

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



TESIS DE GRADO

MENCIÓN: GESTIÓN DE PROYECTOS Y PRESUPUESTOS

“LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS EN LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD EN BOLIVIA (2000-2019)”

POSTULANTE: ZUÑAGUA CORONEL, Gladys Clara.

TUTOR: LIC. GUTIERREZ CABAS, Adalid

RELATOR: LIC. LORAS ESTREMADOIRO, José Luis

LA PAZ – BOLIVIA
2022

DEDICATORIA.

A Dios por darme fortaleza para seguir adelante, por permitirme cumplir una meta importante para mí, por bendecirme con personas maravillosas que me han dado su apoyo incondicional.

A mi madre Faty Suñagua (+) por su amor, su dedicación y su apoyo incondicional en mi formación personal y académica, a mi esposo José Luis Segales (+) por su amor y haberme motivado a seguir en mi formación académica, a mi hijo Héctor Segales por su amor, comprensión y motivación.

A mis abuelos María (+) y Gregorio por sus palabras y consejos, a mis tíos Elva, Martha, Estela, Freddy, Pascual y mis primas Amelia y Regina por su apoyo y su cariño en todo momento.

AGRADECIMIENTO.

Agradezco a Dios por darme la fuerza en todo momento, a mi familia por guiarme y su apoyo incondicional.

A la Universidad Mayor de San Andrés por acogerme a lo largo de mi carrera universitaria.

Agradezco al docente tutor Lic. Adalid Gutiérrez Cabas quien guio de manera permanente la elaboración del tema de investigación. Al docente relator Lic. José Luis Loras Estremadoiro quien con sus conocimientos ayudo al enriquecimiento del presente trabajo de investigación.

A Patricia, Silvia, Lizet, Osman, Daniel, Wendy, Miriam, Erika, Nelson y Arnold por ser parte de varios momentos en la universidad y su apoyo.

ÍNDICE:

PRESENTACIÓN

RESUMEN

CAPÍTULO I.....1

1. REFERENCIA METODOLÓGICA DE INVESTIGACIÓN.2

1.1. DELIMITACIÓN DEL TEMA.2

1.1.1. Delimitación temporal.....2

1.1.2. Delimitación espacial.....3

1.1.3. Restricciones de categorías y variables económicas.....3

1.2. PLANTEAMIENTO DE OBJETO DE INVESTIGACIÓN4

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....4

1.3.1. Problematización.....4

1.3.1. Identificación del problema.....7

1.3.2. Justificación del tema de investigación.....7

1.4. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS.....9

1.4.1. Objetivo central.....9

1.4.2. Objetivos específicos.....9

1.5. PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS.....9

1.6. APLICACIÓN METODOLÓGICA.....10

1.6.1. Método de investigación.....10

1.6.2. Tipo de investigación.....10

1.6.3. Fuente de información.....11

1.6.4. Procesamiento de información.....12

1.7. FUNDAMENTO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN.....12

1.7.1. Marco conceptual y definiciones.....12

1.7.2. Marco teórico.....18

CAPÍTULO II.....26

2. ASPECTOS DE POLÍTICAS, LEGALES E INSTITUCIONALES.....27

2.3.	ASPECTOS DE POLÍTICAS	27
2.3.1.	Primer periodo 2000-2005 (modelo de economía de mercado).....	27
2.3.2.	Segundo periodo 2006-2019 (modelo de economía plural).....	31
2.4.	ASPECTOS LEGALES	33
2.4.1.	Primer periodo 2000-2005 (modelo de economía de mercado).....	33
2.4.2.	Segundo periodo 2006-2019 (modelo de economía plural).....	35
2.5.	ASPECTOS INSTITUCIONALES.....	38
2.5.1.	Ministerio de economía y finanzas públicas.	38
2.5.2.	Viceministerio de presupuesto y contabilidad fiscal.....	39
2.5.3.	Ministerio de planificación del desarrollo.....	39
2.5.4.	Viceministerio de inversión pública y financiamiento externo.....	39
2.5.5.	Ministerio de salud.....	40
2.5.6.	Viceministerio de salud y promoción	40
2.5.7.	Dirección General de Salud.	41
CAPÍTULO III.....		42
3. MARCO PRÁCTICO.....		43
3.3.	ASPECTOS GENERALES.....	43
3.3.1.	Estado Plurinacional de Bolivia	43
3.3.2.	Organización territorial.	43
3.3.3.	Población.....	44
3.4.	ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN BOLIVIA.....	44
3.4.1.	Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en Bolivia.	44
3.4.2.	Ejecución del presupuesto de inversión pública por sectores económicos en Bolivia	45
3.5.	INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD A NIVEL NACIONAL..	50
3.5.1.	Estructura de la inversión pública en Bolivia.	50

3.6.	PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD EN BOLIVIA.	51
3.7.	EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO INTERNO Y EXTERNO.	55
3.8.	EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPOS DE PROYECTOS DEL SECTOR SALUD.	59
3.9.	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN 2000-2019.	63
3.10.	MORTALIDAD INFANTIL Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD.	68
3.11.	NÚMERO DE NACIDOS CON BAJO PESO.	71
	CAPÍTULO IV	76
4.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	77
4.1.	CONCLUSIONES.	77
4.1.1.	Conclusión general.	77
4.1.2.	Conclusiones específicas.....	77
4.2.	APORTES DE LA INVESTIGACIÓN A LA MENCIÓN.....	81
4.3.	VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS.	82
4.4.	EVIDENCIA TEÓRICA.....	83
4.5.	RECOMENDACIONES.....	84
4.5.1	Recomendaciones específicas.....	84
	BIBLIOGRAFÍA	86
	ANEXOS	90

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

GRÁFICO 1: INVERSIÓN PÚBLICA 2000-2019.....	45
GRÁFICO 2: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR SECTORES ECONÓMICOS 2000-2019.....	46
GRÁFICO 3: PROGRAMACIÓN DEL PRESUPUESTO INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SOCIAL 2000-2019.....	48
GRÁFICO 4: COMPARACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN DEL PRESUPUESTO INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SOCIAL 2000-2019.	49
GRÁFICO 5: PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD 2000-2019.	52
GRÁFICO 6: COMPARACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD; 2000-2019.	54
GRÁFICO 7: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD; 2000-2019	57
GRÁFICO 8: COMPARACIÓN PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO EN EL SECTOR SALUD 2000-2019.....	58
GRÁFICO 9: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO EN EL SECTOR SALUD; 2000-2019	61
GRÁFICO 10: COMPARACIÓN PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO EN EL SECTOR SALUD; 2000-2019.....	62

GRÁFICO 11: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN 2000-2019	66
GRÁFICO 12: COMPARACIÓN PROMEDIO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN DE BOLIVIA; 2000-2019.....	67
GRÁFICO 13: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD; 2000-2019.	69
GRÁFICO 14: COMPARACIÓN PROMEDIO DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD; 2000-2019.....	70
GRÁFICO 15: NACIDOS CON BAJO PESO; 2000-2019.	73
GRÁFICO 16: COMPARACIÓN PROMEDIO DE NACIDOS CON BAJO PESO; 2000-2019.	74

ÍNDICE DE ESQUEMAS:

ESQUEMA 1: ETAPAS DEL CICLO DE VIDA DEL PROYECTO - HERMANOS SAPAG CHAIN	21
ESQUEMA 2: PROCESOS DEL PROYECTO – MOKATE	22
ESQUEMA 3: FASES DEL CICLO DE VIDA DEL PROYECTO – SNIP.....	23

ÍNDICE DE CUADROS:

CUADRO 1: ESTRUCTURA SECTORIAL SEGÚN CLASIFICADOR	50
CUADRO 2: ESTRUCTURA DEL SECTOR SALUD SEGÚN CLASIFICADOR.....	59

ÍNDICE DE ANEXOS:

ANEXO 1: TABLA N° 1: INVERSIÓN PÚBLICA 2000-2019	i
ANEXO 2: TABLA N° 1.1.: ACUMULADO DE LA INVERSIÓN PÚBLICA.....	i
ANEXO 3: TABLA N° 2: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR SECTORES ECONÓMICOS 2000-2019	ii
ANEXO 4: TABLA N° 3: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SOCIAL 2000-2019.....	iii
ANEXO 5: TABLA N° 3.1.: ACUMULADO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SOCIAL 2000-2019.....	iii

ANEXO 6: TABLA N° 4: PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD 2000-2019.iv	iv
ANEXO 7: TABLA N° 4.1.: ACUMULADO DE LA PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD 2000-2019iv	iv
ANEXO 8: TABLA N° 5: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD;v	v
ANEXO 9: TABLA N°5.1.: COMPARACIÓN PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO EN EL SECTOR SALUD 2000-2019.....v	v
ANEXO 10: TABLA N°6: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO EN EL SECTOR SALUD; 2000-2019vi	vi
ANEXO 11: TABLA N° 6.1.: COMPARACIÓN PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO EN EL SECTOR SALUD; 2000-2019.....vi	vi
ANEXO 12: TABLA N° 7: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN; 2000-2019.....vii	vii
ANEXO 13: TABLA N° 7.1.: PROMEDIO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN EN BOLIVIA; 2000-2019..... viii	viii
ANEXO 14: TABLA N° 7.2: PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN EN BOLIVIA; 2000-2019. viii	viii

ANEXO 15: TABLA N° 8: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD;	ix
ANEXO 16: TABLA N° 8.1: COMPARACIÓN PROMEDIO DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD; 2000-2019.....	ix
ANEXO 17: TABLA N° 9: NACIDOS CON BAJO PESO; 2000-2019.....	x
ANEXO 18: TABLA N° 9.1: COMPARACIÓN PROMEDIO DE NACIDOS CON BAJO PESO; 2000-2019.....	x
ANEXO 19: TABLA N° 10: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE TERCER NIVEL	xi
ANEXO 20: TABLA N° 10.1: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE SEGUNDO NIVEL.....	xii
ANEXO 21: PLANILLA DE CONSISTENCIA METODOLÓGICA	xi
ANEXO 22: PLANILLA DE CONSISTENCIA MARCO TEÓRICA.	xii
ANEXO 23: PLANILLA DE CONSISTENCIAS POLÍTICAS.	xiv
ANEXO 24: PLANILLA DE CONSISTENCIAS NORMATIVAS	xv

PRESENTACIÓN

La presente investigación corresponde a la Mención de Gestión de Proyectos y Presupuestos, bajo la modalidad de Tesis de Grado. Título: La asignación de recursos en el presupuesto de inversión pública del sector salud en Bolivia durante el periodo de 2000 al 2019, con objetivo de analizar la asignación y ejecución de los recursos en los proyectos de inversión pública del sector salud en Bolivia por medio de un análisis estadístico.

El estudio de la presente investigación se presenta en cuatro capítulos:

CAPÍTULO I. Presenta la “Referencia Metodológica del tema de Investigación” e inicia con la delimitación temporal y espacial, se especifica las categorías y variables económicas, se plantea e identifica problema, objetivos, hipótesis y la aplicación metodológica de investigación, además de aspectos conceptuales y fundamentos teóricos.

CAPÍTULO II. Presenta el “Marco de Políticas, Normas e Instituciones” referente al trabajo de investigación, aspectos referentes al sector público y al presupuesto de inversión pública a políticas implementadas en temas de asignación y distribución del presupuesto de inversión pública al sector salud.

CAPÍTULO III. Desarrolla los “Factores Determinantes y Condicionantes del tema de Investigación”, por medio de la descripción, explicación y haciendo una comparación entre ambos periodos de estudio Modelo Económico de Mercado (2000-2005) y Modelo de Economía Plural (2006-2019), a través de datos estadísticos.

CAPÍTULO IV. Desarrolla las “Conclusiones y Recomendaciones”, de la investigación además presenta el aporte de la investigación a la mención de Gestión de Proyectos y Presupuesto, se verifica la hipótesis y se realiza las respectivas recomendaciones.

RESUMEN

La presente investigación se desarrolla en la Mención de Gestión de Proyectos y Presupuestos, está dirigido a explicar la asignación y ejecución de los proyectos del Presupuesto de Inversión Pública en el Sector Salud en Bolivia, que comprende los años de 2000-2019. Identifica el problema que la asignación de recursos en los proyectos de inversión pública del sector salud en Bolivia son inadecuadamente ejecutados; el objetivo general es analizar la asignación y ejecución de los recursos en los proyectos de inversión pública del sector salud en Bolivia; la hipótesis es que la ejecución de los recursos asignados a proyectos de inversión pública no contribuye significativamente en la mejora del sector salud en Bolivia.

Los recursos que se le asigna al Sector Salud son muy importantes para el bienestar de la población de Bolivia mostrando lo esenciales que son los financiamientos de recursos internos, así como externos, la inadecuada ejecución de los recursos asignados a los diferentes proyectos del Sector Salud.

El trabajo de investigación se realizó en base a información de fuentes secundaria de acuerdo a documentos, datos estadísticos y teorías que ayuda en el desarrollo de la interpretación del comportamiento de las variables económicas dentro de eso los aspectos teóricos señalan la importante intervención del Estado en la Economía.



CAPÍTULO I

REFERENCIA METODOLÓGICA DE LA INVESTIGACIÓN



CAPÍTULO I

1. REFERENCIA METODOLÓGICA DE INVESTIGACIÓN.

1.1. DELIMITACIÓN DEL TEMA.

1.1.1. Delimitación temporal.

La investigación comprende el periodo de 2000-2019, dividido en dos periodos, explicando el desempeño del presupuesto de proyectos de inversión pública del sector salud.

1.1.1.1. Primer periodo 2000-2005 (modelo de economía de mercado).

El modelo de economía de mercado, se caracteriza por:

Considerar al mercado como el mejor y el más eficiente mecanismo para la administración, asignación y distribución de recursos en la economía. El modelo económico presenta mayor privatización de empresas estatales, efectuando una distribución inequitativa de recursos¹.

Concentración de ingreso y generación de sectores excluidos de la sociedad. Se genera una dependencia del ahorro externo para la inversión, mayor endeudamiento y déficit fiscal².

El año de 1998 inicia el programa Seguro Básico de Salud con el objetivo de mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud.

El año 2003 se pone en vigencia la Ley N° 2426 del Seguro Universal Materno Infantil con carácter integral y gratuito para otorgar servicio de salud en los niveles de atención en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

¹ CATACTORA A. (2015). *El modelo económico social comunitario productivo. Economía plural*. Pág.6

² MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2011). *Economía plural*. Pág. 11

1.1.1.2. Segundo periodo 2006-2019 (modelo de economía plural).

En el modelo de economía plural, el estado interviene en la economía de manera muy significativa³:

- El estado interviene para corregir las fallas de mercado.
- El estado es responsable de la provisión de los servicios públicos.

1.1.2. Delimitación espacial.

La presente investigación tiene un espacio geográfico en el estado Plurinacional de Bolivia con una superficie de 1.098.581 km², una población de 11.513.100 de habitantes, 9 departamentos, 112 provincias y 340 municipios.

1.1.3. Restricciones de categorías y variables económicas

1.1.3.1. Categorías económicas

C.E.1. Presupuesto de inversión pública.

C.E.2. Sector salud.

1.1.3.2. Variables económicas

V.E.1.1. Programación y ejecución del presupuesto de inversión pública en el sector salud.

V.E.1.2. Ejecución del presupuesto de inversión pública por tipo de financiamiento en el sector salud.

V.E.1.3. Ejecución del presupuesto de inversión pública por tipo de proyectos en el sector salud.

V.E.2.1. Número de establecimientos de salud por nivel de atención.

V.E.2.2. Tasa de mortalidad infantil y ejecución del presupuesto de inversión pública en el sector salud.

³ EL PLURINACIONAL. (2011). *Desafíos políticos para una economía plural*. Pág. 6-7

V.E.2.3. Número de nacidos con bajo peso.

1.2. PLANTEAMIENTO DE OBJETO DE INVESTIGACIÓN

El objeto de la presente investigación es:

“La contribución de la asignación de los recursos en la ejecución de proyectos del presupuesto de inversión pública del sector salud en Bolivia”.

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.3.1. Problematización.

El tema de investigación presenta dos categorías económicas.

1.3.1.1. Categorías económicas

1.3.1.1.1. Presupuesto de inversión pública.

Responde al programa de inversión pública del país con el mismo que se quiere alcanzar metas y objetivos trazados para satisfacer las necesidades de la población en el caso del sector salud en la mejora de calidad en servicios de salud.

1.3.1.1.2. Sector salud.

La salud pública es un concepto social político destinado a proteger y cuidar 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 sanitaria⁴

La promoción de la salud es la estrategia central donde el equipo de salud se integra con la sociedad, se realiza mediante la intervención coordinada entre la población con los sectores involucrados para vivir bien.⁵

⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Ministerio de sanidad y consumo de la salud, promoción de la salud.*

⁵ MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. (2013). *Salud familiar comunitaria intercultural “Documento técnico – estratégico”*. Pág. 23.

1.3.1.2. Variables económicas.

1.3.1.2.1. Programación y ejecución del presupuesto de inversión pública en el sector salud.

El presupuesto de inversión pública programado es una previsión y autorización del dinero que ingresa y cómo se debe gastar. En la salud es destinado para proyectos de mejoramiento en las condiciones de servicio para la población⁶.

El presupuesto de inversión pública ejecutado muestra cuánto dinero ingresó y se gastó efectivamente respecto al presupuesto programado. La ejecución de la inversión pública tiene la finalidad de satisfacer necesidades con énfasis en los indicadores de salud.

1.3.1.2.2. Ejecución del presupuesto de inversión pública por tipo de financiamiento en el sector salud.

Las fuentes de financiamiento provienen de recursos del Tesoro General de la Nación (TGN), recursos específicos y recursos externos todos estos son importantes para los proyectos del presupuesto de inversión pública porque aseguran su ejecución.

1.3.1.2.3. Ejecución del presupuesto de inversión pública por tipo de proyecto en el sector salud.

Esta refleja el nivel de ejecución del 61% que se obtuvo en los proyectos de infraestructura durante el segundo periodo de estudio.

En los tipos de proyectos de promoción y prevención se observa una baja ejecución del 8% junto los demás tipos de proyectos.

1.3.1.2.4. Número de establecimientos de salud por nivel de atención.

Los recursos destinados a la salud tienen la responsabilidad de proporcionar una adecuada atención en los diferentes establecimientos de salud, la mayoría de ellos no cuenta con la infraestructura básica y necesaria pues son insuficientes.

⁶ MARCO LEGAL PARA LA GESTIÓN EN SALUD, *Presupuesto, conceptos y rubros.*

Una gran parte de la población del área rural y periferias no cuenta con acceso a los servicios de salud y si los cuentan tienen una cobertura muy limitada de atención.⁷

Los niveles de atención son un conjunto de Establecimiento de Salud que de acuerdo a su capacidad resolutive se clasifica en: primer nivel, segundo nivel y tercer nivel.⁸

1.3.1.2.5. Tasa de mortalidad infantil y ejecución del presupuesto de inversión pública en el sector salud.

La tasa de mortalidad infantil es un indicador fundamental de la situación de salud de las niñas y niños, que reflejan además, las condiciones sociales, económicas y ambientales de un país.

La tasa de mortalidad infantil es un indicador fundamental de la situación de salud de las niñas y niños, que reflejan además, las condiciones sociales, económicas y ambientales de un país.⁹

1.3.1.2.6. Número de nacidos con bajo peso.

El número de nacidos con bajo peso es fundamental para el análisis del sector salud por ser un indicador preventivo de la mortalidad infantil. La desnutrición inicia durante la gestación dando como producto a un nacido con bajo peso lo cual puede desencadenar una muerte e incrementar la tasa de mortalidad infantil.

⁷ NORMA NACIONAL DE CARACTERIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, *La salud un derecho para vivir bien*. Pág. 21.

⁸ NORMA NACIONAL DE CARACTERIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. (2013). *La salud es un derecho para vivir bien*. Pág. 21.

⁹ UDAPE, (2018). *La mortalidad infantil y la niñez en Bolivia*. Pág. 9.

1.3.1. Identificación del problema.

El problema central de la presente investigación es:

LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS EN LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD EN BOLIVIA SON INADECUADAMENTE EJECUTADOS.

1.3.2. Justificación del tema de investigación.

Las principales razones de la investigación son estudiar la ineficiente ejecución de los recursos asignados en el presupuesto de inversión en el sector salud.

Además de identificar la rama más afectada en el sector salud por esta ineficiencia.

1.3.2.1. Justificación económica

Las distintas necesidades insatisfechas de la población requieren de una mejora en la calidad de la inversión pública.

La salud incide en el crecimiento económico a través de los rendimientos laborales, la relación de costo de mantenerse en buena salud con sus beneficios, los costos de atención de las enfermedades, los costos de los días laborales periodos por enfermedad o accidente¹⁰.

La presente investigación trata de la ejecución de los recursos asignados en Bolivia en el proceso de la gestión pública, por tanto, está dirigido a la mejora del país con la realización de proyectos eficientes y necesarios; y de esta manera mejorar las condiciones de vida de la población.

¹⁰ MORALES R. (2012). *El desarrollo visto desde el SUR. La Paz-Bolivia*. INESAD. Pág. 81-83

1.3.2.2. Justificación teórica

La intervención del estado en el presupuesto de inversión pública debe tomarse como un factor fundamental en mejorar el sector salud¹¹

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

1.3.2.3. Justificación social

La relevancia de los proyectos de inversión pública en la población, se refleja mediante la satisfacción de necesidades así mejorando la calidad de vida. La salud ayuda al crecimiento económico reordena las ideas que justifican el gasto en materia de salud y se fundamenta en argumentos humanitarios y equidad, es claro que la mejor salud contribuye al desarrollo de la población¹².

1.3.2.4. Justificación de la mención.

La mención de gestión de proyectos y presupuesto, se relaciona con el presupuesto de inversión pública por medio de la asignación y distribución de recursos para la ejecución de proyectos de inversión pública, como el ciclo de vida de los proyectos la asignación de recursos por sectores, primero, segundo y tercer nivel de servicios de atención de salud para satisfacer las necesidades de la población.

¹¹ CISTERNA A. *Economía de la salud características económicas de la salud, análisis económico-sanitario. El mercado de los servicios sanitarios* Pág. 2.

¹² GRETCHEN FLORES S. *La salud como factor de crecimiento económico.* Pág. 4.

1.4. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS.

1.4.1. Objetivo general.

Analizar la asignación y ejecución de los recursos en los proyectos de inversión pública del sector salud en Bolivia (2000-2019).

1.4.2. Objetivos específicos.

- ✓ **O.E.1.1.** Comparar el presupuesto de inversión pública programado y ejecutado del sector salud en Bolivia.
- ✓ **O.E.1.2.** Diferenciar la contribución por tipo de inversión de la ejecución del presupuesto de inversión pública del sector salud.
- ✓ **O.E.1.3.** Identificar la ejecución del presupuesto de inversión pública por tipo de proyectos en el sector salud.
- ✓ **O.E.2.1.** Verificar la evolución del número de establecimientos de salud por nivel de atención.
- ✓ **O.E.2.2.** Establecer la relevancia de la tasa de mortalidad infantil y ejecución del presupuesto de inversión pública en el sector salud.
- ✓ **O.E. 2.3.** Determinar el número y porcentajes de nacidos con bajo peso.

1.5. PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS.

“La ejecución de los recursos asignados a proyectos de inversión pública no contribuye significativamente en la mejora del sector salud en Bolivia”.

1.6. APLICACIÓN METODOLÓGICA.

1.6.1. Método de investigación

El método de investigación utilizado es el método deductivo, se basa en el razonamiento de un aspecto general para concretarse en lo particular, permitiendo deducir nuevos conocimientos de un fenómeno en particular”¹³.

La investigación se fundamenta en “un proceso de razonamiento a partir de premisas generales a resultados específicos o conclusiones”¹⁴ Se parte de lo general con dos categorías económicas: el presupuesto de inversión pública y el sector salud para luego llegar a lo particular con las variables económicas.

1.6.2. Tipo de investigación

El tipo de investigación que se utiliza en el presente estudio es el enfoque cuantitativo – descriptivo, usa la recolección de datos para probar la hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías¹⁵. Con el estudio cuantitativo se pretende explicar los fenómenos del presupuesto de inversión pública del sector salud.

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga.¹⁶

¹³ HERNÁNDEZ R y FERNANDEZ C. (2010). *Metodología investigación 5ta Ed, Mc Graw-Hill México*. Pág. 5-6.

¹⁴ MENDOZA M. (2000) *Cómo investigan los economistas. Guía para elaborar y desarrollar un proyecto investigación*

¹⁵ IBID 4, Pág. 5.

¹⁶ HERNANDEZ SAMPIERI (1997). *Procesos de investigación, 2º Capítulo México*. Pág. 14.

También, emplea el “diseño de investigación longitudinal para comprobar datos” de dos periodos de tiempo, economía de mercado (2000-2005) y economía plural (2006-2019). Tal procedimiento permite además realizar deducciones de carácter descriptivo y explicativo, la investigación “se centra en describir situaciones y especificar propiedades importantes sobre el objeto de estudio”¹⁷, manifiesta las condiciones y relación de variables económicas.

1.6.3. Fuente de información

Para la presente investigación las fuentes de información contempladas son secundarias, como ser:

- Información documental, como ser revistas, artículos digitales, periódicos, boletines y memorias.
- Información teórica, como ser revisión de libros relacionados con las teorías del sector público.
- Información estadística, para poder explicar el comportamiento de las categorías y variables económicas mediante gráficos y tablas.

La información es recabada en las siguientes instituciones:

- Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP)
- Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo
- Ministerio de Salud y Deportes
- Fundación Jubileo
- INESAD
- UDAPE
- Banco Central de Bolivia

¹⁷ INSTITUTO DE INVESTIGACION, CONSULTORIA. (2012). *Guía metodológica para la elaboración de tesis de grado*. Pág. 38.

1.6.4. Procesamiento de información

En la presente investigación con la recopilación de información documental y estadística se realizará el procesamiento de datos mediante tablas, cuadros estadísticos, gráficas para explicar el comportamiento de las categorías y variables económicas.

1.7. FUNDAMENTO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN.

1.7.1. Marco conceptual y definiciones.

- **Inversión.**¹⁸

Es el uso y la aplicación de recursos destinados a crear, ampliar, mejorar, mantener, y/o recuperar las capacidades económicas, sociales, ambientales y culturales.

- **Inversión pública.**¹⁹

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.

- **Proyecto.**²⁰

Un proyecto es, ni más ni menos, la búsqueda de una solución inteligente al planteamiento de un problema pendiente a resolver, entre tantos, una necesidad humana. Cualquiera que sea la idea que se pretende implementar, la inversión la metodología o la tecnología por aplicar, ello conlleva necesariamente la búsqueda de proposiciones coherentes destinadas a resolver las necesidades de la persona humana.

¹⁸ MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2010). *Glosario de conceptos y definiciones*. Pág. 7.

¹⁹ MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN, *sistema nacional de inversión pública del ministerio de planificación del desarrollo*. Art. 9. Cap.1.

²⁰ SAPAG CHAIN N. y SAPAG CHAIN R. (2008) *Preparación y evaluación de proyectos*. 5ta ed. Pág. 2.

- **Proyecto de inversión** ²¹

Un paquete discreto de inversión, insumos y actividades; para lograr beneficios en términos de producción; mejorando la calidad de vida de un grupo de beneficiarios dentro de un determinado periodo de tiempo.

- **Proyecto de inversión pública** ²²

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

- **Gestión de proyectos.**²³

La gestión de proyectos es la aplicación de conocimientos, habilidades, herramientas y técnicas a las actividades de un proyecto para satisfacer los requisitos del proyecto.

Consiste en reunir varias ideas para llevarlas a cabo, y es un emprendimiento que tiene lugar durante un tiempo limitado, y que apunta a lograr un resultado único. Surge como respuesta a una necesidad, acorde con la visión de la organización, aunque esta puede desviarse en función del interés.

- **Presupuesto.** ²⁴

El presupuesto es el registro de ingresos estimados y gastos comprometidos que permite a la economía estatal disponer de un instrumento de gestión fiscal de planificación, operación y ejecución, para la implementación de medidas de políticas públicas con el

²¹ MOKATE K. (2004). *Evaluación financiera de proyectos de inversión: el proyecto de inversión y el ciclo del proyecto*. 2° ed. Pág. 1-3.

²² MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. (2012). *Reglamento específico del sistema nacional de inversión pública*. Pág. 6.

²³ MOKATE KAREN. (2004) “*Evaluación financiera de proyectos de inversión*”. 2° ed. Pág. 13.

²⁴ TICONA GARCIA, R. (2013). *El proceso de las reformas económicas en el ciclo de los proyectos de inversión pública del sector público*. *El economista*. Pág. 3-6.

propósito de producir bienes y servicios, y satisfacer necesidades de la población en la búsqueda del bienestar del conjunto de la economía y sociedad.

Un presupuesto muestra los gastos que el gobierno planea en sus programas y los ingresos que espera en un año dado. El presupuesto suele contener una lista de programas específicos así como las fuentes de ingreso.²⁵

- **Presupuesto de inversión pública.**²⁶

El presupuesto de inversión pública es el conjunto de recursos asignados para la realización de los proyectos de programa de inversión pública, que deben ser incorporados en el presupuesto institucional del MPD y en el PGE para cada gestión fiscal. Forman parte del presupuesto de inversión pública de MPD aquellos proyectos que cuenten con financiamiento asegurado.

- **Presupuesto programado.**²⁷

Es una actividad planeada del estado, por medio del presupuesto se prevé ingresos y gastos, que son para un año.

- **Presupuesto ejecutado.**²⁸

El presupuesto ejecutado, comprende la captación de recursos y la realización de desembolsos o pagos al presupuesto aprobado de acuerdo a las necesidades del sector y/o proyecto, los cuales serán sujetos a las regulaciones de normas legales que correspondan.

²⁵ SAMUELSON P. y NORDHAUS W. (2010) *Economía con aplicaciones a Latinoamérica*. Ed 19. Pág. 655.

²⁶ MINISTERIO DE HACIENDA (2003). *Normas básicas del sistema nacional de inversión pública*. Pág. 3.

²⁷ DUVERGER M. (1960). *Instituciones financieras*. Pág. 40.

²⁸ MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DE DESARROLLO. (2005). *Normas básicas del sistema de presupuesto*. Pág. 9. Art.25.

- **Fuentes de financiamiento.**

Se identifican las siguientes fuentes de financiamiento para los proyectos de inversión pública:

- a) Recursos del Tesoro General del Estado: son los recursos administrativos por el gobierno central que se asignan al MPD para financiar el presupuesto de inversión pública, de conformidad a normas emitidas anualmente por órgano rector para su incorporación en el PGE.
- b) Recursos específicos: son los recursos que se perciben y administran directamente por el MPD y se utilizan para financiar su presupuesto de inversión pública y que deben ser incorporados en el PGE.
- c) Recursos de contravalor: son los recursos provenientes de donaciones y/o créditos concesionales, que el estado recibe como producto de convenios entre el estado Plurinacional y los países cooperantes.
- d) Recursos externos: son recursos que el órgano rector de inversión pública contrata del Organismo Financieros Multilaterales, Agencias de Cooperación Internacional y Gobiernos, mediante convenios de crédito o donación, y que se transfieren al Ministerio de Planificación del Desarrollo para financiar el programa de inversión pública, de conformidad a los procedimientos establecidos en el presente reglamento, las normas básicas, sus reglamentos y lo establecido en los respectivos convenios de financiamiento.

- **Programa.**²⁹

Los programas son instrumentos que permiten guiar, ordenar y clasificar el conjunto de proyectos que emergen de los procesos de planificación según afinidad de áreas de desarrollo.

²⁹ VICEMINISTERIO DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD FISCAL. (2010). *Glosario de conceptos y definiciones*. Pág. 75-79.

- **Programa de inversión pública.**³⁰

El programa de inversión pública está conformado por el presupuesto de inversión pública que comprende proyectos financiados, y el programa de requerimiento de financiamiento. El programa de Inversión Pública puede ser organizado en forma sectorial, regional o institucional, y su horizonte de duración es plurianual y depende de la duración de los proyectos que lo conforman.

- **Salud**

La salud es una condición indispensable para el desarrollo humano y un medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo.³¹

La salud es un bien escaso cuya obtención y mantenimiento exige trabajo y dinero, logra implicar satisfacer necesidades expresadas en forma de demanda, más el costo de oportunidad que encierra renunciar a otros bienes.³²

- **Establecimientos de salud.**

Es la unidad operativa básica de la red funcional de servicios de salud, responsable de otorgar atención integral intercultural en cuanto a promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento de la enfermedad y recuperación de la salud, logrando de esta manera la satisfacción de la persona, familia, comunidad y equipo de salud, incorporando la gestión participativa y control social.³³

³⁰ MINISTERIO DE HACIENDA. (2003). *Normas básicas del sistema nacional de inversión pública*. Pág. 3.Art 11.

³¹ GIESECKE R. (2011). *Salud guía para la formulación de proyectos de inversión exitosos*. Pág.7

³² CARDENAS J. y BALY A. (2009). *El sector público en la economía*. Pág. 359-365.

³³ MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. (2013) *Normas nacional de caracterización de establecimientos de salud de primer nivel*. Pág. 21.

- **Niveles de atención en salud.** ³⁴

Los niveles de atención se definen por su capacidad técnica e instalada, son responsables de la solución de los problemas de salud y deben trabajar de manera coordinada, complementaria y corresponsable, se reconoce tres niveles de atención, según su capacidad resolutive, descritos en la Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud.

Los niveles de atención son un conjunto de establecimientos de salud que de acuerdo a su capacidad resolutive, se clasifican en: primer nivel, segundo nivel y tercer nivel.

- **Primer nivel de atención en salud.** ³⁵

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

- **Segundo nivel de atención en salud.** ³⁶

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

³⁴ MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. (2013). *Normas nacional de caracterización de establecimientos de salud de primer nivel*. Pág. 21.

³⁵ MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. (2013) *Normas nacional de caracterización de establecimientos de salud de primer nivel*. Pág. 22.

³⁶ MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. (2013) *Normas nacional de caracterización de establecimientos de salud de primer nivel*. Pág. 22.

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

- **Tercer nivel de atención en salud.**³⁷

Es la instancia de referencia de los establecimientos de primer nivel de atención en el ámbito de su red funcional de servicios, su misión es la de resolver problemas de salud de la persona, familia y comunidad, ofrece servicios ambulatorios y de hospitalización en especialidades, subespecialidades, apoyo diagnóstico y tratamiento, funciones de docencia asistencial e investigación, cuenta con recursos humanos, equipamiento, medicamentos, insumos, estructura física, medios de transporte y comunicación que le permite prestar servicios de manera ininterrumpida. Aplica atención integral intercultural y la gestión participativa y control social en salud, se articula con el primer y segundo nivel y la medicina tradicional, mediante el componente de referencia y contrarreferencia.

1.7.2. Marco teórico.

1.7.2.1. Teorías del sector público.

i. Funciones del estado

Es importante el hecho de que el mecanismo de mercado por sí solo no puede realizar todas las funciones económicas. La política pública es necesaria para: guiar, corregir y complementar al mercado en algunos aspectos.³⁸

Musgrave determina que son tres las funciones que el Estado debe desarrollar:

- La función de asignación, es la provisión de bienes sociales o el proceso por el que el uso total de los recursos se divide entre bienes privados y sociales, y por el que se elige la combinación de bienes sociales.

³⁷ MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. (2013) *Normas nacional de caracterización de establecimientos de salud de primer nivel*. Pág. 22.

³⁸ MUSGRAVE RICHARD A, (1999). *Hacienda pública y aplicada. Capítulo 1. Las funciones fiscales*. Ed. 5. Pág. 6.

- La función de distribución, es el ajuste de la distribución de la renta y la riqueza para asegurar su adecuación a lo que la sociedad considera un estado equitativo o justo de distribución.
- La función de estabilización con el objeto de utilizar la política presupuestaria como un medio de mantener un alto nivel de empleo, un grado razonable de estabilidad de los precios y una tasa apropiada de crecimiento económico que considere los efectos sobre el comercio internacional y la balanza de pagos.

*ii. Acciones del estado.*³⁹

Según Ricardo Cibotti y Enrique Sierra, sobre las acciones del estado por un lado, estarían las regulaciones, por otro las actividades públicas de producción de bienes y servicios.

Las acciones de regulación: que tiene por objeto inducir a los agentes económicos hacia determinados comportamientos; el Estado al producir bienes y servicios como al instalar capacidad productiva crea corrientes de factores y de insumos; moviliza recursos financieros como en las otras acciones. Para realizar estas acciones se requiere disponer de un aparato administrativo que formule e imponga las normas y reglamentaciones.

iii. Papel del estado.

El papel que desempeña un gobierno en la economía se extiende más allá de la política fiscal, la política gubernamental abarca las políticas monetarias y cambiarias. Varios de los aspectos de la política fiscal son determinados por el presupuesto del gobierno, que establece el ingreso y los egresos del sector público en un periodo en particular.⁴⁰

Las fuentes más importantes de ingresos públicos son los distintos tipos de impuestos que pueden clasificarse en tres categorías amplias:

³⁹ CIBOTTI R. y SIERRA E. (2005). *El sector público en la planificación del desarrollo*. Ed 4ta. Pág. 16-17

⁴⁰ LARRAÍN B. y SACH J. (2002). *Macroeconomía en la economía global*. Ed 2. Pág. 509.

- Los impuestos a la renta de personas y empresas, que incluye el impuesto previsional sobre los salarios.
- Los impuestos al gasto, incluye el impuesto a la compraventa.
- Los impuestos específicos y los aranceles a las importaciones.
- Los impuestos a la propiedad que abarca gravámenes a casas y edificios, terrenos agrícolas y residenciales y herencias.

El gasto público también puede agruparse en categorías:

- Consumo de gobierno, este incluye los salarios que el gobierno paga a los empleados públicos, así como el pago de bienes y servicios adquiridos para el consumo corriente.
- Inversión de gobierno, incluye una variedad de formas de gasto de capital, tales como la construcción de caminos y puertos.
- Transferencias al sector privado, que incluye las pensiones de retiro, el seguro de desempleo, beneficios de bienestar.

1.7.2.2. Teoría del ciclo de vida de los proyectos.

La presente investigación implica el estudio del ciclo de vida del proyecto, haciendo énfasis en la etapa de inversión, gestión o la fase de ejecución, bajo las concepciones presentadas a continuación:

- **Nassir y Reinaldo Sapag Chain⁴¹**

Un proyecto es la búsqueda inteligente al planteamiento de un problema a resolver, es considera como un instrumento que permite a los agentes económicos prepararlos y evaluarlos se les asigna recursos para su inversión como solución frente a un problema económico, el proyecto tiene un ciclo de vida:

⁴¹ SAPAG CHAIN N. y SAPAG CHAIN R. (2008). *Preparación y evaluación de proyectos*. Ed 5ta. Pág. 21-23.

- 1) Idea: representa la realización de un diagnóstico que identifica distintas vías de solución.
- 2) Preinversión: se realizan tres estudios de viabilidad, perfil, prefactibilidad y factibilidad.
 - ✓ Perfil; se elabora a partir de la información existente y presenta estimaciones globales de inversión, costo y beneficios.
 - ✓ Pre factibilidad; se materializa de la investigación, se basa en información secundaria.
 - ✓ Factibilidad; se encuentra en base a antecedentes obtenidos por información primaria.
- 3) Inversión: después de realizar los estudios correspondientes, se toma la decisión de invertir o no en el proyecto, teniendo en cuenta los indicadores de rentabilidad de los proyectos.
- 4) Operación: una vez concluido el proyecto, se puede operar, es decir comenzar su funcionamiento.

ESQUEMA 1: ETAPAS DEL CICLO DE VIDA DEL PROYECTO - HERMANOS SAPAG CHAIN



FUENTE: Sapag Chain N. y Sapag Chain R. Preparación y Evaluación de Proyectos.

ELABORACIÓN: Propia.

○ **Karen M. Mokate**⁴²

El ciclo del proyecto está basado en tres principios básicos:

- 1) Etapa de formulación: tiene por objeto delinear y planear los objetivos y la iniciativa que se propone analizar y delimitar aspectos técnicos, financieros, institucionales y logísticos de su gestión.
Esta etapa se compone de cuatro fases: identificación, perfil, pre factibilidad y factibilidad.
- 2) Etapa de gestión: etapa comprendida entre el momento en que se inicia la inversión y el momento en que se deja de operar el proyecto. Comprende dos fases: a) diseños definitivos del proyecto; b) montaje y operación.
- 3) Etapa ex post: Etapa posterior a la ejecución del proyecto. Tiene como fin documentar la experiencia del proyecto y determinar hasta donde este ha funcionado según lo programado y en qué medida ha cumplido sus objetivos.

ESQUEMA 2: PROCESOS DEL PROYECTO – MOKATE



FUENTE: MOKATE K. Evaluación Financiera de Proyectos de Inversión.
ELABORACIÓN: Propia.

⁴² MOKATE K. (2004). *Evaluación financiera de proyectos de inversión*. Ed 2 da. Pág. 1-18.

- **Sistema nacional de inversión pública.**⁴³

Dentro del ciclo de los proyectos de inversión pública, se identifican las siguientes fases, que son las siguientes:

- 1) Fase de pre inversión: abarca todos los estudios que se deben realizar sobre un proyecto de inversión pública, desde que el mismo es identificado a nivel de idea en los planos de desarrollo de los distintos niveles institucionales, hasta que se toma de decisión de ejecución, postergación o abandono.
- 2) Fase de ejecución: comprende desde la decisión de ejecutar el proyecto de inversión pública y se extiende hasta que se termina su implementación y el mismo está en condiciones de iniciar su operación. En esta fase se deben elaborar los términos de referencia para concretar la ejecución, realizar la programación física y financiera de la ejecución y ejecutar físicamente el proyecto.
- 3) Fase de operación: comprende las acciones relativas al funcionamiento del proyecto, a efecto de que el mismo genere los beneficios identificados y estimados durante la fase de pre inversión.

ESQUEMA 3: FASES DEL CICLO DE VIDA DEL PROYECTO – SNIP



FUENTE: Ministerio de Planificación de Desarrollo. Reglamento Específico del Sistema Nacional de Inversión Pública.

ELABORACIÓN: Propia.

⁴³ MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DE DESARROLLO. (2011). *Reglamento específico del sistema nacional de inversión pública*. Pág. 15.

1.7.2.3. Teoría de la salud

Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴⁴, "salud no es solamente la ausencia de enfermedad, sino el estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo", determina que una buena parte del quehacer de la salud pública se expanda hacia áreas nuevas y emergentes en las sociedades contemporáneas.

Mushkin⁴⁵ la economía de la salud es un campo de investigación cuyo objetivo es el uso óptimo de los recursos para la atención de la enfermedad y la promoción de la salud por lo cual se debe utilizar todos los recursos disponibles de manera eficiente.

Alberto Baly⁴⁶ el objetivo de la evaluación económica en la salud es estudiar la distribución de los recursos disponibles para obtener el máximo rendimiento posible.

Dentro de los campos de aplicación de la Economía de la Salud se encuentran: las determinantes y condicionantes de la salud, la salud y su valor, la demanda de atención médica, la oferta de servicios, la evaluación económica, el equilibrio, y otros.

1.7.2.4. Teoría del Capital Humano.

Según **Mushkin**⁴⁷ la teoría del capital humano establece que las personas como agentes productivos mejoran con la inversión en educación y en servicios de salud, y más específicamente, que el incremento de políticas públicas enfocadas en salud aumentan el producto y generan un rendimiento a lo largo de varios años; y una medida general de ese rendimiento es el producto del trabajo creado por esta inversión y los ahorros de gastos en salud en el futuro como consecuencia de la reducción de la enfermedad.

⁴⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2006). *Constitución de la organización mundial de la salud*. Pag.1.

⁴⁵ RESTRIPO H. (2008). *Introducción a la economía de la salud*. Pág. 48.

⁴⁶ BALY A. (2001). *La economía de la salud, la eficiencia y el costo de oportunidad*. Pág. 1-4.

⁴⁷ DEWIN IVÁN PÉREZ. (2016) *Capital humano, teorías y métodos: importancia de la variable salud*.

Theodore William Schultz⁴⁸: La inversión en la gente desarrolló la Teoría del Capital Humano e hizo énfasis en la educación como una inversión, donde el acceso a la educación y a la salud era determinado por los diferentes ingresos; además, estableció la rama de la ciencia económica denominada economía de la educación.

Los adelantos en conocimientos y el mejoramiento de la calidad de la población, según Schultz, son factores determinantes para el bienestar de la población; es por esto que se deben buscar la adquisición de habilidades por medio de la escolarización e inversión sanitaria, en especial de las personas con bajos ingresos.

⁴⁸ UNIVERSIDAD EAFIT. (2007). *Capital Humano: una mirada desde la educación y la experiencia laboral*. Pag.12.



CAPÍTULO II

ASPECTOS POLÍTICOS, LEGALES E INSTITUCIONALES



CAPÍTULO II

2. ASPECTOS DE POLÍTICOS, LEGALES E INSTITUCIONALES.

2.3. ASPECTOS DE POLÍTICAS

2.3.1. Primer periodo 2000-2005 (modelo de economía de mercado).

2.3.1.1. Políticas del Plan General de Desarrollo Económico y Social.⁴⁹

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

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

2.3.1.2. Salud

El estado y la sociedad boliviana deben buscar la igualdad no sólo a partir de un mejoramiento del ingreso, sino de la generación de mayores oportunidades de acceso a la cultura, la educación, los recursos naturales, la vivienda, el empleo, la salud y la seguridad social, es decir, una política de desarrollo humano que garantice el mejoramiento de vida del conjunto de la sociedad.⁵⁰

2.3.1.3. Formación y salud integral

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

⁴⁹MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. *Plan general de desarrollo económico y social 1997-2002. Bolivia XXI Socialmente solidario*. Pág. 23.

⁵⁰ MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. *Plan general de desarrollo económico y social 1997-2002. Bolivia XXI Socialmente solidario*. Pág. 11.

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

Los objetivos son:

- ⌘ Incrementar la cobertura
- ⌘ Mejorar la accesibilidad y la satisfacción de los usuarios de los servicios.
- ⌘ Disminuir la brecha nutricional infantil.
- ⌘ Garantizar de manera sustentable el acceso universal a múltiples prestadores de servicios de salud y nutrición.⁵¹

2.3.1.4. Nutrición básica

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

El propósito es:

- ⌘ Reducir la desnutrición global moderada y grave.
- ⌘ Reducir el déficit de micronutrientes en la infancia
- ⌘ Coordinar políticas intersectoriales, servicios de salud, nutrición.
- ⌘ Aprovechar el acceso generalizado de la población a los medios de comunicación para la difusión de conocimientos en alimentación y nutrición.⁵²

⁵¹ MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. *Plan general de desarrollo económico y social 1997-2002. Bolivia XXI Socialmente solidario*. Pág. 80.

⁵² MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. *Plan general de desarrollo económico y social 1997-2002. Bolivia XXI Socialmente solidario*. Pág. 81.

2.3.1.5. Promoción de la salud y medicina preventiva.⁵³

La promoción de la salud comprende la enseñanza de los problemas de salud, los métodos para identificarlos y combatirlos. La medicina preventiva hace énfasis en evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de vida social, económica y cultural que contribuyen a la presencia y permanencia de enfermedades.

Los propósitos de esta política son:

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

2.3.1.6. Atención Primaria de Salud (APS) Universal.⁵⁴

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

Contribuirá a reducir:

- ⌘ Reducir la mortalidad infantil y materna.
- ⌘ Mejorar las condiciones de acceso a la salud y niñez.
- ⌘ Incrementar las condiciones de nutrición de la madre gestante y del recién nacido.
- ⌘ Mejorar el acceso a programas preventivos y curativos en los diferentes periodos de vida, prenatal, parto y puerperio.

2.3.1.7. Salud sexual y reproductiva.

La salud sexual y reproductiva es un componente de la atención primaria de salud contribuye al abordaje abierto y extensivo de los temas de sexualidad y reproducción.

⁵³ IBID 57- Pág. 82

⁵⁴ MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. *Plan general de desarrollo económico y social 1997-2002. Bolivia XXI Socialmente solidario.* Pág. 83.

El propósito es mejorar las condiciones de acceso y adecuar los servicios de salud al contexto sociocultural de las usuarias y contribuir al desarrollo integral de la adolescencia.

Esta situación contribuye al fortalecimiento de las políticas de género, reafirmar la decisión de la mujer sobre su sexualidad y la libre determinación en la reproducción, asimismo mejora las condiciones de la salud materna.

2.3.1.8. Política Nacional de Salud.

Está dada por la coexistencia de entidades no integradas y sin mecanismos efectivos de coordinación entre sí, donde el nivel central del Ministerio de Salud es responsable de las políticas, programas y normas.

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

⌘ Prevención y control de enfermedades.

Fundamentalmente en áreas de cultura de salud ambiental y el programa ampliado de inmunización agrupadas bajo el escudo epidemiológico como la malaria, dengue, rabia, Chagas, tuberculosis, SIDA y reproductiva, la salud materna e infantil.

⌘ Fortalecimiento institucional.

El propósito fundamental es crear una capacidad física de producción de servicios de salud, equitativa en los nueve departamentos del país, complementada con recursos humanos idóneos y comprometidos con los enfoques sectoriales de respeto a la vida, el derecho a la salud y la seguridad humana y con ello mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud organizados en redes de salud de diferente nivel de complejidad, integrados mediante un sistema de referencia efectivo.

⌘ Promoción de la salud.

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

2.3.2. Segundo periodo 2006-2019 (modelo de economía plural)

2.3.2.1. Enfoque del sistema de salud.

Las desigualdades económicas y sociales brindan escasas oportunidades de acceso en el sistema educativo, los servicios de salud, servicios básicos, saneamiento, vivienda, justicia y seguridad ciudadana⁵⁵.

Bolivia saludable y formada, con empleo digno y permanente, a partir de salud, educación y trabajo-empleo busca dotarnos de un Sistema Nacional de Salud, Único, Intercultural y Comunitario que atiende la salud, sin embargo, sustancialmente la previene y actuar sobre los múltiples determinantes, que la democratizan a tal grado que ninguna persona estará al margen del Seguro de Salud, que se encamina a su soberanía total, y a la erradicación definitiva de la desnutrición, así como a la recuperación de hábitos alimentarios saludables⁵⁶

2.3.2.2. Estrategia de salud

El objetivo del Plan Nacional en el sector salud es la eliminación de la exclusión social, que se conseguirá con la implementación del Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud. El sistema será inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y calidez. Participará de la dimensión económica, productiva, sociocultural y policía organizativa, generado capacidades individuales, familiares y comunitarias, actuará de manera intersectorial

⁵⁵ BOLIVIA. MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. *Plan nacional de desarrollo “Bolivia digna, soberana, productiva y democrática para vivir bien”*. 2006-2011. Pág. 24.

⁵⁶ MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. *Plan nacional de desarrollo “Bolivia digna, soberana, productiva y democrática para vivir bien”* Pág. 26.

sobre los determinantes de la salud con participación plena en todos sus niveles, orientado hacia la promoción de hábitos saludables, de la actividad física y deportiva, que cuida, cría y controle el ambiente, promueve y se constituye en el espacio de organización y movilización socio comunitaria.⁵⁷

El rol del estado, basado en una concepción social comunitaria y plurinacional de la salud, es garantizar el derecho a la salud y la ciudadanía plena en la que se abren espacios para la participación de nuevos actores. En este sentido, todos los sectores involucrados en el Sistema Nacional de Salud cumplirán, bajo la rectoría y autoridad normativa y regulatoria del Ministerio de Salud y Deporte, los roles y funciones que estén vigentes.⁵⁸

2.3.2.3. Sistema único de salud familiar comunitaria intercultural.⁵⁹

El propósito de esta política es la universalización del acceso al Sistema Único, intercultural y comunitario de salud, orientada a superar toda forma de exclusión en salud que se traduce en altos niveles de enfermedad, muerte y en personas con hábitos no saludables.

El programa es “salud familiar comunitaria intercultural”, que comprende la extensión de coberturas; el fortalecimiento de redes de salud; gestión de la calidad, intercultural, género generacional; y vigilancia de la calidad de producción de bienes y servicios. El requerimiento para la implementación del programa es el de contar con recursos humanos con competencias especiales en la atención primaria de salud.

⁵⁷ MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. *Plan nacional de desarrollo “Bolivia digna, soberana, productiva y democrática para vivir bien”*. Pág. 38.

⁵⁸ MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. *nacional de desarrollo “Bolivia digna, soberana, productiva y democrática para vivir bien”*. Pág. 39.

⁵⁹ PLAN NACIONAL DE DESARROLLO, *Evo Morales Ayma, Presidente del Estado Plurinacional de Bolivia, 2006-2011*. Pág. 49.

2.3.2.4. Responsabilidades del estado.⁶⁰

El estado, como entidad rectora del sector salud, tiene diferentes grados de relación con todos los integrantes del sector: el subsector público, subsector de la seguridad social de corto plazo, subsector privado con y sin fines de lucro y el subsector de la medicina tradicional.

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

2.3.2.5. Solidaridad.⁶¹

Esta política desarrolla una alianza nacional para la erradicación de la desnutrición, la violencia y la inclusión de grupos más desprotegidos que viven en extrema pobreza, orientados a eliminar la exclusión social en salud más intolerable e inserción de esos grupos a mejores niveles de vida.

2.4. ASPECTOS LEGALES

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

2.4.1. Primer periodo 2000-2005 (modelo de economía de mercado)⁶²

El estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población, asegura la continuidad de sus medios de subsistencia y rehabilitación de las

⁶⁰ MINISTERIOS DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. *Plan nacional de desarrollo "Bolivia digna, soberana, productiva y democrática para vivir bien"*. 2006-2011. Pág. 37.

⁶¹ MINISTERIOS DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. *Plan nacional de desarrollo "Bolivia digna, soberana, productiva y democrática para vivir bien"*. 2006-2011. Pág. 42.

⁶² CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE BOLIVIA 1967 (con reformas de 1994). Artículo 15B.

personas, pondera asimismo al mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar.

2.4.1.1. Administración presupuestaria.⁶³

Las entidades públicas receptoras de transferencias de recursos del Tesoro General de la Nación por el concepto de subvenciones y coparticipación tributaria, cuyo detalle de ingresos y gastos no se encuentren detallados en el presupuesto aprobado por ley de presupuesto general de la nación en forma anual, deberán remitir sus presupuestos aprobados por las instancias correspondientes al ministerio de hacienda, a través del viceministro de presupuesto y contaduría.

2.4.1.2. Sistema de presupuesto.⁶⁴

La ejecución de los presupuestos de gasto de las entidades, se encuentran sujeta según reglamentación, al cumplimiento de las políticas y normas gubernamentales relacionadas con la naturaleza de sus actividades, incluyendo referidas a las modificaciones, traspasos y transferencias dentro de sus presupuestos así como a la disponibilidad de sus ingresos efectivos después de atender y prever el cumplimiento de sus obligaciones, reservas aumentos de capital, crédito sobre patrimonio neto y otras contribuciones obligatorias.

2.4.1.3. Programación y ejecución del presupuesto de inversión pública.

La elaboración y ejecución del presupuesto, es responsabilidad de la máxima autoridad de la máxima autoridad ejecutiva, y de todos los servidores públicos involucrados en el ámbito de sus competencias.⁶⁵

⁶³ LEY 2042 DE ADMINISTRACIÓN PRESUPUESTARIA. (1999). Artículo 3.

⁶⁴ BOLIVIA, 20 de julio de 1990. Ley N° 1178. Ley SAFCO. Art. 8.

⁶⁵ RESOLUCIÓN SUPREMA N° 216779. (1996). Normas básicas del sistema nacional de planificación. Art. 12.

La ejecución del presupuesto comprende captación de recursos, realización de desembolsos o pagos, y de ajuste al presupuesto aprobado, sujetos a las regulaciones contenidas en las normas legales inherentes a la materia.⁶⁶

2.4.1.4. Salud materna infantil.

El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) se implementó en todo el territorio nacional con carácter universal, integral y gratuito, en los niveles de atención del sistema nacional de salud y del sistema de seguridad social a corto plazo y llega a cubrir a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto, las niñas y niños desde su nacimiento hasta sus 5 años de edad.

2.4.1.5. Establecimientos de salud.⁶⁷

El ministerio de salud y previsión social reglamentará, coordinará y controlará las redes de servicios de salud en todo el territorio nacional, para asegurar las prestaciones del seguro universal materno infantil.

Los establecimientos de salud están conformados de primer, segundo y tercer nivel de acuerdo a la complejidad y a criterios de accesibilidad y resolución.

2.4.2. Segundo periodo 2006-2019 (modelo de economía plural)

2.4.2.1. Constitución Política del Estado.

El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno⁶⁸.

⁶⁶ RESOLUCIÓN SUPREMA N° 216779. (1996). *Normas básicas del sistema nacional de planificación*. Art. 25.

⁶⁷ LEY N°2426. (2002). *Seguro universal materno infantil*. Art. 5.

⁶⁸ NUEVA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO. (2009). Art. 18.

- a) El estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud⁶⁹.
- b) El estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades⁷⁰.
- c) El estado regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento de acuerdo con la ley⁷¹
- d) La seguridad social se presta bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad y eficacia. Su dirección y administración corresponde al estado, con control y participación social⁷².

2.4.2.2. Sistema de presupuesto.⁷³

El sistema de presupuesto es un conjunto ordenado y coherente de principios, disposiciones normativas, procesos e instrumentos técnicos, que tiene por objeto la formulación, aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación, de los presupuestos públicos, según los programas y proyectos definidos en el marco del plan general de desarrollo económico y social.

⁶⁹ NUEVA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO. (2009). Art. 35.

⁷⁰ NUEVA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO. (2009). Art. 37.

⁷¹ NUEVA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO. (2009). Art. 39.

⁷² NUEVA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO. (2009). Art. 45.

⁷³ RODRIGUEZ VELTZE EDUARDO. (2005). *Normas básicas del sistema de presupuesto, resolución suprema N° 225558*. Art. 1.

2.4.2.3. Formulación y gestión de los presupuestos.⁷⁴

Las directrices, tienen por objeto establecer los lineamientos generales y específicos para la formulación y gestión del presupuesto institucional de entidades del sector público, en el marco de los pilares de la agenda patriótica 2025; plan de desarrollo económico, social; planes estratégicos institucionales, plan operativos anuales y la normativa vigente.

2.4.2.4. Ley de Administración Presupuestaria.⁷⁵

Las asignaciones presupuestarias de gasto aprobadas por la ley de presupuesto de cada año, constituyen límites máximos de gasto y su ejecución se sujetará a los procedimientos legales que en cada partida sean aplicables.

Las entidades públicas tienen la obligación de presentar la información que este requiera para el seguimiento y evaluación de la ejecución física y financiera del presupuesto institucional y el avance de la programación de operaciones anuales institucionales, así como para el seguimiento y supervisión del endeudamiento.

2.4.2.5. Salud familiar.⁷⁶

El modelo sanitario salud familiar comunitaria, intercultural, conocido popularmente como SAFCI, se constituye en el eje central y dinamizador del funcionamiento del actual sistema nacional de salud en prevención y promoción de salud, para mejorar el acceso universal de la salud de las familias y comunidades urbano, rurales del territorio nacional desarrollando proceso de gestión participativa y atención integral e intercultural de la salud.

⁷⁴ DIRECTRICES DE FORMULACIÓN PRESUPUESTARIA 2015. Título I, Art. 1 y 2.

⁷⁵ BOLIVIA. (1999). *Ley N° 2042 “Ley de administración presupuestaria”* Art.4, 11.

⁷⁶ DECRETO SUPREMO N°29601. (2008) *Salud familiar comunitario intercultural*. Art. 2-5.

2.4.2.6. Ampliación de cobertura SUMI.

Se amplió la cobertura del seguro universal materno infantil (SUMI) en todo el territorio nacional, con carácter universal y gratuito para otorgar prestaciones específicamente definidas por el ministerio de salud y deportes, enmarcadas en las políticas de salud vigentes que guarden estrechamente relación con una maternidad segura en las mujeres en edad fértil.

2.4.2.7. Sistema único en salud.⁷⁷

En la Constitución Política del Estado, todas las personas tienen derecho a la salud. Por tanto, el estado garantiza la inclusión y el acceso a la Salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación. El sistema único de salud será universal, se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

Este sistema único de salud es para ampliar la población beneficiaria que no se encuentra cubierta por la seguridad social de corto plazo, con atención gratuita de salud, en avance hacia un sistema único de salud, universal y gratuito.

2.5. ASPECTOS INSTITUCIONALES

Las instituciones involucradas para la aplicación de políticas públicas para la gestión de salud a nivel nacional son responsables de formular políticas, planes y estrategias nacionales, así como de establecer las normas que rigen el sistema nacional de salud.

2.5.1. Ministerio de economía y finanzas públicas.⁷⁸

El ministerio de economía y finanzas públicas es el órgano rector de los sistemas de administración gubernamental. Es responsable de la formación del presupuesto general

⁷⁷ NUEVA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO, Artículo 18.

⁷⁸ DECRETO SUPREMO N° 29894. *Estructura organizativa del órgano ejecutivo del estado plurinacional, Bolivia.* Art. 5.

del estado, de la elaboración de los estados financieros del órgano ejecutivo, de la elaboración y diseño de las normas de gestión pública, del diseño, desarrollo y administración de los sistemas de información fiscal.

2.5.2. Viceministerio de presupuesto y contabilidad fiscal.⁷⁹

Es el órgano rector de los sistemas de administración gubernamental. Es responsable de la formulación del presupuesto general del estado, de la elaboración de los estados financieros del órgano ejecutivo, de la elaboración y diseño de las normas de gestión pública, del diseño, desarrollo y administración de los sistemas de gestión de información fiscal.

2.5.3. Ministerio de planificación del desarrollo.⁸⁰

El ministerio de planificación del desarrollo, es un gestor y articulador de los objetivos del desarrollo del vivir bien en armonía con la madre tierra, que apoya a las entidades del estado en la planificación de la gestión pública plurinacional, aplicando políticas, estrategias e instrumentos de planificación integral estatal, inversión pública y financiamiento, fortaleciendo el rol del estado y de los actores de la economía plural.

2.5.4. Viceministerio de inversión pública y financiamiento externo.⁸¹

El viceministerio de inversión pública y financiamiento externo tiene como objeto el coadyuvar a la gestión de la inversión pública, promoviendo la elaboración de estudios de pre inversión con calidad, como un medio de apalancamiento de recursos financieros que contribuyan al crecimiento y desarrollo económico y social con equidad del estado plurinacional.

⁷⁹ DECRETO SUPREMO N° 29894. *Estructura organizativa del órgano ejecutivo del estado plurinacional, Bolivia.* Art 5.

⁸⁰ DECRETO SUPREMO N° 29894, *Estructura organizativa del órgano ejecutivo del estado plurinacional, Bolivia.* Art. 44.

⁸¹ DECRETO SUPREMO N° 29894, *Estructura organizativa del órgano ejecutivo del estado plurinacional, Bolivia.* Art. 48.

2.5.5. Ministerio de salud.⁸²

El ministerio de salud es el ente del sector que promueve y garantiza los derechos y deberes a la salud de las bolivianas y los bolivianos; mediante la regulación y ejecución de políticas para la inclusión y el acceso a la salud integral, intercultural para las personas, familias y comunidades sin exclusión ni discriminación alguna, implementando la política de salud familiar comunitaria intercultural, el sistema único de salud con participación social.

2.5.6. Viceministerio de salud y promoción⁸³

Las atribuciones del viceministerio de salud y promoción, en el marco de las competencias asignadas al nivel central por la constitución política del estado, son los siguientes:

- Coordinar las acciones para la formulación, ejecución y evaluación de la política general de salud en el marco de las políticas de implementación del plan general de desarrollo económico y social.
- Elaborar normas y reglamentos para la implementación del seguro universal de salud.
- Coordinar la concentración de las políticas públicas, estrategias sanitarias nacionales, estrategias de transparencia y anticorrupción, mecanismo de participación y control social y eficacia en la gestión y en los servicios de salud, entre las instancias nacionales, departamentales, municipales, comunitarias y pueblos indígenas originario campesino.

⁸² DECRETO SUPREMO N° 29894, *organizativa del órgano ejecutivo del estado plurinacional, Bolivia*. Art. 89.

⁸³ DECRETO SUPREMO N° 29894. *Estructura organizativa del órgano ejecutivo del estado plurinacional, Bolivia*. Art. 91.

2.5.7. Dirección General de Salud.⁸⁴

Es la unidad organizativa con dependencia orgánica del ministerio, 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.

⁸⁴ DECRETO SUPEMO N° 29894. *Reglamento de organización y funcionamiento del ministerio de salud*. Art. 41.



CAPITULO III

FACTORES DETERMINANTES DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN.



CAPÍTULO III

3. MARCO PRÁCTICO

3.3. ASPECTOS GENERALES

3.3.1. Estado Plurinacional de Bolivia ⁸⁵

Bolivia se declaró independiente el 6 de agosto de 1825, mediante la asamblea general de diputados de las provincias del Alto Perú con el nombre de República de Bolívar que fue cambiado por República de **Bolivia**.

Desde enero de 2009 fue definido en la Constitución Política del Estado como un Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario, libre, independiente, soberano, democrático, intercultural, descentralizado y con autonomías.

3.3.2. Organización territorial.⁸⁶

Bolivia se organiza territorialmente en nueve departamentos que a la vez se dividen en 112 provincias, y estas en 339 municipios y territorios indígena originario campesinos:

- **Gobierno departamental:** constituido por una asamblea departamental, con facultad deliberativa, fiscalizadora y legislativa en el ámbito departamental. El órgano ejecutivo departamental está dirigido por el gobernador que es elegido por sufragio universal.
- **Gobierno municipal:** constituido por un consejo municipal, con facultad deliberativa, fiscalizadora y legislativa en el ámbito municipal. Su órgano ejecutivo está presidido por el alcalde que es elegido por sufragio universal.

⁸⁵ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. (2012). Aspectos Políticos y Administrativos.

⁸⁶ GACETA OFICIAL DE BOLIVIA. (2009). Decreto Supremo N° 29894. Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional de Bolivia. Art. 31. Pág. 14.

- **Gobierno regional:** conformado por varias provincias o municipios con continuidad geográfica y sin trascender límites departamentales. Se constituye por una asamblea regional con facultad deliberativa, normativo-administrativa y fiscalizadora en el ámbito regional.
- **Gobierno indígena originario campesino:** Autogobierno de pueblos indígenas en territorios ancestrales que actualmente habitan.

3.3.3. Población.⁸⁷

El Estado Plurinacional de Bolivia tiene una población aproximada de 11.216.000 habitantes, de los cuales 50,7% es mujer y 49,3%, hombre, según datos procesados por la Encuesta de Hogares (EH) 2017, informó el Instituto Nacional de Estadística (INE).

3.4. ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN BOLIVIA.

3.4.1. Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en Bolivia.

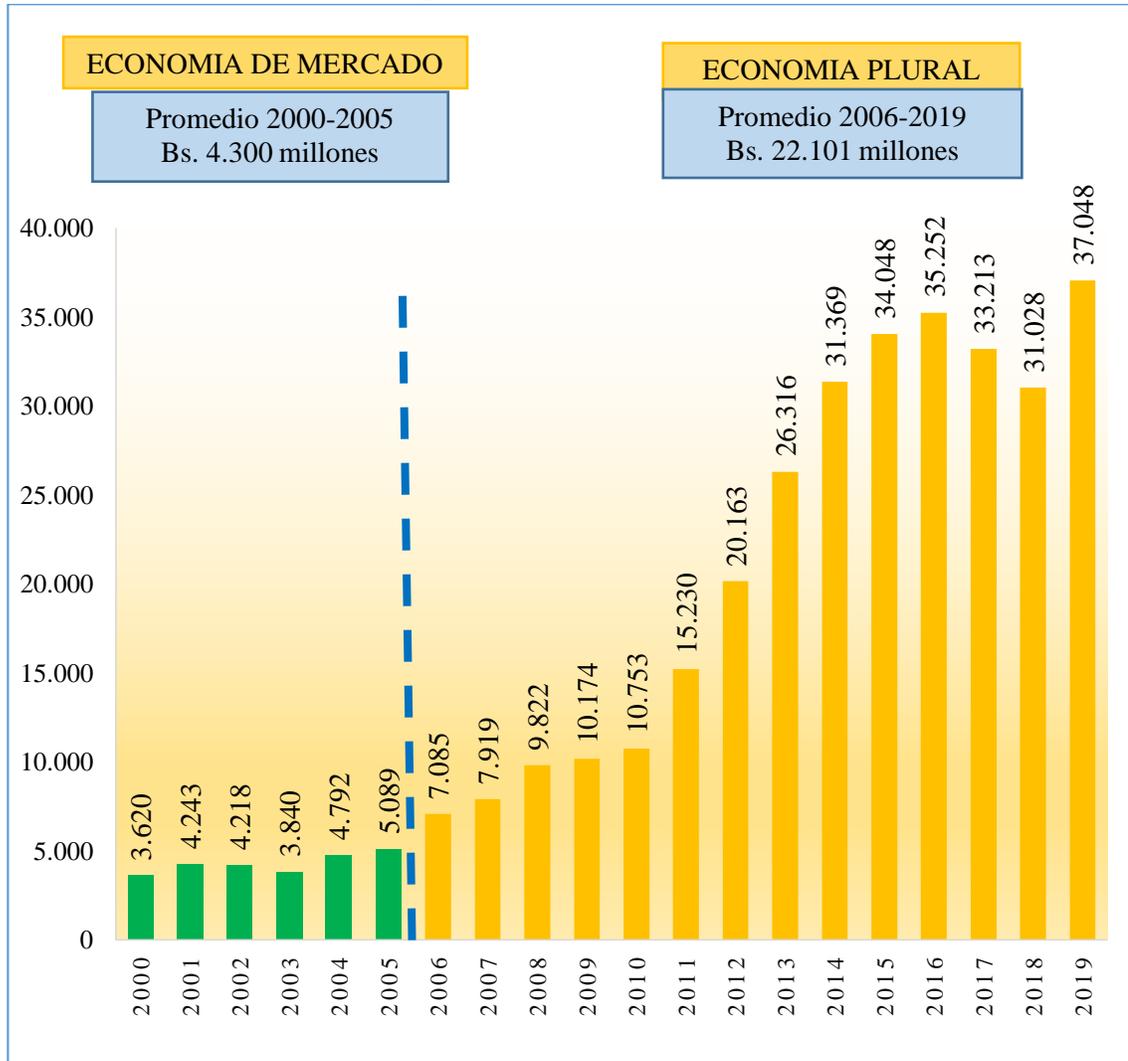
En el gráfico N°1, se observa el presupuesto de inversión pública en Bolivia que en los años de 2000-2005 estos no muestran un incremento significativo pero a partir del año 2006 las cifras de inversión se incrementan exponencialmente; en el año 2019 alcanzó el máximo de inversión registrado en el periodo de estudio con Bs 37.048 millones.

El primer periodo, modelo de economía de mercado se observa una ejecución acumulada de Bs 25.802 millones y un promedio de Bs 4.300 millones, en este periodo la inversión pública es relativamente constante y no tan creciente.

En el segundo periodo, el modelo de economía plural presenta una ejecución acumulada de Bs 309.421 millones y un promedio de Bs 22.101 millones, mostrando que la inversión pública incrementó considerablemente.

⁸⁷ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. (2012). Aspectos Políticos y Administrativos.

GRÁFICO 1: INVERSIÓN PÚBLICA 2000-2019
(Expresado en millones de Bs.)



FUENTE: Ministerio de planificación del desarrollo (MPD)

ELABORACIÓN: Propia.

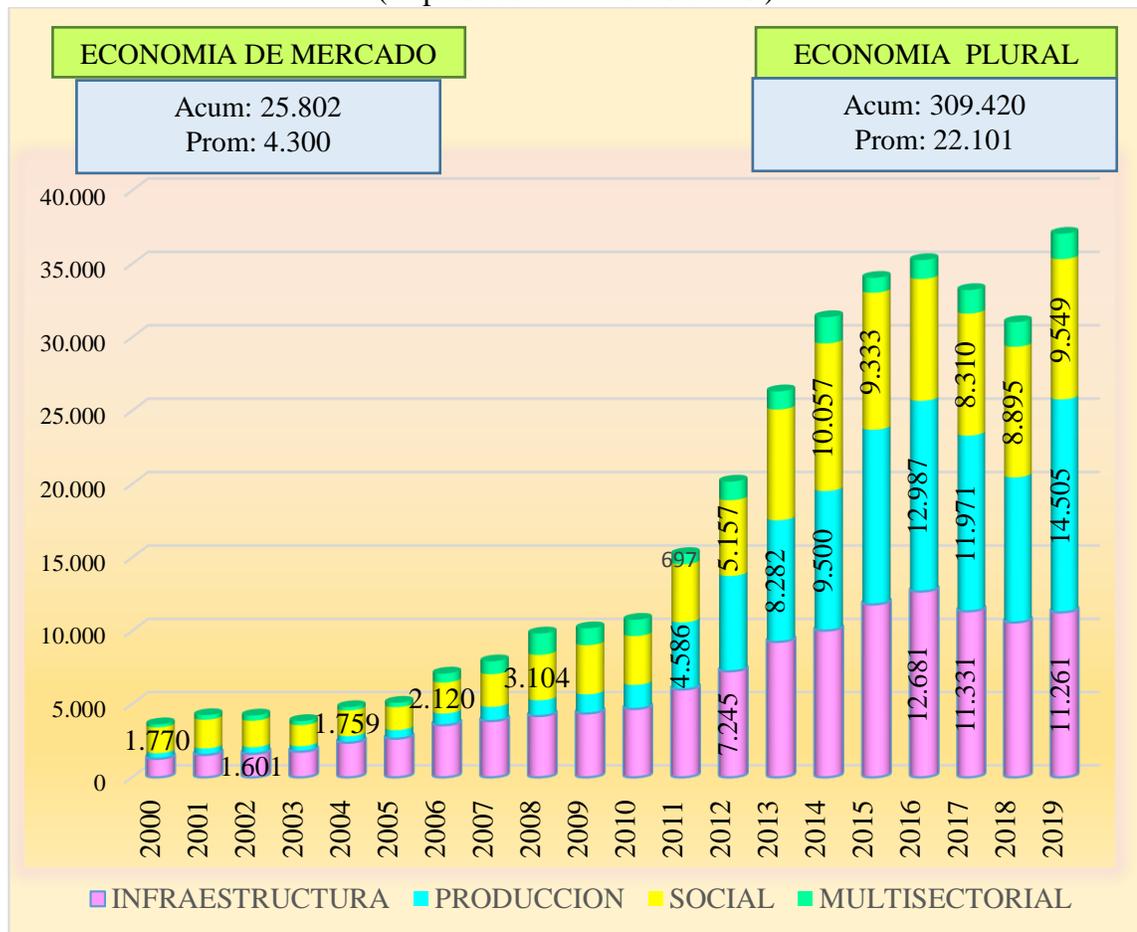
3.4.2. Ejecución del presupuesto de inversión pública por sectores económicos en Bolivia

En el grafico N°2, se observa el presupuesto de inversión pública del sector social en Bolivia, se observa una tendencia creciente; en el año 2019 alcanzó el máximo de inversión registrado en el periodo de estudio con Bs 9.549 millones.

El primer periodo, modelo de economía de mercado, presenta una ejecución acumulada de Bs. 5.089 millones, y un promedio de Bs. 848 millones; teniendo una mayor inversión pública el sector social en el año 2001 con Bs. 1.959 millones.

En el segundo periodo, modelo plural, presenta una ejecución acumulada de Bs. 37.048 millones, y un promedio de Bs. 2.646 millones; teniendo una mayor inversión pública en el sector social en el año 2014 alcanzó el máximo de inversión registrado en el periodo de estudio con Bs. 10.057 millones.

GRÁFICO 2: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR SECTORES ECONÓMICOS 2000-2019
(Expresado en millones de Bs.)



FUENTE: Viceministerio de inversión pública y financiamiento externo (VIPFE)

ELABORACIÓN: Propia.

En el gráfico N°3 observa el presupuesto de inversión pública del sector social en Bolivia. En el año 2018 alcanzó un máximo de inversión registrado en el periodo de análisis con Bs. 10.712 millones.

El primer periodo en el modelo de economía de mercado, se observa una asignación acumulada de Bs. 11.081 millones, y un promedio de Bs. 1.847 millones; en cuanto al sector de estudio salud, durante este periodo de tiempo se observa que la inversión mínima es en el año 2005 con un monto de Bs. 316 millones, y obtuvo un máximo de inversión el año 2002 con Bs. 497 millones; en el sector de educación el máximo que se obtuvo fue el año 2001 con una inversión de Bs. 710 millones y el mínimo de inversión fue en el año 2005 con Bs. 340 millones; el sector saneamiento básico con un mínimo de Bs. 402 millones en el año 2003 y un máximo registrado en el año 2000 con Bs. 543 millones; se observa que el sector de urbanismo y vivienda ha mostrado que tuvo una mayor inversión de Bs. 488 millones en el año 2003.

El segundo periodo en el modelo de economía de plural, se observa una asignación acumulada de Bs. 91.396 millones y un promedio de Bs. 6.528 millones; el sector salud fue incrementándose paulatinamente con el pasar de los años.

En el sector salud se observa una inversión mínima de Bs. 417 millones en el año 2010 y un máximo registrado en el año 2017 con Bs. 3.536 millones; en el sector de educación el máximo que se obtuvo fue el año 2015 con una inversión de Bs. 3.684 millones y el mínimo de inversión se registró en el año 2006 con Bs. 605 millones; en cuanto al sector de saneamiento básico durante este periodo de tiempo se observa que la inversión mínima el año 2008 con un monto de Bs. 282 millones, y obtuvo un máximo de inversión el año 2018 con Bs. 1.907 millones. Se observa que el sector de urbanismo y vivienda ha mostrado un crecimiento de Bs. 4.037 millones en el año 2014 que fue mucho mayor a un mínimo que tuvo de Bs. 500 millones en el año 2006.

También se puede observar que en esta segunda etapa o periodo se implementa 2 sectores que son: seguro social con un mínimo de inversión el en año 2019 con Bs. 35 Millones y

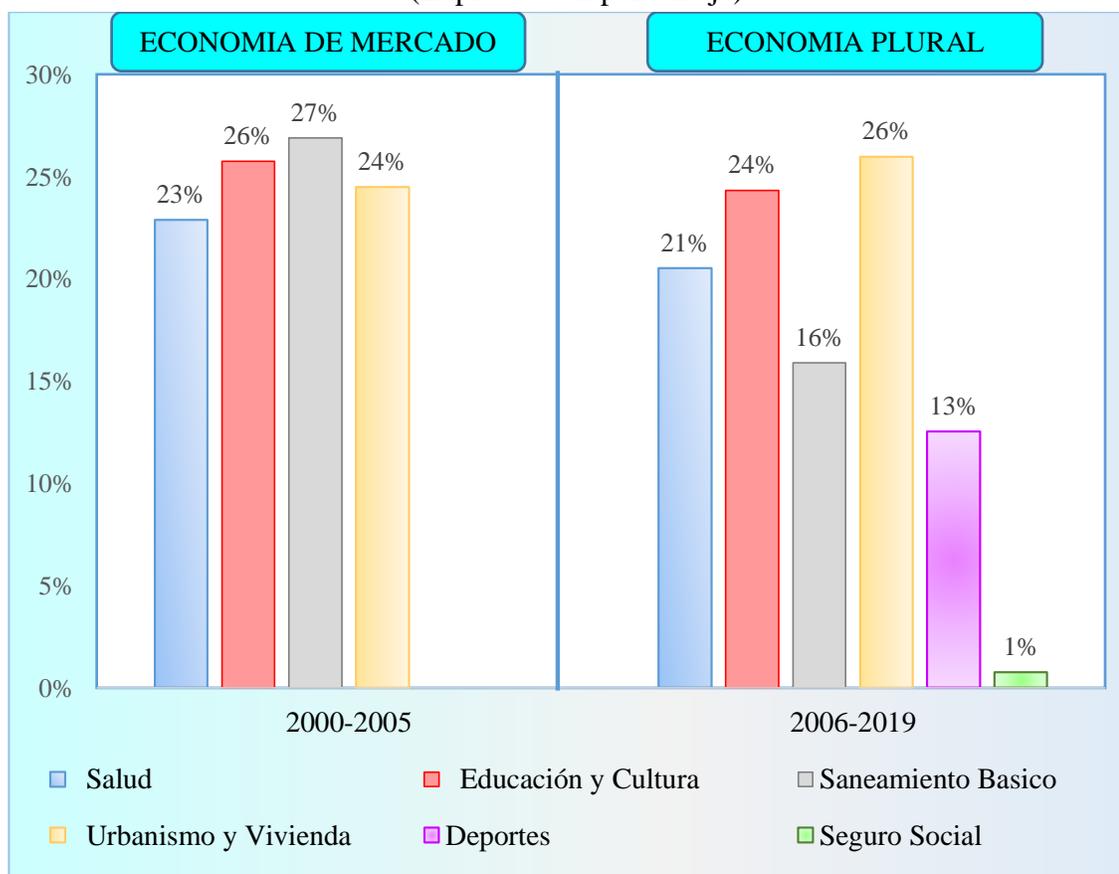
En el gráfico N° 4 se puede observar el comportamiento de la asignación de recursos en el sector social en porcentajes; para el primer periodo se identifica una asignación de recursos mayores en el sector de saneamiento básico y una asignación menor en salud solo con un 23%.

Para el segundo periodo se observa que el sector de urbanismo y vivienda obtuvo una mayor asignación de recursos con un 26%; el sector de salud disminuyó sus recursos asignado a 21% en promedio.

Por lo cual podemos identificar que en el sector salud la asignación de recursos es menor respecto a los demás subsectores del sector social, siendo este el más importante.

GRÁFICO 4: COMPARACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN DEL PRESUPUESTO INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SOCIAL 2000-2019.

(Expresado en porcentaje)



FUENTE: Viceministerio de inversión pública y financiamiento externo (VIPFE)

ELABORACIÓN: Propia.

3.5. INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD A NIVEL NACIONAL

La inversión pública es fundamental para el desarrollo económico y social de un país, porque permite condiciones básicas de los distintos sectores como del sector salud. Esto a través de la redistribución de los excedentes generados por los sectores estratégicos de Bolivia.

3.5.1. Estructura de la inversión pública en Bolivia.

La forma de estructuración y organización que se utiliza para la asignación del presupuesto de inversión pública en la ejecución de proyectos, se establece para cada gestión fiscal la aprobación del clasificador presupuestario, de obligatorio cumplimiento en todas las entidades del sector público.

CUADRO 1: ESTRUCTURA SECTORIAL SEGÚN CLASIFICADOR

PRODUCTIVO	INFRAESTRUCTURA	SOCIAL	MULTISECTORIAL
Energía	Transporte	Salud	Comercio y finanzas
Agropecuario		Cultura	Administración central
Minero		Deportes	Justicia
Hidrocarburos	Comunicaciones	Educación	Defensa Nacional
Turismo		Saneamiento básico	Recursos naturales y Medio ambiente
Industria	Recursos Hídricos	Seguridad social	Multisectorial
		Urbanismo y vivienda	Seguridad ciudadana

FUENTE: Clasificador presupuestario 2019.

ELABORACIÓN: Propia.

3.6. PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD EN BOLIVIA.

En el gráfico N° 5, se observa el comportamiento de la programación y ejecución del presupuesto de inversión pública del sector salud en Bolivia, analizando y comparando ambos periodos de estudio.

El primer periodo el presupuesto programado en salud asciende a Bs. 2.534 millones acumulados y un promedio de Bs. 422 millones y el presupuesto ejecutado de inversión pública es menor Bs. 2.052 millones acumulados con un promedio de Bs. 342 millones.

En la gestión 2000 la ejecución presupuestaria presenta un crecimiento significativo de Bs. 379 millones que representa el 91% de ejecución; en el año 2003 la ejecución presupuestaria presenta el menor crecimiento de Bs. 284 millones que representa el 64% de ejecución, de Bs. 445 millones de inversión programada para esa gestión. No haber obtenido un nivel mayor de ejecución estuvo ligado al retraso en la aprobación del presupuesto general de la nación PGN 2003, los conflictos sociales en los meses de febrero y octubre del 2003 también ocasiona una menor ejecución del presupuesto y un motivo importante fue el recorte de gastos en inversión a fin de alcanzar la meta del déficit fiscal de 7,9%.⁸⁸

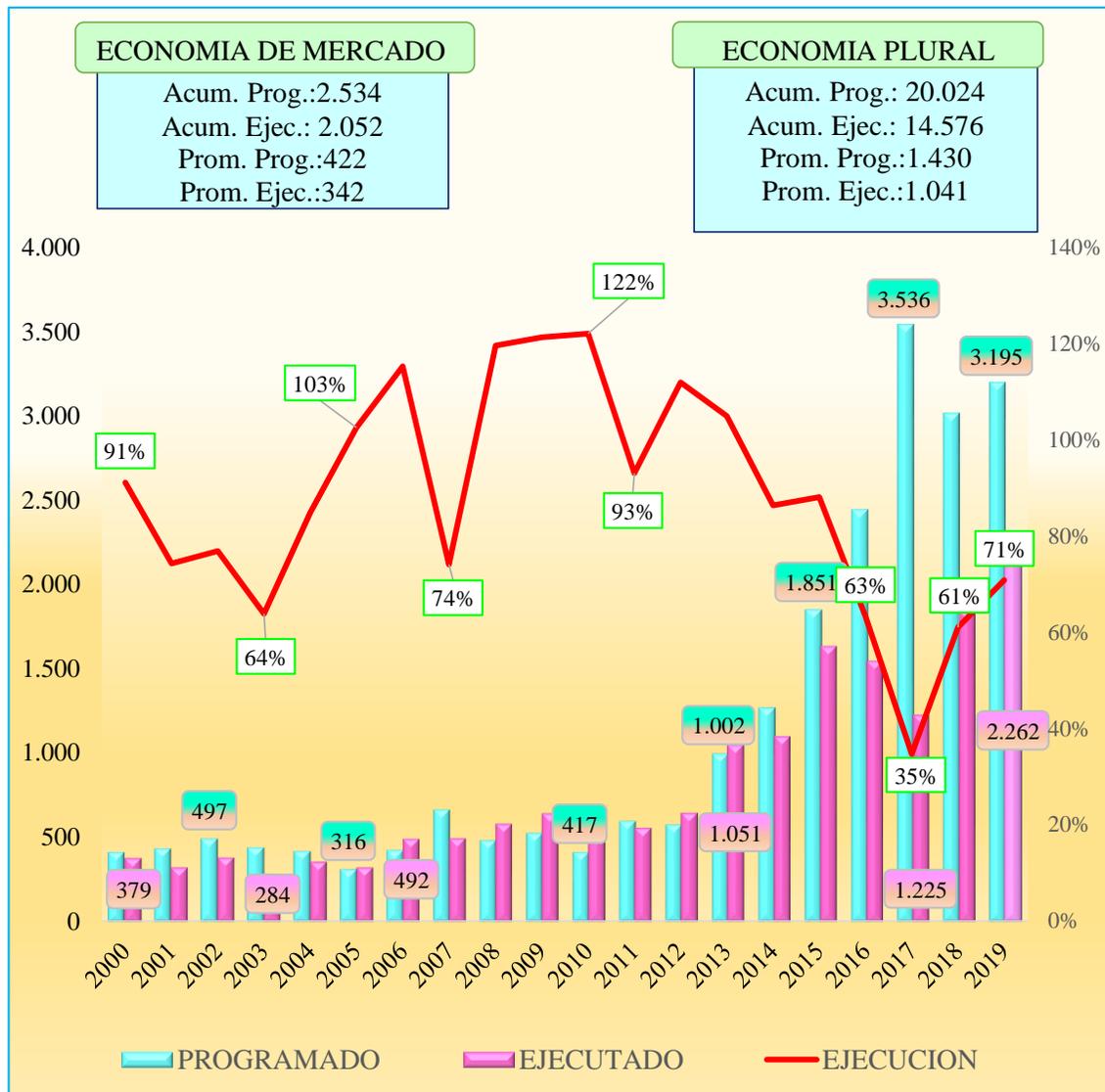
En la gestión 2003 los recursos tiene mayor concentración en el sector de infraestructura, la Inversión Pública no excluye al sector social, destaca el sector educación ante los demás sectores sin embargo la gestión presenta restricciones por conflictos sociales que desaceleran la reducción de la pobreza la cual está ligada al sector salud.

En la gestión 2005 es el único periodo de la economía de mercado en el cual presupuesto ejecutado de inversión pública de Bs. 324 millones fueron mayor al presupuesto programado de Bs. 316 millones, cuya ejecución es de 103% estableciéndose como el

⁸⁸ UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS (2005). Bolivia: *evaluación de la economía*. Pág. 41.

porcentaje más significativo del primer periodo de estudio, no obstante, presentan los más reducidos montos en términos monetarios en comparación a los años anteriores.

GRÁFICO 5: PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD 2000-2019.
(Expresados en millones de Bs. y porcentaje)



FUENTE: Viceministerio de inversión pública y financiamiento externo (VIPFE); UDAPE Dossier 29.

ELABORACIÓN: Propia.

La ejecución de la inversión pública en el 2005 fue del 103% destacando proyectos de salud materna infantil cuyo objetivo es mejorar e incrementar la cobertura y prestaciones dirigidas hacia las madres, para contribuir y disminuir las tasas de mortalidad materna por enfermedades prevenibles y evitables en grupos vulnerables.

En el segundo periodo, el presupuesto de salud programado acumulado fue Bs. 20.024 millones; el presupuesto programado promedio de Bs. 1.430 millones de Bs. 15.947 millones el presupuesto ejecutado acumulado, con un promedio acumulado de Bs. 1.139.

En este periodo de economía plural se puede observar que el año 2010 fue el periodo en el cual la participación de 122% de la ejecución del presupuesto de inversión de Bs. 509 millones fue mucho mayor al presupuesto de inversión programada de Bs. 417 millones.

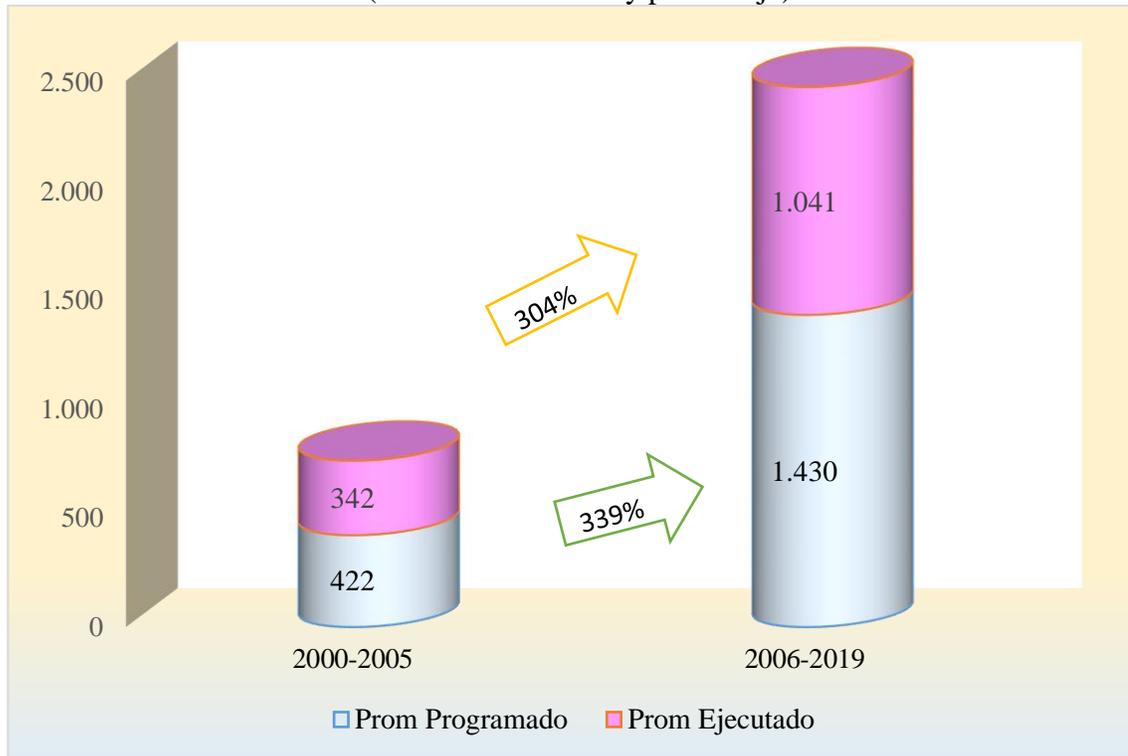
También se observa que el periodo 2017 fue el año en el cual el presupuesto de inversión pública programado de Bs. 3.536 millones son mucho mayor al presupuesto de inversión ejecutado de Bs. 1.225 millones mostrando una participación del 35% este es el más bajo de todo el periodo de estudio esto debido a que algunos proyectos fueron paralizados, entre ellos la hidroeléctrica Rositas y la planta de polipropileno.

Para el periodo 2019 se observa que el presupuesto de inversión pública se incrementó tanto en lo programado que fue de Bs. 3.195 millones; pero con una ejecución que fue de Bs.2.262 millones el cual fue una participación del 71% que al año 2018 que solo tuvo una participación del 61% en su ejecución.

En el gráfico N° 6; se observa una comparación para ambos periodos de estudio del presupuesto de inversión pública para salud.

En el primer periodo se programó una inversión pública en promedio de Bs. 422 millones y se ejecutó la inversión pública en promedio Bs. 342 millones por los años acumulados; mostrando una baja ejecución de los recursos presupuestados para este sector, en una economía de mercado en la cual las fuerzas de mercado regulan el proceso económico.

GRÁFICO 6: COMPARACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD; 2000-2019
(En millones de Bs. y porcentaje)



FUENTE: Viceministerio de inversión pública y financiamiento externo (VIPFE); UDAPE Dossier 29.

ELABORACIÓN: Propia.

En el segundo periodo se programó una inversión pública en promedio de Bs. 1.430 millones y se ejecutó en promedio Bs 1.041 millones por lo cual se observa una baja ejecución de los recursos presupuestados para este sector salud de la misma manera que el primer periodo pero se destaca el incremento a la inversión pública en términos monetarios en comparación a los años anteriores.

Se observa que para el segundo periodo se incrementó la inversión promedio programado en 339% en base al primer periodo y la inversión promedio ejecutada tiene un incremento de 304% respecto al periodo de economía de mercado.

3.7. EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO INTERNO Y EXTERNO.

La cabeza de sector que es el ministerio de salud encargado de ejecutar programas y proyectos, con recursos provenientes de financiamiento tanto interno y externo.

En el gráfico N° 7, se observa y diferencia la participación del financiamiento interno y externo en la ejecución de los proyectos en el sector salud.

En el primer periodo de economía de mercado de 2000-2005, se refleja la ejecución de los proyectos con financiamiento tanto interno como externo. En el cual destaca el financiamiento externo, obteniendo un financiamiento externo acumulado de Bs. 918 millones.

Se observa y diferencia que el financiamiento interno en la ejecución de proyectos de inversión del año 2000 tiene una ejecución de Bs. 118 millones, la cual se incrementa en el año 2005 con Bs. 146 millones; sin embargo en el financiamiento externo en la ejecución del año 2000 con Bs. 118 millones incrementó paulatinamente hasta el año 2005 con Bs. 194 millones en ambos tipos de financiamiento tanto externo e interno crecieron proporcionalmente de la misma manera.

En el primer periodo se puede diferenciar que el financiamiento externo obtuvo mayor ejecución debido a la baja participación del financiamiento interno e intervención del estado. En este periodo se destaca el financiamiento externo para el programa de Chagas con representación del 76% de la deuda durante 2001-2004.

En el financiamiento interno con la contribución del tesoro general de la nación contribuyó en el programa de la malaria desde la gestión 2000. El programa nacional de tuberculosis fue financiado a través de donaciones (48%) en 1999 - 2004; para el programa ampliado de inmunización el cual obtuvo un financiamiento externo del 25% y una donación de 9% durante la gestión 1999 - 2004.

Se observa en el primer periodo de 2000-2005; el acumulado de ejecución interna es de Bs. 772 millones y un acumulado de ejecución externa de Bs. 918 millones.

En el segundo periodo persiste la ejecución de proyectos de inversión pública con financiamiento externo e interno, se contempla la predominancia del financiamiento interno en la ejecución de proyectos del sector salud en el cual presenta un acumulado de Bs. 13.353 millones.

Con la creación del IDH en Bolivia y el incremento de los precios internacionales de las diferentes materias primas generaron un crecimiento en los ingresos fiscales. El financiamiento interno ha incrementado su participación en la inversión pública.

Con la promulgación de la ley de hidrocarburos N° 3058 se crea el IDH que, consecuentemente junto con las regalías hidrocarburíferas, presentan un incremento considerable de la renta extractiva, permite contar con mayor financiamiento interno para la ejecución de programas y proyectos y, de esta manera, incrementar la inversión pública. Por lo tanto, la intervención del estado provoca una reducida dependencia del financiamiento externo.

El sector salud presenta mayor inversión en el segundo periodo. Sin embargo, del total de recursos del IDH que se destina al sector salud más de la mitad son destinados a los gastos corrientes y no así a gastos de capital.

En la gestión 2006 según el gráfico N° 6, la ejecución presupuestaria con financiamiento interno es de Bs. 258 millones, posteriormente presenta una tendencia creciente en cual el año 2018 tuvo un mayor financiamiento interno por la implementación del sistema único de salud para toda la población para la obtención de atención gratuita de toda la población que no cuente con un seguro de salud.

Se observa la contribución que tuvo en el segundo periodo 2006-2019; el promedio de ejecución interno es de Bs. 954 millones y el promedio de ejecución externa es de Bs. 194 millones.

GRÁFICO 7: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD; 2000-2019
(En millones de Bs.)



FUENTE: Viceministerio de inversión pública y financiamiento externo (VIPFE)

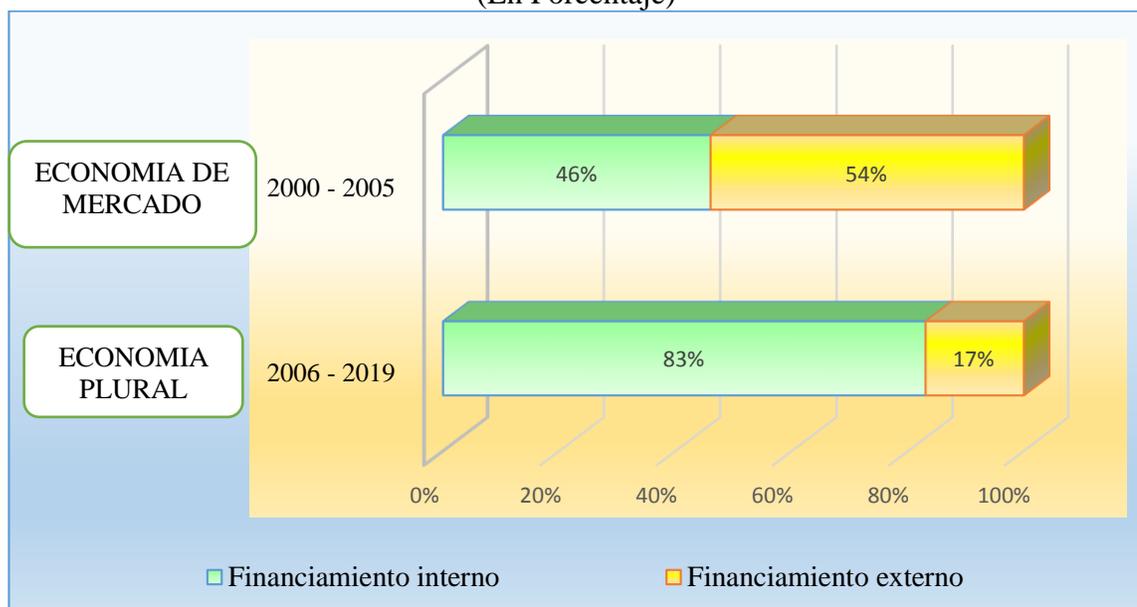
ELABORACIÓN: Propia.

En el gráfico N° 8; en el primer periodo de economía de mercado de 2000-2005, se observa que el presupuesto de inversión pública en la ejecución por fuente de financiamiento; el financiamiento externo es mayor con 54% y el financiamiento interno es menor con 46% de participación, por lo cual se diferencia que la contribución mayor fue del financiamiento externo.

En el segundo periodo de economía plural de 2006-2019, se observa que la inversión pública en la etapa de ejecución el financiamiento externo es mucho menor de participación con 17% y se obtiene un financiamiento interno mayor con 83%, por lo cual se diferencia que la contribución mayor fue del financiamiento interno.

GRÁFICO 8: COMPARACIÓN PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE FINANCIAMIENTO EN EL SECTOR SALUD 2000-2019

(En Porcentaje)



FUENTE: Viceministerio de inversión pública y financiamiento externo (VIPFE)

ELABORACIÓN: Propia.

Las principales fuentes de financiamiento que tiene el estado son las rentas extractivas y los ingresos tributarios, en el segundo período las rentas por extracción presentan un incremento considerable por el IDH. Se presenta un crecimiento presupuestario con la intervención del estado en el sector salud con mayor participación del financiamiento interno. Pero específicamente se destina menos del 10% al Sector Salud en comparación con los demás sectores que componen el Sector Social.

Ciertamente se observa la gran dependencia del financiamiento externo en el primer periodo de economía de mercado consecuencia de la reducida participación del financiamiento interno, en el periodo de economía plural disminuye de manera significativa la dependencia del financiamiento externo, explicando por mayores niveles de participación del financiamiento interno a consecuencia de los recursos provenientes del IDH.

3.8. EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPOS DE PROYECTOS DEL SECTOR SALUD.

Los subsectores del sector salud, que se encuentran descritos según el clasificador presupuestario, van dirigidos a acciones relacionados a los servicios de salud, como la formulación y la administración de la política gubernamental; la fijación y ejecución de las normas sobre el personal médico y paramédico y sobre los hospitales, clínicas, consultorios y otros; la regulación y concesión de licencias a los proveedores de servicios de salud; y la investigación aplicada y el desarrollo experimental en asuntos médicos y de salud⁸⁹.

CUADRO 2: ESTRUCTURA DEL SECTOR SALUD SEGÚN CLASIFICADOR.

INFRAESTRUCTURA DE SALUD	Construcción de infraestructura y equipamiento de centros de salud Mejoramiento de infraestructura de hospitales Mejoramiento de infraestructura de centros de salud Otros infraestructura de salud
PLANIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE SALUD	Planificación y prevención de salud Planificación y educación para la salud Programas en prevención y educación para la salud Regulación y control sanitario Promoción de la salud
ATENCIÓN EN SALUD	Atención primaria en salud Programas integrales de salud Epidemiología Desarrollo medicina tradicional Salud ocupacional
MULTIPROGRAMA DE SALUD	Multiprograma
OTROS SALUD	Otros
TELESALUD	Telesalud
INVESTIGACIÓN SALUD	Investigación salud

FUENTE: Clasificador presupuestario, 2019

ELABORACIÓN: Propia.

⁸⁹ MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN, Clasificador Presupuestario, 2019, Pág. 106.

En el gráfico N° 9, el primer periodo la ejecución de la inversión pública del tipo de proyecto infraestructura se observa e identifica una significativa ejecución presupuestaria con el dato más elevado en el año 2000 con Bs. 163 millones.

En el año 2003 se implementan programas para controlar y prevenir enfermedades sin embargo estas presentan problemas de financiamiento, la cooperación internacional se retira del financiamiento y el tesoro general de la nación reduce su participación, por ello en consecuencia no se llega a cumplir este objetivo de los programas, se observa en el gráfico que los proyectos de planificación y prevención se redujeron notoriamente en el año 2003 con un Bs. 83 millones.

La gestión 2005 se encuentra fortalecida por programas de inmunización, prevención, atención y control de enfermedades como el programa ampliado de inmunizaciones que a través de la implementación de vacunas presenta como objetivo el reducir la mortalidad materno-infantil causada por enfermedades.

Se destaca el programa de salud y nutrición, presenta como objetivos el reducir la mortalidad neonatal e infantil a través del acceso universal a las vacunas; reducir la malnutrición infantil además de la deficiencia de la vitamina A.

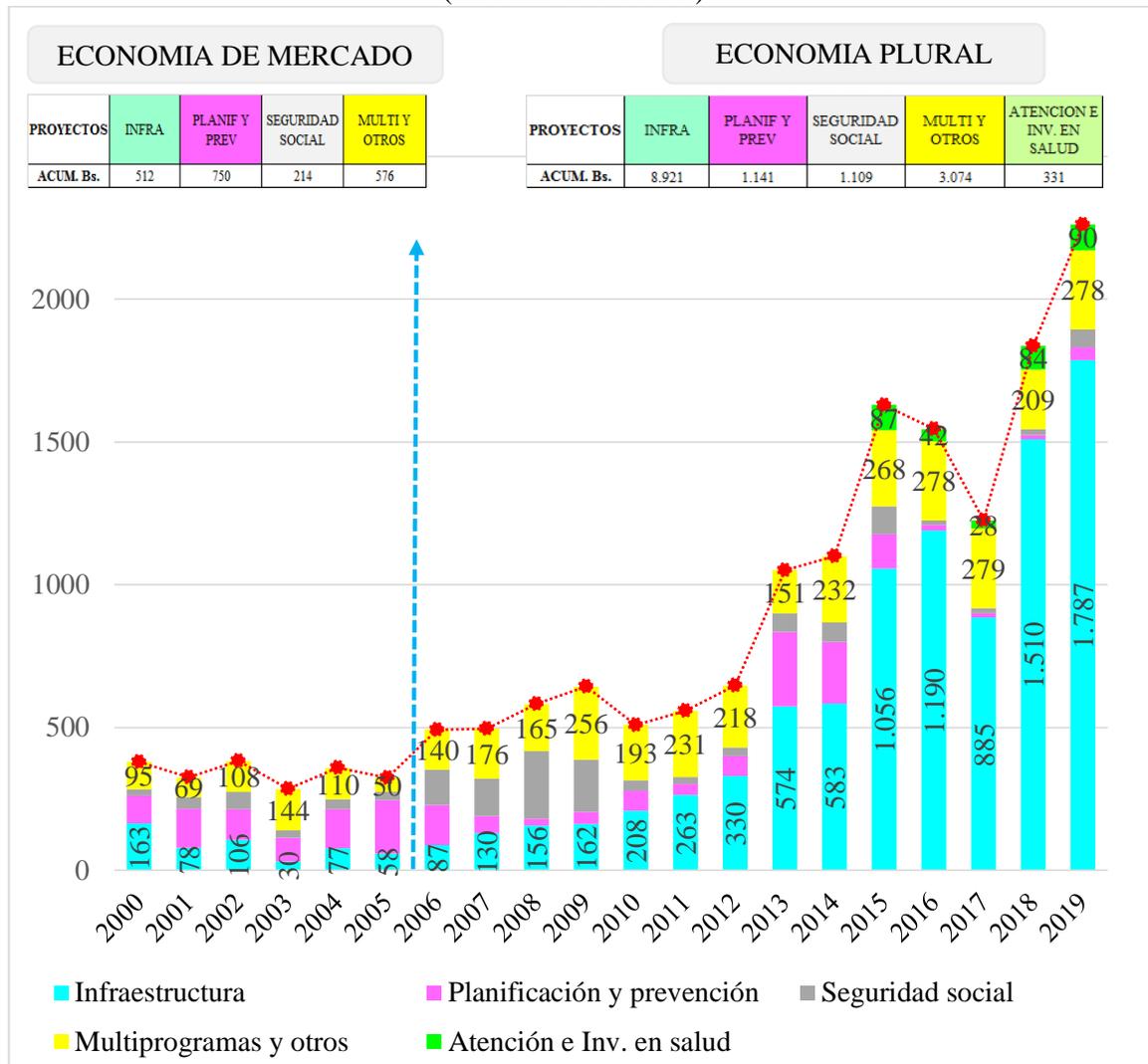
El proyecto de salud del niño, niña y adolescente tiene como objetivo el fortalecer en los embarazos y alumbramientos seguros, el cuidado de los recién nacidos.

El proyecto de promoción de la salud y nutrición emplea técnicas de comunicación con objeto de mejorar el cuidado de la salud en las familias y las prácticas de alimentación en niños, niñas y mujeres gestantes.

A partir del año 2006 se observa una tendencia creciente de la ejecución presupuestaria en el tipo de proyecto infraestructura, el destinar mayores recursos para la provisión de infraestructura de salud coadyuva a incrementar el acceso a los servicios de salud para la implementación del SUMI e incluso de la SAFCI se fortalecen las redes de salud y de esta

manera persistente la continuidad a la ejecución presupuestaria en la construcción y modernización de la infraestructura.

GRÁFICO 9: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO EN EL SECTOR SALUD; 2000-2019
(En Millones de Bs.)



FUENTE: Viceministerio de inversión pública y financiamiento externo (VIPFE)

ELABORACIÓN: Propia.

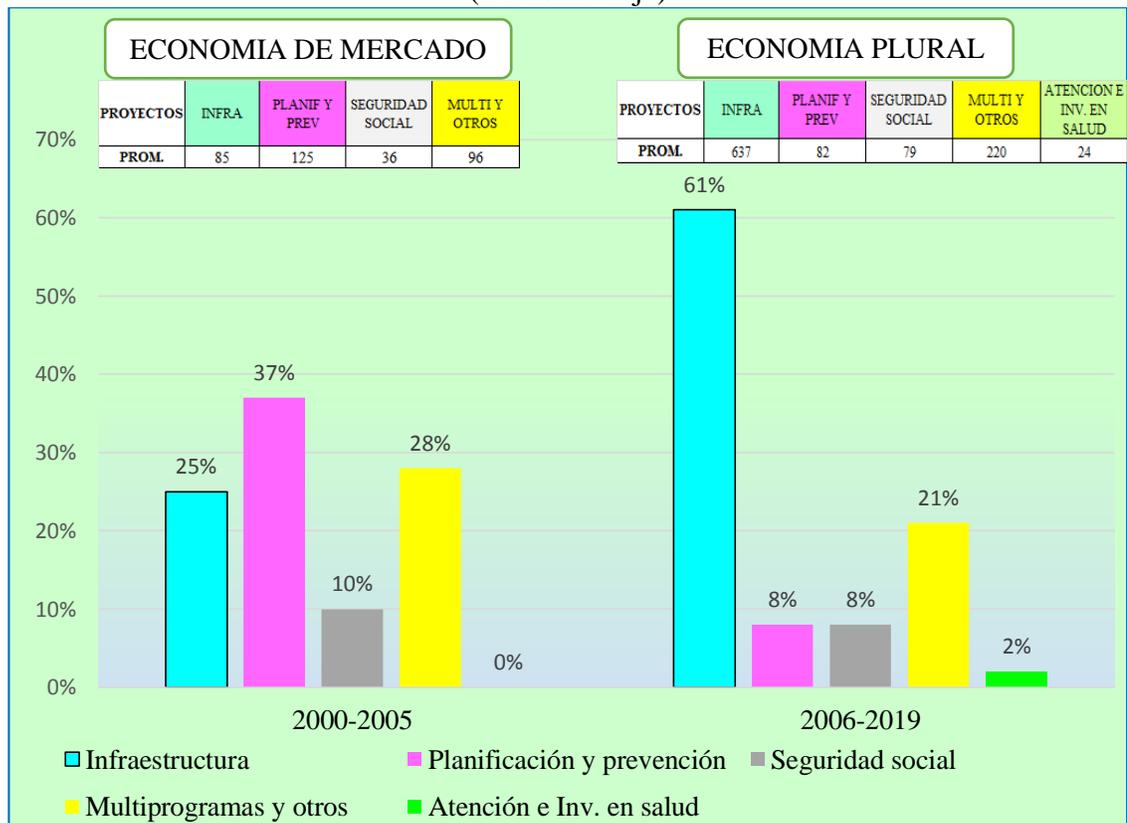
En el gráfico N° 9 se puede observar e identifica que en el modelo de mercado la ejecución presupuestaria presenta mayor concentración en el tipo de proyecto planificación y

prevención con 37%, el tipo de proyecto multiprogramas con 28%, el tipo de proyecto infraestructura con el 25% y el seguro social con el 10%.

En el segundo periodo de economía plural el presupuesto ejecutado de proyectos de planificación y prevención decrece a 8% de participación, los proyectos de infraestructura crecen considerablemente en un 61%, los multiprogramas tienen una participación del 21%, el seguro social disminuye al 8% y se da paso a la atención e investigación en salud en un 2%.

En una comparación se identifica que en la economía plural los proyectos de Infraestructura son los que tuvieron mayor crecimiento.

GRÁFICO 10: COMPARACIÓN PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO EN EL SECTOR SALUD; 2000-2019
(En Porcentaje)



FUENTE: Viceministerio de inversión pública y financiamiento externo (VIPFE)

ELABORACIÓN: Propia.

La construcción de hospitales y centros de salud son vitales para la adecuada implementación de programas que, repercuten significativamente en la salud de la población y esto a su vez en la capacidad humana.

3.9. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN 2000-2019.

Los establecimientos de salud son el nivel operativo de la implementación de programas de acuerdo a la normativa vigente la red de servicios de salud se constituye en el brazo operativo del sector salud.

El ministerio de salud y deportes, mediante la política de salud familiar comunitaria e intercultural (SAFCI), fortalece el sistema de salud con la aplicación de los componentes de atención integral y gestión participativa control social.

Considerando que la atención integral intercultural de la salud funciona en base a la articulación de redes funcionales de servicios de salud, organizada según nivel de complejidad de acuerdo a normas técnico - operacionales, para fortalecer la capacidad técnica instalada, los flujos de información efectivo y oportunos, la referencia y contrarreferencia, la articulación - complementariedad entre la medicina tradicional y la académica, con el fin de contribuir a transformar mediante la gestión participativa y control social, la atención integral intercultural que permitan la mejora del estado y situación de salud de la población.

Los establecimientos de salud se dividen en tres niveles:

Primer nivel.- es el centro de salud ubicado en tu barrio, donde recibirás atenciones básicas y las más frecuentes. En este centro se resuelve el 80% de todas las enfermedades.

Segundo nivel.- es el hospital que brinda atención en cuatro especialidades: ginecología, pediatría, medicina interna y cirugía. Además se ocupa de fisioterapia y rehabilitación.

Tercer nivel.- es un hospital de alta resolución que cuenta con todas las especialidades médicas y prioriza la atención de enfermedades complejas como el cáncer. También posee servicios en psicología, tomografía, banco de leche, entre otros.⁹⁰

Los gobiernos municipales autónomos, deberán administrar el primer y segundo nivel de atención organizada en la red municipal de salud familiar comunitaria intercultural.

Los gobiernos municipales deben encargarse de:

Implementar el Sistema Único de Salud en su jurisdicción, en el marco de sus competencias.

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.

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.

Dotar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del primer y segundo nivel municipal para el funcionamiento del Sistema Único de Salud.

Dotar a los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de su jurisdicción: servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.

Gobiernos departamentales autónomos deben encargarse de:

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

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

⁹⁰ MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES, *Niveles de atención en los establecimientos de salud*.

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

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

El ministerio de salud y deportes entregará recursos económicos con el objetivo de agilizar la transferencia de dineros a los hospitales de tercer nivel para la atención más eficiente de sus pacientes dentro del sistema único de salud (SUS).⁹¹

En el gráfico N° 11 en el periodo de economía de mercado se observa y verifica que la evolución de los establecimientos de salud fueron incrementándose en el primer y segundo nivel mientras que el en tercer nivel se mantiene con un crecimiento prácticamente constante.

En el primer periodo se obtiene un promedio de 2.390 en el primer nivel de atención, en el segundo nivel se obtiene un promedio de 149 y en el tercer nivel fue de 52 establecimientos de salud.

En la gestión 2000 se tiene en el primer nivel de atención 2.134 establecimientos teniendo un incremento en el 2005 de 2.630; en el segundo nivel de atención fue de 130 y ascendió a 182 establecimientos en la gestión 2005; en el tercer nivel de atención fue de 48 en el año 2000 y ascendió a 58 en la gestión 2005.

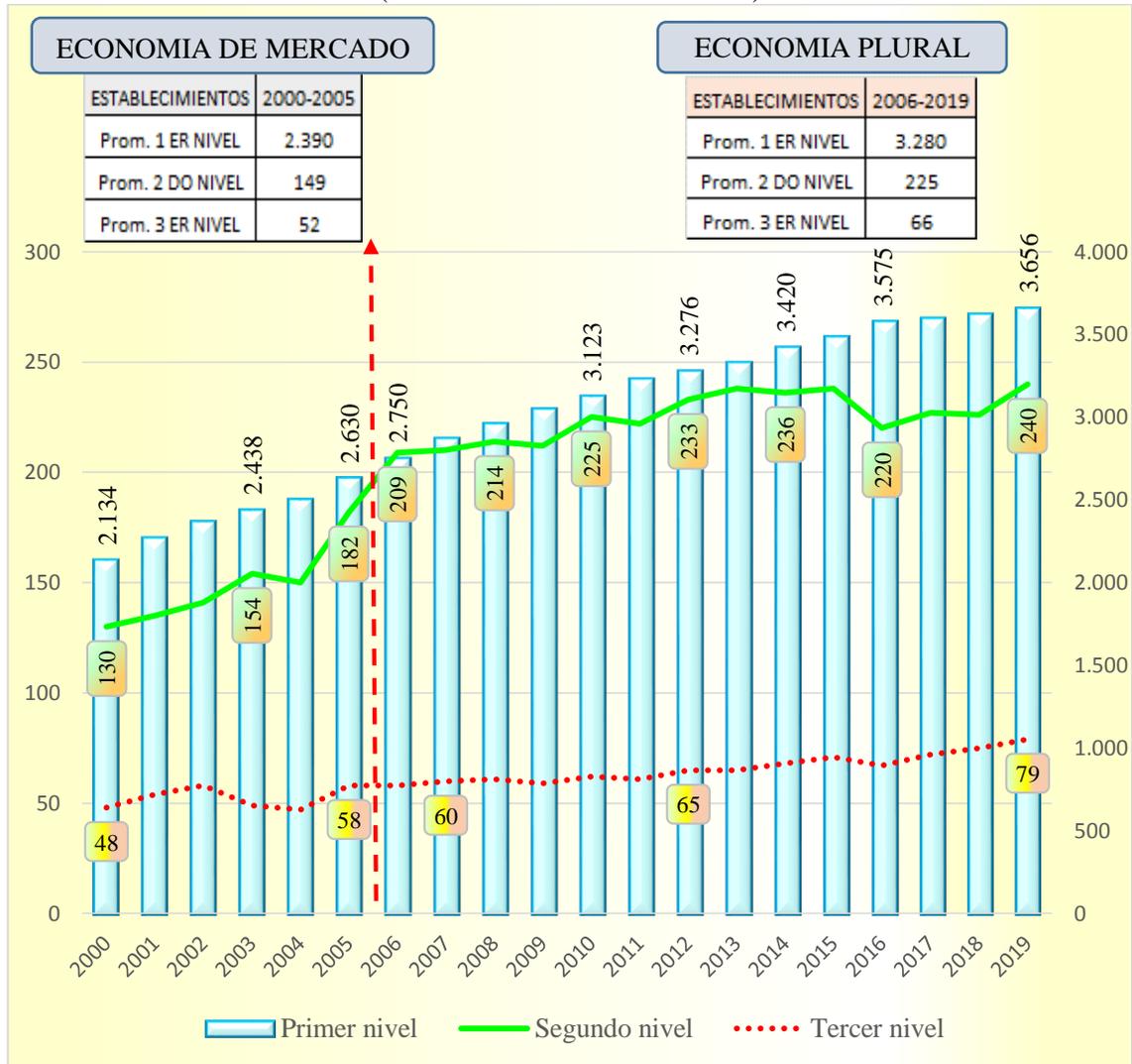
En el segundo periodo se puede apreciar un promedio de 3.280 en el primer nivel de atención, en el segundo nivel de atención es en promedio de 225 y en el tercer nivel es de 66 establecimientos.

En la gestión 2006 se tiene un primer nivel de atención de 2.750 establecimientos y fue incrementado con el pasar de los periodos y en 2019 es de 3.656 establecimientos; en el segundo nivel de atención en el año 2006 fue de 209 establecimientos e incremento en

⁹¹ LEY MARCO DE AUTONOMÍAS Y DESCENTRALIZACIÓN “ANDRÉS IBÁÑEZ” (2010). *Artículo 81 Salud*. Pág. 31- 33.

2019 a 240; en el tercer nivel de atención fue de 58 y ascendió en el 2019 a 79 establecimientos.

GRÁFICO 11: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN 2000-2019
(Número de Establecimientos)



FUENTE: Instituto nacional de estadística (INE).

ELABORACIÓN: Propia.

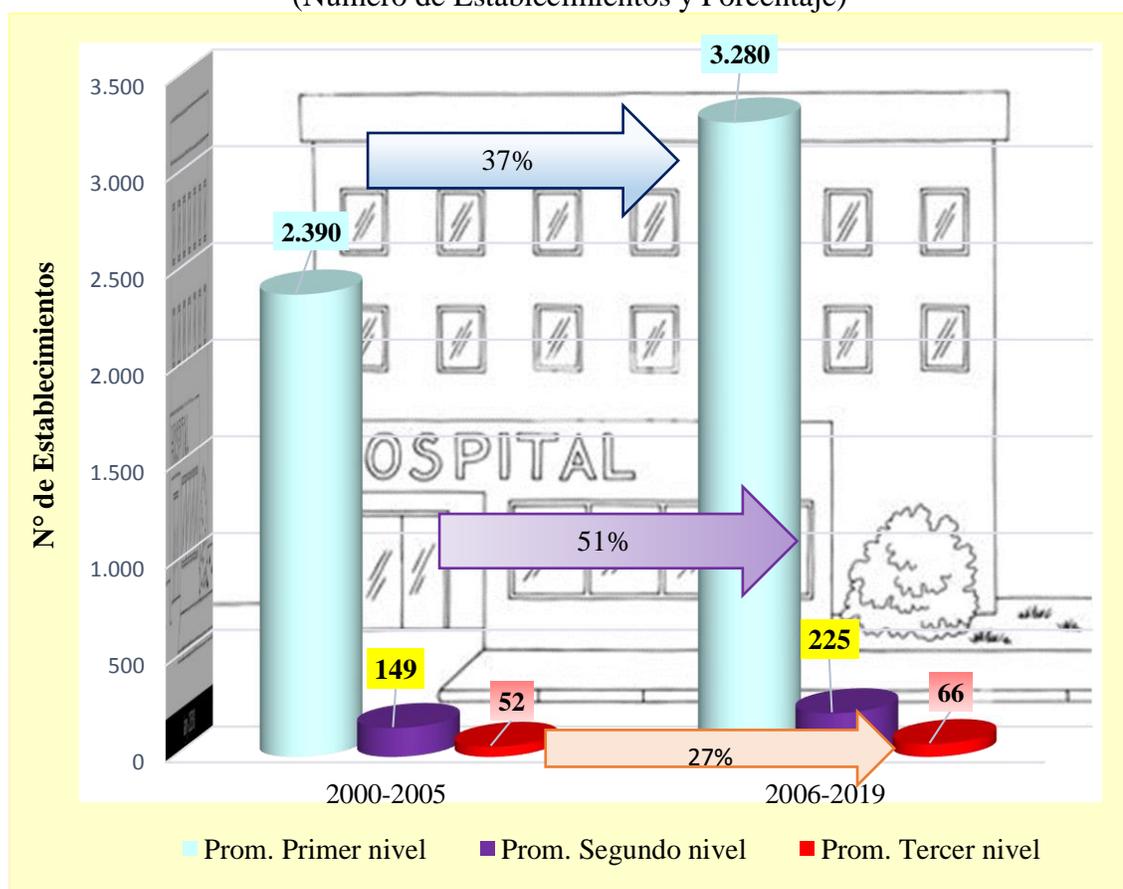
En el gráfico N° 12 se puede observar la comparación de establecimientos de salud por nivel de atención, el primer nivel de atención que presenta un incremento del periodo de

Economía de mercado a la etapa de economía plural en 37% los que significa que de un promedio de 2.390 subió a 3.280 establecimientos.

Los establecimientos de segundo nivel de atención registraron en el periodo de economía de mercado un promedio de 149 e incrementó un 51% en el periodo de economía plural con un promedio de 225 establecimientos.

También se puede observar la comparación en el tercer nivel del periodo de economía de mercado el cual tuvo un promedio de 52 y se incrementó para el periodo de economía plural a 66 establecimientos teniendo un incremento del 27%.

GRÁFICO 12: COMPARACIÓN PROMEDIO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN DE BOLIVIA; 2000-2019
(Número de Establecimientos y Porcentaje)



FUENTE: Instituto nacional de estadística (INE).
ELABORACIÓN: Propia.

3.10. MORTALIDAD INFANTIL Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD.

En el gráfico N° 13 se puede observar que para el primer periodo de economía de mercado se tiene una tasa de mortalidad infantil acumulada de 321 muertos por mil nacidos vivos, en el año 2000 se tuvo una tasa de mortalidad infantil de 57 muertos por mil nacidos vivos los cuales se fueron reduciendo a 50 muertos por mil nacidos vivos en el año 2005.

Para el segundo periodo de economía plural se tuvo una tasa de mortalidad infantil acumulada de 568 muertos por mil nacidos vivos, en el año 2006 se tuvo una tasa de mortalidad infantil de 49 muertos por mil nacidos vivos, los cuales fueron disminuyendo paulatinamente con el transcurrir del tiempo teniendo una tasa de mortalidad infantil de 33 muertos por mil nacidos vivos en el año 2019.

En el año 2006 las principales causas de los decesos fueron prematuridad y bajo peso con el 33%, asfixias 26%, enfermedades infecciosas 25%, malformaciones 6%, otros 10%.

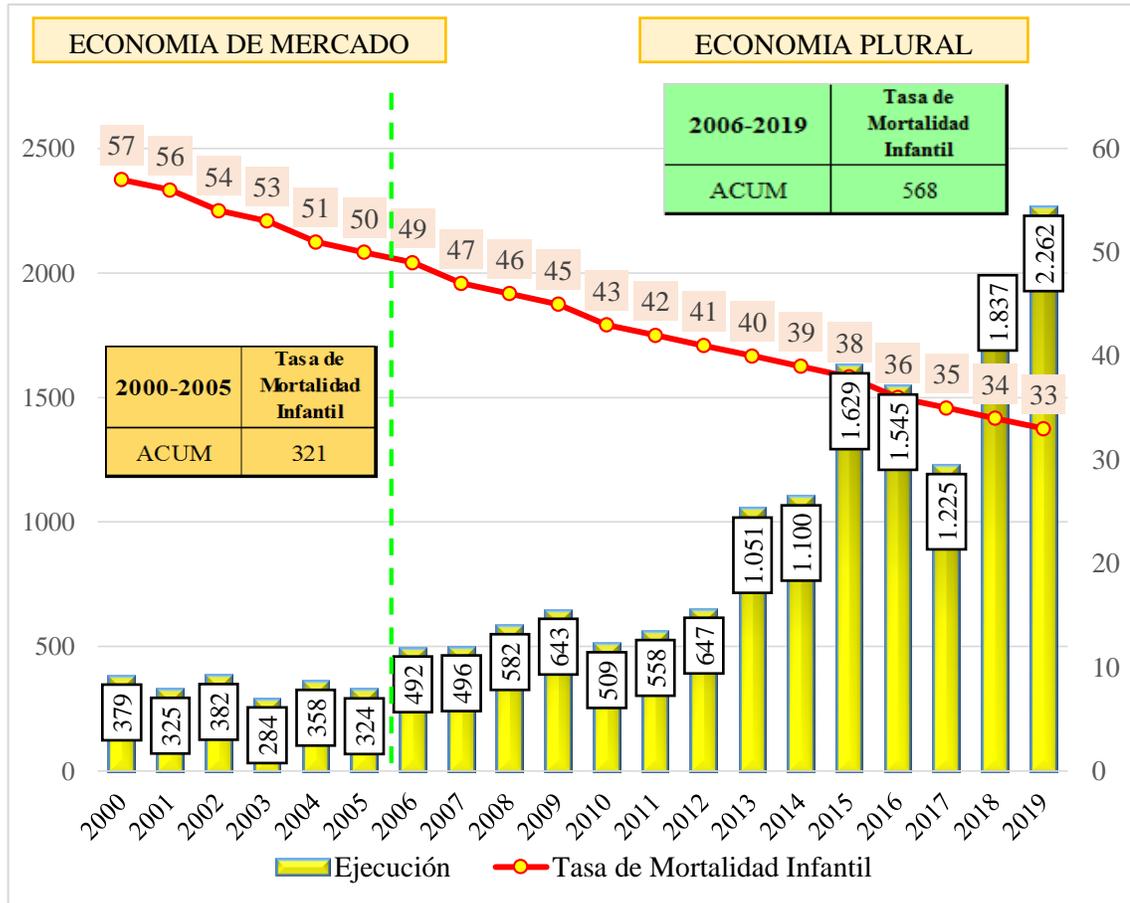
En el año 2019 las principales causas de los decesos fueron las infecciones 32%, prematuridad y bajo peso con el 30%, asfixia en 22% y otros con 16%.

La tasa de mortalidad infantil se incrementa según la edad de la madre, el orden del nacimiento del niño y la menor amplitud del tiempo transcurrido entre un nacimiento y otro.

Cuando se analiza la tasa de mortalidad infantil se tiene alto riesgo de mortalidad para niños de madres jóvenes, los de menor riesgo son cuyas madres tienen entre 20 y 29 años luego, tiene un aumento importante de los riesgos con la edad, el más alto es cuando la madre tiene entre 40 y 49 años de edad.

Cuando el tamaño del niño al nacer fue pequeño, su probabilidad de morir antes de cumplir su primer año de vida es más del doble que la de los niños con el peso promedio.

GRÁFICO 13: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD; 2000-2019
(Por mil nacidos vivos y millones de Bs.)

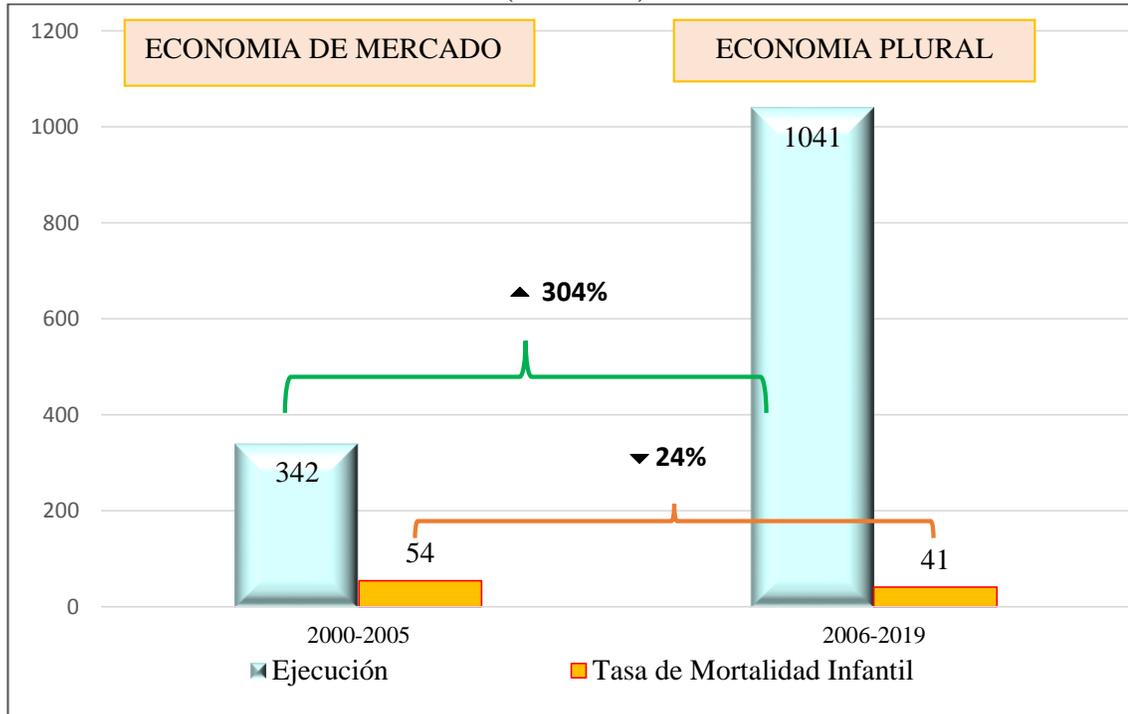


FUENTE: Instituto nacional de estadística (INE) y Organización Mundial de la Salud (OMS)
ELABORACIÓN: Propia.

En el gráfico N° 14 se observa que comparando ambos periodos la tasa de mortalidad infantil en el primer periodo de economía de mercado el promedio de la tasa de mortalidad materna fue de 54 muertos por cada mil nacidos vivos con un decrecimiento del 24% llegando al segundo periodo de economía plural a un promedio de 41 muertos por cada mil nacidos vivos.

También se puede observar el contraste de la Inversión Pública la cual en promedio es de Bs. 342 millones en el periodo de Economía de Mercado teniendo un incremento para el Segundo Periodo de Economía Plural en 304% con un promedio de Bs. 1.041 millones.

GRÁFICO 14: COMPARACIÓN PROMEDIO DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD; 2000-2019.
(Promedio)



FUENTE: Instituto nacional de estadística (INE) y Organización Mundial de la Salud (OMS)
ELABORACIÓN: Propia.

La tasa de mortalidad infantil resume la situación de la salud, las condiciones socioeconómicas de la población.

Que se dividen en tres:

- 1) Nivel individual: factores que determinan la productividad de la crianza de los niños: educación de los padres, situación laboral de la madre, y empoderamiento de la mujer; es decir, las normas y las costumbres.
- 2) Nivel de los hogares: factores como la condición social y económica de los hogares: activos fijos de uso doméstico, ÍNDICE de riqueza, y el acceso a la asistencia sanitaria.

- 3) Nivel comunitario: factores que incluyen el tipo de lugar de residencia del hogar, tales como el área rural o urbana, inversión de los hogares en infraestructura en cuanto a educación, agua y saneamiento básico, política económica y la inmunización del niño en la comunidad.

Otro punto fundamental es la inmunización contra una serie de enfermedades infecciosas constituye una de las intervenciones más costo efectivas para la reducción de la mortalidad y morbilidad, particularmente en la infancia; gracias a la cual actualmente se ha logrado la erradicación de la varicela y el reducir de manera significativa la carga de varias enfermedades prevenibles mediante la vacunación. De tal manera que el mundo se encamina hacia la erradicación de la poliomielitis y a la eliminación del sarampión en la niñez y del síndrome de rubéola congénita.

Las condiciones de vida en Bolivia han mejorado de manera notable en las últimas décadas. La población tiene mejores niveles de bienestar, incluyendo más acceso a los servicios públicos, y las condiciones de salud y nutrición han mejorado sustancialmente. Como resultado de estas mejoras, la mortalidad infantil se redujo.

La reducción de niños de bajo peso junto con el incremento de partos atendidos por personal de salud calificado en áreas rurales podría bien contribuir a la reducción de mortalidad infantil.

3.11. NÚMERO DE NACIDOS CON BAJO PESO.

El bajo peso al nacer (BPN), ha sido definido por la organización mundial de la salud (OMS) como el peso al nacer menor de 2,500 gramos, independiente de la edad gestacional y cualquiera que sea la causa, y es el índice predictivo más importante de la mortalidad infantil, sobre todo la neonatal, es por ello que actualmente la tasa de bajo peso se considera como un indicador general de salud.

El bajo peso al nacer se presenta en todo el mundo especialmente en los países en vías de desarrollo, trayendo consigo consecuencias negativas en diversos ámbitos como la

educación y la productividad, constituyéndose en uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad.

Los factores sociodemográficos que desencadenan un bajo peso al nacer de un menor pueden ser la edad de la madre que esta sea menor de 20 años y las edades mayores a 35 años aumentan los riesgos, otro factor es el económico porque la mayoría de los niños y niñas con bajo peso al nacer provienen de madres cuyas condiciones económicas son desfavorables.

La desnutrición es un problema de gran relevancia en la población infantil de Bolivia, problema que no se puede erradicar por problemas sociales, económicos y políticos, pero es una prioridad para el sistema de salud.

La importancia de las inversiones en la primera infancia está sustentada por amplia evidencia. Tanto las ciencias de la salud y del comportamiento como la reciente investigación económica indican que un desarrollo deficiente en la primera etapa de la vida tiene efectos negativos de largo plazo en la vida adulta de una persona.

En el gráfico N° 15 se puede observar y determinar que en el primer periodo se tiene un acumulado de 48.049 nacidos con bajo peso, con un promedio de 8.008 nacidos con bajo peso; entre los años 2000 y 2003 el porcentaje de nacidos con bajo peso tuvo una reducción de 5,42% a 4,64%; en el año 2004 este porcentaje volvió a subir a 5,52% situación debido a malas condiciones y cuidados de salud de las madres y esta tiene una nueva reducción para el año 2005 a 5,20%.

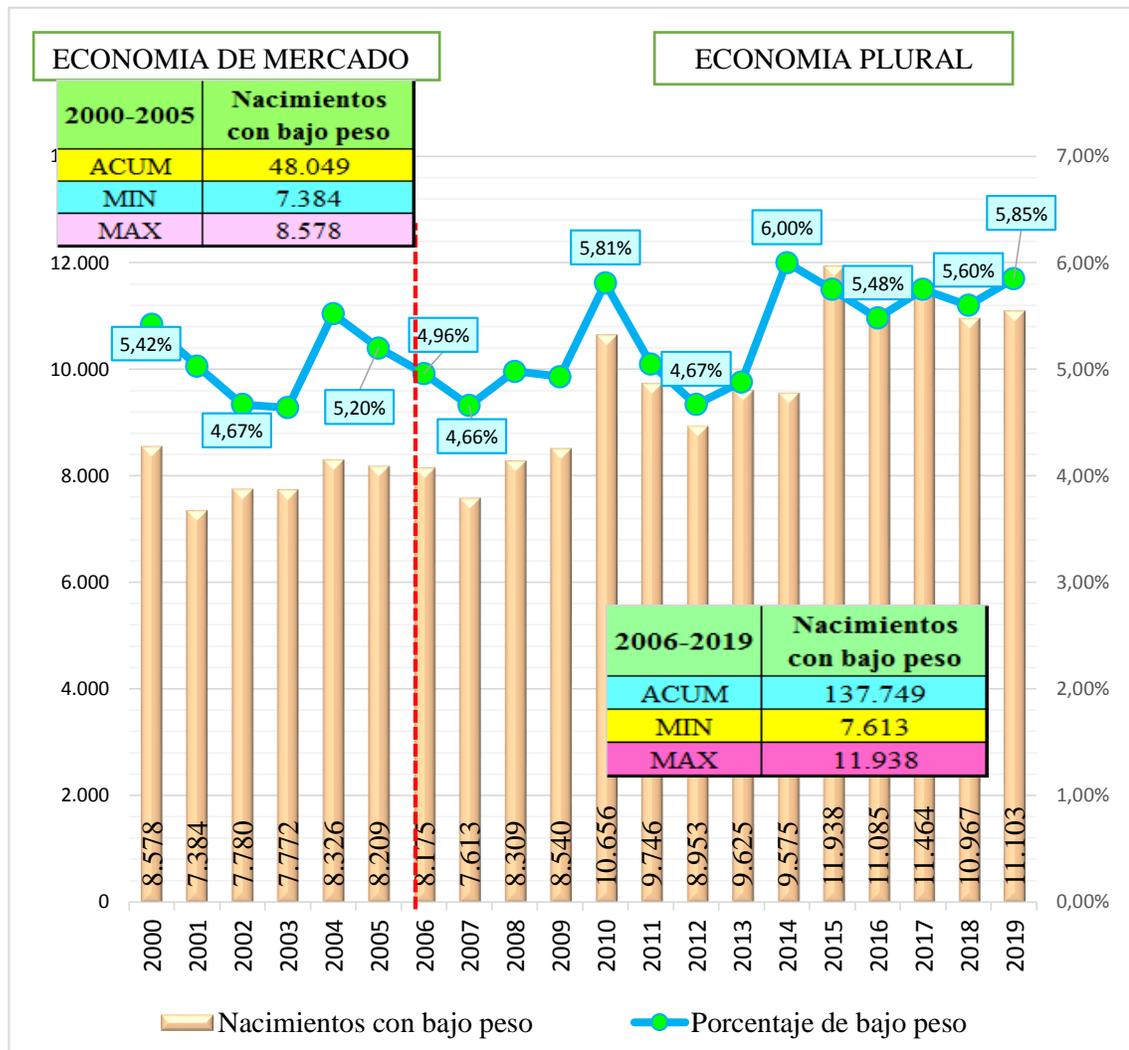
Para el segundo periodo se puede observar un acumulado de 137.749 nacidos con bajo peso, con un promedio de 9.839 nacidos con bajo peso.

De 2006 a 2011 el porcentaje de nacidos con bajo peso tiene un promedio de 5,08% y de 2012 a 2019 se observa un incremento en promedio de 5,31%.

El bono Juana Azurduy otorga incentivos monetarios para la concurrencia de las embarazadas a controles permanentes las cuales hacen posible la reducción de los índices

de la mortalidad materna y neonatal, permitiendo mayor cobertura de acceso a la salud, sin embargo el objetivo del bono no se cumple en su totalidad.

GRÁFICO 15: NACIDOS CON BAJO PESO; 2000-2019.
(Porcentaje y número de nacidos)



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística (INE)

ELABORACIÓN: Propia.

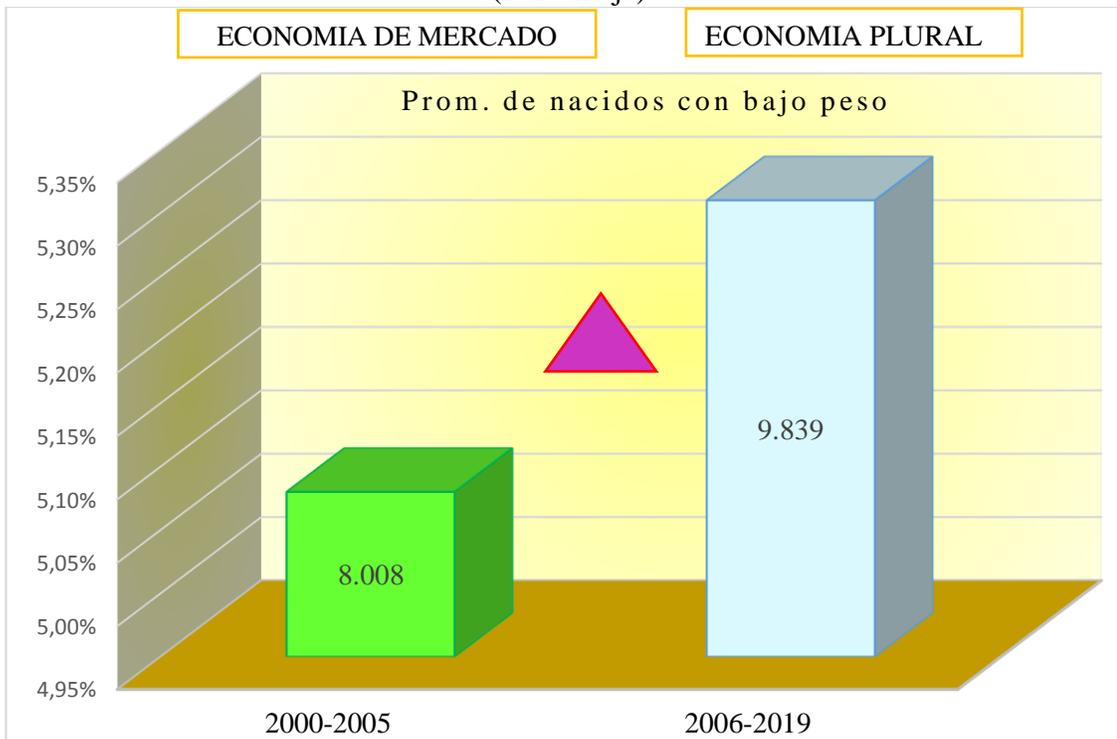
La atención profesional de los médicos influye significativamente en la salud materno-infantil, la atención antes, durante y después del parto permite prevenir enfermedades y tratamiento de problemas de salud que, de esta forma evita complicaciones en la madre

en el recién nacido. La atención a domicilio contribuye a la supervivencia del recién nacido además incentiva la lactancia materna y las vacunas respectivas.

Las madres del área urbana con ingresos relativamente altos acceden con frecuencia a los servicios de salud mediante el SUMI, mientras disminuyen notablemente los riesgos de tener un recién nacido con bajo peso.

En las áreas rurales el acceso a la salud se encuentra condicionado por la distancia de los centros de salud, falta de personal especializado, necesidades de equipamiento e infraestructura en centros de salud.

GRÁFICO 16: COMPARACIÓN PROMEDIO DE NACIDOS CON BAJO PESO; 2000-2019. (Porcentaje)



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística (INE)

ELABORACIÓN: Propia.

En el gráfico N° 16, se puede observar en el primer periodo el porcentaje de recién nacidos con bajo peso presenta en promedio 5,08%; en el Segundo Periodo incrementa con un promedio de 5,31% comparando ambos periodos se muestra un incremento de 4,53%.

En el primer periodo el plan general de desarrollo económico y social, la política de nutrición básica en lo que se refiere a reducir el déficit de micronutrientes en la infancia y la política de atención primaria de salud con respecto a incrementar las condiciones de nutrición del recién nacido, no se cumple ya que prevalece el bajo peso al nacer a consecuencia de la mala alimentación y deficiencias en la asignación de micronutrientes en los niños.

En el segundo periodo el plan nacional de desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien” no se presenta ninguna política, por lo tanto la evidencia empírica demuestra la prevalencia del porcentaje de recién nacidos con bajo peso. La Ley N° 3250 de la ampliación del Seguro Universal Materno Infantil, el D.S. 0066 del Bono Juana Azurduy y el D.S. 29061 del modelo Salud Familiar Comunitario Intercultural, no se cumplen en su totalidad, se evidencia de obstáculos económicos y de exclusión social.



CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.



CAPÍTULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

4.1. CONCLUSIONES.

4.1.1. Conclusión general.

La presente investigación plantea la ineficiente ejecución de los proyectos del presupuesto de inversión pública para mejorar el sector salud en Bolivia.

Los recursos asignados en Bolivia son de índole interna y externa, en el primer periodo de estudio de economía de mercado prepondera el financiamiento externo, y en el segundo periodo de estudio de economía plural, debido a los cambios estructurales de la economía, la ejecución de proyectos de inversión pública son en su mayoría con financiamiento interno.

Existe mayor asignación de recursos al sector salud en el segundo periodo por mayores ingresos de impuestos y recursos del IDH, sin embargo estos recursos no logran ejecutarse de manera eficiente, demostrándose que aún existen deficiencias en la ejecución del presupuesto de inversión pública.

4.1.2. Conclusiones específicas.

4.1.2.1. Conclusión específica 1.

La evidencia empírica comparando ambos periodos de estudio muestra el comportamiento del presupuesto de inversión pública del sector salud el cual presenta una baja ejecución durante el primer periodo denominado modelo de economía de mercado mostrando un promedio de programación Bs. 422 millones de los cuales se tuvo una ejecución de Bs. 342 millones.

Para el segundo periodo modelo de economía plural se tuvo un promedio de programación de Bs. 1.430 millones de los cuales se ejecutó Bs. 1.041 millones.

En términos porcentuales en el modelo de economía de mercado tuvo un promedio de ejecución de 81% las gestiones 2000-2005; en el modelo de economía plural este desciende a un promedio ejecutado de 73%. Se evidencia que existe una mayor asignación de recursos para el sector sin embargo estos no son ejecutados eficientemente.

En ambos períodos no se cumplen con las políticas planteadas en el plan general de desarrollo económico social (1997-2002) y el plan nacional de desarrollo (2006-2011) que son *“reducir las disparidades en las condiciones y acceso a la salud a través de una mayor eficiencia y eficacia en la asignación de recursos”* con el objetivo *“ejecutar los recursos públicos de manera eficiente para el cumplimiento de las políticas”*.

En ambos periodos prevalece la programación antes que la ejecución del presupuesto de inversión pública por lo cual no se cumple con el paradigma de Karen M. Mogate y los hermanos Sapag Chain a consecuencia del incumplimiento de la programación financiera de la fase de ejecución del ciclo de vida del proyecto; pues los proyectos tiene la finalidad de satisfacer las necesidades de la población al no ejecutarse eficientemente no se cumplirían las metas y objetivos del plan de desarrollo.

4.1.2.2. Conclusión específica 2.

En el primer periodo los proyectos son ejecutados con mayor financiamiento interno, provenientes de transferencias y recursos específicos, representa en promedio Bs. 129 millones y la ejecución con financiamiento externo un promedio de Bs. 153 millones. En el segundo periodo la ejecución de los proyectos con financiamiento interno incrementó a Bs. 954 millones y el financiamiento externo incrementa a Bs. 194 millones pero no es el financiamiento líder en este periodo.

La evidencia empírica permite demostrar que la intervención del estado provoca una reducida dependencia del financiamiento externo a consecuencia de los recursos provenientes del IDH. Por tanto se puede diferenciar la contribución del financiamiento interno por los cuales se destinan mayores recursos al sector salud para una mayor ejecución presupuestaria.

En ambos periodos la evidencia empírica demuestran el cumplimiento del paradigma de Ricardo Cibotti – Enrique Sierra y Ricardo Musgrave, que consiste en la necesaria intervención del Estado en favor de la economía y es una condición necesaria para corregir los desequilibrios del mercado mediante políticas y normas.

La intervención del sector público mediante políticas presupuestarias es necesario para guiar, corregir y complementar al mercado en algunos aspectos a través de funciones.

4.1.2.3. Conclusión específica 3.

La evidencia empírica identifica y sustenta que en el primer periodo de estudio se dinamiza el tipo de proyecto de planificación y prevención; en el segundo periodo de estudio se dinamiza el tipo de proyecto de infraestructura.

En el primer periodo los proyectos con mayor participación son planificación y prevención con un promedio de ejecución de 37% y multiprograma con 28%; para el segundo periodo la ejecución de proyectos en infraestructura fue de 61% seguido de multiprograma con 21% y planificación y prevención solo fue el 8%.

En base a la evidencia empírica se puede observar e identificar que no se cumple con la Constitución Política del Estado ya que el estado tiene la obligación de garantizar y sostener el derecho a la salud la cual se priorizará la promoción de la salud y prevención de enfermedades, las cuales no se cumplen debido a una mayor ejecución de proyectos del tipo Infraestructura y una disminución de proyectos en planificación, prevención y seguridad social.

4.1.2.4. Conclusión específica 4.

Se puede verificar que el número de establecimientos de salud presenta una tendencia creciente en ambos periodos. En el primer periodo se registra un promedio de 2.390 en establecimientos de primer nivel, 149 en el segundo nivel y 52 en el tercer nivel; para el segundo periodo se tiene un incremento con un promedio de 3.280 establecimientos de primer nivel, 225 en el segundo nivel y 66 para el tercer nivel, la tendencia de crecimiento

del número de establecimientos de salud presenta una mejora en la red funcional de servicios de salud.

Es muy importante la atención en un centro de salud de primer nivel y el incremento de ellos ya que constituyen la puerta de entrada al sistema de salud; gracias a la accesibilidad a este primer escalón, los pacientes pueden ser atendidos por un médico en el mismo día en que le está sucediendo algo que afecte a su salud.

El segundo nivel contempla los servicios de consulta de las especialidades básicas, hospitalización general (pediatría, ginecología, medicina interna y cirugía), servicios de apoyo a diagnóstico como pruebas especiales de laboratorio clínico, radiología con medios de contraste y ultrasonido.

El tercer nivel de atención está constituido por la atención ambulatoria de especialidad, la internación hospitalaria de especialidad y subespecialidad, los servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad; sus unidades operativas son los hospitales generales e institutos y hospitales de especialidades.

4.1.2.5. Conclusión específica 5.

Se establece la relevancia de la tasa de mortalidad infantil en ambos periodos los cuales presenta una disminución con el pasar de las gestiones, en el primer periodo teniendo un promedio de 54 muertes por cada mil nacidos vivos; en el segundo periodo esta cifra tuvo una disminución con un promedio de 41 muertes por cada mil nacidos vivos, los cuales fueron reduciendo por los programas de aseguramiento público para madre gestantes y niños menores de 5 años (SUMI) en todo el territorio nacional con carácter universal y gratuito y la implantación del BONO JUANA AZURDUY que se constituye en un incentivo monetario, que perciben todas las madres bolivianas que no cuentan con un seguro de salud a corto plazo y los niños menores a dos años, sólo deben cumplir con los controles integrales para acceder a este beneficio.

Cuando se analiza la tasa de mortalidad infantil se tiene alto riesgo de mortalidad para niños de madres jóvenes, los de menor riesgo son cuyas madres tienen entre 20 y 29 años

luego, tiene un aumento importante de los riesgos con la edad, el más alto es cuando la madre tiene entre 40 y 49 años de edad.

4.1.2.6. Conclusión específica 6.

Se puede determinar que en el primer periodo el porcentaje de recién nacidos con bajo peso presenta en promedio 5,08%; en el segundo periodo incrementa con un promedio de 5,31%. Se puede determinar que existen nacidos con bajo peso debido a las deficiencias nutricionales, vitaminas y minerales que son transferidos por la madre durante el periodo gestante.

La evidencia permite demostrar que no se cumple con la política de nutrición básica con respecto a reducir el déficit de micronutrientes en la infancia y con la política de atención primaria de salud en lo que refiere a incrementar la nutrición del recién nacido.

Cuando el tamaño del niño al nacer es pequeño y con un bajo peso, su probabilidad de morir antes de cumplir su primer año de vida es más del doble que la de los niños con el peso promedio.

4.2. APORTES DE LA INVESTIGACIÓN A LA MENCIÓN.

El aporte de la investigación a la mención, es la relación directa entre la distribución de la ejecución del presupuesto de inversión pública con los indicadores de los establecimientos de salud, la tasa de mortalidad infantil y los nacidos con bajo peso.

Se destaca una relación inversa del financiamiento interno con el financiamiento externo en la ejecución de proyectos y programas. Se establece una relación entre la distribución del presupuesto de inversión pública con los proyectos de infraestructura, multiprograma, planificación y prevención.

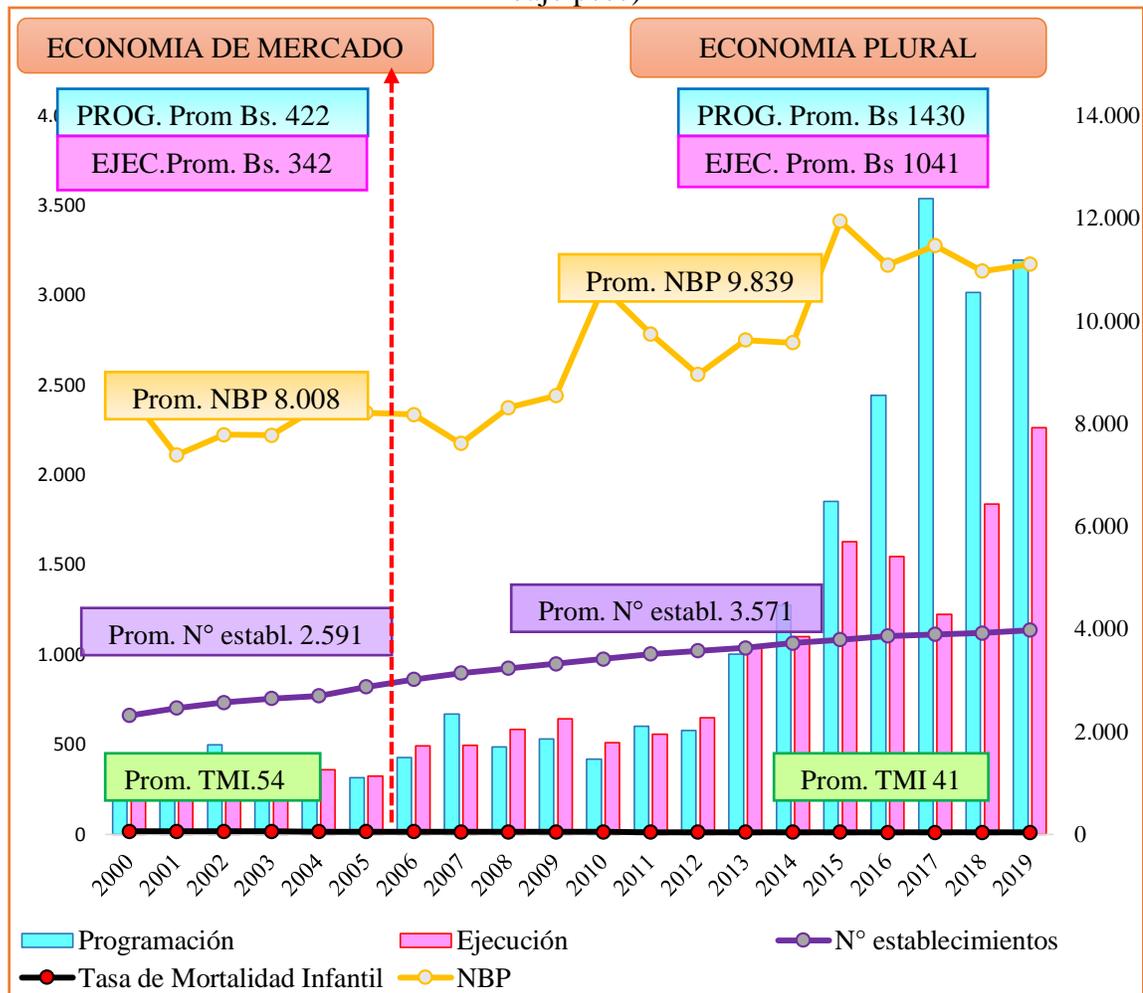
Los proyectos del sector salud en el presupuesto están dirigidos a satisfacer las necesidades de la población, se destaca el rol que desempeña el estado y su intervención a través de una mayor asignación de recursos económicos.

4.3. VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS.

Se acepta la Hipótesis planteada:

“La ejecución de los recursos asignados a proyectos de inversión pública no contribuye significativamente en la mejora del sector salud en Bolivia”.

GRÁFICO 16: PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA CON INDICADORES DE SALUD EN BOLIVIA; 2000-2019.
(En millones de Bs, N° de establecimientos, tasa de mortalidad infantil y nacidos con bajo peso)



FUENTE: Viceministerio de inversión pública y financiamiento externo (VIPFE); Instituto nacional de estadística (INE).

ELABORACIÓN: Propia.

La hipótesis se **acepta** por que la ejecución de proyectos del presupuesto de inversión pública destinados a la mejora del sector salud contribuye en la red funcional de servicios de atención en salud de primer, segundo y tercer nivel se observa que para el primer periodo se tuvo un promedio de 2.591 establecimientos de salud y que para el segundo periodo este se incrementó a 3.571 establecimientos en promedio teniendo así un crecimiento solo del 38%.

El presupuesto ejecutado de inversión pública presenta un crecimiento de 304% en promedio; la tasa de mortalidad infantil del primer periodo fue 51 muertos en promedio por mil nacidos vivos, para el segundo periodo es de 41 muertos en promedio por mil nacidos vivos por lo cual se establece una disminución en la tasa de mortalidad infantil del 24%; los países en vía de desarrollo deben reducir la tasa de mortalidad materno - infantil 50%, por lo tanto se evidencia una contribución pero no significativa para el sector salud.

También se puede observar y determinar un crecimiento en el porcentaje de nacidos con bajo peso. Se evidencia en el primer periodo que el 5,08% que representa 48.049 nacidos con bajo peso; en el segundo periodo el 5,31% que representa 137.749 nacidos con bajo peso.

La inversión debe traducirse en mayor beneficio para la población, es decir debe presentar una mejora en los indicadores del Sector Salud, sin embargo se observa en la investigación que el incremento en la ejecución de los proyectos del presupuesto de inversión pública contribuyen al sector salud pero no significativamente.

4.4. EVIDENCIA TEÓRICA.

Los autores Richard Musgrave, Ricardo Cibotti y Enrique Sierra en su paradigma sostienen que el estado interviene en la planificación con la finalidad de guiar, corregir, complementar las decisiones del mercado e intervenir en las responsabilidades de producción de bienes y servicios. En el Sector Salud se realiza mediante la acción,

acumulación y financiamiento, además de sus funciones de asignación, distribución y estabilización.

Se evidencia que la intervención del estado se destaca en el segundo periodo a través de la asignación de recursos para la satisfacción de necesidades de la población, se incrementa la ejecución del presupuesto de inversión pública del sector salud por mayor participación de recursos económicos internos.

Según las Teorías de Reinaldo Sapag Chain y Nassir Sapag Chain, Karen Marie Mokate y el SNIP, plantean que un proyecto debe cumplir con el ciclo de vida del proyecto. En ambos periodos se evidencia que no se cumple el paradigma debido a los ineficientes niveles de ejecución del ciclo de vida del proyecto para ambos periodos de estudio.

4.5. RECOMENDACIONES.

4.5.1 Recomendaciones específicas.

4.5.1.1. Recomendación específica 1.

Priorizar el seguimiento controlando la programación y ejecución eficiente del presupuesto de inversión pública del sector salud para la satisfacción de las necesidades de la población.

4.5.1.2. Recomendación específica 2.

Mejorar la asignación de recursos por fuente de financiamiento mediante políticas que permitan mantener los niveles de Inversión Interna.

4.5.1.3. Recomendación específica 3.

Mejorar la distribución equitativa de los recursos a los diferentes tipos de proyectos del sector salud mediante el seguimiento eficiente de los proyectos para la satisfacción de las necesidades de la población.

4.5.1.4. Recomendación específica 4.

Impulsar la construcción y equipamiento de los establecimientos de segundo y tercer nivel para ofrecer mejores servicios de salud acorde a la demanda de la población.

4.5.1.5. Recomendación específica 5.

Controlar el cumplimiento de la política nacional de salud orientada a mejorar los servicios de salud para disminuir la tasa de mortalidad infantil, desarrollando procesos de gestión participativa y atención integral e intercultural de la salud.

4.5.1.6. Recomendación específica 6.

Fortalecer la implementación de programas y campañas relacionadas con la educación alimentaria y la adecuada implementación de micronutrientes, vitaminas y minerales para el fortalecimiento físico e intelectual del recién nacido.



BIBLIOGRAFÍA.



BIBLIOGRAFÍA.

- # ALIGA E. (2009). *Salud y capital humano*. Pág. 2.
- # BOLIVIA, 20 de julio de 1990. *Ley N° 1178. Ley SAFCO*. Art. 8.
- # BOLIVIA. (1999). *Ley N° 2042 “Ley de administración presupuestaria”* Art.4, 11.
- # CARDENAS J. y BALY A. (2009). *El sector público en la economía*. Pág. 359-365.
- # CASTILLO J. (2016). *Capital humano, teorías y métodos: importancia de la variable salud*. Pág. 4.
- # CATACTORA A. (2015). *El modelo económico social comunitario productivo. Economía plural*. Pág.6
- # CIBOTTI R. y SIERRA E. (2005). *El sector público en la planificación del desarrollo*. Ed 4ta. Pág. 16-17
- # CISTERNA A. *Economía de la salud características económicas de la salud, análisis económico-sanitario. El mercado de los servicios sanitarios* Pág. 2.
- # CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE BOLIVIA 1967 (con reformas de 1994). Artículo 15B.
- # DECRETO SUPREMO N° 29894. *Estructura organizativa del órgano ejecutivo del estado plurinacional, Bolivia*.
- # DECRETO SUPREMO N°29601. (2008) *Salud familiar comunitario intercultural*. Art. 2-5.
- # DIRECTRICES DE FORMULACIÓN PRESUPUESTARIA 2015. Título I, Art. 1 y 2.
- # DUVERGER M. (1960). *Instituciones financieras*. Pág. 40.
- # EL PLURINACIONAL. (2011). *Desafíos políticos para una economía plural*. Pág. 6-7
- # GACETA OFICIAL DE BOLIVIA. (2009). Decreto supremo n° 29894. estructura organizativa del órgano ejecutivo del estado plurinacional de Bolivia. Art. 31. Pág. 14.
- # GIESECKE R. (2011). *Salud guía para la formulación de proyectos de inversión exitosos*. Pág.7
- # GRETCHEN FLORES S. *La salud como factor de crecimiento económico*. Pág. 4.
- # HERNÁNDEZ R y FERNANDEZ C. (2010). *Metodología investigación 5ta Ed, Mc Graw-Hill México*. Pág. 5-6.
- # HERNANDEZ SAMPIERI (1997). *Procesos de investigación, 2° Capítulo México*. Pág. 14.
- # IBID 4, Pág. 5.
- # INSTITUTO DE INVESTIGACION, CONSULTORIA. (2012). *Guía metodológica para la elaboración de tesis de grado*. Pág. 38.

- # INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. (2012). Aspectos Políticos y Administrativos.
- # LARRAÍN B. y SACH J. (2002). *Macroeconomía en la economía global*. Ed 2. Pág. 509.
- # LEY 2042 DE ADMINISTRACIÓN PRESUPUESTARIA. (1999). Artículo 3.
- # LEY MARCO DE AUTONOMÍAS Y DESCENTRALIZACIÓN “ANDRÉS IBÁÑEZ” (2010). *Artículo 81 Salud*. Pág. 31- 33.
- # LEY N°2426. (2002). *Seguro universal materno infantil*. Art. 5.
- # MARCO LEGAL PARA LA GESTIÓN EN SALUD, *Presupuesto, conceptos y rubros*.
- # MENDOZA M. (2000) *Cómo investigan los economistas. Guía para elaborar y desarrollar un proyecto investigación*
- # MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2010). *Glosario de conceptos y definiciones*. Pág. 7.
- # MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS. (2011). *Economía plural*. Pág. 11
- # MINISTERIO DE HACIENDA (2003). *Normas básicas del sistema nacional de inversión pública*. Pág. 3.
- # MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DE DESARROLLO. (2005). *Normas básicas del sistema de presupuesto*. Pág. 9. Art.25.
- # MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DE DESARROLLO. (2011). *Reglamento específico del sistema nacional de inversión pública*. Pág. 15.
- # MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. *Plan general de desarrollo económico y social 1997-2002. Bolivia XXI Socialmente solidario*. Pág. 23.
- # MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN, Clasificador Presupuestario, 2019, Pág. 106.
- # MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN, *sistema nacional de inversión pública del ministerio de planificación del desarrollo*. Art. 9. Cap.1.
- # MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES, *Niveles de atención en los establecimientos de salud*.
- # MINISTERIOS DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. *Plan nacional de desarrollo “Bolivia digna, soberana, productiva y democrática para vivir bien”. 2006-2011*.
- # MOKATE KAREN. (2004) *“Evaluación financiera de proyectos de inversión”*. 2° ed.
- # MORALES R. (2012). *El desarrollo visto desde el SUR. La Paz-Bolivia. .INESAD*. Pág. 81.
- # MUSGRAVE RICHARD A, (1999). *Hacienda pública y aplicada. Capítulo 1. Las funciones fiscales*. Ed. 5. Pág. 6.

- # NORMA NACIONAL DE CARACTERIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, *La salud un derecho para vivir bien.* Pág. 21.
- # NUEVA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO. (2009).
- # ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2006). *Constitución de la organización mundial de la salud.* Pag.1.
- # ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Ministerio de sanidad y consumo de la salud, promoción de la salud.*
- # PLAN NACIONAL DE DESARROLLO, *Evo Morales Ayma, Presidente del Estado Plurinacional de Bolivia, 2006-2011.* Pág. 49.
- # RAMASCO G. y ANTON M. *Salud comunitaria.*
- # RESOLUCIÓN SUPREMA N° 216779. (1996). *Normas básicas del sistema nacional de planificación.* Art. 12 y 25.
- # RODRIGUEZ VELTZE EDUARDO. (2005). *Normas básicas del sistema de presupuesto, resolución suprema N° 225558.* Art. 1.
- # SAMUELSON P. y NORDHAUS W. (2010) *Economía con aplicaciones a Latinoamérica.* Ed 19. Pág. 655.
- # SAPAG CHAIN N. y SAPAG CHAIN R. (2008) *Preparación y evaluación de proyectos.* 5ta ed.
- # TERRIS M. (1999). "*Tendencias actuales de la salud pública de las américas*", en "*la crisis de la salud pública*", *publicación científica.*"
- # TICONA GARCIA, R. (2013). *El proceso de las reformas económicas en el ciclo de los proyectos de inversión pública del sector público.* *El economista.* Pág. 3-6.
- # UDAPE, (2018). *La mortalidad infantil y la niñez en Bolivia.* Pág. 9.
- # UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS (2005). *Bolivia: evaluación de la economía.* Pág. 41.
- # VICEMINISTERIO DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD FISCAL. (2010). *Glosario de conceptos y definiciones.* Pág. 75-79.



ANEXOS.



ANEXOS:

ANEXO 1: TABLA N° 1: INVERSIÓN PÚBLICA 2000-2019
(Expresado en millones de Bs.)

<i>AÑOS</i>	<i>INVERSIÓN PÚBLICA</i>
2000	3.620
2001	4.243
2002	4.218
2003	3.840
2004	4.792
2005	5.089
2006	7.085
2007	7.919
2008	9.822
2009	10.174
2010	10.753
2011	15.230
2012	20.163
2013	26.316
2014	31.369
2015	34.048
2016	35.252
2017	33.213
2018	31.028
2019	37.048
TOTAL	335.222

FUENTE: Ministerio de planificación del desarrollo (MPD)

ELABORACIÓN: Propia.

ANEXO 2: TABLA N° 1.1.: ACUMULADO DE LA INVERSIÓN PÚBLICA
2000-2019.

(Expresado en millones de Bs.)

<i>PERIODOS</i>	<i>ACUMULADO</i>	<i>PROMEDIO</i>
2000-2005	25.802	4.300
2006-2019	309.421	22.101

FUENTE: Ministerio de planificación del desarrollo (MPD)

ELABORACIÓN: Propia.

**ANEXO 3: TABLA N° 2: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN
PÚBLICA POR SECTORES ECONÓMICOS 2000-2019**
(Expresado en millones de Bs.)

<i>AÑOS</i>	<i>INFRAESTRUCTURA</i>	<i>PRODUCCIÓN</i>	<i>SOCIAL</i>	<i>MULTISECTORIAL</i>
<i>2000</i>	1.261	379	1.770	210
<i>2001</i>	1.527	445	1.959	312
<i>2002</i>	1.601	454	1.810	353
<i>2003</i>	1.751	376	1.436	277
<i>2004</i>	2.364	438	1.759	231
<i>2005</i>	2.637	582	1.569	301
<i>2006</i>	3.563	790	2.120	612
<i>2007</i>	3.845	961	2.238	875
<i>2008</i>	4.188	1.069	3.104	1.461
<i>2009</i>	4.362	1.301	3.358	1.153
<i>2010</i>	4.666	1.640	3.337	1.110
<i>2011</i>	5.996	4.586	3.951	697
<i>2012</i>	7.245	6.494	5.157	1.267
<i>2013</i>	9.250	8.282	7.545	1.239
<i>2014</i>	10.022	9.500	10.057	1.790
<i>2015</i>	11.804	11.895	9.333	1.016
<i>2016</i>	12.681	12.987	8.296	1.288
<i>2017</i>	11.331	11.971	8.310	1.601
<i>2018</i>	10.573	9.883	8.895	1.677
<i>2019</i>	11.261	14.505	9.549	1.733

FUENTE: Viceministerio de inversión pública y financiamiento externo (VIPFE).

ELABORACIÓN: Propia.

ANEXO 4: TABLA N° 3: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SOCIAL 2000-2019
(Expresado en millones de Bs.)

AÑOS	SALUD	EDUCACIÓN Y CULTURA	SANEAMIENTO BÁSICO	URBANISMO Y VIVIENDA	DEPORTES	SEGURO SOCIAL
2000	379	522	565	304		
2001	325	710	491	425		
2002	382	692	324	411		
2003	284	499	261	384		
2004	358	430	533	430		
2005	324	340	413	485		
2006	492	605	451	564		
2007	496	615	473	654		
2008	582	901	364	1.258		
2009	650	1.068	559	1.082		
2010	509	1.251	551	1.018		
2011	558	1.187	838	1.368		
2012	647	1.622	1.086	1.810		
2013	1.051	2.269	1.406	2.819		
2014	1.093	3.167	1.775	4.037		
2015	1.629	2.742	1.594	2.513	807	49
2016	1.545	2.311	1.288	2.352	745	49
2017	1.225	2.429	1.698	2.053	849	49
2018	1.837	2.290	1.907	1.949	828	77
2019	2.262	2.833	1.469	1.810	1.134	35

FUENTE: Viceministerio de inversión pública y financiamiento externo (VIPFE).

ELABORACIÓN: Propia.

ANEXO 5: TABLA N° 3.1.: ACUMULADO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SOCIAL 2000-2019
(Expresado en millones de Bs.)

PERIODOS	ACUMULADO	PROMEDIO
2000-2005	10.271	1.712
2006-2019	85.234	6.088

FUENTE: Viceministerio de inversión pública y financiamiento externo (VIPFE).

ELABORACIÓN: Propia.

ANEXO 6: TABLA N° 4: PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD 2000-2019.

(Expresados en millones de Bs. y porcentaje)

AÑOS	PROGRAMADO	EJECUTADO	% EJECUCIÓN
2000	416	379	91%
2001	438	325	74%
2002	497	382	77%
2003	445	284	64%
2004	422	358	85%
2005	316	324	103%
2006	427	492	115%
2007	670	496	74%
2008	487	582	120%
2009	530	643	121%
2010	417	509	122%
2011	600	558	93%
2012	578	647	112%
2013	1.002	1.051	105%
2014	1.274	1.100	86%
2015	1.851	1.629	88%
2016	2.443	1.545	63%
2017	3.536	1.225	35%
2018	3.014	1.837	61%
2019	3.195	3.633	114%
TOTAL	22.558	17.999	

FUENTE: Viceministerio de inversión pública y financiamiento externo (VIPFE); UDAPE Dossier 29.

ELABORACIÓN: Propia.

ANEXO 7: TABLA N° 4.1.: ACUMULADO DE LA PROGRAMACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD 2000-2019

(Expresado en Millones de Bs.)

PERIODOS	PROGRAMADO		EJECUTADO		%
	ACUMULADO	PROMEDIO	ACUMULADO	PROMEDIO	
2000-2005	2.534	422	2.052	342	81%
2006-2019	20.024	1.430	15.947	1.139	80%

FUENTE: viceministerio de inversión pública y financiamiento externo (VIPFE); UDAPE Dossier 29.

ELABORACIÓN: Propia.

ANEXO 8: TABLA N° 5: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD;

2000-2019

(En Millones de Bs.)

AÑOS	FINANCIAMIENTO INTERNO	FINANCIAMIENTO EXTERNO
2000	118	118
2001	120	139
2002	130	115
2003	115	169
2004	143	183
2005	146	194
2006	258	234
2007	299	197
2008	422	174
2009	417	219
2010	431	71
2011	412	147
2012	515	125
2013	835	202
2014	933	146
2015	1.510	139
2016	1.844	181
2017	1.705	278
2018	2.032	209
2019	1.740	390

FUENTE: viceministerio de inversión pública y financiamiento externo (VIPFE)

ELABORACIÓN: Propia.

ANEXO 9: TABLA N°5.1.: COMPARACIÓN PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO

EN EL SECTOR SALUD 2000-2019

(En millones de Bs. y porcentaje)

PERIODOS	FINANCIAMIENTO INTERNO		FINANCIAMIENTO EXTERNO	
2000 - 2005	772	46%	918	54%
2012 - 2019	13.353	83%	2.712	17%

FUENTE: Viceministerio de inversión pública y financiamiento externo (VIPFE).

ELABORACIÓN: Propia.

ANEXO 10: TABLA N°6: EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO EN EL SECTOR SALUD; 2000-2019
(En millones de Bs.)

<i>AÑOS</i>	<i>INFRAESTRUCTURA</i>	<i>PLANIF Y PREV</i>	<i>SEGURIDAD SOCIAL</i>	<i>MULTIGRAMA Y OTROS</i>	<i>ATENCIÓN E INV. EN SALUD</i>
2000	163	99	22	95	
2001	78	137	41	69	
2002	106	108	60	108	
2003	30	83	27	144	
2004	77	137	34	110	
2005	58	186	30	50	
2006	87	142	123	140	
2007	130	60	130	176	
2008	156	24	237	165	
2009	162	43	182	256	
2010	208	70	38	193	
2011	263	39	25	231	
2012	330	71	28	218	
2013	574	260	66	151	
2014	583	217	68	232	
2015	1.056	121	97	268	87
2016	1.190	21	14	278	42
2017	885	14	19	279	28
2018	1.510	14	20	209	84
2019	1.787	45	62	278	90

FUENTE: Viceministerio de inversión pública y financiamiento externo (VIPFE).

ELABORACIÓN: Propia.

ANEXO 11: TABLA N° 6.1.: COMPARACIÓN PROMEDIO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA POR TIPO DE PROYECTO EN EL SECTOR SALUD; 2000-2019
(En porcentaje)

<i>AÑOS</i>	<i>INFRA</i>	<i>PLANIF Y PREV</i>	<i>SEGURIDAD SOCIAL</i>	<i>MULTIPROG. Y OTROS</i>	<i>ATENCIÓN E INV. EN SALUD</i>
1999-2005	28%	35%	10%	28%	0%
2006-2019	59%	7%	7%	24%	3%

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

ELABORACIÓN: Propia.

ANEXO 12: TABLA N° 7: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN; 2000-2019
(Número de establecimientos)

PERIODOS	1 ER NIVEL	2 DO NIVEL	3 ER NIVEL
2000	2.134	130	48
2001	2.268	135	54
2002	2.367	141	58
2003	2.438	154	49
2004	2.500	150	47
2005	2.630	182	58
2006	2.750	209	58
2007	2.870	210	60
2008	2.958	214	61
2009	3.049	212	59
2010	3.123	225	62
2011	3.229	222	61
2012	3.276	233	65
2013	3.326	238	65
2014	3.420	236	68
2015	3.482	238	71
2016	3.575	220	67
2017	3.593	227	72
2018	3.618	226	75
2019	3.656	240	79

FUENTE: Instituto nacional de estadística (INE).

ELABORACIÓN: Propia.

ANEXO 13: TABLA N° 7.1.: PROMEDIO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN EN BOLIVIA; 2000-2019.
(Número de establecimientos)

<i>ESTABLECIMIENTOS</i>	<i>2000-2005</i>	<i>2006-2019</i>
<i>Promedio 1 ER NIVEL</i>	2.390	3.280
<i>Promedio. 2 DO NIVEL</i>	149	225
<i>Promedio. 3 ER NIVEL</i>	52	66

FUENTE: Instituto nacional de estadística (INE).

ELABORACIÓN: Propia.

ANEXO 14: TABLA N° 7.2: PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN EN BOLIVIA; 2000-2019.
(En porcentaje)

<i>ESTABLECIMIENTOS</i>	<i>2000-2005</i>	<i>2006-2019</i>
<i>1 ER NIVEL</i>	92%	92%
<i>2 DO NIVEL</i>	6%	6%
<i>3 ER NIVEL</i>	2%	2%

FUENTE: Instituto nacional de estadística (INE).

ELABORACIÓN: Propia.

ANEXO 15: TABLA N° 8: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD; 2000-2019.

(Por mil nacidos vivos y millones de Bs.)

<i>PERIODOS</i>	<i>TASA DE MORTALIDAD INFANTIL</i>	<i>EJECUCIÓN</i>
<i>2000</i>	57	379
<i>2001</i>	56	325
<i>2002</i>	54	382
<i>2003</i>	53	284
<i>2004</i>	51	358
<i>2005</i>	50	324
<i>2006</i>	49	492
<i>2007</i>	47	496
<i>2008</i>	46	582
<i>2009</i>	45	643
<i>2010</i>	43	509
<i>2011</i>	42	558
<i>2012</i>	41	647
<i>2013</i>	40	1.051
<i>2014</i>	39	1.100
<i>2015</i>	38	1.629
<i>2016</i>	36	1.545
<i>2017</i>	35	1.225
<i>2018</i>	34	1.837
<i>2019</i>	33	2.262

FUENTE: Instituto nacional de estadística (INE) y Organización Mundial de la Salud (OMS)

ELABORACIÓN: Propia.

ANEXO 16: TABLA N° 8.1: COMPARACIÓN PROMEDIO DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL Y EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL SECTOR SALUD; 2000-2019.

(Promedio)

<i>PERIODOS</i>	<i>TASA DE MORTALIDAD INFANTIL</i>	<i>EJECUCIÓN</i>
<i>2000-2005</i>	54	342
<i>2006-2019</i>	41	1041
<i>%</i>	▼ 24%	▲ 304%

FUENTE: Instituto nacional de estadística (INE) y Organización Mundial de la Salud (OMS)

ELABORACIÓN: Propia.

ANEXO 17: TABLA N° 9: NACIDOS CON BAJO PESO; 2000-2019.
(Porcentaje y número de nacidos)

PERIODOS	NACIMIENTOS CON BAJO PESO	% NACIDOS CON BAJO PESO
2000	8.578	5,42%
2001	7.384	5,03%
2002	7.780	4,67%
2003	7.772	4,64%
2004	8.326	5,52%
2005	8.209	5,20%
2006	8.175	4,96%
2007	7.613	4,66%
2008	8.309	4,98%
2009	8.540	4,93%
2010	10.656	5,81%
2011	9.746	5,05%
2012	8.953	4,67%
2013	9.625	4,88%
2014	9.575	6,00%
2015	11.938	5,75%
2016	11.085	5,48%
2017	11.464	5,75%
2018	10.967	5,60%
2019	11.103	5,85%

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística (INE)

ELABORACIÓN: Propia.

ANEXO 18: TABLA N° 9.1: COMPARACIÓN PROMEDIO DE NACIDOS CON BAJO PESO; 2000-2019.

(Promedio de nacidos con bajo peso número y porcentaje)

PERIODOS	2000-2005	2006-2019
NACIMIENTOS CON BAJO PESO	8.008	9.839
% RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO	5,00%	5,31%

FUENTE: Instituto nacional de estadística (INE)

ELABORACIÓN: Propia.

ANEXO 19: TABLA N° 10: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE TERCER NIVEL

DEPTS.	NIVEL DE ATENCION	NOMBRE
La Paz	Tercer Nivel	Hospital de Clínicas
La Paz	Tercer Nivel	Hospital del Norte
La Paz	Tercer Nivel	Hospital de la Mujer
La Paz	Tercer Nivel	Hospital del Niño
La Paz	Tercer Nivel	Instituto de Gastroenterología Boliviano
Cochabamba	Tercer Nivel	Hospital Viedma
Cochabamba	Tercer Nivel	Hospital del Niño "Manuel Ascencio Villarroel"
Cochabamba	Tercer Nivel	Hospital materno infantil "German Uriquidi"
Cochabamba	Tercer Nivel	Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés
Oruro	Tercer Nivel	Hospital General San Juan de Dios
Potosí	Tercer Nivel	Hospital Daniel Bracamonte
Beni	Tercer Nivel	Hospital Materno infantil Boliviano Japonés
Beni	Tercer Nivel	Hospital Presidente German Busch
Chuquisaca	Tercer Nivel	Hospital Santa Bárbara
Chuquisaca	Tercer Nivel	Hospital del Niño "Teresa Huarte Tama"
Chuquisaca	Tercer Nivel	Instituto Chuquisaqueño de oncología
Chuquisaca	Tercer Nivel	Instituto Psiquiátrico "Gregorio Pacheco"
Chuquisaca	Tercer Nivel	Hospital gastroenterológico Boliviano Japonés
Chuquisaca	Tercer Nivel	San Juan de Dios
Chuquisaca	Tercer Nivel	Hospital Gineco obstétrico - Neonatal
Tarija	Tercer Nivel	Hospital regional San Juan de Dios
Tarija	Tercer Nivel	Intraid- Copre

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística (INE)

ELABORACIÓN: Propia.

ANEXO 20: TABLA N° 10.1: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE SEGUNDO NIVEL

DEPARTAMENTOS	NIVEL DE ATENCION	NOMBRE
La Paz	Segundo Nivel	Cotahuma
La Paz	Segundo Nivel	La Merced
La Paz	Segundo Nivel	Los Pinos
La Paz	Segundo Nivel	La Portada
Cochabamba	Segundo Nivel	Punata
Cochabamba	Segundo Nivel	Sacaba
Cochabamba	Segundo Nivel	Quillacollo
Cochabamba	Segundo Nivel	Villa Tunari
Cochabamba	Segundo Nivel	Ivirgarzama
Oruro	Segundo Nivel	Hospital Oruro Corea
Oruro	Segundo Nivel	Hospital Walter Khon
Oruro	Segundo Nivel	Hospital Barrios Mineros
Potosí	Segundo Nivel	hospital San Roque
Beni	Segundo Nivel	Hospital General de Riveralta
Chuquisaca	Segundo Nivel	Hospital Municipal San Pedro Claver
Tarija	Segundo Nivel	Hospital San Antoni
Tarija	Segundo Nivel	Hospital Semillas

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística (INE)

ELABORACIÓN: Propia.

ANEXO 21: PLANILLA DE CONSISTENCIA METODOLÓGICA

TITULO DEL TEMA	“La asignación de recursos en el presupuesto de inversión pública del sector salud en Bolivia (2000-2019)”	
OBJETO DE LA INVESTIGACION	La contribución de la asignación de los recursos en la ejecución de proyectos del presupuesto de inversión pública del sector salud en Bolivia.	
PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS
La asignación de recursos en los proyectos de inversión pública del sector salud en Bolivia son inadecuadamente ejecutados.	Analizar la asignación y ejecución de los recursos en los proyectos de inversión pública del sector salud en Bolivia (2000-2019).	“La ejecución de los recursos asignados a proyectos de inversión pública no contribuye significativamente en la mejora del sector salud en Bolivia”.
CATEGORÍAS ECONÓMICAS	VARIABLES ECONÓMICAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
C.E.1. Presupuesto de inversión pública.	<p>V.E.1.1. Programación y ejecución del presupuesto de inversión pública en el sector salud.</p> <p>V.E.1.2. Ejecución del presupuesto de inversión pública por tipo de financiamiento en el sector salud.</p> <p>V.E.1.3. Ejecución del presupuesto de inversión pública por tipo de proyectos en el sector salud.</p>	<p>O.E.1.1. Comparar el presupuesto de inversión pública programado y ejecutado del sector salud en Bolivia.</p> <p>O.E.1.2. Diferenciar la contribución por tipo de financiamiento de la ejecución del presupuesto de inversión pública del sector salud.</p> <p>O.E.1.3. Identificar la ejecución del presupuesto de inversión pública por tipo de proyectos en el sector salud.</p>
C.E.2. Sector salud.	<p>V.E.2.1 Número de establecimientos de salud por nivel de atención.</p> <p>V.E.2.2. Tasa de mortalidad infantil y ejecución del presupuesto de inversión pública en el sector salud.</p> <p>V.E.2.3. Número y porcentaje de nacidos con bajo peso.</p>	<p>O.E.2.1. Verificar la evolución del número de establecimientos de salud por nivel de atención.</p> <p>O.E.2.2. Establecer la relevancia de la relación de la tasa de mortalidad infantil y ejecución del presupuesto de inversión pública en el sector salud.</p> <p>O.E.2.3. Determinar el número y porcentajes de nacidos con bajo peso.</p>

ANEXO 22: PLANILLA DE CONSISTENCIA MARCO TEÓRICA.

TEORIAS DEL SECTOR PÚBLICO	
AUTOR	PROPUESTA
Ricardo Cibotti y Enrique Sierra	<p>El estado es un ente regulador, redistribuidor, productor y sus acciones son:</p> <p>Regulación: del comportamiento de los agentes económicos.</p> <p>Producción de bienes y servicios: el estado realiza una actividad productiva.</p> <p>Acumulación: contribuye a la formación de instalaciones y equipos necesarios para la prestación de servicios públicos.</p> <p>Financiamiento: el Estado debe movilizar medios de pago al ámbito de la economía estatal.</p>
Richard Musgrave	<p>El mecanismo de mercado por sí solo no puede realizar todas las funciones económicas. La política pública es necesaria para corregir y complementar al mercado.</p> <p>Las funciones del Estado son :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asignación: provisión de bienes sociales. <input type="checkbox"/> Distribución: por lo cual se maximice la satisfacción. <input type="checkbox"/> Estabilización: el cual es un alto nivel de empleo, solides de las cuentas exteriores, estabilidad del nivel de precios y una adecuada tasa de crecimiento.
TEORIA DEL CICLO DE VIDA DEL PROYECTO	
AUTOR	PROPUESTA
Nassir Sapag Chain y Reinaldo Sapag Chain	<p>El ciclo de vida de un proyecto consta de cuatro etapas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Idea: es para solucionar un problema. 2. Pre Inversión: se realizan varios estudios de viabilidad. (Perfil, pre factibilidad y factibilidad). 3. Inversión: es la ejecución de la inversión, recursos humanos, físicos y financieros. 4. Operación: puesta en marcha del proyecto.
Karen Marie Mokate	<p>El ciclo de vida de un proyecto consta de tres etapas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formulación: es la pre inversión. 2. Gestión: comprende entre el momento que se inicia la inversión y el momento que se liquida. 3. Ex Post: posterior a la ejecución del proyecto.
Sistema Nacional de Inversión Pública	<p>El ciclo de vida de un proyecto se identifica las siguientes fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pre Inversión: abarca los estudios que se deben de realizar sobre un proyecto de inversión pública. ✓ Ejecución: desde se ejecuta el proyecto y se extiende hasta su implementación y su posterior operación. ✓ Operación: acción de funcionamiento del proyecto

TEORÍAS DE LA SALUD	
AUTOR	PROPUESTA
Organización Mundial de la Salud	<p>La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.</p> <p>El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.</p>
Mushkin	<p>Para obtener el mayor estado de salud se debe hacer el uso óptimo de los recursos para prevención de enfermedades y la promoción de la salud por lo cual se debe utilizar todos los recursos disponibles de manera eficiente.</p>
Alberto Baly	<p>El objetivo de la evaluación económica en la salud es estudiar la distribución de los recursos disponibles para obtener el máximo rendimiento posible.</p>
TEORÍAS DEL CAPITAL HUMANO	
AUTOR	PROPUESTA
Mushkin	<p>Teoría del capital humano establece que las personas como agentes productivos mejoran con la inversión en educación y en servicios de salud, y más específicamente, que el incremento de políticas públicas enfocadas en salud aumenta el producto y generan un rendimiento a lo largo de varios años.</p>
Theodore William Schultz	<p>La inversión en la gente desarrolló la Teoría del Capital Humano e hizo énfasis en la educación como una inversión, donde el acceso a la educación y a la salud era determinado por los diferentes ingresos; además, estableció la rama de la ciencia económica denominada economía de la educación.</p>

ANEXO 23: PLANILLA DE CONSISTENCIAS POLÍTICAS.

MODELO DE ECONOMIA DE MERCADO (2000-2005)		MODELO DE ECONOMIA PLURAL (2006-2019)	
PLAN GENERAL DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL	<p>Se prioriza reducir las disparidades en las condiciones y en el acceso a la salud.</p> <p>Los objetivos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la cobertura • Mejorar la accesibilidad y la satisfacción de los usuarios. • Disminuir la brecha nutricional infantil • Garantizar el acceso universal a los servicios de salud. 	PLAN NACIONAL DE DESARROLLO “ BOLIVIA DIGNA, SOBERANA, PRODUCTIVA Y DEMOCRÁTICA PARA VIVIR BIEN”	<p>Permitirá el acceso a los servicios de salud de toda la población boliviana, por medio de la promoción de hábitos y conductas saludables de los individuos y la comunidad.</p> <p>Se fortalecerán las redes de salud en todo el ámbito nacional.</p>
POLÍTICA DE NUTRICIÓN BÁSICA	<p>Es la promoción de suministros de alimentación y una nutrición adecuada.</p> <p>El propósito es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducir la desnutrición • Reducir el déficit de micronutrientes • Coordinar servicios de salud y nutrición 	POLÍTICA DE RECTORÍA	<p>Se recupera la soberanía del sistema, liderando el sector salud, con mayor capacidad de gestión que permitirá garantizar la sostenibilidad financiera del sector para proteger la salud de los bolivianos.</p>
PROMOCIÓN DE LA SALUD	<p>Comprende la enseñanza de los problemas de salud y cómo identificarlos.</p> <p>El propósito de la promoción de la salud es:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contribuir a la reducción de la mortalidad infantil. ▪ Mejorar las condiciones de crecimiento del niño. 	POLÍTICA DE PROMOCIÓN DE SALUD	<p>Recuperar 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.</p>
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	<p>Es la provisión de una canasta básica de salud.</p> <p>Contribuye a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducir la mortalidad infantil • Mejora las condiciones de acceso a la salud • Incrementa las condiciones de nutrición del recién nacido • Mejora los programas preventivos. 	POLÍTICA DE SOLIDARIDAD	<p>Es la estrategia de alianza nacional para la erradicación de la desnutrición, la exclusión social de grupos que viven en la extrema pobreza.</p>

ANEXO 24: PLANILLA DE CONSISTENCIAS NORMATIVAS

MODELO DE ECONOMIA DE MERCADO (2000-2005)		MODELO DE ECONOMIA PLURAL (2006-2019)	
CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO	El Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población.	CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO	Garantiza el servicio de salud público y reconoce al servicio privado, regulará y vigilará la atención de calidad a la población.
NORMA BÁSICA DEL SISTEMA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN	Su objetivo es generar y obtener información confiable, útil y oportuna sobre la ejecución presupuestaria para la evaluación y posterior cumplimiento de la gestión pública.		
NORMAS BÁSICAS – SISTEMA NACIONAL DE INVERSIÓN PÚBLICA	<p>Sus objetivos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lograr la eficiente asignación de recursos públicos destinados a la inversión. ▪ Establecer METODOLOGÍA para la formulación, evaluación y ejecución de los Proyectos de Inversión Pública. 	DECRETO SUPREMO 2960 Salud Familiar Comunitario Intercultural	Acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz y eficiente.
LEY DE ADMINISTRACIÓN PRESUPUESTARIA	Las asignaciones presupuestarias de gasto aprobadas por la Ley de Presupuesto de cada año, los gastos y su ejecución se sujetarán a los procedimientos legales que correspondan.	LEY N° 475 Ley de prestaciones de Servicios de Salud	Establece y regula la atención integral y protección financiera en la salud de la población beneficiaria descrita en la presente ley.
LEY SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL	El SUMI se implementó en todo el territorio nacional con carácter universal, integral y gratuito a mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto y niños desde su nacimiento hasta sus 5 años de edad.		
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	Es la red de servicios de salud constituida por los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel que son controlados, reglamentados y coordinados por el Ministerio de Salud.	DECRETO SUPREMO 3293 Infraestructura de salud.	Se crea la agencia de Infraestructura en salud y equipamiento médico, es una institución pública de derecho público su finalidad es ejecutar proyectos de establecimientos hospitalarios.