1.9. PIB per Cápita¹⁴

Representa el valor monetario de todos los bienes y servicios finales generados en el país o entidad federativa, que le correspondería a cada habitante en un año dado si esa riqueza se repartiera igualitariamente. En el contexto internacional, los países con mayor PIBpc generalmente tienen una base material más amplia para impulsar el desarrollo humano de su población, es un indicador económico que mide la relación entre el nivel de ingresos de un país y cada uno de sus pobladores, lo que permitiría diagnosticar el nivel económico de la sociedad.

1.7.1.10. Capital Humano¹⁵

El capital humano es una medida del valor económico de las habilidades profesionales e internas de una persona. También hace referencia al factor de producción del trabajo, que son las horas

¹² PEREZ, ISAAC ENRIQUE. 2016. Las teorías del crecimiento económico: notas críticas para incursionar en un debate inconcluso.

¹³ CARLOS RODRÍGUEZ COMBELLER. 1997. El nuevo escenario: la cultura de calidad y productividad en las empresas. Universidad Jesuíta. Pág. 24.

¹⁴ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. Producto Interno Bruto per cápita.

¹⁵ CARDONA, MONTES, VÁSQUEZ, VILLEGAS. 2007. Capital humano: una mirada desde la educación y la experiencia laboral. Pág. 7

que dedican las personas a la producción de bienes o servicios. La cuantía de capital humano no es la misma durante toda la vida y se va reduciendo según van pasando los años, sino que puede aumentar mediante la inversión. La educación, la experiencia y las habilidades de un empleado tienen un valor económico.

1.7.1.11. Patentes¹⁶

Son tributos cuya obligación tiene como hecho generador es el uso o aprovechamiento de bienes de dominio público y la autorización para realización de actividades económicas, que el municipio exige con el objeto de obtener recursos para el cumplimiento de sus fines. El Sujeto Imponible son las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, con o sin personería jurídica que realicen dentro del territorio municipal cualquier actividad por obtención de autorizaciones destinadas a la realización de actividades económicas y autorizaciones para el uso o aprovechamiento de bienes de dominio público: patente de uso o aprovechamiento de bienes de dominio público.

1.7.2. Aspectos Teóricos de Investigación

1.7.2.1. Teoría de la Inversión Pública

Cuando hablamos a nivel municipal debemos mencionar la teoría de Wallace Oates¹⁷ quien desarrolló las tres funciones de la política pública fiscal previamente planteada por Musgrave, la asignación distribución y estabilización pero en un modelo multinivel. Según Oates (1999), la teoría del Federalismo Fiscal tiene por objeto el estudio las funciones económicas que deben desarrollar los distintos niveles de gobierno y los instrumentos fiscales apropiados para desarrollar dichas tareas, con el objetivo de lograr una provisión y financiación eficiente de bienes públicos. De igual manera, se debe aclarar que el Federalismo Fiscal no está necesariamente vinculado a una determinada forma de Estado y supone diferentes niveles de gobierno a cualquier división territorial diferente al centro. Entre esos distintos niveles de gobierno se distribuyen las competencias fiscales.¹⁸El fundamento central del teorema de la descentralización fiscal eficiente de Oates , donde los municipios son capaces de proveer una adecuada función pública en términos

¹⁶ BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. 2010. José Antonio Terán C. *Estudio De Ingresos Municipales – Caso Bolivia*.

¹⁷ Oates, Wallace E. 1972. *Fiscal federalism*. Trad. Federalismo fiscal. Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local, 1977.

¹⁸ FRANCO VARGAS MARÍA ELENA. 2011. *El Federalismo Fiscal y El Proceso de Descentralización Fiscal en Colombia*.

de eficiencia y calidad, en la medida que son capaces mínimamente de financiar sus actividades con ingresos propios.

Wallace Oates, desarrolló las tres funciones de la política pública fiscal planteadas por Musgrave asignación, distribución y estabilización, dentro de un modelo multinivel. De estas tres funciones, aquella de asignación (de recursos y del gasto) sería la más apropiada para un uso a nivel subnacional, mientras que las funciones de distribución y de estabilización tendrían un mejor uso a nivel nacional (federal). Menciona el autor que “los sistemas de prestación de servicios públicos pueden no ser eficientes (máxima utilidad con mínimo costo) al no tener en cuenta las diferentes preferencias de cada comunidad”. En cambio, un sistema descentralizado ofrecería:

- 1) Posibilidades de mayor eficiencia económica, al proporcionar niveles de servicios más adecuados a las preferencias de los distintos grupos de consumidores, hecho que se refuerza con la movilidad de los consumidores (referencia al trabajo de Tiebout).
- 2) Mayores posibilidades de progreso técnico en la producción de estos bienes, por mayor experimentación, innovación y emulación entre productores.
- 3) Mayor eficiencia en el gasto, ya que la prestación de los servicios estará mucho más próxima a sus costes reales si la comunidad se ve obligada a financiar su propio programa público a través de la tributación local.”¹⁹

Para Musgrave²⁰ dependiendo de los niveles de decisión sobre los ingresos y gastos públicos, el Estado ha definido las funciones que cada nivel de gobierno debe cumplir. En consecuencia, hay funciones que debe cumplir el gobierno del nivel central y otras el local. Así, el gobierno central debe encargarse de las funciones de redistribución de la renta, estabilización de la economía y de asignación de aquellos bienes públicos que beneficien a toda la población.

Por otro lado, los gobiernos locales deben encargarse de la función de asignación de los bienes públicos que benefician a los residentes de su jurisdicción. La razón fundamental por la cual se asigna esta función a nivel local, es porque se supone que estos gobiernos, al tener mayor cercanía con los ciudadanos, pueden conocer mejor sus preferencias, por tanto tomarán decisiones más eficientes que las que podría adoptar el gobierno a nivel central, puesto que éste tendría la

¹⁹ GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE LA PAZ. 2012. Impacto del gasto municipal en la economía. La Paz, Bolivia. Pág. 11-12

²⁰ MUSGRAVE, RICHARD; MUSGRAVE, PEGGY. 1992. Hacienda Pública. Teórica y Aplicada. Quinta Edición. México: McGraw Hill.

tendencia a uniformar los servicios públicos prestados en todas las jurisdicciones, ocasionando una pérdida del bienestar social.²¹

Siguiendo la teoría endógena Robert Barro, en su trabajo «Government Spending in a Simple Model of Endogenous Growth» de 1990, presentó un modelo de crecimiento endógeno que incorpora el gasto del sector público e impuestos con una función de producción que exhibía retornos constantes a escala. Este modelo, permite analizar el tamaño óptimo del gobierno y la relación entre este, el crecimiento y la tasa de ahorro. En la teoría del gasto óptimo presentada, el gasto público entra en la función de producción de las firmas como un insumo que toma la forma de bienes públicos suministrados por el Estado; hay además un planeador encargado de asignar los recursos de gasto público de forma que la tasa de crecimiento del consumo se maximice. Como resultado, dados el efecto positivo del gasto público sobre la producción privada y el costo de oportunidad de su financiación vía impuestos, la tasa de gasto que maximiza el crecimiento debe ser justamente igual a la tasa impositiva y puede calcularse como la participación en el ingreso de la producción total que pueda producirse con los insumos generados por dicho gasto. Es decir, cuanto recurso se le quite a la economía, se le debe devolver en forma de recursos que redundan positivamente en la producción. A grandes rasgos, esto puede ser interpretado como que la participación del Estado en el gasto total tendería a igualar la presión tributaria generada por éste.²²

Considera el rol de los servicios públicos como un insumo a la producción privada. Es este rol productivo el que crea el vínculo potencialmente positivo entre la intervención del gobierno y el crecimiento» Asimismo, el modelo asume que la función de producción presente retornos constantes a escala, pero productividad marginal decreciente en el factor capital mientras el gasto público se mantenga constante.

En los modelos de Romer²³, se introduce el concepto del Learning by doing, el cual fue introducido por Arrow (1962) en estos modelos, el incremento de la producción o de la inversión contribuye en la productividad de los factores. El aprendizaje de un productor podría incrementar la productividad sistémica, por medio del “spillovers” del conocimiento. Una firma que incrementa su capital físico aprende simultáneamente cómo producir eficientemente. Este efecto

²¹ STIGLITZ, JOSEPH. 1997. *La Economía del Sector Público*. Segunda Edición. Barcelona: Antoni Bosch.

²² Barro, Robert y Xavier Sala i Martin. 1995. *Economic Growth*. Nueva York: McGraw-Hill-

²³ ROMER, PAUL M. 1989. “Increasing returns and new developments in the theory of growth”, NBER Working Paper Series, n. 3098, septiembre

positivo de experiencia en productividad es denominado Learning by doing o, en este caso, Learning by investing. Siguiendo el enfoque del crecimiento económico endógeno, puede aplicarse la estructura del modelo neoclásico ampliado para incorporar el concepto de capital salud dentro de un modelo que relacione la acumulación de este capital.

Adicionalmente, si se asume que la depreciación del capital humano es igual a la del capital físico, entonces se llega a los mismos resultados del modelo de crecimiento ampliado de Solow, donde los tres tipos de capital crecen a la misma tasa. Sin embargo, asumiendo el supuesto dado en una ecuación, y a partir de las condiciones de primer orden, se tiene que el efecto inverso del capital salud sobre la tasa de depreciación del capital humano tiende a aumentar la razón escolarización y salud sobre el capital físico, cuando las economías son desarrolladas. Así, la escolarización y la salud podrían ser más importantes en economías de ingreso alto.

Esta teoría tiene más fundamento con respecto a otras teorías con relación al factor del capital humano, debido a que nos señala que una inversión del gasto público en el capital humano es un determinante fundamental del crecimiento económico. Es decir que una la Inversión en capital humano contribuye a la productividad de las personas y llega a generar crecimiento económico.

1.7.2.2. Teoría de la Salud

Es razonable suponer que cuando un trabajador se enferma, la cantidad y la calidad del trabajo de ese trabajador se deterioran. Para los trabajadores que tienen empleos formales, esta pérdida de productividad puede manifestarse en un mayor ausentismo, un peor desempeño en el trabajo o cambios en los tipos de trabajo asignados. Para los trabajadores que tienen empleos informales, trabajan por cuenta propia o realizan trabajos no remunerados en el hogar, es probable que los impactos de la enfermedad sean más directos: menos bienes o servicios vendidos, menos tierra plantada o cosechada, menos comidas cocinadas.²⁴

Se reconoce actualmente una relación de causalidad bidireccional entre salud y crecimiento económico su impacto puede ser observado en los países de Asia Oriental y en los de África subsahariana, esta causalidad puede justificar que la salud ocupe un lugar central en los objetivos de desarrollo del milenio aprobado por las Naciones Unidas en el 2000. Sin embargo muchos países en desarrollo no son capaces de alcanzar estas metas.²⁵

²⁴ SYDNEY ROSEN, JONATHON SIMON AND MATTHEW FOX. 2007. *Enfermedad y productividad laboral: un estudio de caso de la Kenia rural*. Tropical Medicine & International Health TMIH. EE.UU.

²⁵ GRETTCHEEN FLORES SANDÍ. *La Salud como Factor de Crecimiento Económico*. Universidad de Costa Rica.

De acuerdo con el banco mundial, en su trabajo World development report en 1993 titulado "Invirtiendo en salud", comienza destacando la mejora enorme y sin precedentes de la salud en la segunda mitad del siglo XX en 1950, la esperanza de vida en los países en desarrollo era de 40 años, para 1990 este incremento a 63 años. En 1950, 25 de cada 100 niños morían antes de su primer año de vida, para 1990 este número descendió a 10. A principios de la década de los 50, la viruela mataba más de 5 millones de personas anualmente para inicios de la década de los 90 ya había sido completamente eliminada. Por todo esto hoy en día se puede reconocer la relación de causalidad bidireccional entre la salud y el crecimiento económico puesto que promover el desarrollo comprendiendo el impacto que tiene la salud a largo plazo en el mismo es la tarea de una comisión macroeconómica y de salud de la OMS.²⁶

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio aprobado por las Naciones Unidas en la cumbre del milenio 2000 considera que tres de los ocho objetivos de desarrollo son de salud, 8 objetivos de las 18 metas planteadas y 18 de 48 indicadores están relacionados con la salud.

Antes la salud solía verse como producto que ayudan a tener buena salud, pero la final del proceso de crecimiento pero la salud también debería verse como una forma de capital humano y por ende como insumo y producto del proceso de crecimiento los países con una población sana y con mejor educación tiene mayores posibilidades de prosperar en especial en un contexto de políticas favorables.²⁷

Para Bloom D., Canning D., y Jamison²⁸. El efecto de la salud sobre el PIB per cápita se explica porque la falta de salud reduce el producto interno bruto per cápita esto debido a la contracción de la productividad de la mano de obra y del tamaño relativo de la fuerza laboral. Existe un círculo de salud y pobreza que si se tiene un buen estado de salud aumenta el ingreso de varias maneras, por ejemplo se pueden tomar decisiones de gasto y ahorro diferentes durante el ciclo de vida, se toman diferentes decisiones en cuanto a los planes de jubilación si las tasas de mortalidad son realistas para llegar a jubilarse. Esto se refleja en que los países con mayor longevidad las tasas internas de ahorro han aumentado, sin embargo sólo será en una generación.

²⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2002. *Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en pro del Desarrollo Económico*. Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

²⁷ IBID. Pág. 2-3.

²⁸ BLOOM, D.E, CANNING, D Y JAMISON, D. 2004. *Salud, riqueza y bienestar*. Finanzas y Desarrollo: Marzo de 2004. Pág. 10-15.

Es así que los autores señalan que el milagro del crecimiento de Asia es una prueba fidedigna de que las mejoras en la salud desempeñan un papel crucial en el desarrollo de políticas económicas. Aseguran que hay pruebas cada vez más fehacientes de que los países de Asia Oriental que registraron altas tasas de crecimiento económico durante la segunda mitad del siglo 20 pudieron obtener esos resultados debido al fuerte crecimiento de ciertos factores de producción trabajo capital físico y capital humano.

Para los autores Yamey G, Beyeler N, Wadge H y Jamison²⁹ la evidencia que la salud es importante para el desarrollo y que se debe invertir de forma preventiva se justifica en que desde el vientre, a los niños con mala salud no les va tan bien como a aquéllos que tienen mejor salud. La desnutrición, la exposición a la contaminación del aire y el paludismo están relacionados con un peor desempeño académico en la escuela. Los efectos perduran, de forma que los niños enfermos, al crecer, tienen peores resultados económicos en la edad adulta. También existen pruebas concluyentes de que una mala salud en los adultos puede conducir a la pérdida de salarios e ingresos familiares reducidos. Los adultos enfermos se ausentan del trabajo más a menudo y son menos productivos cuando se encuentran trabajando. Esto significa que podrían terminar perdiendo su salario, lo que a su vez es desfavorable para la economía en general. Los costos de buscar atención médica, combinados con ingresos reducidos, representan una carga económica significativa para muchos hogares. Los hijos nacidos de padres que estaban desnutridos durante su niñez, o que están infectados con VIH, tienen peor salud y peores resultados educativos. Las intervenciones para mejorar la nutrición en la primera infancia también tienen beneficios intergeneracionales. En Guatemala, por ejemplo, los hijos nacidos de padres que recibieron suplementos alimenticios durante la infancia tuvieron mayor peso al nacer, mayor talla para la edad y mayor peso para la edad que los hijos nacidos de padres que no los recibieron.

La gran reducción de la mortalidad en zonas subdesarrolladas se ha producido principalmente por el descubrimiento de nuevos métodos para el tratamiento de enfermedades aplicables a costos razonables. La reducción pudo ser veloz, porque no dependió del desarrollo económico o de la modernización social.

²⁹ YAMEY G, BEYELER N, WADGE H, JAMISON D. 2017. *Invirtiendo en salud: el argumento económico*. Informe del Foro sobre Inversión en Salud de la Cumbre Mundial sobre Innovación para la Salud 2016. Salud Pública; Pág. 321-342

El crecimiento económico, la reducción de la pobreza y la reducción de la desigualdad no contribuyeron de manera consistente a este descenso. Incluso con la mala gestión pública, la corrupción, la agitación y la baja participación en el proceso político, lo que más influye es

- Focalizar los paquetes de intervenciones selectas para la salud a los que más lo necesitaban
- Asistencia económica y técnica, especialmente para la vigilancia de las enfermedades
- La importancia de focalizar las intervenciones de salud a los problemas y las poblaciones que más lo necesitan

1.7.2.3. Teoría del Desarrollo

Para Amartya Sen el producto interno bruto (PIB) per cápita es una medida de la riqueza producida y disponible en promedio por habitante. Sin embargo, sólo se trata de un promedio estadístico, que oculta las desigualdades sociales, además de que el nivel de vida abarca muchos más factores de los que considera el PIB por cabeza: índice de pobreza, indicadores específico de desarrollo humano y el indicador de participación de las mujeres en el desarrollo.

El análisis de los factores económicos y sociales que influyen en los distintos grupos de la sociedad y sus oportunidades reales de desarrollo humano es esencial para de manera pertinente revelar los mecanismos que interactúan en las hambrunas contemporáneas.

Amartya Sen desarrollo el Índice de Desarrollo Humano que contempla diversos indicadores desde los sanitarios, hasta indicadores de libertad de expresión lo que nos da un contexto más amplio de lo que significa Crecimiento y Desarrollo.

Para la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD) el Desarrollo local depende crucialmente del capital humano donde son los conocimientos, habilidades, atributos físicos intelectuales que le permiten contribuir a su bienestar personal y social como al de su país El nacimiento de una teoría elaborada del capital humano debe situarse entre finales de los cincuenta y principios de los sesenta y se produce a consecuencia del esfuerzo contemporáneo como Gary Becker, Jacob Mincer y Theodore Schultz. Como elemento central de la misma se encuentra la idea de que los individuos pueden incurrir en un sacrificio presente, en forma de costes monetarios y no monetarios, para conseguir un mayor rendimiento futuro. Fenómenos como la asistencia sanitaria, la educación, la emigración o la búsqueda de como decisiones de inversión. La analogía entre la acumulación de capital físico y la acumulación de capital humano

es, por tanto, un rasgo clave de la teoría del capital humano, que podría incluso considerarse como una aplicación de la teoría de capital a cierto tipo de fenómenos económicos

La razón principal de la atención al tema de capital humano está relacionada a la idea de que esta variable constituye un medio estratégico en función del desarrollo económico; esto se justifica por las razones que pueden actuar por sí solas o, más a menudo, juntas. En particular se pueden explicar de la siguiente manera: El aumento del capital humano entendido como “saber hacer” mejora la productividad del trabajador, por tanto, la paridad de los demás factores de la producción, genera crecimiento. El aumento de los conocimientos disponibles dentro de los vectores de información y capacidades (universidades y empresas) produce efectos positivos en el entorno económico. La mejor performance económica de la institución (pública o privada), inducida por el desarrollo del conocimiento, produce efectos positivos en el entorno productivo, en términos de mayor demanda de factores productivos y servicios, actuando como volante para el desarrollo.³⁰

Un indicador de Desarrollo que se toma en la investigación es la recaudación de patentes que se fundamenta en la teoría del autor mencionado previamente Musgrave³¹ que clasifica los impuestos directos e indirectos, donde los directos son distorsionantes por que interfieren en las decisiones de los agentes en términos de su inversión y trabajo; y a los indirectos se les puede llamar también impuestos no distorsionantes porque no interfieren en las decisiones mencionadas. Un ejemplo de impuesto directo o distorsionante es el llamado Impuesto Sobre la Renta (ISR) y uno de un impuesto indirecto o no distorsionante es el Impuesto al Valor Agregado (IVA). Los impuestos indirectos los mejores, no sólo desde el punto de vista de que un impuesto directo ofrece incentivos para dejar de trabajar prefiriendo el ocio y disminuyendo la producción o dejar de invertir sino también desde el punto de vista de la administración tributaria la cual sólo tiene que restar, si no existen exenciones ni deducciones de las ventas totales el monto de insumos adquirido, para determinar la base imponible, lo que ofrecerá menores costos de administrativos

³⁰ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2003. Salud, crecimiento económico y reducción de la pobreza. OPS. Informe del Grupo de Trabajo de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud. Washington DC. Revista Cubana de Salud Pública

³¹ MUSGRAVE, RICHARD A.; MUSGRAVE PEGGY B. La teoría de la Hacienda Pública: Un Estudio en Economía Pública. McGraw Hill.

y mayores posibilidades de una mejor fiscalización. Las ventajas más importantes que ofrece un impuesto indirecto son:

Recaudación estable respecto a los directos. Esto debido a que el consumo no tiende a variar tanto como el ingreso. Es más eficiente. En términos de las decisiones a invertir y trabajar porque posee neutralidad económica.

- No discrimina frente a innovaciones tecnológicas, es decir, maquinaria que reduce el uso de mano de obra.
- No favorece a la maquinaria en contra de los obreros, como lo haría un tributo sobre las listas de raya.

CAPÍTULO II

ASPECTOS DE POLÍTICAS, NORMAS E INSTITUCIONAL



CAPÍTULO II

ASPECTOS DE POLÍTICA, NORMAS E INSTITUCIONAL

2.1. ASPECTOS DE POLÍTICAS

2.1.1. Primer Periodo: 2000 - 2005 (Modelo de Economía de Mercado)³²

Para este periodo se utiliza como referencia el Plan General de Desarrollo Económico y Social 1997-2002. En el que para el tema de investigación se centran en el pilar de equidad y de institucionalidad.

2.1.1.1. Salud, núcleo estratégico del Desarrollo Humano³³

El objetivo del pilar equidad plantea mejorar las condiciones de vida de la población, en forma satisfactoria las necesidades básicas, mientras que el propósito del pilar de oportunidad es garantizar la estabilidad económica, acelerar el crecimiento con una mejor distribución de los ingresos y promover un desarrollo sostenible, con el objeto de brindar mayores oportunidades a la población resolviendo los problemas de empleo e ingresos, y de esa manera combatir efectivamente contra la pobreza. De esta manera el desarrollo humano se ha definido como núcleo estratégico para la generación de mayores oportunidades y para una mejor calidad de vida. Se plantea impulsar el desarrollo del potencial humano, el cual implica la generación de destrezas habilidades y compromiso por parte de los empresarios y trabajadores hombres y mujeres para desempeñar óptimamente al trabajo, desarrollar en el trabajador un mejor uso y manejo de tecnologías de la capacidad de negociación y cooperación entre trabajadores y empresarios para incrementar la producción y la productividad del trabajo aumentar la competitividad laboral y empresarial incrementar los ingresos laborales y mejorar la calidad del servicio y del producto.

2.1.1.2. Profundización de los procesos de Descentralización Administrativa³⁴

En el pilar de institucionalidad, se toma el proceso de descentralización como un medio para el desarrollo nacional regional y local, para formar parte del proceso de democratización del poder

³² PLAN GENERAL DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL 1997-2002 (BOLIVIA XXI País Socialmente Solidario. 1997.

³³ IBID . Pág. 93.

³⁴ IBID. Pág. 77.

económico político y social como consecuencia de la reforma del Estado orientada a encarar las tareas del siglo XXI.

En la profundización de los procesos de descentralización administrativa y de participación popular se propone que para que el estado lleve a cabo su rol como promotor de una manera descentralizada, debe generar las capacidades institucionales, profesionales y políticas que requieren una gestión pública eficiente y efectiva. Lo que implica que el gobierno central, las prefecturas y los gobiernos municipales puedan incrementar su capacidad para realizar y coordinar las acciones orientadas al desarrollo con eficiencia y eficacia con enfoque de género generacional e intercultural en base a la aplicación de las normas y un sistema de gestión por resultados, capacitación de sus cuadros profesionales.

Además, se deberá generar condiciones para lograr una mayor participación ciudadana en la gestión y el control social con el fin de la elevar el grado de eficacia.

2.1.1.3. Salud integral³⁵

Cómo se planteó en el pilar de equidad el estado y la sociedad boliviana deben procurar la equidad, no sólo mediante el mejoramiento de ingresos, sino también de la generación de mayores oportunidades para el acceso a la cultura la educación los recursos naturales la vivienda, el empleo, la salud y la seguridad social una política de desarrollo humano que garantice el mejoramiento de vida del conjunto de la sociedad.

a) Formación y salud integral³⁶

La salud integral consiste en la prestación de servicios, de fomento y promoción de la salud, la prevención diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y recuperación de las enfermedades son fundamentales.

Se propone políticas instrumentales, como la alimentación y nutrición básica, promoción de la salud, medicina preventiva, atención primaria de salud universal, salud sexual reproductiva, vigilancia endémica y educación inicial.

Los objetivos son:

- Incrementar la cobertura
- Mejorar la accesibilidad y la satisfacción de los usuarios de los servicios
- Disminuir la brecha nutricional infantil

³⁵ IBID. Pág.80.

³⁶ IBID. Pág.80-81.

- Garantizar el acceso universal a la salud

b) Nutrición Básica³⁷

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

Con el propósito de reducir la desnutrición global moderada, además del déficit de micronutrientes.

c) Promoción de la salud³⁸

- Los propósitos de la política de promoción de la salud son:
- Contribuir a la reducción de la mortalidad infantil y materna
- Mejorar las condiciones de crecimiento del niño
- Incrementar la protección contra enfermedades prevenibles y las que requieran acciones de protección del medio y uso adecuado de los recursos

d) Atención Primaria de Salud Universal (APS)³⁹

La atención primaria de salud implica la provisión de una canasta básica de salud, la cual consiste en un conjunto determinado de servicios en las áreas de fomento prevención curación y rehabilitación, que se proveerá a toda la población en especial a las niñas niños y adolescentes de acuerdo al perfil epidemiológico. Para:

- Reducir la mortalidad infantil y materna
- Mejorar las condiciones de acceso a la salud de la niñez
- Incrementar las condiciones de nutrición de la madre gestante y del recién nacido.

2.1.1.4 Política Nacional De Salud ⁴⁰

Mediante las entidades no integradas y sin mecanismos efectivos de coordinación entre sí, el ministerio de salud es responsable de las políticas programas y normas, los SEDES asigna los recursos humanos, los municipios son dueños de la infraestructura de salud.

Las atribuciones del sistema único nacional de salud para el proceso de estructuración son:

- Prevención y control de enfermedades
- Fortalecimiento institucional

³⁷ IBID. Pág.82.

³⁸ IBID. Pág.82.

³⁹ IBID. Pág.82-83.

⁴⁰ Plan Nacional de Salud 2004. MINISTERIO DE SALUD. Pág. 7.

- Promoción de la salud

2.1.1.5. Políticas a nivel municipal de La Paz⁴¹

El año 2001 se elaboró el PDM 2001-2005 con una metodología participativa. Fortalecimiento del sistema integrado de salud, en el municipio las condiciones de salud de la población son deficientes. Los barrios periféricos y grupos vulnerables manifiestan bajos indicadores de salud debido a problemas de acceso al servicio, insuficiente infraestructura, falta de equipamiento, mala calidad de las prestaciones y riesgos de transmisión de enfermedades. El objetivo al cabo de cinco años tiene el doble propósito de ampliar la cobertura y acceso a los servicios de salud, mejorando la calidad de la atención y prestaciones públicas; y contribuir a preservar la salud humana.

2.1.1.5.1. Proyectos de Desarrollo Humano⁴²

La movilización de los recursos humanos para la mejora sostenida de las condiciones de vida y desarrollo en las áreas de salud:

- Programa de Alimentación Complementaria
- Programa del Seguro Básico de Salud.
- Programa de Gestión Autónoma de Hospitales.

2.1.1.5.2. Política de Fortalecimiento del Sistema Integrado De Salud⁴³

En el Municipio las condiciones de salud de la población son deficientes. Los barrios periféricos y grupos vulnerables manifiestan bajos indicadores de salud, debido a problemas de acceso al servicio, insuficiente infraestructura, falta de equipamiento, mala calidad de las prestaciones y riesgos de transmisión de enfermedades por consumo de alimentos contaminados. La atención de los seguros básicos de salud y vejez es baja y se ha descuidado la atención a la población escolar y adolescentes en edad fértil que no conocen sus derechos sexuales y reproductivos. El objetivo al cabo de cinco años es el de ampliar la cobertura y acceso a los servicios de salud, mejorando la calidad de la atención y prestaciones públicas, y contribuir a preservar la salud humana supervisando el cumplimiento de las normas y condiciones higiénicas de sanidad de productos alimenticios.

⁴¹ Plan de Desarrollo Municipal JAYMA 2001-2005. Pág. 35.

⁴² IBID. Pág. 28.

⁴³ IBID. Pág. 29.

2.1.1.5.3. Política de Fortalecimiento del Sistema Integrado de Salud⁴⁴

En el Municipio las condiciones de salud de la población son deficientes. Los barrios periféricos y grupos vulnerables manifiestan bajos indicadores de salud, debido a problemas de acceso al servicio, insuficiente infraestructura, falta de equipamiento, mala calidad de las prestaciones y riesgos de transmisión de enfermedades por consumo de alimentos contaminados. La atención de los seguros básicos de salud y vejez es baja y se ha descuidado la atención a la población escolar y adolescentes en edad fértil que no conocen sus derechos sexuales y reproductivos.

2.1.1.5.4. Infraestructura

Preservar la salud de las personas sanas bajo el concepto de municipio saludable, mediante proyectos de infraestructura y equipamiento. Gestionar el equipamiento, la construcción y el mantenimiento de la infraestructura de salud, mediante los programas:

- Programa Infraestructura y Equipamiento De Hospitales
- Programa Infraestructura y Equipamiento De Centros De Salud
- Programa De Salud Pública

2.1.1.5.5. Política de Fortalecimiento de la Participación Popular⁴⁵

El fortalecimiento del Comité de Vigilancia para el ejercicio del control social ha estado ausente en las acciones del Municipio. Las distintas gestiones municipales realizaron acciones de cooptación que impidieron una participación ciudadana efectiva en el control de la gestión del Gobierno Municipal. Esta situación hace necesario el fortalecimiento de las instancias de participación ciudadana a través de la transferencia de instrumentos de seguimiento y control, la promoción de mancomunidades con municipios vecinos y el fortalecimiento de la Asociación Departamental de Municipios.

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

Según la CPE todas las personas tienen derecho a la salud, donde el sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y

⁴⁴ IBID. Pág. 31.

⁴⁵ IBID. Pág. 36.

control social; esto mediante proyectos de Inversión Pública. Este se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno⁴⁵ departamental, municipal. El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud, mediante la política de la red de establecimientos, con la construcción y equipamiento de centros de salud controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y la regulará mediante la ley.⁴⁶

2.1.2.1. Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien ⁴⁷



El objetivo del Plan Nacional en el sector salud es la eliminación de la exclusión social, se conseguirá con la implementación del Sistema de salud familiar comunitario intercultural, que asume la medicina tradicional. Este sistema será inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y calidez. Participará de la dimensión económica, productiva, sociocultural y política organizativa, generando capacidades individuales, familiares y comunitarias, 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

⁴⁶ Nueva Constitución Política del Estado, Artículo 18, parágrafo III, 2008.

⁴⁷ Plan General de Desarrollo Económico y Social para la gestión 2016-2020

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

El Pacto de Desarrollo del Milenio al que Bolivia se suscribió sostiene que las primeras medidas políticas que los países de alta y máxima prioridad deben aplicar para salir de las trampas de la pobreza implican inversiones en salud y educación. Estas inversiones estimulan el crecimiento económico, que a su vez fomenta el desarrollo humano, educación, salud, alimentación, agua y saneamiento se complementan, de modo que cualquier inversión en uno de estos campos contribuye a mejorar los resultados de los demás⁴⁸. Los responsables de formular políticas deben tener en cuenta las sinergias entre los distintos aspectos del desarrollo humano al promover inversiones destinadas a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Este cambio permitirá el cumplimiento de las Metas del Milenio en Salud hasta el 2015⁴⁹:

- Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- Reducir la mortalidad infantil
- Mejorar la salud materna
- Combatir el VIH/SIDA, el paludismo, Chagas y Tuberculosis

La población boliviana, hasta el 2010, accederá en un 100 por ciento al Sistema Salud Familiar Comunitario Intercultural, además del acceso a servicios básicos. Se eliminará la desnutrición en niños menores de cinco años. Se alcanzará la mayor cantidad de años de vida en forma saludable con menor incidencia de enfermedades. El sistema de salud generará un ambiente sano y sostenible vigilando el ámbito productivo, los desechos industriales, residuos hospitalarios y suelos (minería, agricultura, hidrocarburos y otros).⁵⁰

La Agenda Patriótica 2025, constituye el Plan General de Desarrollo Económico y Social del Estado Plurinacional de Bolivia, que orienta la formulación del Plan de Desarrollo Económico y Social en el marco del Desarrollo Integral para Vivir Bien 2016 - 2020 (PDES), al cual deben articularse los planes de mediano y corto plazo en el país. La Agenda Patriótica 2025 está planteada en trece Pilares, los más importantes relacionados al tema salud son los siguientes:

⁴⁸ Declaración del Milenio de las Naciones Unidas

⁴⁹ MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DE; DESARROLLO. (2007). *Plan Nacional de Desarrollo "Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien"*. 2006 - 2011. Pág. 135-140

⁵⁰ Marco Legal para la Gestión Municipal en Salud. MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. Pág. 18.

1. Erradicación de la pobreza extrema.
2. Socialización y universalización de los servicios básicos con soberanía para Vivir Bien.
3. Salud, educación y deporte para la formación de un ser humano integral.

2.1.2.2. Plan Sectorial de Desarrollo Integral 2016-2020



Para el Plan es una preocupación central el derecho a la salud de las y los bolivianos, por lo que se tiene previsto en este período avanzar significativamente hacia la universalización del acceso a los servicios de salud, la prevención de las enfermedades, así como la ampliación y mejora de la capacidad de atención de los establecimientos de salud con mejor infraestructura, equipamiento y recursos humanos de calidad con enfoque intercultural. Los Resultados esperados al 2020 son los siguientes:

META	RESULTADOS
Meta 1: Acceso universal al servicio de salud.	1. Se implementará el Servicio de Salud Universal.
	2. La mayor parte de la población accede a medicamentos.
	3. La mayor parte de los municipios implementan el Programa MI SALUD.

	4. La mayor parte de los municipios están conectados y equipados a la Red TELESALUD.
	5. Se ha reducido en al menos 30% la mortalidad infantil (a 35 muertes por mil nacimientos).
	6. Se ha reducido en al menos el 50% la razón de mortalidad materna (a 115 muertes por cien mil nacimientos).
	7. Se ha incrementado la cobertura de parto institucional.
	8. Se ha reducido la proporción de adolescentes embarazadas.
	9. La mayor parte de los municipios cuentan con planes municipales de salud con enfoque intersectorial ejecutado.
	10. Se ha reducido la incidencia de casos y defunciones de enfermedades transmisibles.
	11. Se ha reducido la incidencia de casos y defunciones de enfermedades no transmisibles.
	12. Al menos 90% de los establecimientos de salud reportan información al Sistema Único de Información en Salud (SUIS).
Meta 2: Integración de salud convencional y ancestral con personal altamente comprometido y capacitado.	1. Se ha invertido \$us1.700 millones en la construcción, ampliación y equipamiento de 47 institutos y hospitales de salud de forma concurrente con las ETAs.
	2. Se han construido 4 Institutos de 4to. Nivel de Salud: Oncología, Cardiología, Gastroenterología y Nefrourología-Neurología. Se han construido y ampliado 12 hospitales de 3er. Nivel. Se han construido, ampliado y equipado 31 hospitales de 2do. Nivel.
	3. Se han construido, ampliado y equipado 180 establecimientos de salud de 1er. Nivel y se han elevado 1.430 Puestos de Salud a la categoría de Centros de Salud, con recursos de los Gobiernos Autónomos Municipales.
	4. Se han creado nuevos ítems para personal de salud, incluyendo plazas para especialistas y subespecialistas.

5. Se han instalado nuevas unidades de hemodiálisis y laboratorios de histocompatibilidad.

6. Se ha puesto en funcionamiento un Centro de Saberes de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana.

Para el logro de estos Resultados se continuarán y consolidarán Acciones estratégicas que el sector salud viene implementando, entre éstas:

- Consolidar el esquema de financiamiento del sector salud y la aplicación de la Ley N° 475, Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia.
- Consolidar el Sistema Único de Información en Salud (SUIS).
- Ampliar las acciones MI SALUD y TELESALUD al ámbito municipal.
- Ampliar la capacidad resolutive de los servicios de salud ofertando servicios especializados.
- Brindar atención médica a la población casa por casa de manera gratuita y fortalecer los centros de salud.
- Incidir sobre las determinantes de la salud a través de acciones de promoción y prevención de la enfermedad, movilización social, educación en salud, alianzas estratégicas y reorientación de servicios.
- Construir, ampliar y equipar establecimientos de salud en los tres niveles de atención.
- Implementar un programa de formación e incorporación de especialistas y subespecialistas en salud para la dotación de recursos humanos calificados.
- Construir y equipar institutos de cuarto nivel de atención especializada y de investigación.
- Dotar de recursos humanos calificados a los establecimientos de salud para mejorar su capacidad resolutive.

2.1.2.3 Políticas de Salud a nivel municipal.

2.1.2.3.1. Programas de Salud Municipal

Infraestructura en Salud La red de equipamientos de salud debe cubrir todo el territorio con espacios de atención médica. Para esto se realiza los siguientes proyectos de Inversión Pública: Diseño de la red de equipamientos de salud en el Municipio, mejoramiento y modernización de las Infraestructuras del Complejo Hospitalario de tercer nivel, construcción de Hospitales de

segundo nivel (Ladera oeste, Ladera Este y Sur), construcción de centros de salud de primer nivel en zonas de expansión (Alto Pura Pura, Limanipata, etc.)

Equipamiento de establecimientos de Salud

Para los establecimientos de Salud se implementa los equipos y materiales necesarios; se realiza proyectos de Inversión Pública en equipamiento hospitalario.

Servicios de Salud

Los servicios de salud son importantes mecanismos que incrementan el acceso, la cobertura y la calidad de la salud pública; uno de los proyectos es el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), movilización por la salud, equipamientos en centros de salud, etc.

La estructura de equipamientos urbanos y de espacio público definidos por la policentricidad y para promover un municipio compacto está orientada a satisfacer las necesidades colectivas básicas promoviendo el desarrollo integral del municipio. Consideran las redes y sistemas de⁵¹:

- Infraestructura de salud
- Espacios deportivos

2.1.2.3.2. Proyectos

Salud de calidad⁵²:

- Red de Hospitales de 2do Nivel Macrodistributales Construcción del Hospital Geriátrico - Oncológico Centro de Salud Especializado en problemas Renales Centro de Rehabilitación para Quemados Red de centros de salud en el área rural
- Examen gratuito anual de: Papanicolaou y cáncer de mama
- Por una sonrisa sana y feliz del escolar - odontobuses para la atención dental del escolar
- Examen gratuito anual de: Papanicolaou y cáncer de mama
- Por una sonrisa sana y feliz del escolar - odontobuses para la atención dental del escolar
- Red descentralizada equipos móviles

⁵¹ IBID. Pág. 38.

⁵² IBID. Pág 43.

- Red municipal de ambulancias
- Red de Farmacias municipales en establecimientos de salud Seguro Integral de Salud Municipal
- Seguro de Salud Gremial Programa de servicio de atención, orientación y apoyo a las diversidades sexuales y genéricas.

2.2. REFERENCIA NORMATIVA

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

2.2.1.1. Recursos de la Participación Popular

El periodo normativo Municipal empieza a partir de la promulgación de la Ley N° 1551 puesto que marcó a los Gobiernos Municipales como actores centrales de la Gestión Pública boliviana. A partir de esta Ley se inicia un proceso de legislación y de regulación de la Gestión Municipal, implicando también el reconocimiento del Gobierno Municipal como una unidad de gestión fundamental del desarrollo sostenible.

Los Ingresos de los Gobiernos Municipales

- El impuesto a la renta presunta de Propietarios de Bienes inmuebles
- El Impuesto a la Propiedad Rural (IRPPB)
- El Impuesto a los Inmuebles Urbanos (IRPPB)
- El Impuesto sobre Vehículos Automotores, Motonaves y Aeronaves (IRPPB)
- Las Patentes impuestas establecidas por Ordenanza Municipal de conformidad a lo previsto en la Constitución Política del Estado.

2.2.1.2. Competencias Municipales

Se amplía la competencia municipal en las siguientes materias:

- a) Administrar y controlar el equipamiento, mantenimiento y mejoramiento de los bienes e inmuebles de propiedad del Gobierno Municipal, incluyendo los transferidos por la presente Ley.
- b) Dotar de equipamiento, mobiliario, material didáctico, insumos, suministros incluyendo medicamentos y alimentos en los servicios de salud, administrando y supervisando su uso, para un adecuado funcionamiento de la infraestructura y los servicios de salud, saneamiento básico, educación, cultura y deporte.

- c) Administrar los sistemas de catastro urbano y rural de acuerdo a las normas técnicas y de aplicación general emitidas por el Poder Ejecutivo.
- d) Administrara los registros y padrones de contribuyentes necesarios para la recaudación de ingresos propios, en base al catastro rural y urbano y al Plan Nacional de Uso de Suelo aprobados por el Poder Ejecutivo.
- e) Dotar y construir nueva infraestructura en educación, cultura, salud, deporte, caminos vecinales y saneamiento básico.
- f) Contribuir al mantenimiento de los caminos secundarios y vecinales que pasen por el municipio.
- g) Atender los programas de alimentación complementaria incluyendo los desayunos escolares.

2.2.1.3. Coparticipación Tributaria⁵³

I. La coparticipación tributaria es entendida como una transferencia de recursos provenientes de los Ingresos Nacionales en favor de los Gobiernos Municipales y las Universidades Publicas, para el ejercicio de las competencias definidas por Ley y para el cumplimiento de la Participación Popular.

II. De la recaudación Efectiva de las rentas nacionales, el 20 % será destinado a los gobiernos Municipales y el 5% a las Universidades Publicas.

III. La totalidad de las rentas municipales, es de dominio exclusivo de los Gobiernos Municipales, quienes son responsables de recaudarlas e invertirlas de acuerdo al presupuesto municipal, conforme a las normas y procedimientos técnico-tributarios reglamentados por el Poder Ejecutivo.

La coparticipación tributaria se distribuirá entre las municipalidades beneficiadas en función al número de habitantes de cada jurisdicción Municipal y entre las universidades publicas beneficiarias, de acuerdo al número de habitantes de la jurisdicción departamental en la que se encuentren.

2.2.1.4. Límites de gastos de la Inversión Pública Municipal ⁵⁴

Se establece como porcentaje máximo para gasto de funcionamiento el 25% que a fines de cálculo, se aplica sobre el total de ingresos de las siguientes fuentes:

⁵³ 58 Ley de Participación Popular, Ley N° 1551 del 20 de Abril 1994, Titulo III, Artículo N° 19.

⁵⁴ Ley del Dialogo Nacional 2000, Ley N° 2235 de 31 de Julio del 2001, Titulo II, Artículos N° 8-9 Art. N° 1.

Recursos de la coparticipación Tributaria, Ingresos Municipales Propios y recursos de la Cuenta Especial Dialogo 2000. Para financiar los gastos de Financiamiento, solo se puede utilizar los Ingresos Municipales Propios y los Recursos de la Coparticipación Tributaria.

2.2.1.5. Sistema Nacional de Inversión Pública

El Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP) es el conjunto de normas, instrumentos y procedimientos comunes para todas las entidades del sector público, mediante los cuales se relacionan y coordinan entre sí para formular, evaluar, priorizar, financiar y ejecutar los proyectos de inversión pública que, en el marco de los planes de desarrollo nacional, departamentales y municipales, constituyan las opciones más convenientes desde el punto de vista económico y social.

A los efectos del SNIP, se identifican las siguientes fuentes de financiamiento para los proyectos de inversión pública.⁵⁵

- Recursos del Tesoro General de la Nación: Son los recursos, administrados por el Gobierno Central que se transfieren a las entidades de la Administración Central y al Fondo Compensatorio de Regalías creado por la Ley 1551 de 20 de abril de 1994, para financiar el Presupuesto de Inversión Pública, de conformidad a normas emitidas anualmente por el Órgano Rector para su incorporación en el PGN.
- Recursos Específicos de las Entidades Públicas: Son recursos que, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes, se perciben y administran directamente por las entidades públicas y se totalizan para financiar sus Presupuestos de Inversión Pública y que deben ser incorporados en el PGN.
- Recursos Externos: Son recursos que el Órgano Rector del SNIP contrata de Organismos Financieros Multilaterales, Agencias de Cooperación Internacional y Gobiernos, mediante convenios de crédito o donación, y que se transfieren a las entidades del sector público para financiar el Programa de Inversión Pública, de conformidad a los procedimientos establecidos en las presentes normas básicas, sus reglamentos y lo establecido en los respectivos convenios de financiamiento.

⁵⁵IBID, Art. N° 1.

2.2.2. Segundo periodo (2006-2015) Modelo de Economía Plural⁵⁶

2.2.2.1. Normativa Municipal

La Ley de Municipalidades N° 2028 establece que el Gobierno Municipal tiene como finalidad “contribuir a la satisfacción de las necesidades colectivas y garantizar la integración y participación de los ciudadanos en la planificación y desarrollo humano sostenible del Municipio”.⁵⁷

A partir de la promulgación de la Ley N° 1551 de Participación Popular del 20 de abril de 1994, se profundizó el proceso de descentralización administrativa en el país, a través del cual se delegan mayores responsabilidades a los entonces gobiernos municipales y se incrementan sus recursos como resultado de la coparticipación tributaria. Se les transfiere a título gratuito infraestructura física de los servicios públicos de salud, educación, cultura, deportes, caminos vecinales y microriego, con la finalidad de que estos puedan administrarla, mantenerla y renovarla. De igual forma, se establecen las diferentes fuentes de ingresos para el cumplimiento de sus funciones, mismas que se ven ampliadas al conferirles la potestad de supervisar, administrar, dotar y construir infraestructura pública en las áreas señaladas, administrando además, los sistemas de catastro urbano y rural así como promoviendo y manteniendo los programas sociales.

2.2.2.2. Ingresos Municipales

i) el impuesto a la renta presunta de propietarios de bienes, que comprende el impuesto a la propiedad rural, el impuesto a los inmuebles urbanos y el impuesto sobre vehículos automotores, motonaves y aeronaves y, ii) las patentes e impuestos establecidos por Ordenanza Municipal (Ley N° 1551, Art. 19, inciso c). Además, se les transfiere el 20% de los ingresos nacionales por coparticipación tributaria. Los ingresos nacionales están compuestos por: i) el impuesto al valor agregado (IVA), ii) el régimen complementario del IVA, iii) el impuesto a la renta presunta de empresas, iv) el impuesto a las transacciones, v) el impuesto a los consumos específicos, vi) el gravamen aduanero consolidado, vii) el impuesto a la transacción gratuita de bienes y, viii) el impuesto a las salidas al exterior (Ley N° 1551, Arts. 19 y 20).

⁵⁶ BOLIVIA. Constitución Política del Estado de Enero del 2009, Capitulo VIII, Artículo N° 302.

⁵⁷ PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL JAYMA 2007-2011. Pág.11.

2.2.2.3. Ley de Municipalidades

En fecha 28 de octubre de 1999, se promulgó la ley N° 2028, dejando sin efecto a la Ley Orgánica de Municipalidades N° 696 de 10 de enero de 1985 vigente hasta ese momento. Esta nueva Ley reguló el régimen municipal, definiéndolo, enfatizando su carácter autonómico, estableciendo su jurisdicción, estructura administrativa, patrimonio y régimen financiero, ahondando en el alcance de las competencias de los entonces gobiernos municipales, las cuales podían ser de coordinación, de concurrencia o de subsidiariedad. Además, reconoció los derechos y obligaciones de los agentes del control social y Participación Popular.⁵⁸

Dentro los recursos municipales, se consideran dos tipos de ingresos, los tributarios y los no tributarios. Los primeros se encuentran conformados por impuestos, tasas y patentes. Los segundos, son aquellos provenientes de pagos producto de concesiones o actos jurídicos realizados con los bienes municipales, o producto de la política de concesiones o explotaciones existentes en la jurisdicción municipal; venta o alquiler de bienes municipales; transferencias y contribuciones; donaciones y legados en favor del municipio; derechos preconstituidos; indemnizaciones por daños a la propiedad municipal; multas y sanciones por transgresiones a disposiciones municipales y operaciones de crédito público (Ley N° 2028, Arts. 100 a 102).

2.2.2.4. Tipo de gasto de funcionamiento

Por la Ley N° 2296, Art. 3. Se estableció un máximo de 25% para el límite que sería calculado en función a los ingresos por concepto de coparticipación tributaria, ingresos municipales propios y recursos del Diálogo 2000. Sin embargo, los gastos de funcionamiento serían financiados sólo con recursos provenientes de los ingresos municipales propios y los recursos de coparticipación tributaria, excluyendo expresamente los recursos provenientes de alivio de la deuda (

2.2.2.5. Competencias Municipales

a) Formular y ejecutar participativamente el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal.

⁵⁸ GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE LA PAZ. “ESTIMACIÓN DEL GASTO PÚBLICO SOCIAL DEL GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE LA PAZ 2003-2013”,. Dirección Especial de Finanzas. La Paz, Bolivia. 2014

- b) Implementar el Sistema Único de Salud en su jurisdicción, en el marco de sus competencias.
- c) Administrar la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención organizados en la Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
- d) Crear la instancia máxima de gestión local de la salud incluyendo a las autoridades municipales, representantes del sector de salud y las representaciones sociales del municipio.
- e) Ejecutar el componente de atención de salud haciendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en las comunidades urbanas y rurales.
- f) Dotar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del primer y segundo nivel municipal para el funcionamiento del Sistema Único de Salud.

2.2.2.6. Competencias en Salud

- Formular y ejecutar participativamente el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal.
- Administrar la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención organizados en la Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
- Dotar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del primer y segundo nivel municipal.

2.2.2.7. Competencias en Desarrollo Productivo

- Promover programas de infraestructura productiva con la generación de empleo digno en concordancia con el plan sectorial y el Plan General de Desarrollo Productivo.
- Formular y ejecutar proyectos de infraestructura productiva para el acceso a mercados locales y promoción de compras estatales, en favor de las unidades productivas, precautelando el abastecimiento del mercado interno y promoviendo la asociatividad de las unidades productivas.
- Formular, proponer y ejecutar planes, programas y proyectos de industrialización de la producción nacional, promoviendo la comercialización a nivel local.

2.3. REFERENCIA INSTITUCIONAL

2.3.1. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas⁵⁹

El Ministerio de Economía y Finanzas Públicas del Estado Plurinacional de Bolivia es el organismo que se encarga, de contribuir a la construcción del Nuevo Modelo Económico Social Comunitario Productivo, basado en la concepción del Vivir Bien, formulando e implementando políticas macroeconómicas que preservan la estabilidad como patrimonio de la población boliviana, y promuevan la equidad económica y social .

Principales Atribuciones.

- Controlar la ejecución presupuestaria de los Órganos del Sector Público, establecidos en la Constitución Política del Estado.
- Asignar los recursos en el marco del PGE, de acuerdo a la disponibilidad del Tesoro General de la Nación.

2.3.2. Viceministerio de Presupuesto y Contabilidad Fiscal⁶⁰

El Viceministerio de Presupuesto y Contabilidad Fiscal es el órgano rector de los sistemas de administración gubernamental. Es responsable de la formación del Presupuesto General del Estado, de la elaboración de los Estados financieros del Órgano Ejecutivo, de la elaboración y diseño de las normas de gestión pública y del diseño, y desarrollo y administración de los sistemas de gestión fiscal.

Principales Atribuciones

- Participar en la formulación y desarrollo de la política fiscal garantizando la distribución equitativa de los recursos públicos.
- Formular políticas presupuestarias que garanticen la aplicación del Modelo Economía Plural.
- Desarrollar instrumentos presupuestarios y contables para mejorar la gestión financiera de las entidades públicas.
- Efectuar el control, seguimiento, análisis, evaluación de la ejecución presupuestaria, para la toma de decisiones durante el ejercicio fiscal.

⁵⁹ Decreto Supremo N° 29894 7 de Febrero De 2009. Capítulo IX. Ministerio De Economía Y Finanzas Públicas. Art. N°51-52 Pág. 19-20.

⁶⁰CPE, Art N° 53, Pág. 20

2.3.3. Ministerio de Planificación del Desarrollo ⁶¹

El Ministerio de Planificación del Desarrollo es el gestor de la planificación integral estatal para lograr los objetivos del Desarrollo Económico Social, a través de la definición de lineamientos estratégicos, priorización de la Inversión Pública y gestión de su financiamiento.

El Ministerio de Planificación del Desarrollo tiene como misión: dirigir y promover el Sistema de Planificación Estatal y Sistema de Inversión y Financiamiento para el Desarrollo; así como formular políticas para el desarrollo de la Economía Plural, promover la eficiencia, eficacia y equidad en la inversión pública de la Economía Plural.

Principales Atribuciones

- Promover la articulación y compatibilidad de los planes de desarrollo de las Entidades Territoriales Autónomas y Descentralizadas con los lineamientos estratégicos del Plan de Desarrollo Económico y Social y el Plan de Inversión y Financiamiento para el Desarrollo.

2.3.4. Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo⁶²

Coadyuva la gestión de la Inversión Pública, promoviendo la elaboración de estudios de Pre Inversión con calidad, como un medio de apalancamiento de recursos financieros que contribuyen al crecimiento y desarrollo económico y social con equidad del Estado Plurinacional.

El Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE) como instrumento de información que apoya la Gestión del Programa de Inversión Pública y de los Proyectos de Inversión, el VIPFE cuenta con dos sistemas de información importantes.

- Sistema de Información Sobre Inversiones (SISIN): es un instrumento de organización de información que reconoce al Proyecto de Inversión Pública como unidad del sistema y permite recopilar, almacenar, procesar y difundir la información de carácter financiero y no financiero; relativa al ciclo de vida de cada proyecto y su financiamiento.
- Sistema de Información Sobre Financiamiento Externo (SISFIN): es un instrumento del SNIP que reconoce al convenio o contrato de financiamiento como la unidad del sistema y que permite recopilar, almacenar, procesar y difundir la información correspondiente a la gestión, asignación, negociación, contratación, ejecución y seguimiento del financiamiento externo.

⁶¹ IBID-72, Art. 45, Pág. 16

⁶² IBID-72, Art. 48, Pág. 18

Principales Atribuciones⁶³

- Coordinar, efectuar el seguimiento, evaluación de la aplicación de los programas del Sistema Estatal de Inversión y Financiamiento para el Desarrollo.
- Realizar el seguimiento, evaluación del Presupuesto de Inversión Pública, así como de los convenios de financiamiento externo, en coordinación con Ministerios, Universidades, Entidades Territoriales Autónomas y Descentralizadas; todas aquellas estatales que ejecutan inversión pública.
- Gestionar, negociar, suscribir convenios de financiamiento externo, de Cooperación Económica y Financiera Internacional, en el marco del Plan de Desarrollo Económico y Social, en coordinación con los Ministerio de Relaciones Exteriores, también de Economía y Finanzas Públicas.
- Programar, administrar los recursos de contravalor proveniente de donaciones externas y monetizaciones.

2.3.5. Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud, como ente rector del Sector Salud, lidera y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales claves y ejerce sus potestades de autoridad sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población.

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

Formular, promulgar y evaluar el cumplimiento de los programas de salud en el marco del desarrollo del país.

Regular, planificar, controlar y conducir el Sistema Nacional de Salud, conformado por los sectores de seguridad social a corto plazo, público y privado con y sin fines de lucro y medicina tradicional.

Garantizar la salud de la población a través de su promoción, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación⁶⁴.

⁶³ Ibid-72, Cap. VIII, Art. 48, Pág. 16.

⁶⁴ IBID. Artículo 90.

2.3.6. Gobierno Autónomo Municipal de La Paz - Dirección General de Salud

Es la unidad organizativa con dependencia orgánica del Ministro, su principal objetivo consiste en orientar y conducir la gestión del Ministerio de Salud para garantizar el cumplimiento del marco estratégico institucional, a nivel nacional, acorde con el Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud, asegurando que todos los procesos institucionales se ejecuten de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida y emitiendo lineamientos estratégicos para garantizar la implementación de las políticas institucionales dictadas por el jerarca de la institución, encargado de las siguientes funciones:

- Proponer las políticas de salud, prioridades sanitarias y estrategias de atención de salud de las personas y el modelo de atención integral de salud, con alcance sectorial e institucional.
- Participar en la evaluación de la aplicación de los fondos destinados al financiamiento de las estrategias sanitarias del Ministerio de Salud, en el ámbito de su competencia, conjuntamente con la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto y otras instancias del Ministerio de Salud. El Sistema Nacional de Salud (SNS) es definido como “el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud bajo la regulación del Ministerio de Salud y Deportes”⁶⁵. El Modelo de Gestión del SNS establece la existencia de tres niveles de atención en salud, donde los centros de primer nivel tienen capacidades para resolver problemas de salud que se enmarcan en el autocuidado de la salud, consulta ambulatoria e internación de tránsito. En este nivel se encuentran el puesto de salud, el consultorio médico, el centro de salud con camas de tránsito y el policlínico. El segundo nivel incluye la atención que requiere consulta ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las cuatro especialidades básicas: gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general. Este nivel de atención es el hospital básico de apoyo. Las actividades de promoción, prevención, información, comunicación y educación para la salud se realizan en todos los niveles de atención. Así, el Sistema de Salud Boliviano es un sistema segmentado con tres subsectores: el privado, la seguridad social de corto plazo y el público

El nivel municipal en donde el Gobierno Autónomo Municipal es responsable de la provisión y administración de la infraestructura, equipamiento, suministros e insumos médicos. Asimismo, el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) es el responsable para las normas y políticas nacionales,

⁶⁵ Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales. Evaluación de Impacto de los Seguros de Maternidad y Niñez en Bolivia 1989-2003. La Paz: UDAPE; 2007

los SEDES están a cargo de proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del tercer nivel, además de proveer a los establecimientos de salud del tercer nivel, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso, además de la gestión de los recursos humanos. Los Gobiernos Autónomos Municipales tienen como responsabilidad la infraestructura, insumos y gastos operativos de los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de su jurisdicción, así como indica la Ley Marco de Autonomías y Descentralización. Además, las municipalidades son las responsables de las Redes de Salud primaria y secundaria, mismas que son supervisadas por un Directorio Local de Salud (DILOS) con la participación de representantes del SEDES, alcaldes municipales, y miembros de la sociedad. Las redes son coordinadas por administradores cuya principal responsabilidad es la entrega de los elementos del programa SUMI.

La política Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), constituye la nueva forma de pensar, comprender y hacer salud: vincula, involucra y articula al personal de salud, la persona, la familia, la comunidad y sus organizaciones en los ámbitos de gestión y atención en salud, a través de diferentes acciones priorizando la promoción de la salud, garantizando este derecho.


En componente de Gestión Participativa en Salud, contempla dos estructuras: La Estructura Social de Salud y la Estructura Estatal de Salud, articulados en diferentes espacios de deliberación.

El DILOS, de acuerdo a la Ley N° 2426 del SUMI, actualmente vigente, es la máxima autoridad en gestión de salud en el ámbito municipal, es la instancia y entidad de dirección que hace efectivo el ejercicio de la gestión compartida con participación popular y gestión social en su ámbito de competencia, siendo su autoridad y competencias intransferibles. Lo conforma el Alcalde Municipal o su representante legal, un representante técnico del SEDES y el representante del Comité de Vigilancia, en los últimos años por requerimiento de estas autoridades y de la sociedad civil además participa el representante del Consejo Social Municipal de Salud.

El DILOS es responsable de garantizar la implementación de política SAFCI, seguros públicos, políticas y programas de salud en el marco de las políticas nacionales. Asimismo, es responsable de la administración de las cuentas municipales de salud.

CAPÍTULO III

FACTORES DETERMINANTES Y CONDICIONANTES DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN



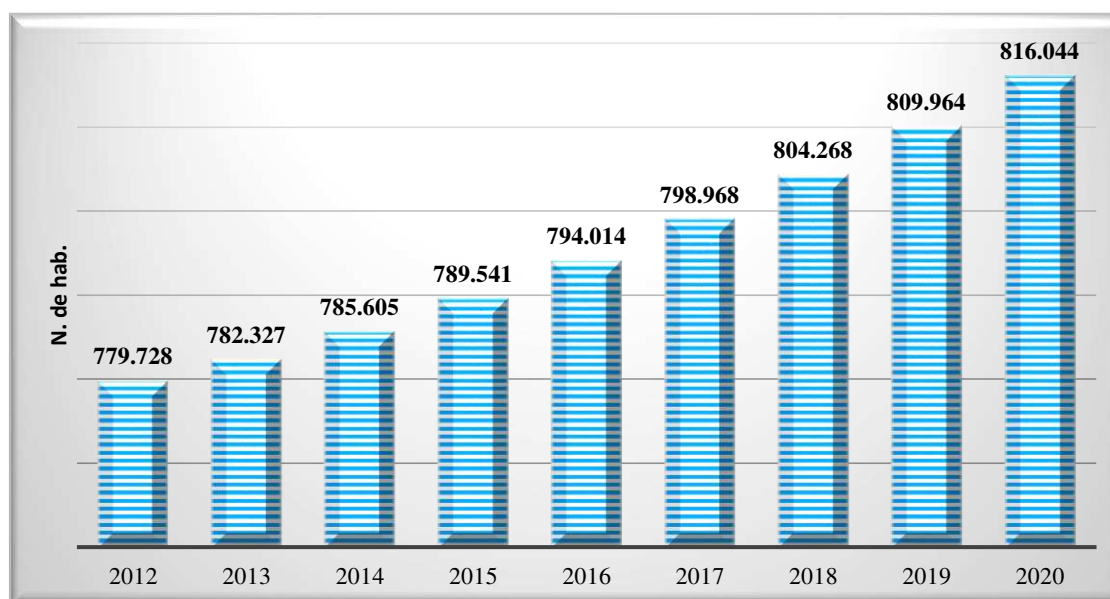
CAPÍTULO III.

FACTORES DETERMINANTES Y CONDICIONANTES DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

3.1. ASPECTOS GENERALES

3.1.1. Población en el Municipio de La Paz

GRÁFICO N° 1: Población del Municipio de La Paz; 2012-2020 (Número de habitantes)

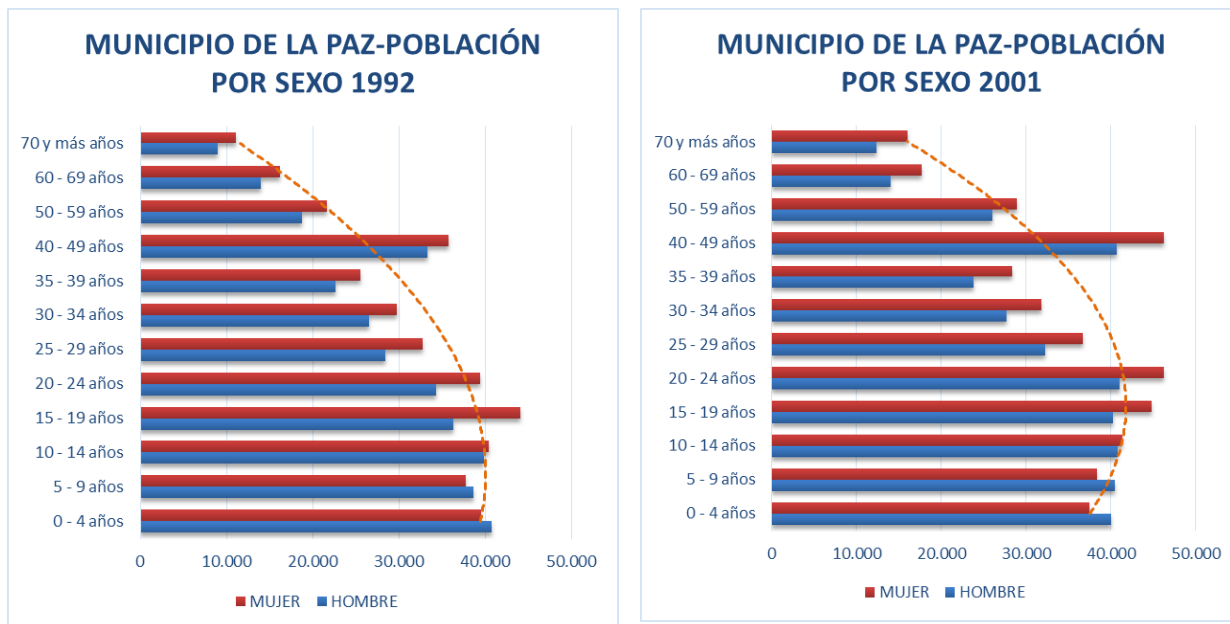


Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE)
Elaboración propia

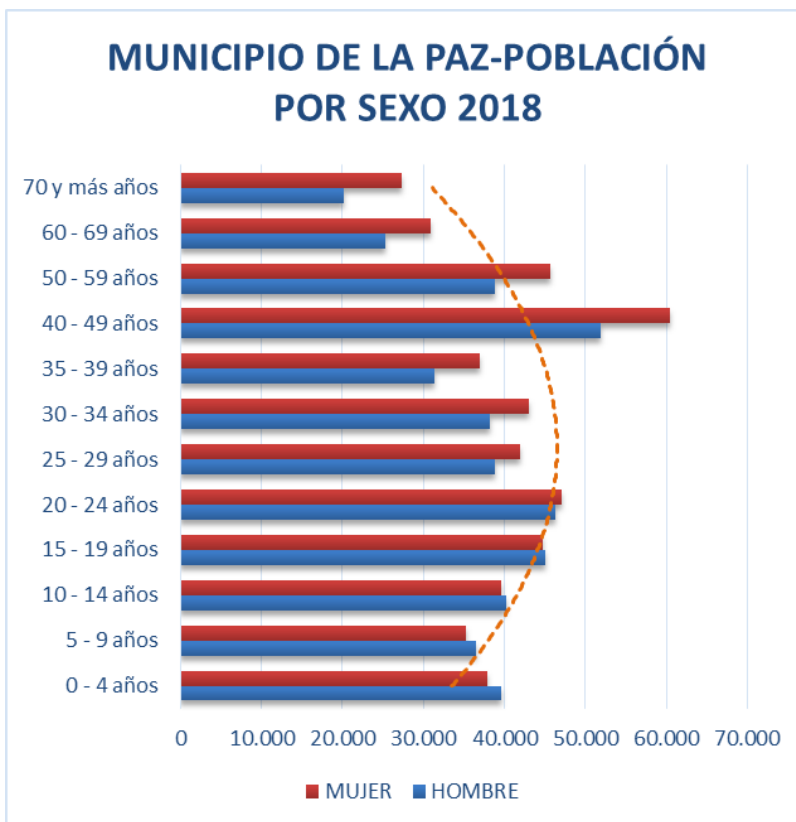
Como se observa en el *Gráfico N°1* la población en el municipio de La Paz tiene una tendencia creciente y constante, desde 2012 el promedio de crecimiento poblacional por año es de 6.129 personas en el municipio de La Paz. La tasa de crecimiento anual es de 0,67%, de crecimiento en los últimos periodos, según datos de la Secretaría Municipal de Planificación para el Desarrollo. Pese a que la tasa de crecimiento poblacional fue menor en los 20 años precedentes, la misma mantuvo su proyección de acuerdo a lo planificado por las estadísticas municipales del “Plan 2040, La Paz que queremos”. La mancha urbana en 2012 era de 59 kilómetros cuadrados (km²), este año llegó a 68. En cuanto a la densidad poblacional por km² el resultado es de 14.959 en 2012 y en 2019 se tiene 13.720. Si bien la densidad parece haber disminuido es porque se tuvo un crecimiento de la mancha urbana, sin embargo la densidad en las zonas centrales aumentó,

por la concentración de servicios y vivienda en las zonas centrales.⁶⁶ El crecimiento poblacional en el país es de 1.466.455 habitantes en ocho años.

GRÁFICO N° 2: POBLACIÓN POR SEXO Y EDAD EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ; 1992, 2001, 2018. (Número de habitantes)



⁶⁶ AGENCIA MUNICIPAL DE NOTICIAS. (s.f.). Por año, 6.129 personas suman al crecimiento poblacional en La Paz desde 2012. Obtenido de: <https://amn.bo/2019/11/04/por-ano-6-129-personas-suman-al-crecimiento-poblacional-en-la-paz-desde-2012/>

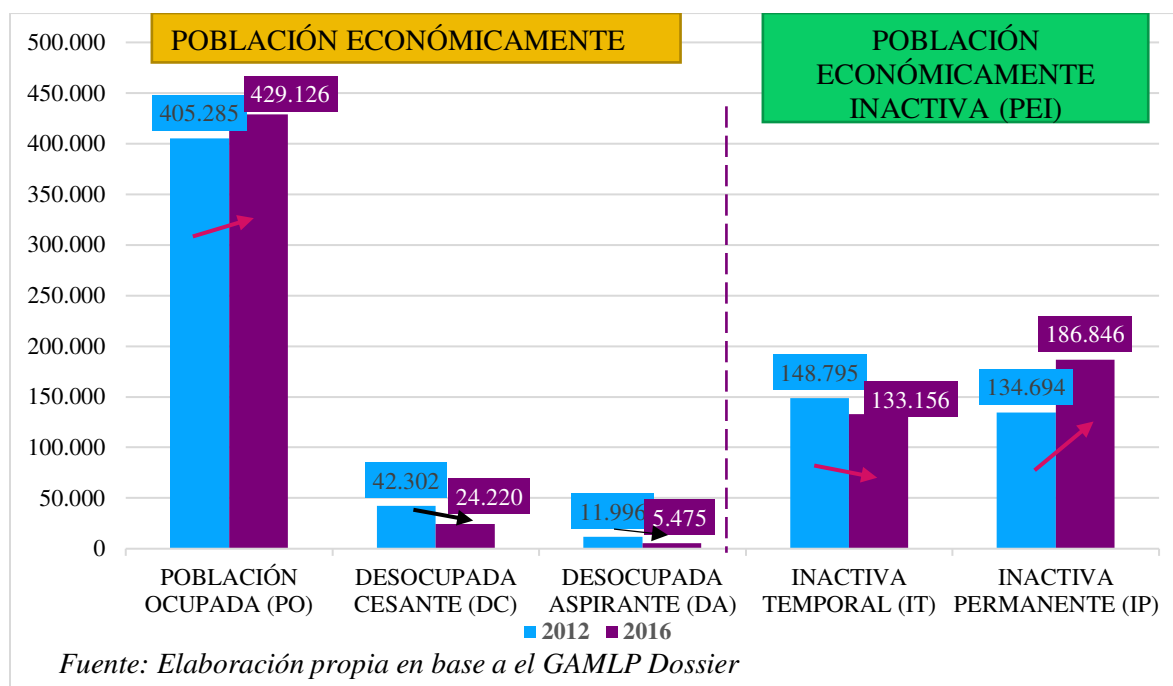


Fuente: Secretaría Municipal de Planificación para el Desarrollo - Instituto Nacional de Estadística, Censo Nacional de Población y Vivienda 1992, 2001.
Elaboración Propia

Se puede observar que para el 2012, el 40,2% de la población del municipio de La Paz tiene veinticuatro o menos años, por lo que la población joven representa todavía una parte importante del municipio.⁶⁷

⁶⁷ Oficialía Mayor de Planificación para el Desarrollo. *La Salud en el Municipio de La Paz*. La Paz, 2013.

GRÁFICO N° 3: POBLACIÓN EN EDAD DE TRABAJAR (PET): 2012, 2016. (Número de hab.)



En el *Gráfico N°3* anterior se observa de qué manera se compone la fuerza laboral del Municipio Paceño, información necesaria para un diagnóstico clave para la planificación del sector salud en este caso del Municipio de La Paz. Es posible observar la diferencia en los periodos 2012 y 2016 datos obtenidos por el GAML P; la población en edad de trabajar se divide en dos la Población Económica Activa (PEA) que la integran las personas que tienen una ocupación o que sin tenerla la están buscando activamente y la Población Económicamente Inactiva (PEI) conjunto de personas que no tienen trabajo ni lo buscan activamente, a su vez la PEA se subdivide en Población Ocupada donde se encuentra la mayor parte de la población y que aumento de 405 mil a 429 mil personas del 2012 al 2016 un incremento no muy significativo, mientras que la población Desocupada Cesante (DC) personas que habiendo trabajado antes por lo menos durante dos semanas consecutivas se encuentra desocupada buscando empleo y la población Desocupada Aspirante (DA) personas que buscan trabajo por primera vez ,ambos sectores se redujeron poco menos de la mitad, cantidad significativa y que se puede explicar levemente por el incremento de la población que obtuvo trabajo pero mayormente por el aumento de la población Inactiva Permanente (IP) parte de la Población Económicamente Inactiva (PEI) que comprende a todas

las personas en edad de trabajar que en la semana de referencia no participan en la producción de bienes y servicios porque no necesitan, no pueden o no están interesadas en tener actividad remunerada. A este grupo pertenecen estudiantes, amas de casa, pensionados, jubilados, rentistas, inválidos (incapacitados permanentemente para trabajar), personas que no les llama la atención o creen que no vale la pena trabajar, y donde los temporales también redujeron levemente, lo que podemos concluir a simple vista es que la población que no trabaja permanentemente ha incrementado significativamente ya sea por el aumento de población jubilada y gente que no planea trabajar porque desarrolla otro tipo de actividades no remuneradas. Otro elemento que se debe valorar es la población que se encuentra dentro la economía informal que según datos extraoficiales conforma la aproximadamente el 60% que puede estar representado en la población ocupada pero no cuenta con Seguridad Social (atención en las cajas de salud) por la condición de su empleo y que dificulta la cobertura de la atención de salud en gran parte de la población sumado a los desempleados y a los inactivos.

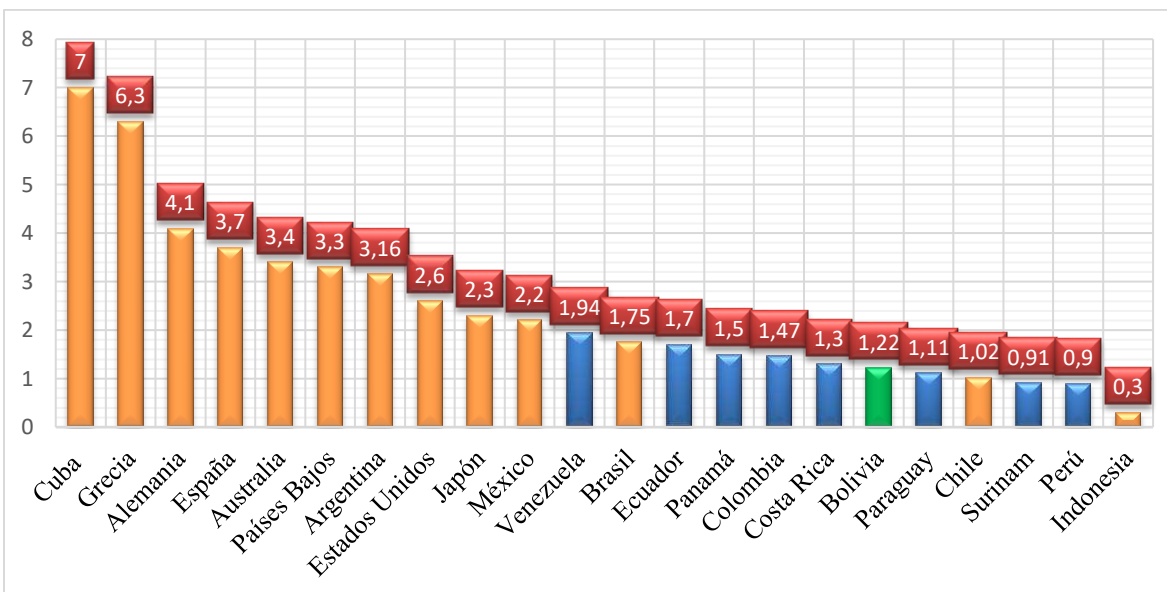
3.1.2. Indicadores en Salud

En términos cuantitativos, un aumento de 10% de la fuerza de trabajo en salud se relaciona con una disminución de aproximadamente 5% en la mortalidad materna. La literatura científica evidencia que un incremento en la distribución y densidad de los recursos humanos y el fortalecimiento de los sistemas de salud favorecen la disminución de la tasa de mortalidad materna. Estudios recientes han explorado esta asociación, tomaron los indicadores que muestran fortaleza de los sistemas de salud y desarrollaron análisis exploratorios entre desenlaces de salud pública como mortalidad materna y los indicadores potenciales de fortalecimiento de sistemas de salud y la densidad del recurso humano en salud.

Las estadísticas de los últimos cinco años muestran un déficit mundial de 12,9 millones de profesionales de los cuales, según la OMS, aproximadamente 4,3 millones corresponden a médicos y enfermeros.

La distribución adecuada de la fuerza de trabajo es fundamental para el avance de la salud universal y la atención segura y de calidad. El número y la calidad de los profesionales presentan una asociación positiva con la cobertura de la inmunización, al alcance de la atención primaria, y con la supervivencia materna e infantil.

GRÁFICO N° 4: Médicos por 1000 habitantes en el mundo, 2015 (Número de Médicos)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la OECD

Según el informe de la organización mundial de la salud en diciembre de 2015 el indicador de densidad de médicos por habitantes incluye médicos generales y especialistas por cada mil habitantes estos son los que estudian diagnostican tratan y previenen enfermedades lesiones y otros problemas físicos y mentales en los seres humanos mediante la aplicación de la medicina moderna según su definición.

Como habíamos establecido la OMS estima que se necesitan como mínimo 2,3 trabajadores de la salud que incluyan a médicos enfermeras y parteras por cada 1000 habitantes.

De acuerdo a los datos de la Organización Mundial de la Salud Bolivia ocupa el puesto número 94 de 164 a nivel Latinoamérica con solamente 1,22 médicos por cada 1000 habitantes; una posición por debajo de la mitad, lo que implica un déficit de personal de salud.

Para una mayor amplitud y conocimiento se incluyen datos de la OECD Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos por sus siglas en inglés, conocida como «club de los países ricos» que representa hasta el 80% de PNB mundial, para ver que tan grandes son las diferencias; además entre estos países se encuentran los países considerados con los mejores sistemas de salud, mayor cobertura y mayor remuneración a su capital humano

El crecimiento vegetativo en el subsector público es de 2000 ítems por año, a partir del año 2012; asimismo, los Gobiernos Autónomos Departamentales contrataron recursos humanos para los seguros o programas de salud creados a nivel departamental, y en la seguridad social de corto plazo se aumentó considerablemente también el número de ítems debido a los nuevos hospitales de tercer nivel construidos. Actualmente, 64% del total de recursos humanos de salud son del subsector público, 25% son del subsector de la seguridad social de corto plazo y 11% corresponden a privados con o sin fines de lucro. Se incrementaron el porcentaje de recursos humanos del área médica, se ha mantenido el porcentaje de recursos en el área técnica y se ha disminuido el porcentaje en el área administrativa.

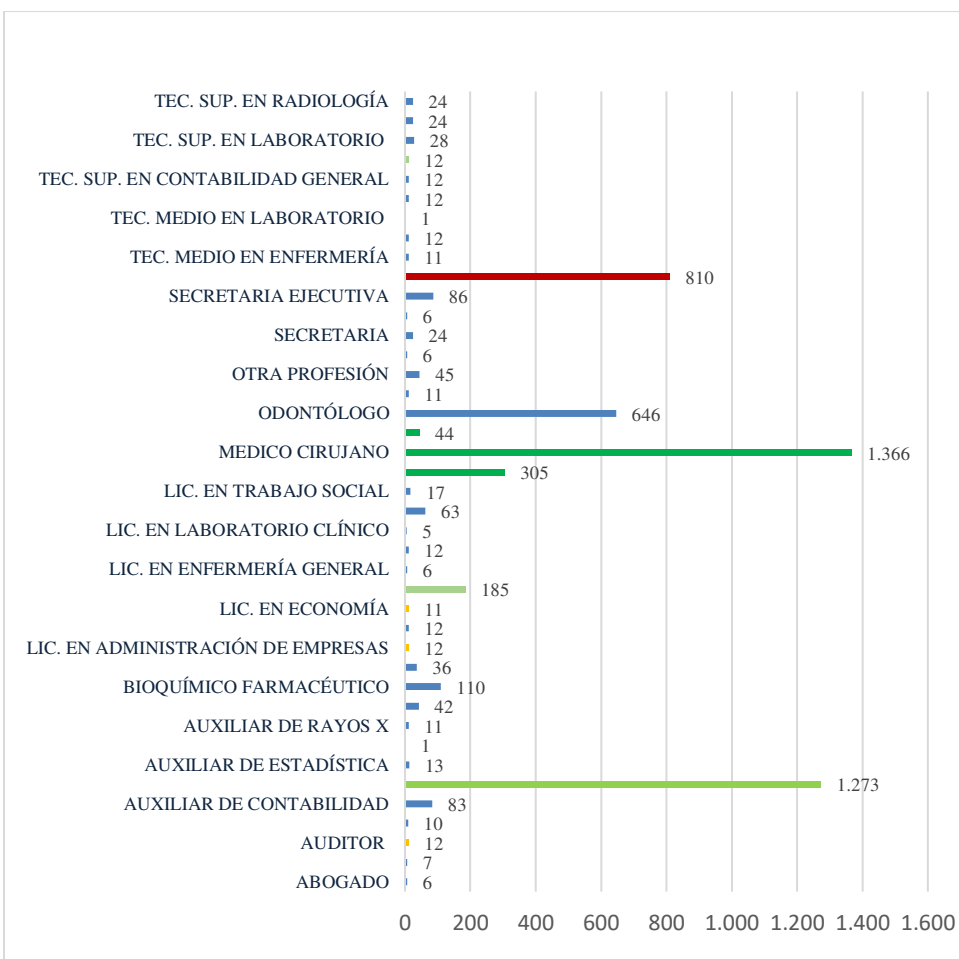
El 92% del personal del subsector público tiene como fuente de financiamiento al TGN y 8% recursos propios e IDH, quedando los HIPC II incorporados con TGN. La distribución de médicos según el nivel de atención concentra a la mayoría: 45% en el tercer nivel de atención, al 20% en el segundo nivel y al 35% en el primer nivel de atención. La distribución de los Recursos Humanos Médicos en el sector público antes del año 2014, muestra una concentración de 77% en el área urbana y 23% en el área rural. Actualmente por la creación del Mi Salud, Bono Juana Azurduy y Residencia Médica ASSO, se tiene una distribución de recursos humanos médicos de 65% en área urbana y 35% en área rural.⁶⁸

Bolivia se encuentra entre los últimos cinco puestos de 36 países del continente americano en número de salubristas (médicos y enfermeras) por población, siendo esta realidad adversa ya que solo tiene 14,1 profesionales en salud por 10.000 habitantes. Esta realidad contrasta con los 130 profesionales de salud por 10.000 habitantes que tiene Cuba y los 125 de Estados Unidos.

Según el Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud, de los 36 países de la región latinoamericana más Estados Unidos, señala que Cuba (134,6), Estados Unidos (125,1), Canadá (93,5), Barbados (86) y Venezuela (67,4) son los cinco países con óptimos índices de recursos humanos en salud por 10.000 habitantes. En tanto, otros 9 países, entre ellos Uruguay (63), Argentina (37), Chile (36), Paraguay (34,4), Brasil (31,4), Colombia (26,1) y Perú (26,1) son los países de la región que se encuentran por encima de la franja recomendada por la OMS.

⁶⁸ MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. *Plan sectorial de Desarrollo Integral para vivir bien 2016-2020, Estado Plurinacional de Bolivia*. Serie: Documentos de Política, 2017. Publicación 16.

GRÁFICO N° 5: CAPITAL HUMANO EN LOS CENTROS DE SALUD DE 1ER NIVEL EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ, 2017 (En número)

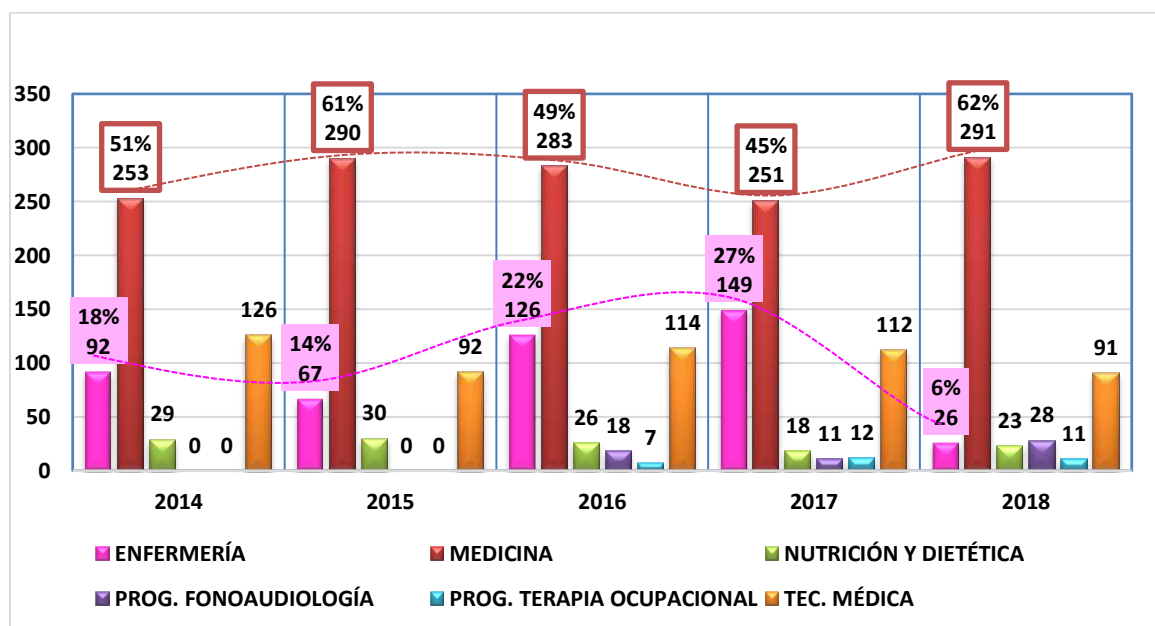


Fuente: Elaboración propia en base a datos SNIS-VE

En el cuadro anterior se observa el número de especialistas que se encargan del primer nivel del Municipio de La Paz, y el nivel que debería atender los casos menos complejos que congestionan los hospitales de tercer nivel y se debe realizar un análisis del capital humano con el que se cuenta, como se puede ver la mayor cantidad es Médico Cirujano que es el título que se otorga a los egresados de la Carrera de Medicina después de haber realizado el Servicio Social de Salud Rural se cuenta con 1386 en el primer nivel, en segundo lugar en cuanto a cantidad se tiene auxiliares en enfermería con 1273, evidentemente mayor al personal Técnico Medio en Enfermería con 12, y Licenciados en Enfermería con 185; Enfermería es una carrera, un grado actualmente, mientras que la cualificación de auxiliar de enfermería se consigue mediante un ciclo de Formación Profesional. Ambos trabajos se centran en la atención y cuidado de los pacientes, pero no realizan

las mismas tareas ni funciones sanitarias, los Licenciados en enfermería exclusivamente pueden realizar tratamiento paliativo, curativo y preventivo, puede administrar medicación por cualquier vía, preparación del equipo para las operaciones, podrá proporcionar consejos o instrucciones para el tratamiento del paciente después de salir del hospital; mientras el Auxiliar en Enfermería trabaja bajo su supervisión, sus tareas diarias que consisten en atender al paciente se realizan siendo supervisadas, además de la higiene también realiza funciones de cuidado como la alimentación de los pacientes que no pueden realizarlo solos, suministrar medicación pero solo por vía rectal y oral.

GRÁFICO N° 6: TITULADOS EN MEDICINA EN LA UMSA, 2014-2018 (Número de titulados)



Fuente: Sistema de Informaciones de la Universidad Mayor de San Andrés

Elaboración propia

En este cuadro se pretende mostrar la cantidad de nuevos titulados de la Facultad de Medicina misma que cuenta con 6 carreras, dos recién creadas desde el 2016 (Fonoaudiología y Terapia Ocupacional), anualmente en promedio 515 se titulan, más de la mitad de matriculados y titulados son de la carrera de Medicina en promedio 274 nuevos profesionales, formadora del principal insumo para atención médica, en su mayoría son mujeres y la mayoría se titula hasta en 7 años dada la exigencia que se requiere, desde 2014 se han titulado 1368 y las residencias no son

suficientes para especializar a estos profesionales médicos; La distribución adecuada de la fuerza de trabajo es fundamental para el avance de la salud universal y la atención segura y de calidad. El número y la calidad de los profesionales presentan una asociación positiva con la cobertura de la inmunización, al alcance de la atención primaria, y con la supervivencia materna e infantil (7, 8). En términos cuantitativos, un aumento de 10% de la fuerza de trabajo en salud se relaciona con una disminución de aproximadamente 5% en la mortalidad materna. La literatura científica evidencia que un incremento en la distribución y densidad de los recursos humanos y el fortalecimiento de los sistemas de salud favorecen la disminución de la tasa de mortalidad materna.

3.2. PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DEL MUNICIPIO DE LA PAZ

La Inversión Social Pública , son todos aquellos recursos dirigidos a satisfacer necesidades básicas de la población, mismos que permitan asegurar los derechos fundamentales, sociales y económicos de la sociedad; así como la potenciación del capital humano y apoyo a grupos vulnerables de la población, dentro de las competencias asignadas por la normativa vigente.⁶⁹

En el Primer Periodo denominado Modelo de Economía de Mercado en el *Gráfico N° 7* se observa la Inversión Pública Programada en el Sector Salud presenta una tendencia cíclica; con un acumulado de Bs. 366 millones; en el año 2000 la inversión comienza con un mínimo de Bs. 38 millones, los siguientes años se incrementa progresivamente, en 2003 llega a un nivel máximo de Bs 86 millones, volviendo a decrecer hasta llegar en 2005 a Bs 57 millones de programación.

La ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en el primer periodo tiene un acumulado de Bs. 274 millones y un promedio ejecutado de 46 millones de Bs. En la gestión del 2000, se presenta la menor ejecución presupuestada con Bs. 24 millones, que representa un 63,8% de ejecución; para la gestión 2003 llega a un pico máximo del periodo con Bs. 86 millones representando el 70,5 % de ejecución. En términos porcentuales la gestión con mayor porcentaje de ejecución es la del 2004 con 87,8% de ejecución. Las gestiones de 2004 y 2005 el Presupuesto de Inversión Pública del Gobierno Municipal disminuye a Bs. 50 y 54 millones respectivamente.

⁶⁹ GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE LA PAZ. *Dossier Financiero 2019*. https://www.lapaz.bo/smf/dossier2019/notas_metodologicas.html

La importancia de los gobiernos municipales fue reforzada por la autonomía y unas nuevas responsabilidades asignadas dentro de la estructura del estado. En la economía de Mercado el gobierno municipal maneja aproximadamente el 20% de la inversión pública financiada con recursos específicos, transferencias TGN y donaciones.⁷⁰

A partir del año 2000, el municipio ha sufrido procesos de descentralización que transfieren poder real a las mismas, así también como más responsabilidades de esta manera las necesidades podrían ser atendidas de mejor manera por el gobierno local.

La Inversión Pública estará principalmente destinada los sectores de salud, educación, saneamiento básico y desarrollo rural en el propósito de aliviar los actuales niveles de pobreza de la población municipal, para cumplir con esta tarea los recursos provienen del programa de alivio de deuda externa HIPC al que Bolivia ha ingresado como reconocimiento por el cumplimiento de las medidas de ajuste y reformas estructurales emprendidas en el proceso de descentralización durante el período de economía de Mercado.⁷¹

El sostenido crecimiento se debe principalmente a los ingresos del estado por concepto de exportación de gas natural el cual repercute favorablemente en el gasto y la inversión del gobierno Asimismo las transferencias por medio del IDH al municipio. Este comportamiento tiene una reducción en la gestión 2010, debido a la disminución de los precios internacionales del petróleo que están indexados al precio del gas y del nivel de producción.⁷²

En el periodo 2000-2005 los lineamientos con mayor grado de cumplimiento de metas fueron: Municipio Habitable (78%); Solvente y Transparente (77%); Solidario, Equitativo y Afectivo (59%); y, Productivo y Competitivo (56%). Asimismo, los lineamientos con menor grado de cumplimiento de metas fueron: Identidad Cultural (44%); y Metropolitano e Integrador (32%). Cabe resaltar que la ejecución del lineamiento Municipio con Equidad de Género fue transversal a la ejecución de todos los ejes.⁷³

⁷⁰ Oficialía Mayor de Planificación para el Desarrollo. 2013. *Impacto del Gasto Municipal en la Economía*. La Paz. Pág. 43.

⁷¹ OFICIALÍA MAYOR DE PLANIFICACIÓN PARA EL DESARROLLO. 2012. *La Salud en el Municipio de La Paz*. Pág. 24

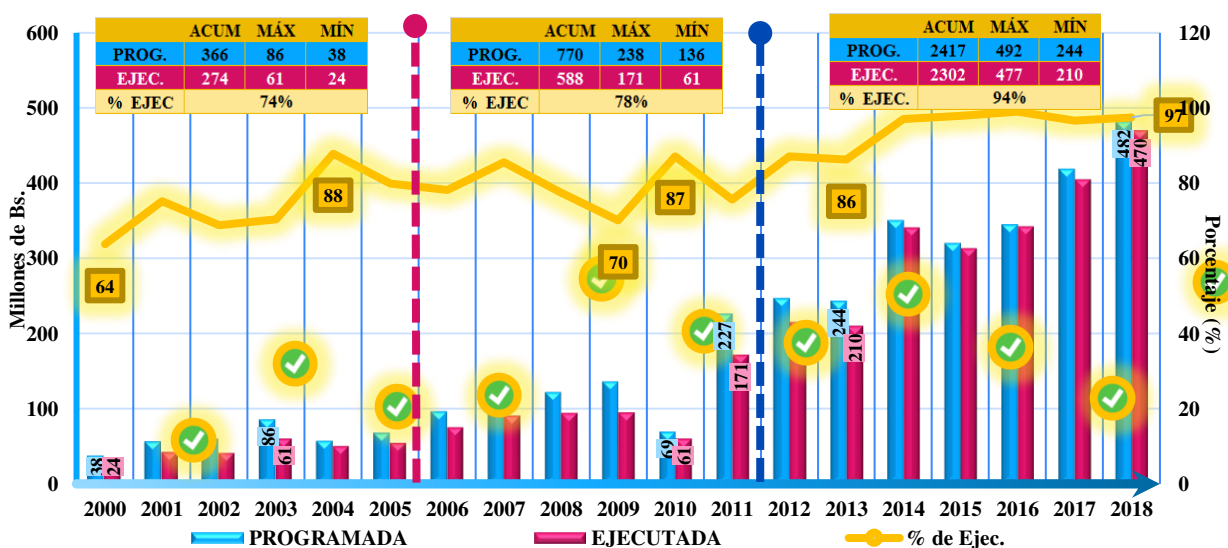
⁷² IBID. Pág. 100

⁷³ Plan de Desarrollo Municipal JAYMA

La tragedia del 19 de febrero de 2002 marcó un antes y después en la realidad del Municipio y la institución municipal se vio forzada a realizar un ajuste en su agenda estratégica de gestión. De esta manera, los lineamientos estratégicos se reorientaron con un nuevo enfoque, que dio prioridad a atender la “viabilidad” como un espacio físico, geográfico e institucional para la construcción de la vida y comunidad a largo plazo.⁷⁴

En la gestión 2003 los recursos son concentrados en infraestructura, sin embargo, no excluye al sector social en donde destaca el sector educación por sobre el de salud. La gestión presenta restricciones debido a la problemática social coyuntural, la cual paraliza los objetivos de la reducción de la pobreza relacionadas con el sector salud.⁷⁵

GRÁFICO N° 7: PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DEL MUNICIPIO DE LA PAZ; 2000-2018 (Miles de Bs. y Porcentaje)



Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz, Secretaria municipal de finanzas (SMF)- Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo

Elaboración Propia

En el Gráfico N°7 dividimos el segundo periodo de economía plural en dos, con fines analíticos, en el primer sub periodo la programación del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud

⁷⁴ PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL JAYMA.

⁷⁵ IBID

presenta un comportamiento inestable, desde el 2006 con una programación de Bs. 97 millones, existe un crecimiento hasta el 2009 llegando a Bs. 136 millones, posteriormente alcanzando el mínimo monto ejecutado de Bs. 69 millones el 2010 y en la gestión 2011 existe un aumento considerable llegando al máximo del subperiodo con Bs. 227 millones y con un acumulado de Bs. 770 millones. En el segundo subperiodo se presenta un comportamiento ascendente con leves descensos, El 2013 el mínimo programado con Bs. 244 millones el 2012 llegando a un máximo de Bs. 482 millones el 2018.

El gasto en el sector salud ha mostrado una tendencia positiva a lo largo del periodo 2003-2013, con una ligera disminución en la última gestión, debido a la importante inversión en construcción de hospitales y centros de salud realizada en gestiones anteriores.

Los gobiernos municipales se encargan de la infraestructura y operación de los establecimientos de salud mediante las cuales se otorgaron mayores atribuciones y mayor democratización en la toma de decisiones a los niveles departamentales y locales, con la finalidad de alcanzar una mayor eficiencia y equidad en la provisión de los servicios públicos. se destacan los proyectos orientados a la implementación del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y el Programa Ampliado de Inmunización⁷⁶. Sin embargo las mayores responsabilidades no incrementan en la misma medida que los recursos.

El segundo periodo el promedio de Inversión es mayor con USD 91 millones, en el modelo de Economía Plural se consideró proyectos orientados a impulsar las políticas de desarrollo del Estado en el Sector Salud, en prevención y atención, para mejorar la salud integral ampliando la infraestructura y el equipamiento en salud, respondiendo a las necesidades y características de la población; con políticas como el sistema único intercultural y comunitario, rectoría, movilización social, promoción y solidaridad de la salud⁷⁷.

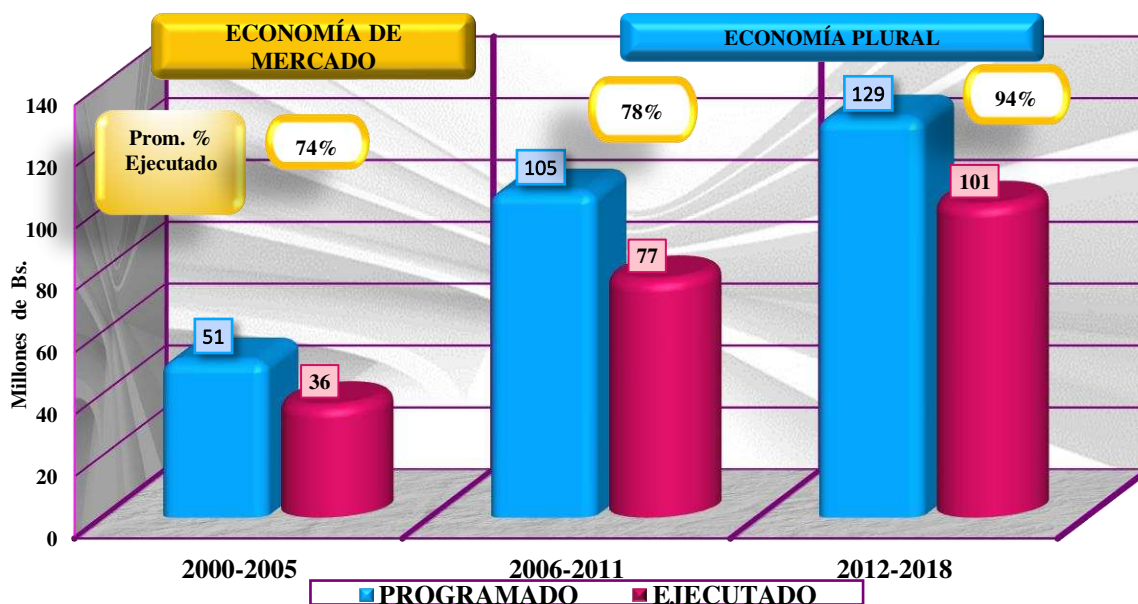
El presupuesto de Inversión en la gestión 2018 refleja la profundización del proceso descentralizador asociado al nuevo orden constitucional que propició una amplia transferencia de recursos y responsabilidades a los entes subnacionales, coadyuvando a las políticas sociales

⁷⁶ UDAPE; “*Inversión Social en la niñez y la adolescencia: Un análisis del gasto público social en niveles sub nacionales,*”. Julio de 2008. Pág.3

⁷⁷ PLAN NACIONAL DE DESARROLLO “BOLIVIA DIGNA, SOBERANA, PRODUCTIVA Y DEMOCRÁTICA PARA VIVIR BIEN; 2006 - 2011. Pág. 50.

establecidas en marco del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el que el Municipio de La Paz se basa.

GRÁFICO N° 8: COMPARACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ; 2000-2018 (Millones de Bs. y Porcentaje)



Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz, Secretaria municipal de finanzas (SMF)- Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo

Elaboración propia

En el Gráfico N° 8 se observa la comparación de ambos periodos, la Programación de proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud, se observa un crecimiento, en el primer periodo registra una menor Inversión en promedio con un monto de Bs. 51 millones programados y un ejecutado de Bs. 36 millones de Bs. Representando un 74 % de ejecución. En la Economía de Mercado en el primer subperiodo se presenta una programación promedio de Bs. 105 millones y una ejecución promedio de Bs. 77 millones de Bs, una ejecución de 78% y finalmente en el segundo subperiodo una programación promedio de Bs. 129 millones con una ejecución promedio de Bs. 101 millones que representa un 94% de ejecución.

Se observa un incremento significativo a partir del segundo periodo, en el presupuesto programado incrementa 2,08 en comparación al periodo de modelo de mercado y en cuanto a lo

ejecutado 2,13 veces, el incremento se reduce con respecto al tercer periodo con un incremento de 1,22 veces en lo programado y 1,31 veces en el monto ejecutado.

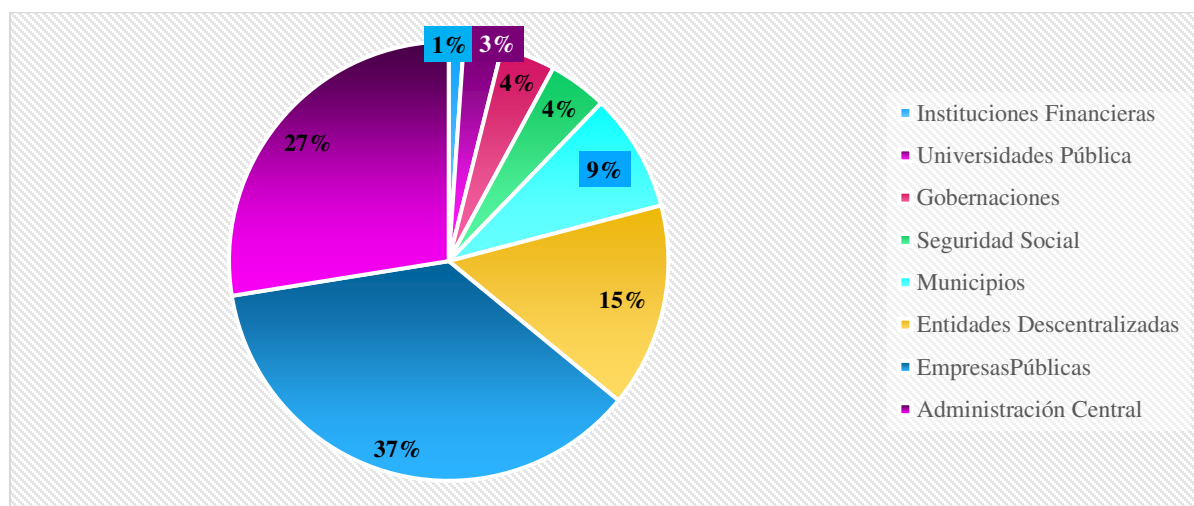
La Programación del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud bajo la concepción económica del modelo de Mercado, con la profundización de la descentralización de las reformas iniciadas por la Ley No. 1551 de Participación Popular el año 1994 y Ley No. 1654 de Descentralización Administrativa el año 1995, finalmente logran el respaldo económico a partir del segundo periodo planteado debido a la creación y distribución del Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH) mismos dirigidos a sectores sociales como la salud, educación, fomento al desarrollo económico local.

3.3. EJECUCIÓN DE LA INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ

3.3.1. INGRESOS MUNICIPALES

Solo 8,7% del PGE corresponde a los Municipios. Para el 2016 y 2017, el presupuesto del GAMLP representa 0,62% y 0,55% del total del Presupuesto General del Estado y 6,87% y 7,83% del Presupuesto que reciben los 339 municipios de todo el país.

GRÁFICO N° 9: DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL TGN, 2017 (En porcentaje)



*Fuente: Ministerio de Economía, Informe Estadístico
Elaboración Propia*

Detalle	2016	2017
Participación del Presupuesto del GAMLP sobre el Presupuesto de todos los municipios	6,87%	7,83%
Participación del Presupuesto del GAMLP sobre el PGE	0,62%	0,55%

Fuente: Anuario Estadístico 2018, a partir de datos del MEFP.

La Coparticipación tributaria, la mencionada distribución de los recursos de las recaudaciones del Tesoro General de la Nación (TGN), comenzó con la Ley de Participación Popular promulgada en el gobierno del presidente Gonzalo Sánchez de Lozada. Esta ley incluye a la población rural en la jurisdicción municipal y dispone que el 25 % de las recaudaciones nacionales beneficie a todos los municipios de acuerdo a su población. Hubo una especie de reivindicación municipal, las alcaldías disponían de recursos que nunca habían dispuesto, hasta ese momento. Los pobladores del agro, hombres o mujeres fueron elegidos como parte de los concejos municipales. Aquel beneficio para los municipios quedaba en el Tesoro General como los recursos de la Coparticipación Tributaria para las alcaldías.⁷⁸

3.3.2. LA INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO

El gasto público social del GAMLP cuenta con una variedad de fuentes de financiamiento, que pueden ser clasificadas de manera general en fuentes interna y externa. La primera se encuentra compuesta por recursos específicos, préstamos de recursos específicos, transferencias de recursos específicos, transferencias del Tesoro General del Estado y donaciones internas. La segunda por crédito externo, transferencias de crédito externo, préstamos de crédito externo, transferencias de crédito externo, donación externa y transferencias de donación externa. A su vez, a objeto de identificar de mejor forma el origen de las fuentes se ha agrupado la fuente interna en recursos específicos, transferencias del Tesoro General del Estado y donaciones de origen interno y la fuente externa en crédito externo y donaciones externas.

En el *Gráfico N° 10* se observa la Inversión Pública en el Sector Salud por fuente de financiamiento, en el primer periodo existe un acumulado de Bs. 201 millones ejecutados de fuente interna y Bs. 48 millones provenientes de fuente externa, se observa un incremento

⁷⁸ UDAPE. *Análisis de las Políticas en Salud*. 2010. Pág. 8.

constante de la inversión con fuente interna desde el año 2000 con Bs. 15 millones y el mínimo monto de fuente interna de Bs. 5 millones. El año 2004 se presenta el máximo ejecutado por fuente interna con Bs. 49 millones y al año siguiente el 2005 el máximo ejecutado con fuente externa de Bs. 13 millones.

Dadas las condiciones de la administración municipal de ese entonces, hasta la gestión 2000 la Alcaldía Municipal de La Paz ingresó en períodos de insolvencia financiera y consecuentemente en períodos de mora, por lo que y efectuando los mayores esfuerzos para la cancelación de la Deuda producto de la emisión de Letras del Tesoro, se incluyó la misma en el Programa de Readecuación Financiera (PRF) y posteriormente en el Convenio de Desempeño Financiero Institucional.⁷⁹

Se resalta la tendencia creciente de las recaudaciones por la venta de bienes producidos y por la prestación de servicios públicos por la administración municipal, los mismos que luego de una fuerte caída en 2004, se recuperaron lentamente, lo cual se explica por la mejora en la administración de servicios prestados en el cementerio general, terminal de buses, mingitorios municipales, zoológico municipal, así como por el incremento en los ingresos por venta de servicios de los centros hospitalarios.⁸⁰

Para explicar el comportamiento de las fuentes internas y externas el 2002 se crea El SUMI también en el marco de la EBRP, aplicado efectivamente en el 2003. Su objetivo también es disminuir la morbilidad y mortalidad materna e infantil y cumplir con los ODM. El SUMI es universal para mujeres embarazadas y niños(as) menores de cinco años de edad, lo que le da un carácter más global.

En el año 2005 se ampliaron las coberturas del SUMI para incluir a mujeres no embarazadas entre cinco y 60 años de edad y a mujeres de edad fértil para que puedan tener una maternidad segura. El SUMI se financia mediante tres fuentes:

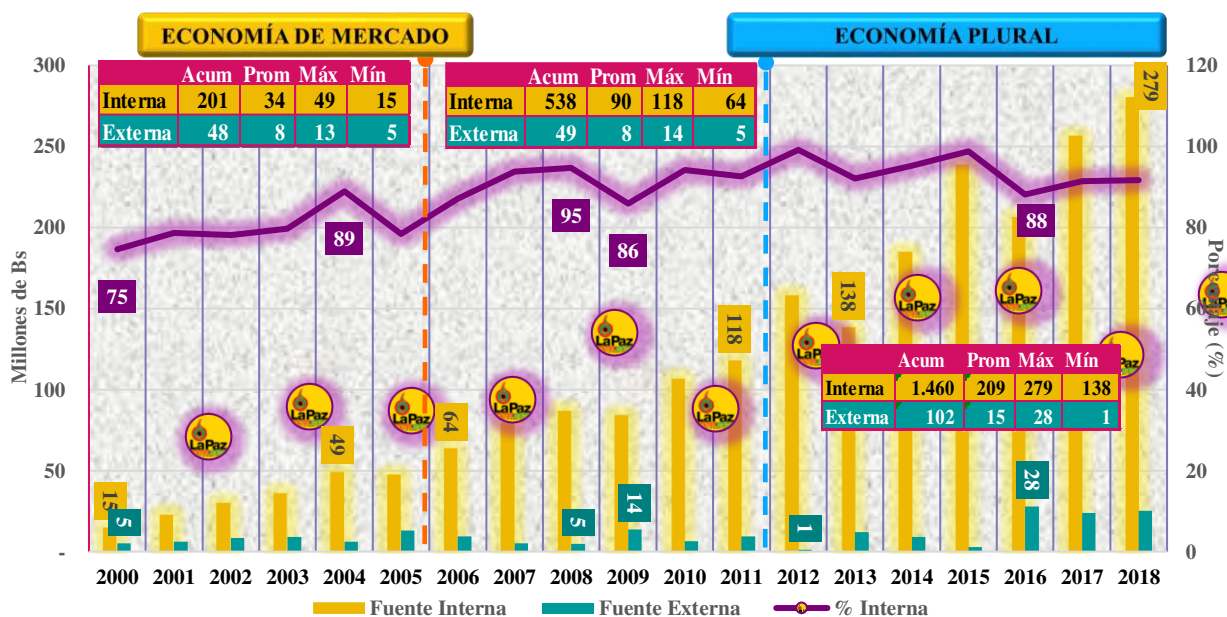
El TGN financia los recursos humanos; el 10 % de la Coparticipación Tributaria Municipal de la recaudación de impuestos nacionales; y el 10 % del Fondo Solidario Nacional (FSN) con recursos del HIPC II (que se transfieren cuando los recursos de la Coparticipación Tributaria Municipal son insuficientes).⁸¹

⁷⁹ IBID. Pág. 13.

⁸⁰ GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE LA PAZ. DIRECCIÓN ESPECIAL DE FINANZAS. 2014. *Estimación del gasto público social del gobierno autónomo municipal de la paz 2003-2013*. La Paz, Bolivia. Pág

⁸¹ IBID. Pág. 25.

GRÁFICO N° 10: EJECUCIÓN DE LA INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO; 2000-2018 (Millones de Bs. y Porcentajes)



Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz, Secretaría municipal de finanzas (SMF)

Elaboración propia

En el Segundo periodo, como previamente explicados se subdivide en dos periodos. En el *Gráfico N°10* en el primer subperiodo se observa una tendencia creciente de la Inversión Pública en salud financiada por fuente interna, con un comportamiento cíclico del financiamiento por fuente externa así como del porcentaje respecto al total ejecutado de la inversión interna; un acumulado de Bs. 538 millones de fuente interna y Bs. 49 millones de fuente externa. El año 2006 se caracteriza por presentar el mínimo ejecutado por fuente interna con un incremento hasta el fin del subperiodo llegando al máximo ejecutado de fuente interna con Bs. 117 millones, el mínimo porcentaje de fuente interna respecto al total se presenta en el año 2009. En cuanto a la inversión ejecutada con recursos de fuente externa, se presenta el mínimo del subperiodo el 2008 con un monto de Bs. 4,9 millones, llega a su máximo el año 2009 con un monto de Bs. 13,8 millones. En el segundo subperiodo, continua la preponderancia de la inversión interna y en incremento con un comportamiento cíclico así también como el comportamiento de la inversión ejecutada con fuente externa; un acumulado de Bs. 1.460 millones provenientes de fuente interna y Bs.102 millones de fuente externa.

El 2013 se evidencia que es el menor monto de inversión en salud ejecutada con fuente interna Bs. 138 millones incrementando hasta el fin del periodo estudiado el 2018 con Bs. 279 millones y con un porcentaje respecto al total de fuente interna con decrecimiento de un 99,2% el 2012 a un 91,7% el 2018. La fuente externa de la inversión en salud comienza el subperiodo con el mínimo monto de Bs. 1,34 millones, alcanzando el máximo de Bs. 27,7 millones el año 2016.

Dentro de los ingresos por tributos, el Impuesto a la propiedad de bienes inmuebles representa, en promedio en el periodo señalado, el 64% de los ingresos tributarios del Municipio, constituyéndose de esta forma, en el ingreso propio de mayor importancia para el GAMLP. El pago del mismo se realiza mediante el sistema de autoavalúo que se controla a través de un catastro. El impuesto a la propiedad de vehículos automotores muestra un comportamiento ascendente, el mismo se constituye en el segundo tributo en importancia, con un valor de Bs 98,7 millones para la gestión 2013. El impuesto a la transferencia de inmuebles, que es el tercero en importancia, ha registrado un incremento significativo, desde 2006 hasta 2013, creciendo a una tasa promedio anual de 10,5%.⁸²

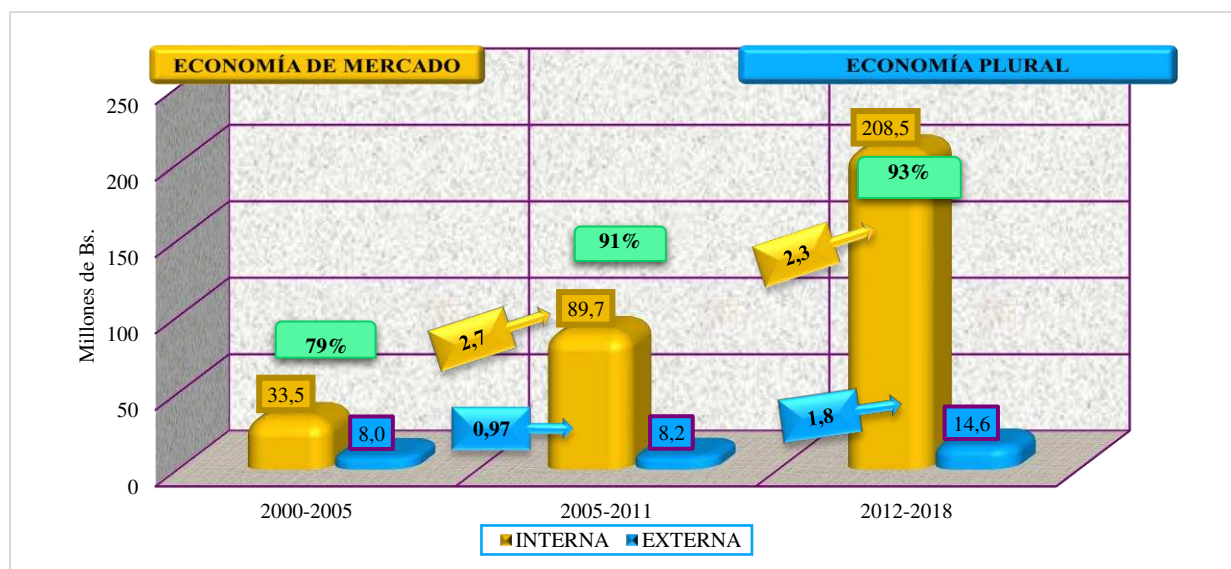
Asimismo, en fecha 10 de mayo de 2012 se promulgó la Ley Autonómica N° 16 a través de la cual se norma el Proceso de Regularización Voluntaria de Deudas Tributarias Municipales, comprendiendo la regularización la condonación de multas e intereses generados por el incumplimiento de pago de impuestos municipales, siempre que exista pago total del tributo omitido actualizado a la Unidad de Fomento a la Vivienda, ya sea al contado o en plan de pagos. Existe una reducción de las transferencias del TGN que perjudica el Gasto Fiscal del Municipio de La Paz; como se puede observar desde el principio del período de análisis la principal fuente de financiamiento, la interna, tuvo una conducta ascendente hasta el 2015, reduciendo el 2016 considerablemente, principalmente explicado por el Impuesto Directo a los Hidrocarburos y este a su vez por la reducción de los precios internacionales del petróleo, que esta indexado al precio del gas; lo que provocó una reducción del gasto público en salud; infraestructura, insumos, equipamiento y programas de prevención de los dos primeros niveles de atención, según sus competencias. La conducta del financiamiento externo a lo largo del periodo tiene un

⁸² OFICIALÍA MAYOR DE PLANIFICACIÓN PARA EL DESARROLLO. 2013. *La Salud en el Municipio de La Paz*. Pág. 5.

comportamiento cíclico y considerablemente menor llegando a un máximo de 11% respecto a la Inversión Pública Social el 2016.

Normas futuras como el proyecto de catastro, así como la implementación de políticas para incrementar recaudaciones en otros rubros, como es el caso de las actividades permanentes son una prueba de esto. No obstante, el efecto de estas políticas no es inmediato, y sus resultados en el incremento de las recaudaciones pueden observarse en el mediano plazo.⁸³

GRÁFICO N° 11: COMPARACIÓN PROMEDIO DE LA EJECUCION DE LA INVERSION PÚBLICA DEL SECTOR SALUD POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ; 2000-2018 (Millones de Bs. y Porcentaje)



Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz, Secretaria Municipal de Finanzas (SMF)

Elaboración propia

Como se observa en el primer periodo, denominado economía de Mercado en el que la fuente de financiamiento interna representa el 79% del total con un monto de Bs. 33 millones y solo Bs. 8 millones de provenientes de fuente externa, en el segundo periodo la fuente interna representa el 91% de la ejecución con Bs.88 millones; para el tercer periodo dentro del modelo economía plural la fuente interna un crecimiento de 2,3 veces para representar el 93% con Bs 208 millones.

⁸³ IBID. Pág. 95

Existe una reducción de las transferencias del TGN que perjudica el Gasto Fiscal del Municipio de La Paz; como se puede observar desde el principio del período de análisis la principal fuente de financiamiento, la interna, tuvo una conducta ascendente hasta el 2015, reduciendo el 2016 considerablemente, principalmente explicado por el Impuesto Directo a los Hidrocarburos y este a su vez por la reducción de los precios internacionales del petróleo, que esta indexado al precio del gas; lo que provocó una reducción del gasto público en salud; infraestructura, insumos, equipamiento y programas de prevención de los dos primeros niveles de atención, según sus competencias. La conducta del financiamiento externo a lo largo del periodo tiene es cíclico y considerablemente menor llegando a un máximo de 11% respecto a la Inversión Pública Social el 2016.

Las políticas de acrecentamiento de ingresos tienen un carácter constante, políticas anteriores como la tercera placa, actuales como el Programa de Regulación Voluntaria de Deudas Tributarias “perdonazo” y el Proceso Voluntario Transitorio y Excepcional de Regulación de Edificaciones para las Construcciones y normas futuras como el proyecto de catastro, así como la implementación de políticas para incrementar recaudaciones en otros rubros, como es el caso de las actividades permanentes son una prueba de esto. No obstante, el efecto de estas políticas no es inmediato, y sus resultados en el incremento de las recaudaciones pueden observarse en el mediano plazo.

3.4. EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD POR COMPONENTES DEL MUNICIPIO DE LA PAZ

En el *Gráfico N° 12* se observa que la Programación del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud por Componentes presenta una tendencia cíclica; en el primer periodo el año 2000 el componente con mayor participación es Servicios de Salud que alcanza Bs. 181 millones, sin embargo en esa misma gestión se presentan los mínimos de dos de los cuatro componentes Servicios de Salud y Construcción de Centros de Salud con montos ejecutados de Bs. 13 millones y Bs. 37 mil; se presenta también el máximo en Refacción-Mantenimiento de Centros de Salud. Posteriormente se presenta un incremento de la Inversión Pública Social de la mayoría de los componentes para que en el año 2001 se presenta los mínimos en los componentes de Seguros de Salud y Refacción y Mantenimiento de Centros de salud con Bs. 10 millones y Bs. 202 mil ejecutados respectivamente. El año 2003 existe la mayor inversión ejecutada del periodo en los

Servicios de Salud con Bs. 43 millones y el mayor monto ejecutado en general. Finalmente el 2005 se alcanza el máximo en los componentes de Construcción de Centros de Salud con Bs. 3 millones ejecutados y en Seguros de Salud con Bs. 25 millones.

En 1984, en el contexto de la Declaración de Alma Ata, se inicia una regionalización de la salud en Bolivia y se crearon los Distritos y Áreas de Salud en el subsistema público, centrándose en la Atención Primaria de Salud (APS) y una visión más técnica, economicista y pragmática. Los planes y programas estaban dirigidos a controlar las enfermedades transmisibles, a educar a las madres en el cuidado de la salud y nutrición de sus hijos/as y proporcionando a segmentos de la población raciones de alimentos; se realizó la construcción de infraestructura sanitaria en el área rural y la construcción e instalación de servicios altamente especializados en las ciudades capitales “más importantes”.⁸⁴

En el año 2000 se aplican reformas en cuanto a las responsabilidades, con la Ley de Participación Popular y la Ley N° 2140 para el destino de recursos para la reducción de riesgos y desastres en el POA. A partir del año 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 los sectores de Salud además de ser distribuidos bajo criterios de población y pobreza mediante la Ley N° 2235, del Diálogo Nacional 2000, se estableció la Política Nacional de Compensación para apoyar la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza, en el proceso de descentralización administrativa, la sistematización y ordenamiento.⁸⁵ Estas medidas fueron acompañadas, en el sector, con la aplicación de esquemas de aseguramiento público a través de paquetes de prestaciones. Se destaca el desarrollo de la organización así como las funciones de la vigilancia de la salud pública, el desarrollo de los procesos de análisis de situación de salud con enfoque de equidad y/o medición de las desigualdades en salud. Los recursos de la iniciativa HIPC son destinados a los sectores sociales enmarcados en las políticas nacionales se establece un 20% para la salud y un 70% en Infraestructura productiva y social, en el que se dedicaron los esfuerzos.

⁸⁴ OFICIALÍA MAYOR DE PLANIFICACIÓN PARA EL DESARROLLO. 2013. *La Salud en el Municipio de La Paz*. Pág. 101

⁸⁵ PLAN NACIONAL DE DESARROLLO “BOLIVIA DIGNA, SOBERANA, PRODUCTIVA Y DEMOCRÁTICA PARA VIVIR BIEN; 2006 - 2011. Pág. 50.

Para el periodo 2002 – 2007, se fija como líneas principales el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), luego de que desde 1994 se desarrollaran el seguro de maternidad y niñez, el seguro materno infantil y el seguro básico de salud.

El MSD inició el Programa Nacional Extensa en el año 2002 como parte de la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP), la política nacional de salud y el compromiso con ODMs. Su objetivo es contribuir a reducir la mortalidad materna e infantil que afecta de manera persistente a la población con alto grado de exclusión social que no utiliza servicios de salud, por razones de acceso y desconocimiento de los beneficios en materia de prevención.⁸⁶

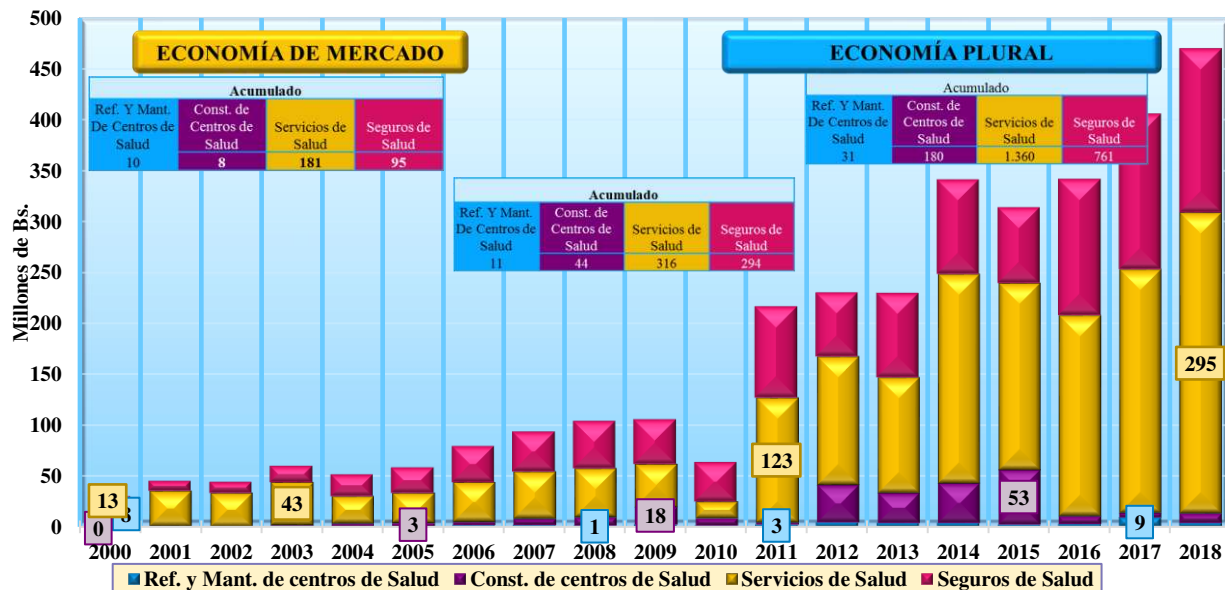
El 2003 el incremento de la inversión ejecutada por la implementación del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) en noviembre del 2002, donde los municipios son los principales responsables de su implementación con el 10% de los recursos de la coparticipación destinados a insumos, servicios no personales y medicamentos específicos para el seguro.

El 2005 se incrementan los recursos por la implementación de la Ley N° 3058 de Hidrocarburos, beneficiando al país con el Impuesto Directo a los Hidrocarburos IDH, asimismo se establecieron los parámetros de distribución. Inicialmente 56,2% habrían de ser destinados a la nivelación de los departamentos y municipios para que se destinen a la salud y educación principalmente.⁸⁷

⁸⁶ Banco Interamericano de Desarrollo (BID). *Análisis del Sector Salud en Bolivia*. Pág. 15.

⁸⁷ IBID. Pág. 112.

GRÁFICO N° 12: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD POR COMPONENTES EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ; 2000-2018
(Millones de Bs.)



Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz, Secretaría municipal de Finanzas (SMF)

Elaboración propia

En el primer subperiodo de la Economía Plural existe un aumento considerable en Seguros de Salud el 2011 con Bs. 90 millones, sin embargo los Servicios de Salud son prioridad para el Municipio con Bs. 191 millones en la misma gestión.

En el segundo subperiodo se observa que se reduce la Inversión en Seguros de Salud en el cumplimiento de la Política Nacional de Salud específicamente en la promoción de la salud tiene el objetivo de proteger y cuidar la salud de los bolivianos y bolivianas que no se encuentren asegurados en alguno de los entes gestores de los seguros a corto plazo. Su implantación será en forma progresiva y paulatina, se implementan condiciones físicas, técnicas, económicas, legales y de recursos humanos. 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 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 Bien⁸⁸.

El programa Desnutrición Cero se lanzó el año 2006 como un programa multisectorial y coordinado por el Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN). En el año 2007 se consolidó la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) con los componentes AIEPI-Nut Clínico y Comunitario para contribuir con la erradicación de la desnutrición de la niñez.⁸⁹

A partir del 2007 el sector Vivienda y servicios comunitarios pasa a ser el sector en el que más se invierte llegando al 32% el 2009 debido a la ejecución del Programa Barrios y Comunidades de Verdad, programa edil que busca transformar la calidad de vida de la gente que vive en las laderas y en el área rural.⁹⁰

En lo referente a los seguros de salud para la vejez, se compone de el Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV) y el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM). El SMGV se aprobó en 1998 y brindaba una atención médica integral de consulta externa, exámenes, cirugías, hospitalización, medicamentos, rehabilitación, servicios preventivos y odontológicos. Este seguro fue reemplazado por el SSPAM, que fue creado mediante la Ley N° 3323 de 16 de enero de 2006. La ampliación de recursos para el SSPAM, de acuerdo a datos de la Oficialía Mayor de Desarrollo Humano del GAMLP, permitió un mayor número de prestaciones en los tres niveles de atención, con un crecimiento promedio en el número de atenciones de 83,8% para el periodo 2008-2013, alcanzando un total de 126.741 prestaciones para la gestión 2013.⁹¹

El equipamiento hospitalario está clasificado de acuerdo a grupos genéricos entre los cuales se tiene: mobiliario clínico y administrativo, equipo biomédico, electromecánico, de limpieza esterilización y equipos varios. El gasto destinado al mismo mantiene un promedio anual de Bs.7,4 millones entre 2003 y 2011.

Las transferencias corrientes y de capital a los establecimientos de salud hasta la gestión 2009 fueron el componente más importante de este sector; sin embargo, se reducen en su totalidad a

⁸⁸ DIRECCIÓN ESPECIAL DE FINANZAS. 2003. Dirección de Crédito Público y Análisis Financiero. Estimación del gasto público social del Gobierno Autónomo Municipal de La Paz 2003 – 2013. Pág. 54

⁸⁹ UDAPE. *Análisis de las Políticas en Salud*. 2010. Pág. 46.

⁹⁰ GAMLP. Oficialía Mayor de Planificación para el Desarrollo. *La salud en el Municipio de La Paz*. Pág. 13.

partir de la gestión 2010. El mejoramiento y fortalecimiento de los servicios de salud presenta un promedio anual de Bs 1,8 millones entre 2003 y 2009, incrementando sustancialmente su asignación a partir de 2010, con un promedio anual de Bs 53,3 millones. El mismo se compone por los gastos en adquisición y suministro de medicamentos, difusión de los servicios de salud, fortalecimiento de farmacias, ambulancias, establecimientos de salud, laboratorio municipal, ampliación del acceso a la salud, implementación de salud en los barrios, adquisición de consultorios móviles, atención médica escolar, inocuidad alimentaria, zoonosis y protección animal.⁹²

Para el 2011 los montos en construcción aumentaron por la construcción de los Hospitales Los Pinos y La Merced de esta forma el GAMLP cuenta con dos nuevos hospitales municipales de segundo nivel. Durante la gestión 2012 se inició la construcción de dos nuevos hospitales con capacidad de 90 y 100 camas en función de la densidad poblacional. De acuerdo al Modelo Municipal de Salud la reorganización de la Red de servicios de salud del Municipio contará con cinco hospitales de segundo nivel, uno por cada Red de Salud, concordantes con los Macro distritos urbanos. Según datos del Modelo Municipal de Salud, en la actualidad la población del Municipio cuenta con 126 camas disponibles para la hospitalización en establecimientos de salud de segundo nivel y 755 camas en el tercer nivel del sector público, que es de referencia departamental y en algunos casos de referencia nacional. En los subsectores, como el Seguro Social a corto plazo, ONGs, etc, se tiene 439 camas en el segundo nivel y 1.102 en el tercer nivel, contando con un mayor número de camas en el segundo y tercer nivel de atención; sin embargo sólo benefician al 30% de la población.⁹³

Hasta el 2009 el componente en el cual se invertía gran cantidad de dinero era las transferencias a establecimientos en salud en promedio 29 millones de Bs. posteriormente fue sustituido por el programa Mejoramiento y Fortalecimiento de los servicios de salud⁹⁴. El SUMI significa y representa buena parte de la inversión en servicios y seguros de salud.

⁹² GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE LA PAZ. (2012). Impacto del gasto municipal en la economía. La Paz, Bolivia.

⁹³ DIRECCIÓN ESPECIAL DE FINANZAS Dirección de Crédito Público y Análisis Financiero. Estimación del gasto público social del Gobierno Autónomo Municipal de La Paz 2003 – 2013. Pág. 57.

⁹⁴ IBID. Pág. 56.

Por otra parte mediante Ley N° 3323 de 16 de enero de 2006, se creó inesperadamente, el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) a ser aplicado en el territorio nacional de manera gratuita, en todo los niveles del Sistema Nacional de Salud.⁹⁵

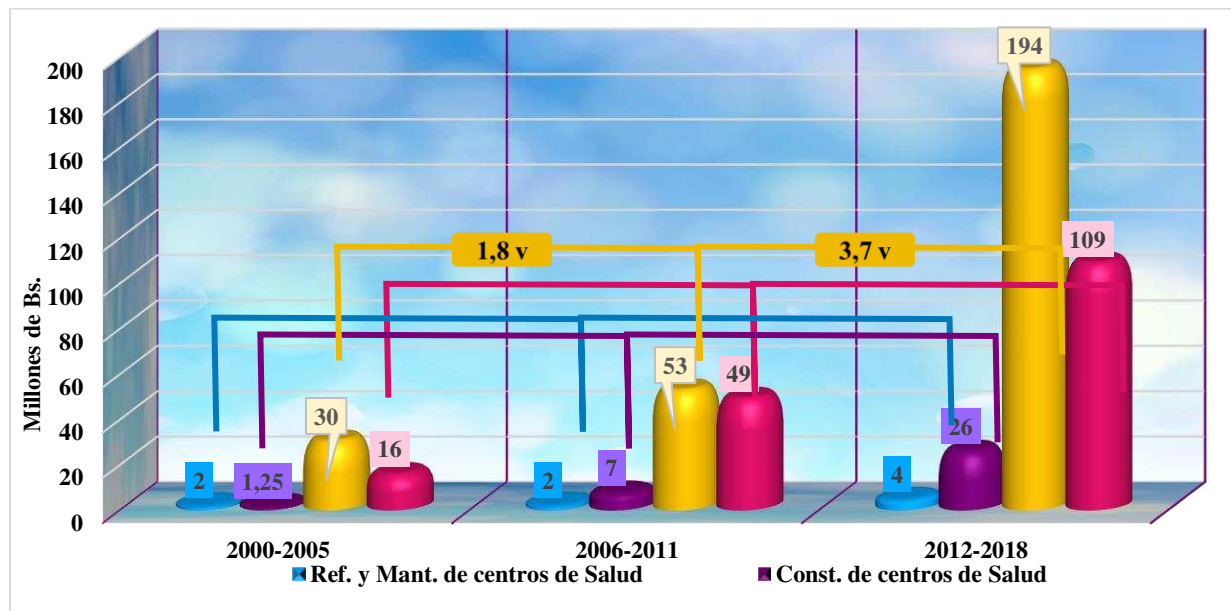
En promedio, entre los años 2003 y 2017, el sector salud participó en el gasto público social con 15,3%; se encuentra compuesto por el SUMI con 28,8%, las transferencias a establecimientos de salud con 26,1%, el mejoramiento y fortalecimiento de servicios de salud con 15,7%, los seguros de salud para la vejez con 8,6%, seguido por el equipamiento, la construcción y la ampliación y mantenimiento de establecimientos de salud, con 8,0%, 7,5%, y 2,9%; respectivamente, así como por otros gastos en salud que representan el restante 2,4%.⁹⁶ El gasto en el sector salud ha mostrado una tendencia positiva a lo largo del periodo, con una ligera disminución en la última gestión, debido a la importante inversión en construcción de hospitales y centros de salud realizada en gestiones anteriores. Entre otras políticas de salud impulsadas en los últimos años se tiene el Programa multisectorial “Desnutrición Cero”, SUMI – SUS y el Bono Juana Azurduy de Padilla.

Los otros gastos de salud, que se componen de gastos en servicios básicos y administrativos de salud, implementación de mediadores comunitarios para el sistema municipal de salud, la administración de seguros públicos, movilizaciones por la salud, dotación de lentes a escolares, monitoreos distritales, seguro escolar, seguro a gremiales en el municipio y controles sanitarios en lugares públicos, representaron en promedio anual Bs. 2,3 millones.

⁹⁵ Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. 2014. Memoria de Gestión 2013. La Paz, Bolivia. Pág. 27.

⁹⁶ Dirección Especial de Finanzas Dirección de Crédito Público y Análisis Financiero. Estimación del gasto público social del Gobierno Autónomo Municipal de La Paz 2003 – 2013. Pág.

GRÁFICO N° 13: COMPARACIÓN PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD POR COMPONENTES; 2000-2018 (Millones de Bs. y Porcentajes)



Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz, Secretaría municipal de finanzas (SMF)

Elaboración propia

En el Gráfico N° 13, durante el primer periodo comprende el modelo de Economía de Mercado (2000-2005), se puede apreciar que la importancia se le da al componente servicios de salud con un monto promedio de Bs. 30 millones, sin embargo su crecimiento es de 35,33% en promedio muy por debajo del crecimiento promedio de 342% en el componente de construcción, llegando al monto de Bs. 1.253.443. El menor crecimiento promedio se registra en el componente refacción y mantenimiento de centros de salud.

En el segundo periodo en su primera etapa el componente servicios de salud continua como principal componente al que se destina los recursos del Presupuesto de Inversión Pública en Salud; del 2006-2011 la mayor tasa de crecimiento e inversión ejecutada en promedio precisamente es para los servicios, debido a la aplicación de políticas y programas destinados a mejorar los indicadores de cobertura y prestación de servicios eficiente en el marco del Plan de Desarrollo Municipal.

3.5. PRODUCTO INTERNO BRUTO PER CÁPITA DEPARTAMENTAL

El Producto Interno Bruto per cápita o renta per cápita es un indicador económico que mide la relación existente entre el nivel de renta del país o departamento y su población. Para ello, se divide el Producto Interior Bruto (PIB) de dicho territorio entre el número de habitantes.

El empleo de la renta per cápita como indicador de riqueza o estabilidad económica de un territorio tiene sentido. Esto, porque a través de su cálculo se interrelacionan la renta nacional (mediante el PIB en un periodo concreto) y los habitantes de ese lugar.⁹⁷ El objetivo del PIB per cápita es obtener un dato que muestre el nivel de riqueza o bienestar de un territorio en un momento determinado. Se utiliza este indicador como medida de comparación entre diferentes países, para mostrar las diferencias en cuanto a condiciones económicas.

En el *Gráfico N° 14* observamos la evolución del PIB per cápita en términos nominales y su variación porcentual anual. En el primer periodo de economía de mercado se puede advertir el comportamiento creciente de este indicador con un acumulado de Bs 37.517, un promedio de Bs. 6.253. El año 2000 un mínimo de Bs. 5.523 y un máximo el 2005 de Bs. 7.371; además de la mayor porcentaje de variación el año 2003 con un aumento de 8,28% respecto al año anterior.

Para el 2001, los ingresos per cápita del hogar varían de cerca de dos mil bolivianos en el macrodistrito Sur a menos de ochocientos bolivianos en el macrodistrito Hampaturi. La incidencia de pobreza medida por ingresos en el municipio de La Paz alcanzó a 33,8% el año 2003, lo que significa que existen aproximadamente 293 mil personas cuyo nivel de ingreso per cápita es inferior al valor de una canasta de alimentos y otras necesidades básicas (línea de pobreza⁷). Los macrodistritos con una mayor población pobre según los datos de este indicador son los localizados en el sector rural del municipio, 64,6% de la población en Zongo y 42,7% de la población en Hampaturi. En el caso de los macrodistritos urbanos se identifica a Periférica con el mayor porcentaje de pobres (42,0%) y por otro lado los macrodistritos con menos población pobre son Centro, Mallasa y Sur, con 25,3% 27,1% y 28,2% respectivamente.⁹⁸

El porcentaje de pobres extremos en el país ha tenido una reducción importante en el periodo. Ha disminuido de 41,2% en 1996 a 32,7% en 2006. En el caso de La Paz, dicho porcentaje revela

⁹⁷ GOBIERNO MUNICIPAL DE LA PAZ. 2009. Memoria de Gestión 2008. La Paz, Bolivia.

⁹⁸ IBID. Pág. 34

una situación menos alentadora, pues el 2001 la proporción de pobres extremos era de 42,4%, cifra levemente superior al promedio nacional. En términos absolutos, se estima que para el 2001 el departamento de La Paz tenía más de 1.037.000 personas en condición de extrema pobreza. Los datos de extrema pobreza para Bolivia y La Paz son mucho más altos que el promedio de Latinoamérica (12,6%), lo que muestra un importante rezago si se compara a Bolivia con otros países de la región.⁹⁹

En 2001 la incidencia de la insatisfacción en salud muestra que un 40,7% de la población no atiende sus necesidades de manera adecuada, con diferencias marcadas entre el área urbana y el área rural donde la incidencia de la insatisfacción es entre 20 y 30 puntos porcentuales superior. Adicionalmente se puede observar incidencia de pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en el municipio de La Paz, la misma que alcanza a 19,7%, siendo la mayor en el área urbana en el macrodistrito Mallasa (33,6%), seguido por el macrodistrito Max Paredes (22,5%), mientras que el menor nivel se presenta en el macrodistrito Centro con el 9,8%.¹⁰⁰

Para el año 2002 el Departamento de La Paz genera casi un cuarto del PIB nacional Principales aportes del departamento a la economía son: servicios financieros, industria manufacturera, transportes y comunicaciones. PIB per cápita alcanzó a 681 dólares, menos al promedio nacional en SUS.248, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). La actividad productiva paceña presentó como sus principales sectores de aporte al PIB del departamento, a Establecimientos financieros, seguros, bienes inmuebles y servicios a las empresas 20%, Servicios de las administraciones públicas 18.7%, Industrias manufactureras 13.4% y Transporte, almacenamiento y comunicaciones 12%. El sistema bancario departamental capta depósitos del público equivalente a 8.963 millones de Bs. y se ubica en el primer lugar a nivel nacional con participación de 42.2% respecto al total de depósitos bancarios.¹⁰¹

El año 2002, la exportación del departamento de La Paz aumentó en 13% respecto a 2001, incremento que en términos reales representó 18.168 miles de dólares. Datos del Instituto

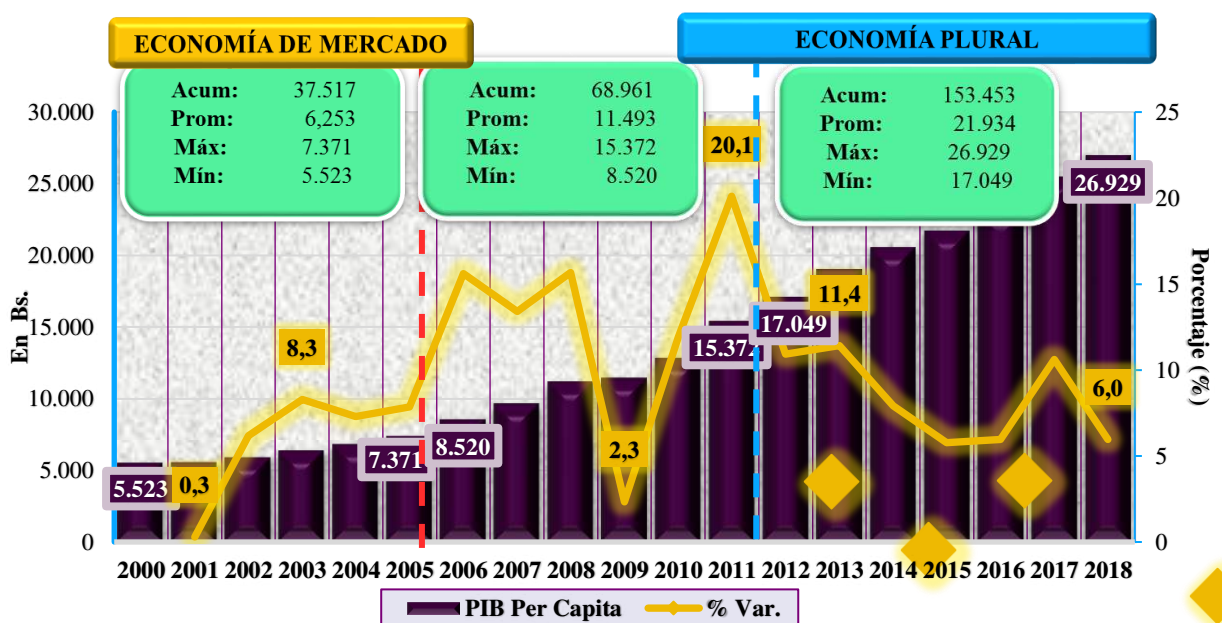
⁹⁹ UDAPE-PNUD. Desarrollo Humano en el departamento de La Paz 2016.

¹⁰⁰ GOBIERNO MUNICIPAL DE LA PAZ Y BANCO MUNDIAL. (2005). Informe del Crédito Banco Mundial-Asociación Internacional de Fomento AIF N°4365, Proyecto de Transformación de la Educación Secundaria en el Municipio de La Paz. La Paz, Bolivia.

¹⁰¹ ANF. (s.f.). Departamento de La Paz genera casi un cuarto del PIB nacional. <https://www.noticiasfides.com/economia/departamento-de-la-paz-genera-casi-un-cuarto-del-pib-nacional-94945>

Nacional de Estadística dan cuenta que el incremento se explica por las variaciones positivas que presentó la exportación de productos originados en extracción de minerales 57.6%, Industria manufacturera 9.3%¹⁰²

GRÁFICO N° 14: PRODUCTO INTERNO BRUTO PER CÁPITA DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 2000-2018 (En Bolivianos y Porcentaje)



Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz, Secretaria municipal de finanzas (SMF)

Elaboración propia

En el periodo de economía de mercado se puede observar una tendencia claramente creciente. En el primer subperiodo un acumulado de Bs. 68.961, un mínimo de Bs. 8.520 en 2006 y un máximo de Bs. 15.372 el último año del subperiodo 2011, el periodo en el que menos se incrementó la variación porcentual fue el año 2009 con 2,34% y un incremento máximo el año 2011 de 20,11%.

Según las competencias de los municipios productores de los recursos del IDH, estos recursos se destinan a educación, salud, fomento al desarrollo económico local y promoción de empleo, seguridad ciudadana, infraestructura y gestión de riesgos.

¹⁰² INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Informe del 2003.

La economía del Departamento ha mostrado un crecimiento regular 0,38% en la gestión 2001 a 4,71% el año 2010, teniendo un promedio de crecimiento en este periodo de 3,88%.¹⁰³ En este contexto, entre el 2010 y 2013, el área de gasto más importante es Infraestructura, al cual se destinó el 41,9% de la totalidad de recursos IDH 2013, le siguen en proporción las inversiones en educación con 16%.

El 2010 en cuanto a la composición de los sectores de la economía del Departamento de la Paz, el Producto Interno Bruto muestra que los Derechos s/Importaciones, IVA nd, IT y otros Impuestos Indirectos aportan con 23,92%, confirmando que el Departamento de La Paz, es el que genera mayores ingresos por la parte impositiva, los Servicios de la Administración Pública aportan con un 15,23%, los Establecimientos Financieros, Seguros, Bienes Inmuebles y Servicios prestados a las Empresas aportan 12,62% y las Industrias Manufactureras aportan con un 9,79% a la generación del PIB Departamental¹⁰⁴

Para el 2012 según datos del censo, el 66.65% de la población departamental se encuentra en la provincia Murillo por la influencia que ejercen la ciudad de La Paz y El Alto y la Tasa Media Anual de Crecimiento es de 1,46% y se encuentra un poco más baja respecto a la nacional, pese a que la ciudad de El Alto es la segunda en crecimiento poblacional, después de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.

La representatividad de las provincias, según su población determina que la provincia Murillo, con solo el 2.91% de la superficie departamental, acoge al 67,59% de la población total, entre tanto, regiones como la provincia Iturralde, que tiene una superficie que representa el 30,31% del total departamental, tiene el 0,46% del total de la población departamental.¹⁰⁵

Desde la gestión 2015 el ingreso per cápita del departamento de La Paz superó el promedio de Bolivia, esto debido tanto a la desaceleración de la economía nacional como al mayor dinamismo de la economía paceña. En 2017 La Paz fue el departamento con el tercer ingreso per cápita más alto en el país, con US\$ 3,705, por debajo de Tarija y Oruro.¹⁰⁶

¹⁰³ PLAN DE DESARROLLO DEL DEPARTAMENTO AUTÓNOMO DE LA PAZ AL 2020. Recuperado de: <http://www.planificacion.umsa.bo/documents/1778193302/0/PLAN+DE+DESARROLLO+DEPTO.+LA+PAZ+AL+2020.pdf>

¹⁰⁴IBID

¹⁰⁵IBID. Pág. 22.

¹⁰⁶ FUNDACIÓN MILENIO. El desempeño económico de La Paz. Informe Nacional de Coyuntura N°386. 2018.

El repunte en 2017, alcanzando la cifra de 6.6 por ciento, la trayectoria del producto paceño difiere de la trayectoria de la economía nacional, que experimenta una clara desaceleración por cuatro años consecutivos, una de las razones para que La Paz tuviera una dinámica diferente es, por un lado, su nula relación con la producción y exportación de hidrocarburos, y por otra, su ligazón con la minería y los servicios de la administración pública.

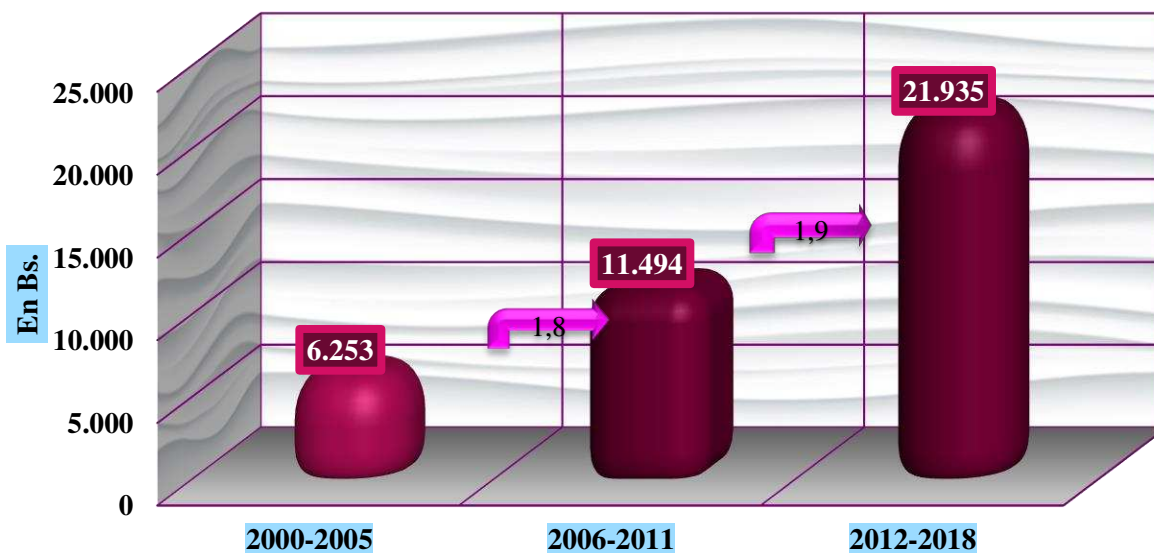
El crecimiento de 2017 se debió en gran medida a la recuperación de la actividad minera (metálica y no metálica) que subió en 29.5 por ciento respecto a la gestión 2016; hay que recordar que un año antes la actividad minera se había contraído en 0.5 por ciento, entre otras actividades que han dinamizado la economía paceña, sobresale la construcción con un 8.2 por ciento, seguida del comercio con 7.3 por ciento. Si bien los servicios de la administración pública crecieron por debajo del promedio en 5.3 por ciento, su incidencia en el PIB paceño sigue siendo importante. En cambio, las industrias manufactureras fueron las de menor dinamismo, incluso el subsector de la “producción de minerales no metálicos” que tiene relación con la producción de cemento, cayendo en 8 por ciento.¹⁰⁷

En una comparación del periodo 1995-2005 y 2006-2012 los datos evidencian una correlación lineal entre el nivel de PIB per cápita municipal y el nivel de ingresos municipales per cápita, nuevamente esta relación es positiva, permitiendo concluir que a nivel municipal mayores niveles de ingreso municipal per cápita están acompañados de mayores niveles de PIB per cápita.¹⁰⁸

¹⁰⁷ IBID.

¹⁰⁸ BANCO CENTRAL DE BOLIVIA. El rol del Estado Plurinacional en el desarrollo económico. 7mo Encuentro de Economistas de Bolivia. 2014.

GRÁFICO N° 15: COMPARACIÓN PROMEDIO DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO PER CÁPITA DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 2000-2018 (En Bolivianos y Porcentaje)



Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz, Secretaria municipal de finanzas (SMF)

Elaboración propia

El comportamiento del promedio del PIB per cápita es de tendencia creciente, donde en el primer periodo dentro el modelo de economía de mercado representa Bs. 6.253 con una variación promedio del 6%, pasando a incrementar 1,8 veces para llegar a un monto promedio de Bs. 11.494 con una variación positiva de 12,68% posteriormente un incremento de 1,9 veces con Bs. 21.935 y una variación promedio de 8,37%

En el marco del Plan de Desarrollo Municipal se cumple con los objetivos de mejorar el bienestar de la población mediante programas y proyectos orientados al capital humano.

3.6. INGRESOS POR RECAUDACIÓN PATENTES MUNICIPALES

En el Gráfico N° 16, en el primer periodo de Economía de Mercado (2000-2005) se puede advertir el comportamiento de la recaudación por concepto de patentes en el municipio de La Paz que presenta un comportamiento creciente, un acumulado de Bs. 86,5 millones, un mínimo el año

2001 con Bs. 11,2 millones con un decrecimiento de 7,6% y en el año 2005 un monto máximo recaudado por patentes de Bs. 25 millones con un incremento de 88% respecto al año anterior.

En cumplimiento de sus competencias, el GMLP recauda impuestos de dominio municipal, como son los de propiedad de inmuebles, vehículos, por transferencias por ambos conceptos; así como tasas y patentes, por prestación de servicios públicos y por actividades económicas y, a su vez, genera ingresos por la venta de bienes y servicios.

Los datos demuestran una tendencia muy fuerte a acciones de política destinadas a incrementar el volumen de transferencias, sin considerar el impacto en la “pereza fiscal” y en fenómenos de “ilusión fiscal”.¹⁰⁹

Mediante las modificaciones según Ley 2650 de 2004 se establece que la aprobación de ordenanzas municipales relativas a tasas y patentes deben ser aprobadas por la Cámara de Senadores.

Los ingresos tributarios municipales, es decir impuestos, tasas y patentes, no tienen restricciones para el repago o garantías para financiamiento a través de operaciones de endeudamiento. Los Gobiernos Municipales de Bolivia sufren un excesivo centralismo en la definición de alícuotas a impuestos municipales y peor aún en el caso de patentes y tasas, donde es necesaria la probación congresal para su aplicación.¹¹⁰

Los Gobiernos Municipales tienen la capacidad de crear y administrar sus tributos, profundizando de esta manera la autonomía municipal. La Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibañez” N° 31 de 19 de junio de 2010 establece en sus disposiciones adicionales que la creación, modificación o supresión de tributos por las entidades territoriales autónomas, en el ámbito de sus competencias, se realizará mediante leyes emitidas por su órgano legislativo. En este sentido y en concordancia al artículo 8 de la Ley de Clasificación y Definición de Impuestos y de Regulación para la Creación y/o Modificación de Impuestos de Dominio de los Gobiernos Autónomos N° 154 del 14 de julio de 2011, se promulgó la Ley Autónoma N° 12 de fecha 3 de noviembre de 2011 de Creación de Impuestos de Dominio Municipal de competencia

¹⁰⁹ BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. José Antonio Terán C. Estudio De Ingresos Municipales – Caso Bolivia. 2010

¹¹⁰ IBID

exclusivamente del GAMLP, los cuales gravan la propiedad de bienes muebles, vehículos automotores terrestres y la transferencia onerosa de la propiedad de ambos.¹¹¹

Se constata una característica especial del modelo de descentralización fiscal en Bolivia, en el ámbito local. Se trata de un modelo cada vez más descentralizado en el gasto, pero fuertemente centralizado en el ingreso. Las autonomías municipales, que administran impuestos de baja movilidad y de fuerte complejidad tienen fuertes restricciones en la determinación de alícuotas y bases para mejorar el esfuerzo fiscal local.¹¹²

Los ingresos propios como las patentes son importantes, tratamientos diferenciados en las políticas y programas de apoyo al sector. Las estadísticas demostraron que 50 municipalidades del país, recaudan el 97,1% de los ingresos propios municipales y tienen al 66% de la población boliviana en su territorio.

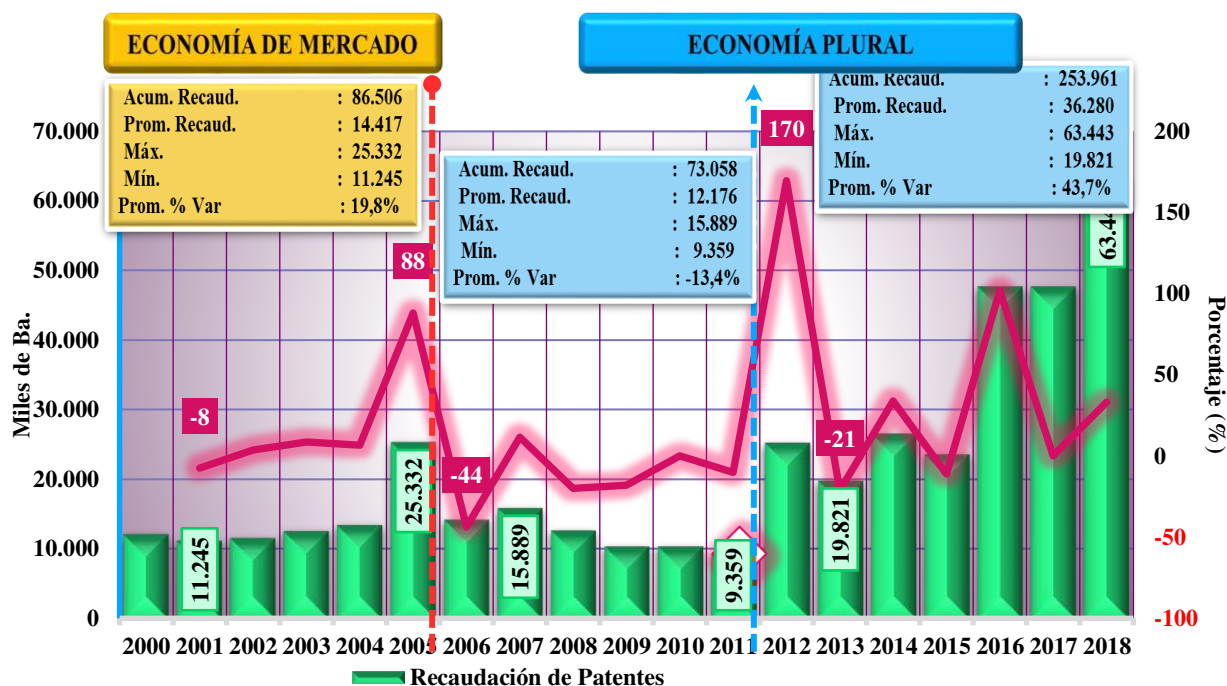
Los únicos dos casos que presentan déficit al final de gestión son las municipalidades de La Paz y Santa Cruz de la Sierra, cuyos niveles de gasto corriente y aplicaciones financieras para la gestión 2004 fueron bastante elevados y tuvieron que ser soportados sacrificando gasto de capital y con endeudamiento para mantener niveles de inversión. En estos dos casos, pese al buen nivel de independencia fiscal (48% en La Paz y 35% en Santa Cruz de la Sierra), se requerirán de evaluaciones minuciosas para nuevas operaciones de endeudamiento dado el alto volumen de recursos destinados al pago de deuda y la inflexibilidad para la reducción del gasto corriente.¹¹³

¹¹¹ GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE LA PAZ. 2009. Memoria de Gestión 2008. La Paz, Bolivia.

¹¹² BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. José Antonio Terán C. Estudio De Ingresos Municipales – Caso Bolivia. 2010

¹¹³ IBID

GRÁFICO N° 16: INGRESOS POR RECAUDACIÓN PATENTES EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ; 2000-2018 (Miles de Bs. y Porcentaje)



Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz, Secretaría municipal de finanzas (SMF)

Elaboración propia

En el periodo de Economía Plural (2006-2018), se puede observar en el primer subperiodo un comportamiento decreciente con un acumulado de Bs. 73 millones. El año 2006 se presenta un decrecimiento del 43,8% respecto al 2005, posteriormente el 2007 se alcanza el máximo recaudado del subperiodo de Bs. 15,8 millones, con el máximo crecimiento de 11,5 %, en el 2011 el mínimo monto de recaudación de Bs. 9,3 millones. En el segundo subperiodo de Economía Plural un comportamiento cíclico creciente, un acumulado de Bs. 253 millones de recaudación por patentes , el 2012se presenta el mayor crecimiento de 169% para luego tener el 2013 un decrecimiento de 21,4% llegando al monto mínimo recaudado de Bs. 19,8 millones, el máximo se alcanza el año 2018 con Bs. 63 millones.

Después de la aprobación de la nueva ley de hidrocarburos en Bolivia, los indicadores de evaluación de la descentralización demuestran que este país alcanzó interesantes niveles de

descentralización del gasto, altos niveles de centralización del ingreso y por tanto alta dependencia subnacional de las transferencias fiscales.¹¹⁴

De igual forma, se estableció de manera permanente un incentivo tributario al pronto pago de impuestos municipales a través de descuentos escalonados de acuerdo a los plazos y periodos establecidos en la Ley Autonómica N° 22 de fecha 19 de julio de 2012. Dentro de los ingresos no tributarios, se debe considerar en este grupo el comportamiento estable de las recaudaciones por tasas, y el aumento significativo de las patentes cuya tasa de crecimiento promedio de los últimos 4 años está alrededor del 20%, alcanzando un valor de Bs27,7 millones en 2013.

Es así que el Viceministerio de Descentralización, continua realizando más investigaciones con apoyo de agencias bilaterales o aplicando recursos de apoyo presupuestario al Tesoro General de la Nación, como el denominado Programa PSAC3 o financiamientos tipo básquet como los de la cooperación Británica, cuya incidencia termina siendo incierta por las prioridades del actual gobierno y su tendencia centralizadora.¹¹⁵

Con respecto a el sistema tributario boliviano es muy “complaciente” con respecto a la exención de impuestos municipales, a través de leyes de la república se establecieron una cantidad importante de exenciones con repercusiones en la gestión tributaria municipal y en la planificación financiera de corto y mediano plazo. Las municipalidades tienen un sistema de administración tributaria incompleto, porque no existió preocupación por el tema, no se implementaron funciones de operación esenciales para la gestión tributaria.¹¹⁶

El RUAT brinda acceso a información nacional y regional de las administraciones tributarias de los gobiernos municipales. Atiende “on line” a 16 municipalidades con los impuestos de propiedad de vehículos automotores, 10 municipalidades con el impuesto de propiedad de bienes inmuebles, 7 municipios con patentes municipales; 176 municipalidades pequeñas e intermedias bajo la modalidad “tarantela”, mismo que otorga la facilidad de pago de impuestos a la propiedad en cualquier parte del país y el desarrollo e implantación de sistemas computarizados para registros públicos destinados a operaciones tributarias de los gobiernos municipales.

¹¹⁴ BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. José Antonio Terán C. *Estudio De Ingresos Municipales – Caso Bolivia*. 2010. Pág. 6

¹¹⁵ IBID. Pág. 26.

¹¹⁶ IBID. Pág. 45.

La participación de los recursos propios sobre el presupuesto muestra un comportamiento creciente, el 2015 estos representaron el 44% de los recursos percibidos por el Gobierno Autónomo Municipal de La Paz.¹¹⁷

En el segundo sub-periodo es paradójico, por el bajo rendimiento de las patentes, en particular en municipios grandes (ciudades capitales) e intermedios (poblaciones rurales intermedias), donde las actividades económicas, particularmente comerciales y de transformación, deberían permitir recaudaciones más importantes.¹¹⁸

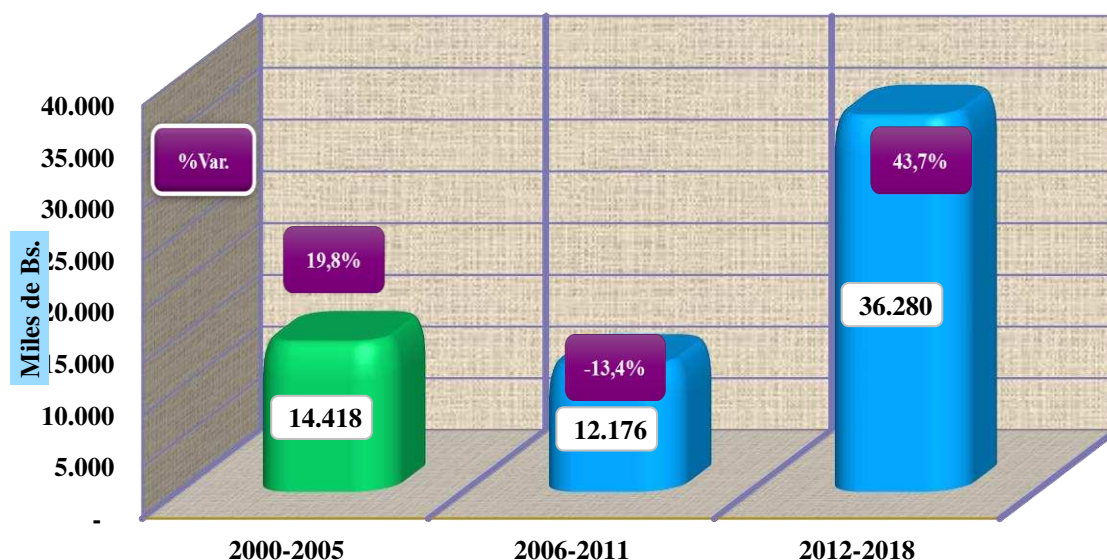
Queda en evidencia que las municipalidades de La Paz y Santa Cruz de la Sierra son una categoría altamente diferenciada del resto, así como Cochabamba y El Alto cuyas recaudaciones están en un rango superior a los \$us 10 millones. Los resultados muestran que la primera categoría aporta con el 72,1% de las recaudaciones, con el 37,4% de población, siendo en cantidad de municipios apenas en 1,2%. Los rendimientos de algunos impuestos, tasas y patentes a través de los servicios del RUAT podrán ser mejorados, si se acompaña con programas de fiscalización y servicio al cliente, que de hecho ya empiezan a ser implantados.¹¹⁹

¹¹⁷ GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE LA PAZ. 2009. Memoria de Gestión 2008. La Paz, Bolivia.

¹¹⁸ IBID.

¹¹⁹ BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. José Antonio Terán C. Estudio De Ingresos Municipales – Caso Bolivia. 2010.

GRÁFICO N° 17: COMPARACIÓN PROMEDIO DE RECAUDACIÓN POR CONCEPTO DE PATENTES EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ; 2000-2018 (Miles de Bs. y Porcentaje)



Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz, Secretaria municipal de finanzas (SMF)

Elaboración propia

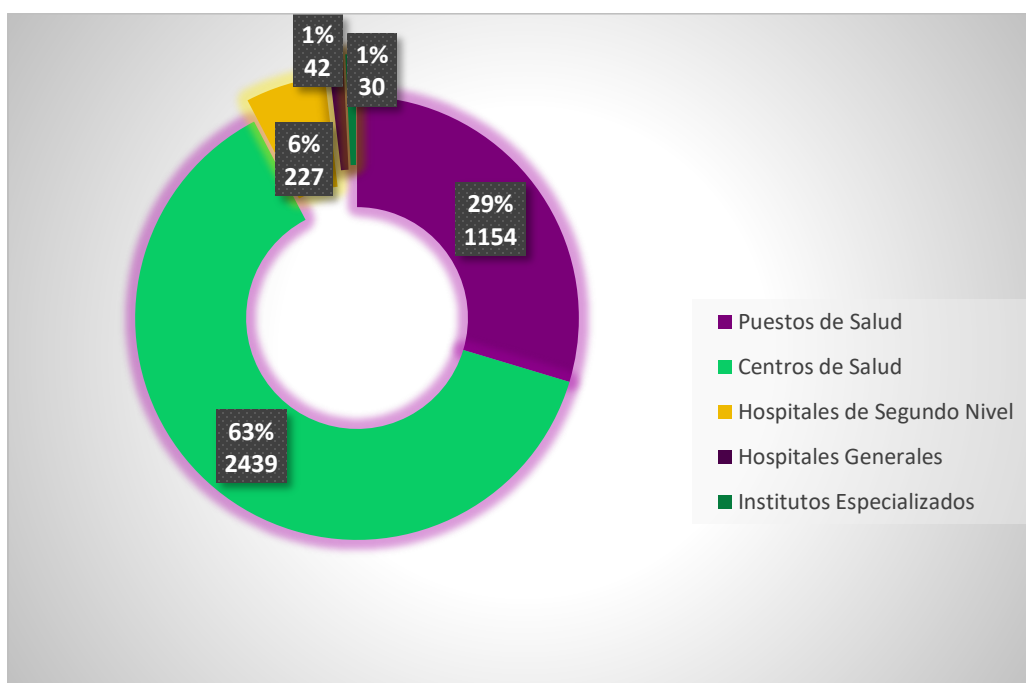
En el Gráfico N° 17 en el primer periodo denominado Economía de Mercado se presenta un promedio de Bs. 14.418 mil con una variación positiva de 19,8%. Para el segundo periodo, en la primera etapa de Economía Plural del 2006-2011 se presenta una reducción del monto recaudado con Bs. 12.176 mil con una variación negativa de 13,4% para que en el periodo de 2012-2018 incremente a un monto de Bs. 36.280 mil y una variación positiva importante de 43,7%.

Se cumple con las metas en el Plan de Desarrollo Municipal, que busca incrementar la recaudación tributaria por recursos propios, además de ser actor en fomentar la productividad del municipio, incentivando la apertura, capacitación y empleo para lograr el desarrollo económico.

3.7. COBERTURA DE LAS REDES DE SALUD Y HORAS DE TRABAJO PROMEDIO POR SEMANA EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ

En el departamento de La Paz el primer nivel concentra el 93.42% de los establecimientos, dato que supondría un efectivo cumplimiento de las recomendaciones de la OMS para fortalecer la Atención Primaria de Salud pero se ven serias carencias de equipamiento, insumos, personal e infraestructura, que generan el congestionamiento que perjudica a la población.

GRÁFICO N° 18: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN TIPO DE GESTIÓN EN BOLIVIA, 2017 (En número de establecimientos y Porcentaje)



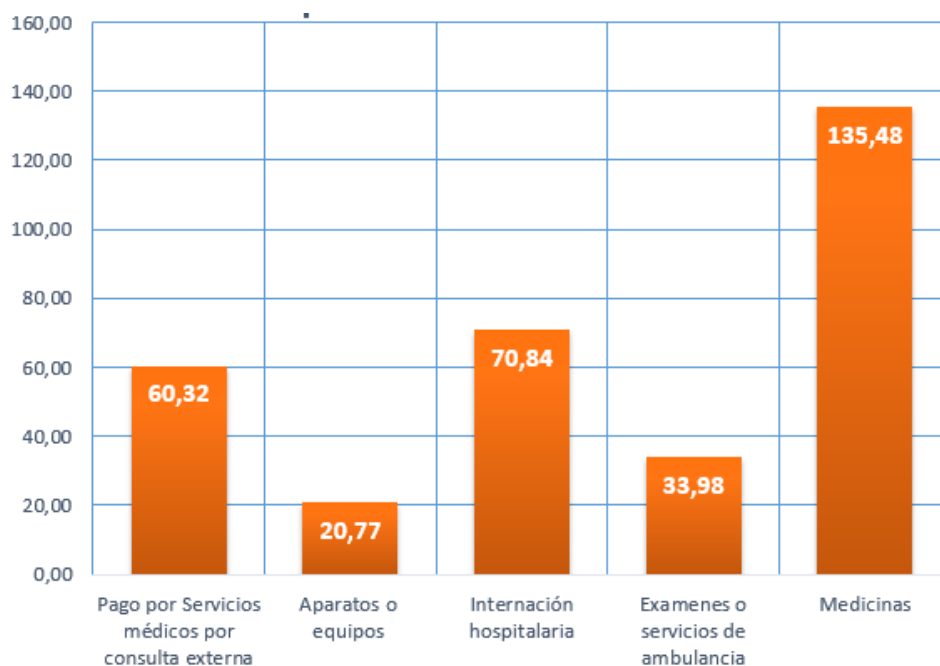
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud

Elaboración propia

Para poder analizar el número de Establecimientos de Salud es importante observar el contexto nacional, para poder establecer un contexto general, comparar y entender de mejor manera la distribución de establecimientos de Salud. De acuerdo al tipo de Gestión existe un 63% de Centros de Salud y un 29% de Puestos de Salud, ambos competencia del nivel Municipal suman un 91% del total de establecimientos, por lo que se cumple las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud de contar con un mayor número de establecimientos de Primer Nivel para fortalecer un Sistema de Salud Preventivo con la Atención Primaria debido a que según evidencias existen mejores resultados en la salud y mayor equidad en salud.; sin embargo

existe graves deficiencias en estos centros que no cuentan con los elementos necesarios para su eficiente funcionamiento; existe deficiente número de ítems asignados, competencia de los Gobiernos Autónomos Departamentales y que también los Municipios como en el caso de La Paz aportan con cierto número de ítems, otra deficiencia son los insumos y equipamiento para poder atender al que se supone debe ser el ingreso al acceso de Servicios de Salud para evitar el congestionamiento de hospitales de Tercer Nivel; existe mayor número de Centros de Salud que pueden ser ambulatorios que cuentan con farmacia y laboratorio o Centros de Salud con internación donde se puede atender partos, sim embargo, es necesario una mayor cantidad de Centros de Salud Integral ya que estos por norma cuentan con rayos x, ecografía, laboratorio y un pediatra y gineco-obstetra, elementos importantes a la hora de dar Atención Primaria de Salud para diagnosticar enfermedades y realizar análisis de laboratorio concluyentes; por las mencionadas cuestiones es que no funciona de manera eficaz los Servicios de atención del primer nivel; es necesario hacer un diagnóstico y reestructuración del Sistema de Salud.

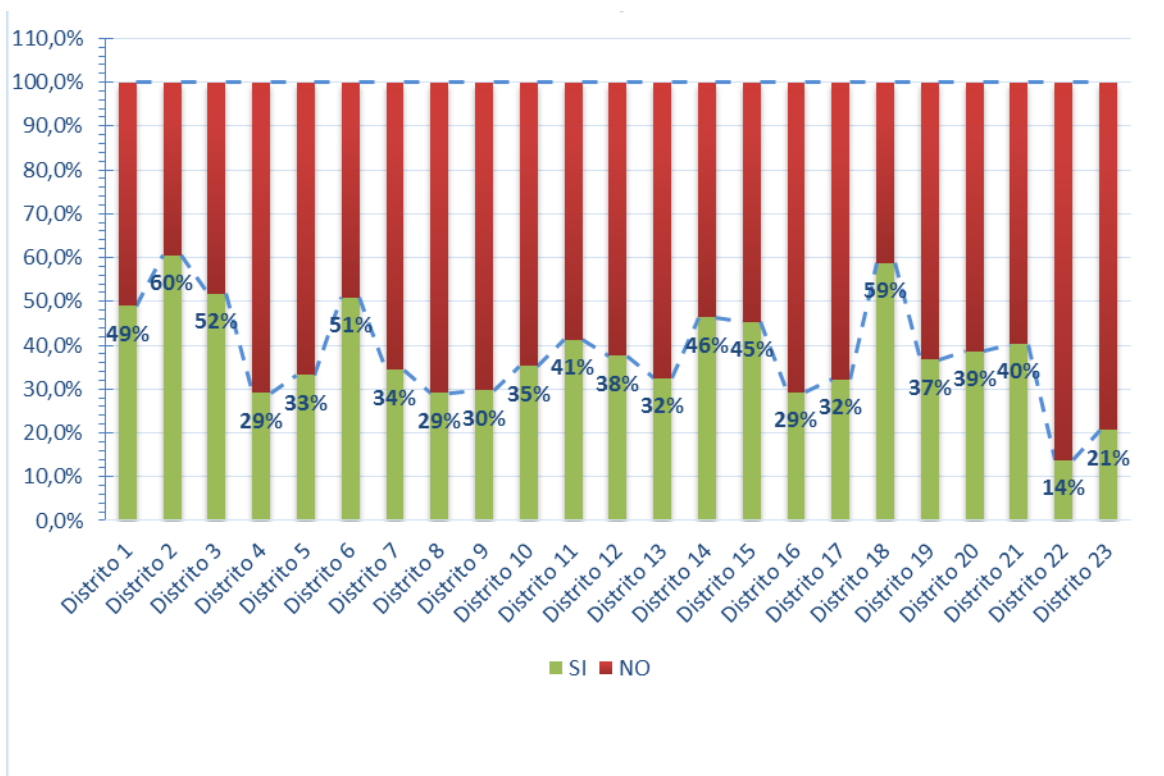
GRÁFICO N° 19: MEDIA DE GASTO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES POR CUIDADOS DE SALUD, 2016



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ENDSA

En el cuadro anterior se puede analizar el gasto de las familias por concepto de salud según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2016 (ENDSA) respondiendo a la pregunta: ¿En los últimos 12 meses, cuánto tuvo que pagar el hogar por los cuidados de salud? Para poder conocer el gasto que las familias hacen y cuál es su principal fuente de egreso por concepto de salud, que resulta ser las medicinas que representan en promedio un gasto de Bs. 135,48 por persona, por lo cual es fundamental realizar un análisis de la situación de los medicamentos que se usan, cuáles son los precios referenciales, que empresas son las proveedoras, si es posible reducir el precio y mejorar la accesibilidad a éstos, si no existen demoras u obstáculos para su ingreso al país; además de comprender la importancia que la industria farmacéutica posee en el mundo y replicar modelos de gestión de medicamentos eficientes; la internación hospitalaria es el segundo más alto motivo de gasto para las personas, seguido del pago por Servicios médicos por consulta externa.

GRÁFICO N° 20: Población con algún Seguro de Salud en el Municipio de La Paz, 2016 (En porcentaje)



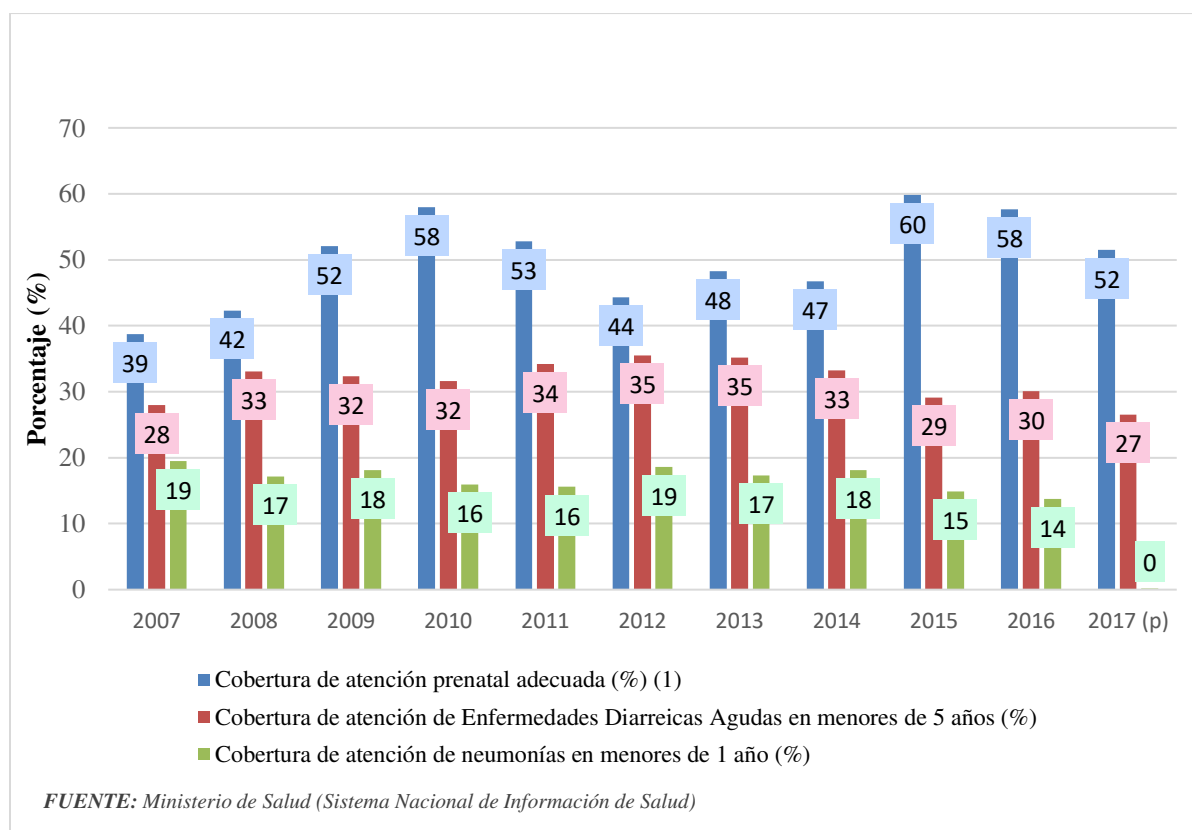
Fuente: Elaboración propia en base al Sistema de Monitoreo y Ajuste Municipal 2016

Como se puede apreciar en el gráfico resultado de una encuesta realizada por la alcaldía, donde se cuestiona si la población encuestada cuenta con algún seguro de salud, sólo 4 distritos del municipio tiene poco más de la mitad de su población con acceso a un seguro, que viene a ser el distrito 2 que corresponde a Vino Tinto; distrito 3, Z. Norte y Villa Pabón; distrito 6, Villa Fátima y Chuquiaguillo y el distrito 18, Llojeta. En promedio sólo el 38,1% cuenta con un seguro de salud para tratar su salud y de su familia, debido a que forma parte del sector laboral formal o es parte del grupo beneficiario de los seguros SBS, SUMI, PSSI Y SSPAM, grupos que conforman una minoría que refleja la inseguridad sanitaria que posee la población en el municipio de La Paz. En el D.S. 26875 se implanta el nuevo modelo de gestión en salud; las Normas y Protocolos de atención de las prestaciones de los seguros públicos de salud; las leyes que implantan los seguros públicos como la Ley del Seguro Universal Materno Infantil, y la Ley del Seguro de Salud para el Adulto Mayor aumentan responsabilidades al municipio. El Gobierno Autónomo Municipal es responsable de la provisión y administración de la infraestructura, equipamiento, suministros e insumos médicos, el subsector está dirigido preferentemente a atender la salud de grupos vulnerables y personas que no sean parte del subsector de la seguridad social, por lo que cuenta con más establecimientos de salud en los diferentes niveles de atención.¹²⁰ Entre quienes si cuentan con cobertura, la Caja Nacional de Salud es la entidad que afilia a una mayor proporción 29,2% .Por otro lado a nivel macrodistrital se observa que en el área urbana son los macrodistritos Sur y Centro los que tienen una mayor proporción de gente asegurada¹²¹

¹²⁰ La salud en el Municipio de La Paz, UNIDAD DE ESTADÍSTICAS DE GAMLP. Pg.18

¹²¹ IBID. Pg. 28

GRÁFICO N° 21: COBERTURA DE SEVICIOS DE ATENCIÓN EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ; 2007-2017



En el Gráfico N° 22 podemos observar el porcentaje de cobertura de las redes de salud públicos en el Municipio de La Paz. En el primer periodo en el Modelo de economía de Mercado (2000-2005) se distingue un comportamiento creciente el 2000 con una cobertura mínima a 733 mil personas y un mínimo el 2001 de la variable horas promedio trabajadas por semana registrando 44,3 horas, en el año 2005 se presenta el máximo registrado en ambas variables con la cobertura de 839 mil personas y 49,9 horas trabajadas en la semana.

En el primer periodo denominado el Modelo de Economía Plural en la primera etapa de 2006-2011, el máximo de horas trabajadas se registra el 2006 con 49,2 horas con un comportamiento decreciente hasta llegar a 46,7 horas trabajadas el año 2009 el año 2010 se registra la mínima cobertura del subperiodo que llega a 840 mil personas, en el 2011 existe un aumento en las horas trabajadas y la máxima cobertura de 863 personas. En la segunda etapa el 2015 se presenta dos comportamientos el máximo de horas trabajadas y el mínimo de la población con cobertura,

En el gráfico durante el primer periodo de economía de mercado se observa una tendencia creciente de la población dentro de la cobertura de las redes de servicios de salud, se presenta un acumulado de 4.788 mil personas, el 2000 existe la menor cobertura con 733 mil personas que pueden acceder a las redes de servicios de salud del municipio, hasta llegar al 2005 dónde se presenta la mayor cantidad de personas que pueden acceder a los servicios 839 mil. Respecto a las horas promedio trabajadas por semana el año 2001 se presenta el mínimo de 44, 3 horas, posteriormente un incremento gradual hasta llegar a 50 horas promedio trabajadas.

A partir del año 2000 el Gobierno Autónomo Municipal de La Paz GAMLP ha implantado políticas de apoyo a las infraestructuras, equipamiento y servicios de salud en el afán de complementar las Redes especialmente en los distritos más desprotegidos, presentado importante cobertura del territorio.¹²² Además, se fortaleció a una Dirección de Salud la cual ha trabajado constantemente en el seguimiento y monitoreo de las Redes de Salud, identificando carencias y deficiencias de la misma, para fortalecer e impulsar una salud de vanguardia e integral, a través de la mejora y ampliación de las infraestructuras, con un modelo municipal de salud que conduzca a la eficiencia en la calidad de las mismas para una mejor calidad de vida en todo el proceso de sanidad.¹²³

En cuanto a el empleo para explicar las horas trabajadas el antecedente lejano de la implementación de políticas de empleo en Bolivia puede situarse en el Programa Nacional de Empleo de Emergencia (PLANE) ejecutado desde 1986 y reeditado durante varios años como parte de las medidas de alivio a la pobreza destinadas a paliar los efectos de la relocalización, privatización y flexibilización laboral en la población. Sin embargo, cuando se abrió la convocatoria hubo una significativa participación de los jóvenes, especialmente de mujeres, para el acceso a puestos de trabajo temporales y socialmente desprotegidos. Hasta el 2004, esta política, junto al Programa de lucha contra la Pobreza y Apoyo a la Inversión Social (PROPAIS), fueron las únicas acciones impulsadas por el Estado para responder a la demanda de empleos.¹²⁴

¹²² Gobierno Municipal de La Paz. (2009). Memoria de Gestión 2008. La Paz, Bolivia.

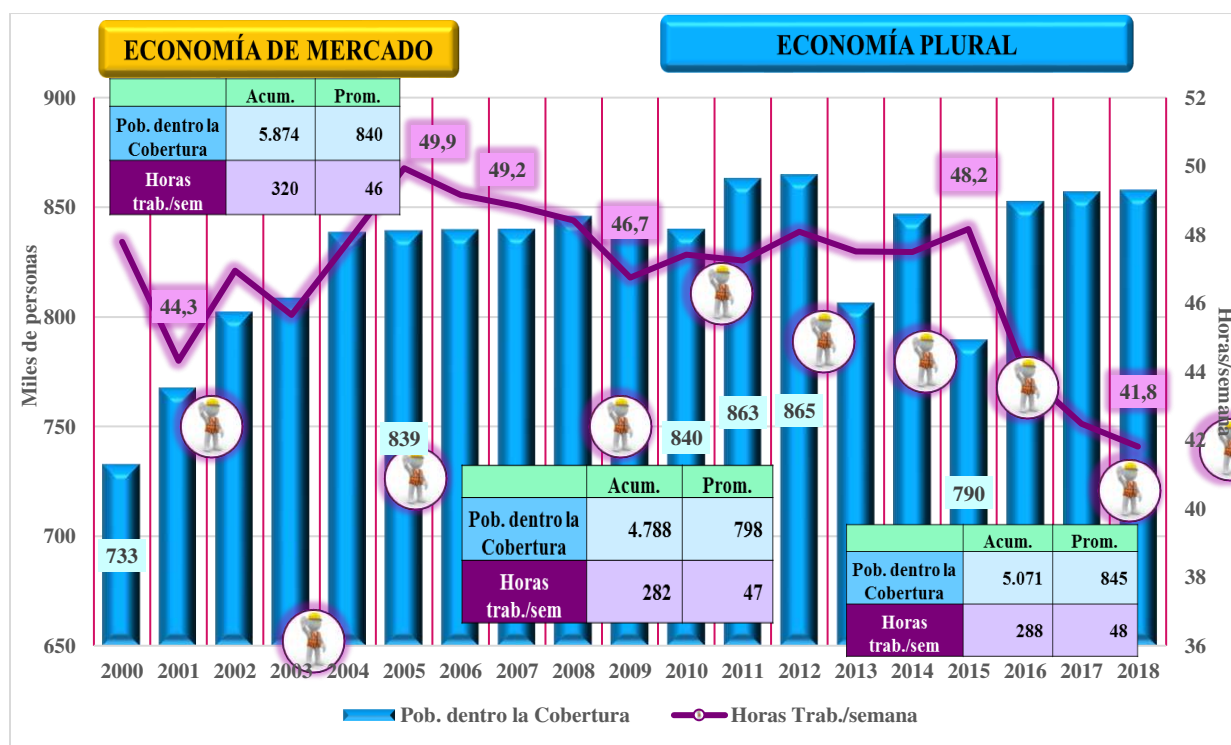
¹²³ IBID

¹²⁴ SILVIA ESCÓBAR DE PABÓN BRUNO ROJAS CALLEJAS GIOVANNA HURTADO APONTE. Jóvenes y trabajo En el Municipio de La Paz Brechas y desafíos

Entre 1992 y 2001 el crecimiento promedio de la población todavía era de 1,1% anual, para luego tornarse negativo entre 2001- 2012; esta evolución es similar entre la población de 15 a 24 años que hacia el final del período disminuye a una tasa conjunta de 1,2% anual.¹²⁵

En cifras absolutas, la población de 15 a 24 años u oferta laboral potencial juvenil, pasó de 154.032 personas en 1992 a 172.182 en 2001 y a 148.800 en 2012. Sin embargo, existe un importante volumen de población joven de los municipios del entorno (cuatro, incluido El Alto), que tienen a la ciudad de La Paz como un espacio priorizado para su inserción laboral, compensando con creces la reducción del tamaño de la cohorte joven residente habitual en La Paz.

GRÁFICO N° 22: POBLACIÓN DENTRO LA COBERTURA DE LAS REDES DE SALUD Y HORAS DE TRABAJO PROMEDIO POR SEMANA EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ (Miles de Personas y Horas/semana)



Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz, Secretaria municipal de finanzas (SMF)

Elaboración propia

¹²⁵ CEDLA Encuesta de Empleo en el Municipio de La Paz, Real Data.

En el segundo periodo de Economía Plural, un acumulado de 5.071 mil personas dentro la cobertura en el primer sub-periodo y el 2010 se presenta una disminución de la población beneficiada con 840 mil, para luego un repunte el siguiente año con 863 mil y llegando al máximo de 865 mil personas dentro de la cobertura el año 2012, posteriormente el mínimo se registra en el año 2015 con la cobertura de 790 mil personas.

En las horas trabajadas el período de Economía Plural, un acumulado de 288 horas trabajadas y 320 en el tercer periodo. Se registra una tendencia decreciente, a partir de las 49 horas promedió trabajadas por semana en 2006, disminuye a 47 el año 2009, luego una tendencia constante hasta llegar a un máximo del subperiodo de 48,2 horas por semana tendencia decreciente hasta llegar al mínimo de 42 horas trabajadas por semana el 2018.

En el 2009 a consecuencia de escenarios de recesión y crecimiento económico que dejan costos y mejoras sociales, al mismo tiempo que lecciones a tener en cuenta para el futuro, cobra mayor relevancia por cuanto la crisis global del sistema capitalista sigue provocando fluctuaciones en el ciclo económico que afectan en mayor o menor grado a todos los países del mundo, como aconteció en 2008 y 2014.

A partir de la Encuesta Municipal a hogares 2012, la atención a las enfermedades o accidentes que sufrieron las personas durante el 2012 fue realizada en su mayoría por un médico (79,0%) y en un 6,4% de los casos no recibió atención alguna. El macrodistrito donde la mayor cantidad de personas acude a un médico es el macrodistrito Centro (89,6%) y donde menos acuden a la atención especializada es en el área rural (66,7% en Hampaturi y 65,6% en Zongo).¹²⁶

Los lugares donde acude la gente con mayor frecuencia para tratar sus enfermedades o accidentes son los hospitales públicos o el hospital general (36,5%) lo que muestra que no se tiene la cultura o costumbre de acudir a los centros y postas de salud de primer nivel, que deberían ser los lugares de atención en primera instancia y donde acude solamente un 16% de las personas. Un 62,8% de la población estuvo enferma entre la última semana y hace tres meses atrás, lo que significa que más de 540 mil personas tuvieron problemas de salud en el municipio de La Paz. De entre las personas que enfermaron, en promedio un 52,1% fue atendida por un médico o especialistas en salud, sin embargo se puede observar que en el macrodistrito de Hampaturi, 4 de cada 10 personas

¹²⁶ Ministerio De Salud - Instituto Nacional De Estadística. 2017. Encuesta Nacional de Demográfica De Salud (ENDSA) 2016.

que se enfermaron en los últimos 3 meses recibió atención profesional.¹²⁷ En cuanto al lugar de atención de la enfermedad, un 61,8% fue atendido en un centro especializado, con diferencias considerables en el área rural.

Para explicar el incremento a partir del 2010, el 2009 se propuso “mejorar la administración del Programa de Desarrollo de Habilidades para jóvenes desempleados de bajos ingresos, incrementando su efectividad que les permita encontrar y mantener un empleo de calidad”. Se trata de una perspectiva clara de apuesta por la capacitación laboral como estrategia para la mejora de la “empleabilidad”. El programa estuvo destinado a jóvenes desempleados de familias de bajos ingresos de 18 a 24 años y 2° de secundaria aprobado en colegio fiscal. En la fase de “expansión” (2009-2010), se amplió a jóvenes de 16 a 29 años. En la fase piloto, la cobertura abarcó a las ciudades del eje central del país y luego se extendió a Pando, Oruro, Sucre, Tarija, Potosí y Ribalta, hasta alcanzar en una etapa complementaria en 2010 a regiones rurales de Potosí, La Paz y Oruro (Llallagua, Combaya, Tihuanacu, Patacamaya, Villazón, Yacuiba y Tapacarí).¹²⁸

El gasto público municipal, es a todas luces un importante generador de empleo, pero la incidencia del gasto municipal sobre el mercado de trabajo, no se restringe simplemente a la contratación de obras o servicios, ya que importantes programas de incentivo al empleo y a la producción local se han implementado durante el periodo referido, algunos de los cuales han sido replicados por otras entidades públicas y privadas; entre algunos de estos destacan, la Feria de Compras Municipales, el Premio Empresarial La Paz Líder, o el Programa de Formación Técnica Laboral para Jóvenes Bachilleres, cuya data es anterior incluso a los programas de fomento al empleo implementados por las distintas entidades municipales, y departamentales del país, así como por el Gobierno Nacional. Entonces la promoción, mejora y potenciamiento de las condiciones de trabajo de los emprendimientos nuevos y existentes es una constante para la gestión del Gobierno Municipal de La Paz, entendiendo que a través de ellos se ha de permitir la generación de empleos dignos, influyen sobre la calidad de vida de los trabajadores en el mercado local y de sus familias.¹²⁹

¹²⁷ BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID). Análisis del Sector Salud en Bolivia.

¹²⁸ SILVIA ESCÓBAR DE PABÓN BRUNO ROJAS CALLEJAS GIOVANNA HURTADO APONTE. Jóvenes y trabajo En el Municipio de La Paz Brechas y desafíos.

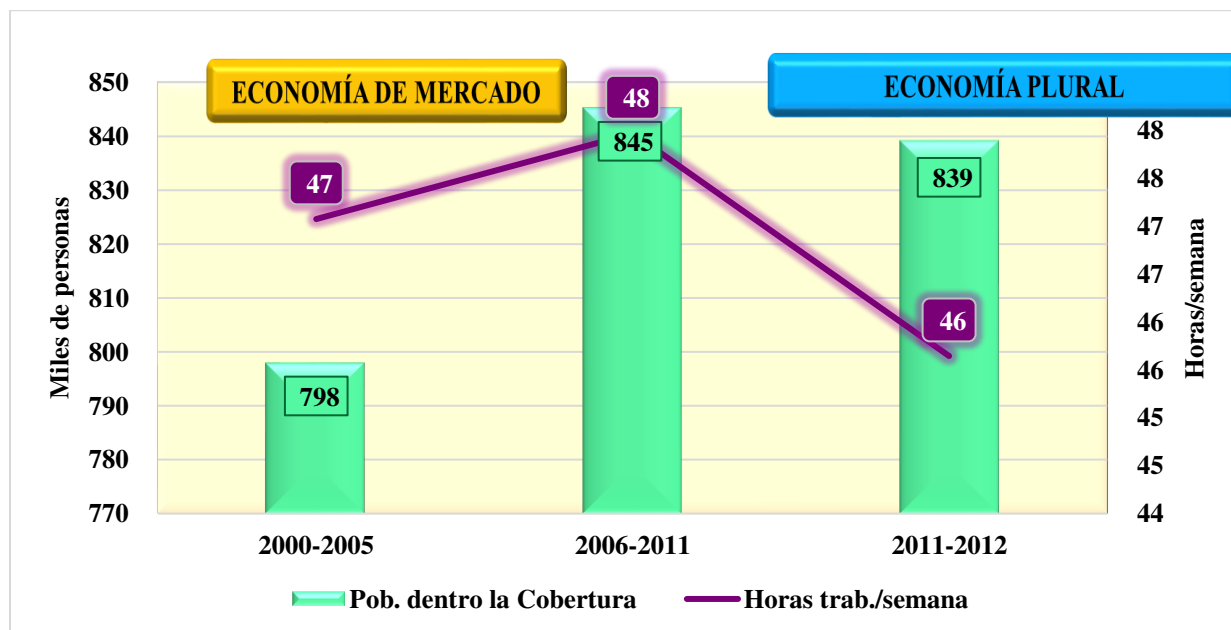
¹²⁹ GAMLP (2012). Impacto del Gasto Municipal en la Economía. La Paz, Bolivia

El 2012, se implementó el Programa de Apoyo al Empleo (PAE) en reemplazo de los programas anteriores teniendo como población prioritaria a los jóvenes de 18 a 24 años, pero esta vez ampliado a los adultos. Su objetivo es “facilitar de manera ágil, gratuita y oportuna el encuentro entre demanda y oferta laboral promoviendo la inserción de trabajadores, técnicos y profesionales en situación de desempleo, con o sin experiencia laboral, a una fuente de trabajo”¹³⁰

Para los años 2013 en adelante se explica por la Ley de juventudes las políticas “socioeconómicas”, la Ley de Juventudes determina que el nivel central del Estado y las entidades subnacionales deben generar condiciones para la inserción laboral de las/os jóvenes a través de la implementación de programas productivos. Con este propósito, deben promover fuentes de empleo para la población joven, profesional en particular, en el sector público, privado, mixto y en otros, respetando las disposiciones y normas laborales, sin discriminación; la creación de micro y pequeñas empresas, emprendimientos productivos, asociaciones juveniles y otros; el reconocimiento de las pasantías y prácticas profesionales como experiencia laboral certificada; la protección de las jóvenes madres trabajadoras y con capacidades diferentes y la inserción laboral y social de las/os jóvenes rehabilitados. Continuando con la política del “Primer empleo digno”, la ley establece que, para la inserción laboral de los jóvenes urbanos y rurales, se deben diseñar estrategias para mejorar las condiciones de empleo y de trabajo, a través de proyectos de capacitación y pasantías.

¹³⁰ SILVIA ESCÓBAR DE PABÓN BRUNO ROJAS CALLEJAS GIOVANNA HURTADO APONTE. Jóvenes y trabajo En el Municipio de La Paz Brechas y desafíos.

GRÁFICO N° 23: COMPARACIÓN PROMEDIO DE LA POBLACIÓN DENTRO LA COBERTURA DE LAS REDES DE SALUD Y HORAS DE TRABAJO PROMEDIO POR SEMANA EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ (Miles de Personas y Horas/semana)



Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz, Secretaria municipal de finanzas (SMF)

Elaboración propia

En el Primer periodo de Economía de mercado (2000-2005) se observa una población en promedio con cobertura en las redes de salud municipal a 798 mil personas, con un promedio de 47 horas trabajadas.

En el Modelo de Economía Plural en el periodo de 2006-2011 un incremento en ambas variables con una cobertura de 845 mil personas y 48 horas promedio de trabajo semanal, para el periodo 2011-2012 una reducción que llega a 836 mil personas con cobertura y 46 horas promedio trabajadas en la semana.

La Constitución Política del Estado establece que todas las personas tienen derecho a la salud, y que el Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. Sin embargo, Bolivia no tiene una ley general de salud y el sector salud funciona en base al Código de la Seguridad Social de 1956 y el Código de Salud de 1978. Los

Planes Nacionales, sectoriales y municipales deben cumplir principalmente con este mandato de cobertura universal.

El Plan de Desarrollo Municipal “La Paz 2040”, cuya proyección ha sido diseñada en línea con los planes de desarrollo nacional y departamental plantea un municipio sustentable con desarrollo humano pleno y co-responsabilidad social; productivo, impulsor de la región metropolitana autónoma que presta servicios de alta calidad el cual debe seguir impulsando el desarrollo, con nuevas estrategias para tener mejores indicadores, frente al lento avance.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



CAPÍTULO IV

4.1.CONCLUSIONES

4.1.1. Conclusión general

El estudio de investigación denominado “La Inversión Pública en Salud como factor de Desarrollo Productivo en el Municipio de La Paz”, se concluye que la Inversión Pública en salud contribuye a el Desarrollo Productivo por la relación de las variables de la inversión como la ejecución, la fuente de financiamiento y la importancia asignada a los componentes de la inversión en salud con una relación positiva respecto a las variables que explican el desarrollo productivo como lo es el PIB per cápita, la recaudación por patentes, la cobertura de las redes de salud y las horas trabajadas por semana.

La evidencia empírica sustenta que la Inversión Pública en el sector salud en el primer periodo tuvo una conducta favorable, con un financiamiento interno superior y una inversión predominante en los servicios de salud, lo que contribuyó a la conducta creciente pero con contracciones predominantes en el segundo periodo (primer sub-periodo del modelo plural), y un crecimiento más reducido. Es decir que la Inversión Pública en salud contribuye a el desarrollo productivo de una manera reducida pero directa, lo que conllevaría a reflexionar sobre la eficiencia de la Inversión Pública.

4.1.2. Conclusiones Específicas

4.1.2.1. Conclusión Específica 1

La Inversión Pública en el Sector Salud, tanto la programación como la ejecución han tenido un comportamiento creciente de casi dos veces en cada periodo, la ejecución de la Inversión Pública también presento un aumento del 74% en el primer periodo de 2000-2005, hasta llegar a el 94% en el último periodo.

La evolución de la Inversión Pública en Salud es favorable y constante con un porcentaje de ejecución cercano al 100%, existe también la prevalencia de los montos programados, de esta manera. Cumple con el paradigma teórico de Oates, que plantea que los niveles subnacionales deben cumplir con la función de la asignación de los recursos, donde un sistema descentralizado

se ocuparía más de las necesidades reales de la población y generaría mayor eficiencia del gasto. Se cumple parcialmente con las Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública.

4.1.2.2. Conclusión Específica 2

La Inversión Pública ejecutada con Fuente de financiamiento interna tiene un comportamiento creciente de Bs. 33,5 millones, que representan el 79% respecto a la Inversión total en el primer periodo llegando a 5 veces de incremento con Bs. 208 millones representando el 93%. La mayor parte de los ingresos son transferencias del TGN por el incremento de la asignación por coparticipación tributaria e IDH.

Se cumple con la teoría de W. Oates en el sentido que el financiamiento el nivel de gobierno que esté más capacitado para proveer bienes y servicios de manera más eficaz debe ser responsable de la asignación y que el sistema de financiamiento debe asegurar la provisión de recursos al nivel más cercano.

4.1.2.3. Conclusión Específica 3

La Inversión Pública en salud en el primer periodo se destina en mayor proporción en el componente de servicios de salud, con un crecimiento en el periodo de 35% representando Bs. 30 millones, mientras que la Construcción de centros de salud es el donde menos se destina los recursos. Se evidencia que en el último periodo se presenta un incremento del 317% en el componente de construcción el monto de Bs. 26 millones sigue siendo considerablemente menor a los Bs. 194 millones en Servicios de Salud.

Se cumple con las recomendaciones de la OMS y el planteamiento de Beleyer. En el que el modelo de salud debe tener un enfoque preventivo destinando mayores recursos en una atención primaria de salud con eficiencia y calidad.

4.1.2.4. Conclusión Específica 4

El PIB per cápita incrementa, en el primer periodo de 2000-2005 presenta un promedio de Bs. 6.253 con una variación del 5,98%, en el periodo 2006-2011 un promedio de Bs. 11.494 y un incremento de la variación de 12,68%, para el último periodo el PIB per cápita llega al máximo monto de Bs. 21.935 sin embargo con una reducción en la variación porcentual de 8,37%.

Lo que se interpreta, al ser el PIB per cápita un indicador de bienestar social y económico que cumple con la teoría de Romer, en el sentido en el que considera en su modelo al capital humano

y la tecnología como factor de crecimiento económico y que las políticas de desarrollo deben dar prioridad a fomentar el capital humano.

4.1.2.5. Conclusión Específica 5

Los Ingresos por recaudación de patentes tienen un comportamiento inestable pero creciente, donde en el primer periodo el monto Bs. 14.417 mil llega a Bs. 12.176 mil en el primer sub periodo de Economía Plural y en el último periodo un promedio de Bs. 36.280 mil. Lo que representa un incremento en términos nominales. Se entiende que las actividades económicas representan el aparato productivo con empresas, negocios, comercios, etc. y su aporte a la Inversión en el municipio no presentó un comportamiento estable en el segundo periodo, sin embargo existe un incremento potencial en los últimos años, mismos que son importantes para la generación de ingresos financieros para el municipio para reducir la dependencia. Se cumple con la teoría de Musgrave, quien plantea que los impuestos indirectos son más eficientes ya que no afectan la actividad sobre la que se aplica y no perjudica las decisiones de invertir o trabajar en este caso de las actividades económicas. Sin embargo se observa en la normativa de la aplicación de las patentes siguen teniendo una fuerte influencia centralizadora, ya que los municipios no tienen potestad para incrementar o rebajar dicho impuesto.

4.1.2.6. Conclusión Específica 6

La cobertura de las redes de salud del municipio, tiene un importante crecimiento desde el primer periodo en el que alcanza la cobertura a 798.051, alcanzando un incremento sustancial para el segundo periodo con la cobertura a 845.283 personas y una leve reducción llegando a 839.144 personas para el último periodo, el comportamiento de las horas trabajadas tiene una relación directa ya que en el primer periodo la variable Hora Promedio Trabajadas por semana es de 47 horas, en el segundo periodo llega a 48 y para el tercer periodo una reducción a 46 horas, lo que significa que la atención que se brinda en las redes de salud que son financiadas y administradas por el municipio con la inversión pública en salud tiene una relación con las horas trabajadas por semana como una variable de productividad del capital humano en el Municipio de La Paz.

Se cumple con la teoría de Romer, donde la inversión del gasto público en el capital humano es un determinante fundamental del crecimiento económico. En el sentido en que la Inversión en

capital humano contribuye a la productividad de las personas; y esta productividad genera mayor crecimiento.

4.2. APORTE DE LA INVESTIGACIÓN A LA MENCIÓN

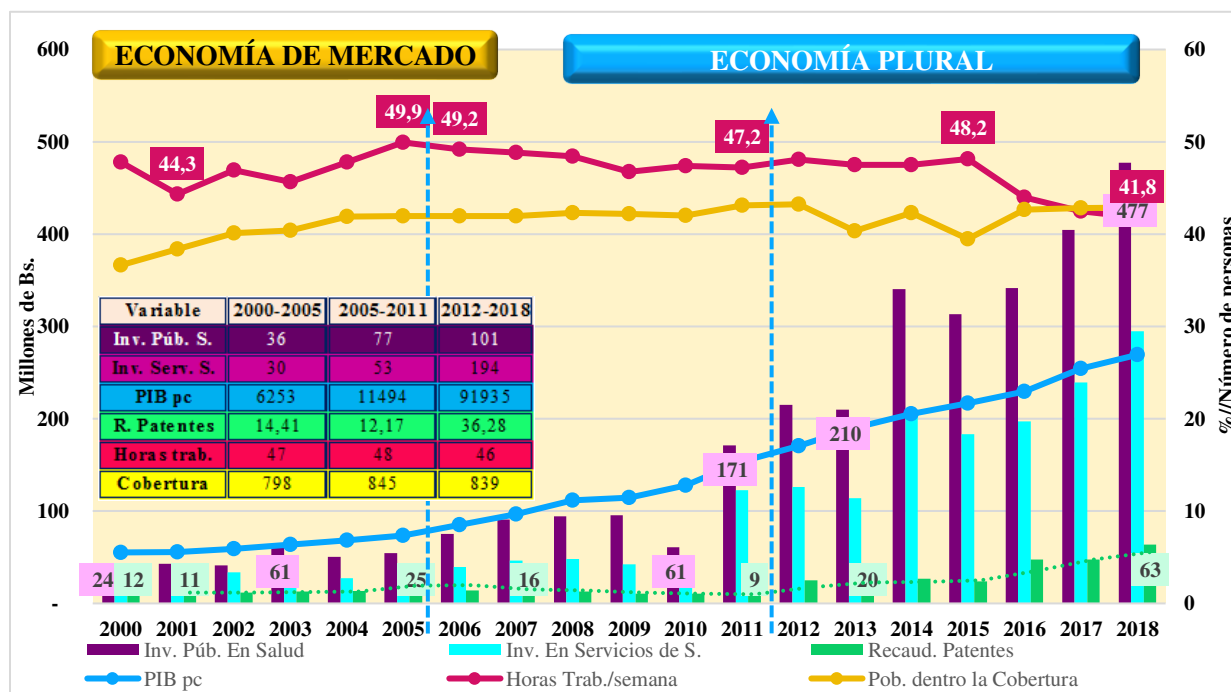
El aporte de la presente Investigación a la Mención de Desarrollo Productivo se constituye en haber interrelacionado la **Inversión Pública en el Sector Salud** como un factor de **Desarrollo Productivo**, considerando el Municipio de La Paz que es referente nacional. Se evidencia la relación directa entre la Inversión Pública en el Sector Salud en el Desarrollo Productivo. Establecido por la correlación de variables de la Inversión Pública en Salud que explican variables de Desarrollo Productivo como la evolución del PIB per cápita, la recaudación por patentes, la cobertura de las redes de salud municipal y las horas promedio de trabajo de la población.

4.3. VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Se acepta la hipótesis:

La Inversión Pública en el Sector Salud contribuye al Desarrollo Productivo del Municipio de La Paz.

GRÁFICO N° 24: COMPARACIÓN DE LA INVERSIÓN PÚBLICA EJECUTADA, RECAUDACIÓN POR PATENTES, PIB PER CÁPITA, INVERSIÓN EN SERVICIOS DE SALUD, POBLACIÓN CON COBERTURA Y HORAS DE TRABAJO PROMEDIO SEMANAL (Millones de Bs, Porcentajes y Número de Personas)



Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz – UDAPE – Secretaría Municipal de Finanzas SMF – Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo.
Elaboración propia

Se acepta la hipótesis planteada, en base al objeto de investigación, se explica las Categorías a través de las variables Económicas y se evidencia que la Inversión Pública en el Sector Salud contribuye al Desarrollo Productivo mediante la verificación que el Incremento de la Inversión Pública en salud proveniente de fuente interna, destinada principalmente en servicios de salud tiene relación reducida pero directa con las variables que explican el Desarrollo Productivo, mismas que son el PIB per cápita, el incremento de las recaudaciones por patentes y las horas de trabajo promedio.

La Inversión Pública tiene un incremento a través de todo el periodo, principalmente destinado a servicios de salud, en la relación con las variables como el PIB per cápita en un entendido de indicador socioeconómico y representa el bienestar de la población respecto al crecimiento

económico; la recaudación de patentes como indicador del comportamiento de las actividades económicas; la cobertura de las redes de salud municipal como un indicador sanitario y social; las horas promedio trabajadas por semana como un indicador de productividad tienen una relación directa que confirma la hipótesis.

Se cumple con el paradigma teórico de la Inversión Pública de Romer quien plantea que una inversión del gasto público en el capital humano es un determinante fundamental del crecimiento económico. Es decir que una la Inversión en capital humano contribuye a la productividad de las personas Debido a que la Inversión Pública en el sector salud se ha incrementado constantemente y las horas de trabajo presentan un incremento lento y no es sostenido, así como el crecimiento económico no se desenvuelve de la misma manera, como el PIB per cápita y las actividades económicas. Sin embargo por evidencia empírica y contextual la Inversión en Salud si tiene relación y contribuye al Desarrollo Productivo.

4.4. EVIDENCIA TEÓRICA

Se cumple el paradigma de Richard Musgrave, el gobierno central debe encargarse de las funciones de redistribución de la renta, estabilización de la economía y de asignación de aquellos bienes públicos que benefician a toda la población.

Cumple el paradigma teórico de Romer la salud debe tomarse como un factor fundamental en la formación del capital humano por esta razón plantea una modelo donde la salud es un bien de consumo e inversión; un bien de consumo porque aumenta la utilidad de los individuos y un bien de inversión porque aumenta la productividad del individuo en el trabajo, por lo tanto el incremento en asignación de recursos orientados a Inversión Pública no contribuye de manera significativa en la mejora del Sector Salud debido a que los resultados esperados con relación al incremento de los indicadores de salud.

No se cumple con la teoría de Robert Barro que plantea que debe existir una evolución paralela de la inversión con la recaudación de los impuestos, como se observa la evolución de la Inversión tiene una tendencia más creciente que la de la recaudación por patentes.

4.5. RECOMENDACIONES

4.5.1. Recomendaciones Específicas

4.5.1.1. Recomendación 1

Promover el cumplimiento de la programación del Presupuesto de la Inversión Pública en Salud para lograr mayor eficiencia y alcanzar objetivos visibles de acuerdo al Plan de Desarrollo Municipal, de la misma forma se debe hacer un análisis profundo en base a nuevos indicadores de las necesidades, sectores vulnerables y aspectos socioculturales, para establecer programas y proyectos que puedan ser eficientes a pesar de la disminución de recursos por la contracción económica sin precedentes que se está dando, un buen uso de los recursos en sectores sociales es clave para poder generar un desarrollo económico como se sustenta en la presente investigación.

4.5.1.2. Recomendación Específica 2

Fortalecer la estructura financiera del municipio, mediante la ampliación del universo tributario con reducciones impositivas para no incrementar la carga tributaria y de esta manera poder percibir mayores recursos propios. Mediante beneficios e incentivos para el empadronamiento de nuevos contribuyentes e identificar sectores que tengan capacidad de pago pero sean poco beneficiosas para la sociedad

4.5.1.3. Recomendación Específica 3

Incrementar la Inversión Pública asignada a los componentes de Equipamiento, Refacción y mantenimiento, debido a que existe demanda social insatisfecha en los primeros niveles de atención que son jurisdicción del municipio, al mismo tiempo se desconcentre el tercer nivel de atención de salud y mejorar la eficiencia y control en los recursos asignados en los seguros de salud.

4.5.1.4. Recomendación Específica 4

Incentivar la tasa de crecimiento del PIB per cápita mediante el apoyo económico e institucional a las diversas unidades productivas del Municipio, principalmente en el Sector terciario. Fomentar el desarrollo en las actividades productivas, emprendimientos con apoyo

logístico, para que puedan ser capaces de generar bienes y servicios que contribuyan a incrementar ingresos y financiar el crecimiento demográfico que crece constantemente.

4.5.1.5. Recomendación Específica 5

Fomentar el número de nuevos contribuyentes mediante la incorporación del sector informal a través de beneficios comerciales y de infraestructura en el Municipio de La Paz. Incentivando la creación y crecimiento de las actividades económicas productivas mediante capacitaciones, cursos, información, etc.

4.5.1.6. Recomendación Específica 6

Incrementar la cobertura y la eficiencia en la atención de las Redes de Servicios de Salud en el Municipio de La Paz, mediante una mayor asignación a equipamiento, infraestructura y personal médico especializado, para poder aumentar su capacidad y calidad en la atención.

Proteger y fomentar el capital humano, dentro las competencias gobierno autónomo municipal, enfocarse en la salud, la educación y el empleo, para que la población pueda ser productiva y promover el desarrollo económico del municipio y del país.

BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFÍA

- BOLIVIA. (19 de julio 2010). Ley N° 031. Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”. Art. 1, 89 y 91.
- BOLIVIA. (20 de julio de 1990) Ley N° 1654. Ley de Descentralización Administrativa. Art. 1, 5 y 20.
- BOLIVIA. (20 de julio de 1990). Ley N° 1178. Ley de Administración y Control Gubernamental – SAFCO. Art. 1 y 3
- BOLIVIA. (2009). Nueva Constitución Política del Estado. Art. 297, 298, 299, 300, 405, 406, 407 y 408.
- BOLIVIA. (26 de junio del 2011). Ley N° 144: Revolución Productiva Comunitaria Agropecuaria.
- BOLIVIA. (9 de febrero de 2009). Decreto Supremo N° 29894. Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional.
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y PLANIFICACIÓN. (1997). Plan General de Desarrollo Económico y Social para la gestión 1997 – 2002. BOLIVIA XXI País Socialmente Solidario.
- MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2011). El nuevo modelo económico, social, comunitario y productivo.
- MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2019). Directrices de Formulación Presupuestaria. Pág.103.
- MINISTERIO DE HACIENDA. (2003). Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública. Art. 9 y 15.
- UDAPE. (1999). Evaluación económica boliviana. Pág. 10 - 11.
- UDAPE. (2000). Evaluación económica boliviana. Pág. 5
- UDAPE. (2001). Evaluación económica boliviana. Pág. 5 – 10.
- GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE LA PAZ. “Estimación del Gasto Público Social del Gobierno Autónomo Municipal De La Paz 2003-2013”, Dirección Especial de Finanzas. La Paz, Bolivia. 2014
- OFICIALÍA MAYOR DE PLANIFICACIÓN PARA EL DESARROLLO. La Salud en el Municipio de La Paz. La Paz, 2013.

- GOBIERNO MUNICIPAL DE LA PAZ. 2009. Memoria de Gestión 2008. La Paz, Bolivia.
- GOBIERNO MUNICIPAL DE LA PAZ Y BANCO MUNDIAL. 2005. Informe del Crédito Banco Mundial-Asociación Internacional de Fomento AIF N°4365, Proyecto de Transformación de la Educación Secundaria en el Municipio de La Paz. La Paz, Bolivia.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID). 2010. Análisis del Sector Salud en Bolivia. Pág. 15.
- UDAPE. Análisis de las Políticas en Salud
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS); Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nota descriptiva N° 290, Meta N°4.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Ginebra. Ministerio de sanidad y consumo. Promoción de la Salud Glosario.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS); Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nota descriptiva N° 290, Meta N°4. Organización Mundial de la Salud Ginebra. Ministerio de sanidad y consumo. Promoción de la Salud Glosario.
- GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE LA PAZ. 2014. Memoria de Gestión 2013. La Paz, Bolivia.
- GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE LA PAZ. 2014. Plan Integral “La Paz 2040”. La Paz, Bolivia.
- GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE LA PAZ. 2012. Impacto del gasto municipal en la economía. La Paz, Bolivia.
- GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE LA PAZ. 2011. Memoria de Gestión junio 2010-junio 2011. La Paz, Bolivia.
- GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE LA PAZ. 2009. Memoria de Gestión 2008. La Paz, Bolivia.
- GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE LA PAZ. 2007. JAYMA-Plan de Desarrollo Municipal 2007-2011. La Paz, Bolivia.
- GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE LA PAZ. 2006. Memoria de Gestión 2005. La Paz, Bolivia.

- UDAPE. 2013. Séptimo informe de progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bolivia. La Paz, Bolivia. UDAPE y UNICEF. El Gasto Público Social hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La Paz, Bolivia.
- UDAPE y UNICEF. 2008. Bolivia Inversión Social en la niñez y adolescencia: Un análisis del gasto público social en niveles subnacionales. La Paz, Bolivia. UDAPE y
- UNICEF. 2006. Bolivia: Gasto Social Funcional y Gasto Social para la Niñez 2000-2004. La Paz, Bolivia.
- ROMER, PAUL M. 1989. "Increasing returns and new developments in the theory of growth", NBER Working Paper Series, N° 3098, septiembre

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO N° 1 : PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DEL MUNICIPIO DE LA PAZ; 2000-2018 (Millones de Bs.)

AÑO	TOTAL PROGRAMADO	TOTAL EJECUTADO
	(Bs.)	(Bs.)
2000	37.685.879,0	24.030.442,0
2001	56.838.139,0	42.747.477,0
2002	60.254.172,0	41.432.975,0
2003	86.087.831,0	60.651.524,0
2004	57.315.504,0	50.337.514,0
2005	68.095.967,0	54.412.706,0
2006	96.598.139,0	75.552.218,0
2007	106.115.536,0	90.752.662,0
2008	121.980.962,0	94.571.715,0
2009	136.034.852,0	95.348.794,0
2010	71.107.426,6	60.580.000,4
2011	238.179.775,9	171.415.465,7
2012	246.572.971,7	214.896.710,0
2013	243.642.549,8	210.044.694,3
2014	350.816.541,9	340.550.269,8
2015	319.996.155,8	313.145.453,1
2016	345.102.614,4	341.770.969,7
2017	418.699.685,0	404.580.222,8
2018	492.259.439,4	477.117.690,6

Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz 2018, Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo.

ANEXO N° 2: ACUMULADO DE PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DEL MUNICIPIO DE LA PAZ (Millones de Bs.)

PERIODO	PROGRAMADO	EJECUTADO
2000-2005	366	274
2006-2011	770	588
2012-2018	2417	2302

Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz 2018, Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo.

ANEXO N° 3: PROMEDIO DE PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD DEL MUNICIPIO DE LA PAZ (Millones de Bs.)

PERIODO	PROGRAMADO	EJECUTADO
2000-2005	51	36
2006-2011	105	77
2012-2018	129	101

Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz 2018, Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo.

**ANEXO N° 4: EJECUCIÓN DE LA INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD
POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO (En Millones de Bs. y Porcentajes)**

Año	Fuente Interna	Fuente Externa	% Interna
2000	15,01	5,10	74,63
2001	23,03	6,25	78,64
2002	30,02	8,40	78,13
2003	36,19	9,24	79,67
2004	49,27	6,15	88,90
2005	47,48	13,09	78,39
2006	63,75	9,42	87,12
2007	79,49	5,26	93,80
2008	86,64	4,89	94,65
2009	84,18	13,79	85,92
2010	106,47	6,49	94,25
2011	117,55	9,33	92,65
2012	157,82	1,34	99,16
2013	138,05	11,96	92,03
2014	184,38	9,23	95,23
2015	238,04	2,78	98,85
2016	205,79	27,70	88,14
2017	255,96	23,98	91,43
2018	279,49	25,17	91,74

Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz, Secretaria Municipal de finanzas (SMF)

ANEXO N° 5: ACUMULADO EJECUCIÓN DE LA INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO; 2000-2018 (En millones de Bs.)

ACUMULADO		
PERIODO	INTERNA	EXTERNA
2000-2005	201	48
2000-2005	538	49
2000-2005	1.460	102

Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz, Secretaria Municipal de finanzas (SMF)

ANEXO N° 6: ACUMULADO EJECUCION DE LA INVERSION PÚBLICA DEL SECTOR SALUD POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO; 2000-2018 (En millones de Bs.)

ACUMULADO		
PERIODO	INTERNA	EXTERNA
2000-2005	201	48
2000-2005	538	49
2000-2005	1.460	102

Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz, Secretaria Municipal de finanzas (SMF)

ANEXO N° 7: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD POR COMPONENTES DEL MUNICIPIO DE LA PAZ (Millones de Bs.)

	Ref. y Mant. de centros de Salud	Const. de centros de Salud	Servicios de Salud	Seguras de Salud
2000	7,56	0,04	12,54	10,58
2001	0,20	0,51	35,04	10,20
2002	0,33	0,22	33,43	10,67
2003	0,85	0,88	42,72	16,32
2004	0,78	2,46	27,24	21,74
2005	0,41	3,42	30,03	25,02
2006	2,03	2,73	39,63	35,59
2007	1,62	6,60	46,63	39,32
2008	1,14	8,65	48,00	46,92
2009	2,40	17,52	42,48	43,70
2010	1,50	7,17	16,77	38,74
2011	2,64	1,60	122,63	89,84
2012	4,53	36,62	126,32	62,85
2013	3,95	29,14	113,86	82,77
2014	4,22	38,34	205,54	92,74
2015	2,58	53,44	183,04	74,58
2016	2,92	7,64	197,34	133,87
2017	9,38	4,67	239,08	152,59
2018	3,74	9,71	294,79	161,41

Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz, Secretaria Municipal de finanzas (SMF)

ANEXO N° 8: ACUMULADO POR PERIODO DE LA INVERSIÓN PÚBLICA EN SALUD POR COMPONENTES EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ; 2000-2018 (En Millones de Bs.)

ACUMULADO				
	REF. Y MANT. DE CENTROS DE SALUD	CONS. DE CENTROS DE SALUD	SERVICIOS DE SALUD	SEGUROS DE SALUD
2000-2005	10,1	7,5	181,0	94,5
2006-2011	11,3	44,3	316,2	294,1
2012-2018	31,3	179,6	1.360,0	760,8

Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz, Secretaria Municipal de finanzas (SMF)

ANEXO N° 9: PROMEDIO POR PERIODO DE LA INVERSIÓN PÚBLICA EN SALUD POR COMPONENTES EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ; 2000-2018 (En Millones de Bs.)

Periodo	Ref. y Mant. de centros de Salud	Const. de centros de Salud	Servicios de Salud	Seguros de Salud
2000-2005	1.68	1.21	30.16	15.75
2006-2011	1.88	7.37	52.69	49.01
2012-2018	4.47	25.65	194.28	108.68

Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz, Secretaria Municipal de finanzas (SMF)

ANEXO N° 10: PRODUCTO INTERNO BRUTO PER CÁPITA DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 2000-2018 (En Bolivianos y Porcentaje)

AÑO	PRODUCTO INTERNO BRUTO PER CÁPITA (En bolivianos)	Var %
2000	5.523	
2001	5.539	0,29
2002	5.882	6,19
2003	6.369	8,28
2004	6.834	7,30
2005	7.371	7,85
2006	8.520	15,60
2007	9.661	13,39
2008	11.174	15,66
2009	11.436	2,34
2010	12.798	11,92
2011	15.372	20,11
2012	17.049	10,91
2013	18.996	11,42
2014	20.500	7,92
2015	21.681	5,76
2016	22.976	5,97
2017	25.414	10,61
2018	26.929	5,96

Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz, Secretaria Municipal de finanzas (SMF)

ANEXO N° 11: PROMEDIO Y ACUMULADO DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO PER CÁPITA DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ; 2000-2018 (En Bolivianos y Porcentaje)

	Acum.	Prom.	Prom % Var.
2000-2005	37.517,6	6.252,9	5,98
2006-2011	68.961,2	11.493,5	12,68
2012-2018	153.543,5	21.934,8	8,37

Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz, Secretaria Municipal de finanzas (SMF)

ANEXO N° 12: INGRESOS POR RECAUDACIÓN DE PATENTES EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ; 2000-2018 (Miles de Bs. y Porcentaje)

Año de Recaudación	Recaudación de Patentes
2000	12.164
2001	11.245
2002	11.654
2003	12.640
2004	13.472
2005	25.332
2006	14.248
2007	15.889
2008	12.713
2009	10.425
2010	10.425
2011	9.359
2012	25.234
2013	19.821
2014	26.540
2015	23.615
2016	47.654
2017	47.654
2018	63.443

Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz, Secretaria Municipal de finanzas (SMF)

ANEXO N° 13: PROMEDIO Y ACUMULADO DE INGRESOS POR RECAUDACIÓN DE PATENTES EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ; 2000-2018 (Miles de Bs. y Porcentaje)

	Promedio de Recaudación	Acumulado Recaudación
2000-2005	14.417.809	86.506.854
2006-2011	12.176.483	73.058.898
2012-2018	36.280.204	253.961.427

Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz, Secretaria Municipal de finanzas (SMF)

ANEXO N° 14: POBLACIÓN DENTRO LA COBERTURA DE LAS REDES DE SALUD Y HORAS DE TRABAJO PROMEDIO POR SEMANA EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ (MILES DE PERSONAS Y HORAS/SEMANA)

	Pob. dentro la Cobertura	Horas Trab./semana
2000	732763	47,8
2001	767454	44,3
2002	802145	46,9
2003	808403	45,7
2004	838372	47,8
2005	839169	49,9
2006	839592	49,2
2007	839716	48,8
2008	845709	48,4
2009	843957	46,7
2010	839.907	47,4
2011	862.815	47,2
2012	864.672	48,1
2013	806.290	47,5
2014	846.605	47,5
2015	789.541	48,2
2016	852.554	44,0
2017	856.884	42,5
2018	857.461	41,8

Fuente: UDAPE/INE

ANEXO N° 15: POBLACIÓN DENTRO LA COBERTURA DE LAS REDES DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ (MILES DE PERSONAS)

PERIODO	Acumulado	Promedio
2000-2005	4.788	798
2006-2011	5.072	845
2011-2012	5.874	839

Fuente: UDAPE/INE

ANEXO N° 16: PROMEDIO Y ACUMULADO HORAS DE TRABAJO PROMEDIO POR SEMANA EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ (MILES DE PERSONAS Y HORAS/SEMANA)

Pob. dentro la Cobertura	Acumulado	Promedio
2000-2005	282,4	47,1
2006-2011	287,8	48,0
2011-2012	319,5	45,6

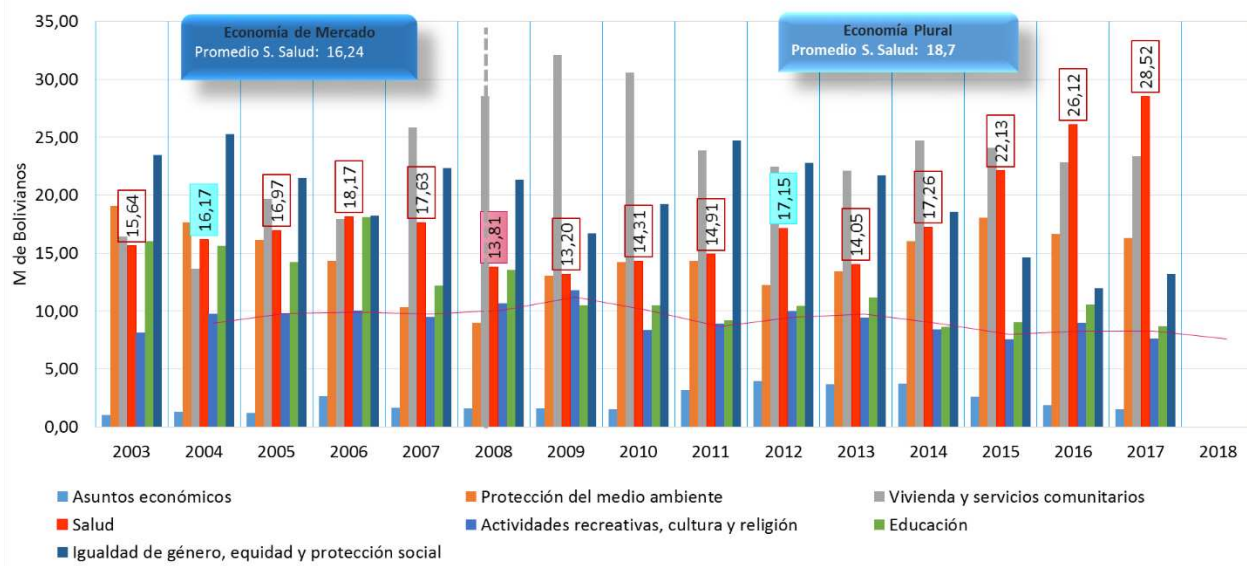
Fuente: UDAPE/INE

ANEXO N° 17: EJECUCIÓN DE LA INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO; 2000-2018 (Millones de Bs. y Porcentajes)

	FUENTE INTERNA				FUENTE EXTERNA	
	Crédito interno	Recursos específicos	Transferencias TGN	Donaciones	Crédito Externo	Donaciones
2003	0,00	23,31	12,88	0,00	0,00	9,24
2004	0,00	28,19	21,09	0,00	0,00	6,15
2005	0,00	28,24	19,25	0,00	0,00	13,09
2006	0,00	29,29	34,46	0,00	2,96	6,46
2007	0,00	33,38	46,10	0,00	2,37	2,89
2008	0,00	34,91	51,73	0,00	0,00	4,89
2009	0,00	36,93	47,25	0,00	0,00	13,79
2010	0,00	34,51	71,96	0,00	0,00	6,49
2011	0,00	42,70	74,85	0,00	0,49	8,83
2012	0,00	44,84	112,98	0,00	0,00	1,34
2013	0,00	7,78	128,84	1,43	5,32	6,64
2014	0,00	10,26	174,02	0,10	3,17	6,06
2015	0,00	29,41	202,40	6,22	0,00	2,78
2016	0,00	41,90	163,89	0,00	0,00	27,70
2017	4,43	102,62	148,90	0,00	0,00	23,98

Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz, Secretaria Municipal de finanzas (SMF)

ANEXO N° 18: ÍNDICE DE PRIORIDAD FISCAL EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ, 2000-2017 (Millones de Bs.)



Fuente: Anuario Estadístico del Municipio de La Paz, Secretaria Municipal de finanzas (SMF)

ANEXO N° 19: PLANILLA DE CONSISTENCIA METODOLÓGICA

<p>1. TÍTULO DEL TEMA</p>	<p>INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD COMO FACTOR DE DESARROLLO PRODUCTIVO DEL MUNICIPIO DE LA PAZ, EN EL PERIODO 2000-2018.</p>	
<p>2. OBJETO DE INVESTIGACIÓN</p>	<p>La contribución de la Inversión Pública en el Sector Salud al Desarrollo Productivo del Municipio de La Paz, 2000– 2018.</p>	
<p>3. PROBLEMA</p>	<p>4. OBJETIVO GENERAL</p>	<p>5. HIPÓTESIS</p>
<p>Ineficiencia de la Inversión Pública asignada al Sector Salud para el Desarrollo Productivo del Municipio de La Paz.</p>	<p>Determinar la contribución de la Inversión Pública en el Sector Salud como factor de Desarrollo Productivo del Municipio de La Paz.</p>	<p>La Inversión Pública en el Sector Salud contribuye al Desarrollo Productivo del Municipio de La Paz.</p>
<p>6. CATEGORÍAS ECONÓMICAS</p>	<p>7. VARIABLES ECONÓMICAS</p>	<p>8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p>
<p><i>C.E.1. Inversión Pública en Salud</i></p>	<p>V.E.1.1. Programación y Ejecución Presupuestaria de la Inversión Pública. V.E.1.2. Inversión Pública en Salud por Fuente de Financiamiento. V.E.1.3. Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud por Componentes.</p>	<p>O.E.1.1 Verificar el cumplimiento de la Ejecución respecto a la Programación del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud. O.E.1.2. Diferenciar la Inversión Pública Ejecutada en el Sector Salud por Fuente de Financiamiento en el Municipio de La Paz. O.E.1.3. Contrastar la importancia asignada de la Inversión Pública Ejecutada en el Sector Salud por Componentes en el Municipio de La Paz.</p>
<p><i>C.E.2. Desarrollo Productivo</i></p>	<p>V.E.2.1. PIB per Cápita Departamental. V.E.2.2. Recaudación por Patentes. V.E.2.3. Población dentro la Cobertura de las Redes de Salud y Horas de trabajo semanal</p>	<p>O.E.2.1. Establecer el comportamiento del PIB per cápita como factor de Desarrollo Productivo del Municipio de La Paz. O.E.2.2. Determinar la importancia de la Recaudación por concepto de Patentes en el Municipio de La Paz. O.E.2.3. Relacionar la Población dentro la Cobertura de las Redes de Salud y horas de trabajo semanal en el Municipio de La Paz.</p>

ANEXO N° 20: PLANILLA DE CONSISTENCIA TEÓRICA

Teoría de la Inversión Pública	
PROPUESTA	AUTOR
<p>La función de asignación (de recursos y del gasto) sería la más apropiada para un uso a nivel subnacional, mientras que las funciones de distribución y de estabilización tendrían un mejor uso a nivel nacional (federal). Los sistemas de prestación de servicios públicos pueden no ser eficientes (máxima utilidad con mínimo costo) al no tener en cuenta las diferentes preferencias de cada comunidad. En cambio, un sistema descentralizado ofrecería posibilidades de mayor eficiencia económica, al proporcionar niveles de servicios más adecuados a las preferencias de los distintos grupos de consumidores, hecho que se refuerza con la movilidad de los consumidores.</p>	<p>WALLACE OATES</p>
<p>Los gobiernos locales deben encargarse de la función de asignación de los bienes públicos que benefician a los residentes de su jurisdicción. La razón fundamental por la cual se asigna esta función a nivel local, es porque se supone que estos gobiernos, al tener mayor cercanía con los ciudadanos, pueden conocer mejor sus preferencias, por tanto tomarán decisiones más eficientes que las que podría adoptar el gobierno a nivel central, puesto que éste tendría la tendencia a uniformar los servicios públicos prestados en todas las jurisdicciones, ocasionando una pérdida del bienestar social.</p>	<p>RICHARD MUSGRAVE</p>
<p>Dados el efecto positivo del gasto público sobre la producción privada y el costo de oportunidad de su financiación vía impuestos, la tasa de gasto que maximiza el crecimiento debe ser justamente igual a la tasa impositiva y puede calcularse como la participación en el ingreso de la producción total que pueda producirse con los insumos generados por dicho gasto. Es decir, cuanto recurso se le quite a la economía, se le debe devolver en forma de recursos que redundan positivamente en la producción. A grandes rasgos, esto puede ser interpretado como que la participación del Estado en el gasto total tendería a igualar la presión tributaria generada por éste.</p>	<p>ROBERT BARRO</p>
<p>El incremento de la producción o de la inversión contribuye en la productividad de los factores. El aprendizaje de un productor podría incrementar la productividad sistémica, por medio del “spillovers” del conocimiento. Una firma que incrementa su capital físico aprende simultáneamente cómo producir eficientemente. Este efecto positivo de experiencia en productividad es denominado</p>	<p>PAUL ROMER</p>

Teoría del Sector Salud	
PROPUESTA	AUTOR
<p>Existe una mejora enorme y sin precedentes de la salud en la segunda mitad del siglo XX en 1950, la esperanza de vida en los países en desarrollo era de 40 años, para 1990 este incremento a 63 años. En 1950, 25 de cada 100 niños morían antes de su primer año de vida, para 1990 este número descendió a 10. A principios de la década de los 50, la viruela mataba más de 5 millones de personas anualmente para inicios de la década de los 90 ya había sido completamente eliminada. Por todo esto hoy en día se puede reconocer la relación de causalidad bidireccional entre la salud y el crecimiento económico puesto que promover el desarrollo comprendiendo el impacto que tiene la salud a largo plazo</p>	<p>OMS-ONU</p>
<p>El efecto de la salud sobre el PIB per cápita se explica porque la falta de salud reduce el producto interno bruto per cápita esto debido a la contracción de la productividad de la mano de obra y del tamaño relativo de la fuerza laboral. Existe un círculo de salud y pobreza que si se tiene un buen estado de salud aumenta el ingreso de varias maneras, por ejemplo se pueden tomar decisiones de gasto y ahorro diferentes durante el ciclo de vida</p>	<p>BLOOM D., CANNING D., Y JAMISON</p>
<p>Se debe invertir de forma preventiva se justifica en que desde el vientre, a los niños con mala salud no les va tan bien como a aquéllos que tienen mejor salud. La desnutrición, la exposición a la contaminación del aire y el paludismo están relacionados con un peor desempeño académico en la escuela. Los efectos perduran, de forma que los niños enfermos, al crecer, tienen peores resultados económicos en la edad adulta.</p>	<p>YAMEY G, BEYELER N, WADGE H Y JAMISON</p>

Teoría del Desarrollo	
PROPUESTA	AUTOR
<p>OECD el Desarrollo local depende crucialmente del capital humano donde son los conocimientos, habilidades, atributos físicos intelectuales que le permiten contribuir a su bienestar personal y social como al de su país.</p>	<p align="center">ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICO</p> <p align="center">OECD</p>
<p>Un indicador de Desarrollo que se toma en la investigación es la recaudación de patentes que se fundamenta en la teoría que clasifica los impuestos directos e indirectos, donde los directos son distorsionantes por que interfieren en las decisiones de los agentes en términos de su inversión y trabajo; y a los indirectos se les puede llamar también impuestos no distorsionantes porque no interfieren en las decisiones mencionadas. Un ejemplo de impuesto directo o distorsionante es el llamado Impuesto Sobre la Renta (ISR) y uno de un impuesto indirecto o no distorsionante es el Impuesto al Valor Agregado (IVA).</p>	<p align="center">RICHARD MUSGRAVE</p>
<p>El análisis de los factores económicos y sociales que influyen en los distintos grupos de la sociedad y sus oportunidades reales de desarrollo humano es esencial.</p> <p>Amartya Sen desarrollo el Índice de Desarrollo humano que contempla diversos indicadores desde los sanitarios, hasta indicadores de libertad de expresión lo que nos da un contexto más amplio de lo que significa Crecimiento y Desarrollo.</p>	<p align="center">AMARTYA SEN</p>

