



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



TESIS DE GRADO

**FINANCIAMIENTO DE PROYECTOS DE INVERSIÓN PÚBLICA Y LA
IMPORTANCIA DE LA FASE DE EJECUCIÓN EN EL SECTOR SALUD
DEL MUNICIPIO DE EL ALTO 2000-2021**

MENCIÓN: GESTION DE PROYECTOS Y PRESUPUESTOS

POSTULANTE: JORGE ALEXIS MENDOZA

DOCENTE TUTOR: Lic. JOSE LUIS LORAS ESTREMADOIRO

DOCENTE RELATOR: Lic. SHIRLEY NAVIA CACERES

La Paz – Bolivia

2023



DEDICATORIA

Gracias a mi Docente Amigo, GRAN FROY.



AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS

Gracias a todo el plantel administrativo de la Carrera de Economía por toda la atención y cariño que me brindaron durante mi formación académica.



ÍNDICE

Capítulo I.....	2
1 MARCO REFERENCIAL Y METODOLÓGICO.....	2
1.1 Identificación del tema de investigación.....	2
1.2 Dificultades técnicas e institucionales en la elaboración y ejecución de proyectos....	3
1.3 Delimitación del tema de investigación.....	4
1.3.1 Delimitación temporal.....	4
1.3.2 Delimitación espacial.....	4
1.3.3 Delimitación sectorial.....	4
1.4 Delimitación de categorías y variables económicas.....	4
1.4.1 Categoría económica.....	5
1.4.2 Variables económicas.....	5
1.4.3 Proyectos de Inversión Pública por Tipo de Financiamiento.....	6
1.4.4 Proyectos de Inversión Pública por Tipo de Financiamiento del Sector Salud.....	6
1.4.5 Variables seleccionadas.....	6
1.5 Identificación del problema de investigación.....	6
1.6 Justificación del tema de investigación.....	7
1.6.1 Justificación Económica.....	7
1.6.2 Justificación Teórica.....	7
1.6.3 Justificación Social.....	7
1.6.4 Mención.....	8
1.7 Planteamiento de los objetivos del tema de investigación.....	8
1.7.1 Objetivo general.....	8
1.7.2 Objetivos específicos.....	8
1.8 Planteamiento de la hipótesis de investigación.....	8
1.8.1 Formulación de la hipótesis de investigación.....	8
1.9 Operacionalización de variables.....	8



1.10	Metodología del tema de investigación	9
1.10.1	Aplicación metodológica.....	9
1.10.2	Método de Investigación	10
1.10.3	Tipo de Investigación.....	10
1.10.4	Técnicas de recolección de datos	10
1.10.5	Instrumentos de investigación.....	10
1.10.6	Fuentes de Información.....	10
1.10.7	Instrumento de investigación.....	11
1.10.8	Análisis de los resultados	11
Capítulo II.....		13
2	MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL.....	13
2.1	Marco teórico	13
2.1.1	Aspectos institucionales de la política fiscal.....	13
2.1.2	Análisis del financiamiento y gasto	14
2.1.3	Determinantes de la inversión.....	15
2.1.4	Importancia de la inversión pública	16
2.1.5	Inversión en salud	17
2.1.6	Gasto público social en Bolivia.....	18
2.1.7	Características del sector salud en Bolivia.....	19
2.1.8	Políticas sobre el sector salud	20
2.1.9	Bolivia y su población.....	21
2.1.10	Morbilidad y mortalidad.....	21
2.1.11	Problemas específicos de salud por grupos de población.....	22
2.1.12	Situación demográfica del Municipio de El Alto	26
2.1.13	Situación económica	27
2.1.14	Inversión y consumo	28
2.1.15	Fallos del Mercado.....	29
2.1.16	Funciones del Estado.....	30
2.1.17	Sector público.....	31
2.1.18	Planificación económica	31
2.1.19	Planificación social	32
2.1.20	Proyectos y presupuesto.....	32



2.2	Etapas de un proyecto	33
2.3	Marco conceptual.....	36
2.3.1	Invertir en salud	36
2.3.2	Proyectos.....	36
2.3.3	Inversión	37
2.3.4	Servicio Público.....	37
2.3.5	Solvencia.....	37
2.3.6	Subvenciones	37
2.3.7	Subdesarrollo	37
2.3.8	Inversión pública.....	38
2.3.9	Presupuesto	38
2.3.10	Ejecución presupuestaria.....	38
2.3.11	Financiamiento.....	38
	Capítulo III.....	40
3	MARCO NORMATIVO.....	40
3.1	Constitución Política del Estado 7 de febrero de 2009	40
3.2	Gestión Municipal.....	47
3.3	Políticas.....	53
3.3.1	Primer periodo Modelo de Economía de mercado 2000-2005.....	53
3.3.2	Plan General de Desarrollo Económico y Social 1997-2002	53
3.4	Estabilidad macroeconómica, condición para el crecimiento.....	54
3.4.1	Formación y salud integral.....	54
3.5	Alimentación y nutrición básicas	55
3.5.1	Promoción de la salud y medicina preventiva.....	55
3.5.2	Atención primaria de salud (APS) universal.....	55
3.6	Segundo periodo Modelo de Economía Plural 2006-2021.....	56
3.6.1	Plan de desarrollo económico y social 2016 - 2020.....	56
3.6.2	Salud	57



3.7	Plan de desarrollo económico y social 2021 - 2025	57
3.8	Plan territorial de desarrollo integral.....	58
3.9	Normas.....	59
3.9.1	Primer periodo Modelo de Economía de mercado 2000-2005.....	59
3.9.2	Segundo periodo Modelo de Economía Plural 2006-2021.....	60
3.9.3	Ley de Gobiernos Autónomos Municipales, De 9 de enero de 2014.....	63
3.10	Institucional.....	64
3.10.1	Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.....	64
3.10.2	Ministerio de Planificación del Desarrollo.....	64
3.10.3	Viceministerio de Planificación y Coordinación.....	65
3.10.4	Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo	65
3.10.5	Viceministerio de Planificación Estratégica del Estado	66
3.10.6	Ministerio de Salud	66
3.10.7	Instituto Nacional de Estadística	68
3.10.8	Gobierno Autónomo Municipal de El Alto	69
	Capítulo IV.....	72
4	MARCO PRÁCTICO.....	72
4.1	Aspectos generales	72
4.2	Análisis descriptivo de las variables de respuesta.....	72
	Capítulo V.....	88
5	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	88
5.1	Conclusión general.....	88
5.2	Conclusiones específicas.....	88
5.2.1	Conclusión específica 1	88
5.2.2	Conclusión específica 2	88
5.2.3	Conclusión específica 3	89



5.3	Aporte de la investigación.....	90
5.4	Aporte teórico de la investigación	90
5.5	Verificación de la hipótesis de investigación	90
5.6	Recomendaciones.....	91
6	<i>BIBLIOGRAFÍA</i>.....	92
7	<i>ANEXOS</i>	96



INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Bolivia: Inversión pública total 2000-2021 (En millones de bs).....	72
Gráfico 2 Bolivia: Ingreso total 2000-2021(En millones de bs).....	73
Gráfico 3 Bolivia: Recaudación total 2000-2021 (En millones de bs).....	75
Gráfico 4 Bolivia: Recaudación externa 2000-2021 (En millones de bs)	76
Gráfico 5 Bolivia: Inversión pública en el Sector Salud 2000-2021 (En millones de dólares)	77
Gráfico 6 Bolivia: Inversión en el Sector Salud 2000-2021 (En porcentaje)	78
Gráfico 7 Municipio de El Alto: Recursos 2000-2021 (En millones de bs).....	80
Gráfico 8 Municipio de El Alto: Programación presupuestaria en salud 2000-2021 (En millones de bs).....	81
Gráfico 9 Municipio de El Alto: Ejecución presupuestaria en salud 2000-2021 (En millones de bs).....	83
10 Municipio de El Alto: Comparativa entre inversión programada y ejecutada en el Sector Salud 2000-2021 (En millones de bs).....	85



INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Área del Municipio de El Alto.....28



INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables	9
Tabla 2 El Alto, población según Censos y Proyección (En habitantes).....	26
Tabla 3 Municipio de El Alto, principales avenidas.....	27
Tabla 4 Estadística descriptiva de la Inversión Pública total.....	73
Tabla 5 Estadística descriptiva de ingreso total en Bolivia	74
Tabla 6 Estadística descriptiva de la recaudación total	75
Tabla 7 Estadística descriptiva de la recaudación externa.....	76
Tabla 8 Estadística descriptiva de la inversión pública en salud.....	77
Tabla 9 Estadística descriptiva de la inversión en salud.....	79
Tabla 10 Estadística descriptiva de los recursos del Municipio de El Alto (p).....	80
Tabla 11 Estadística descriptiva de la programación presupuestaria (p).....	81
Tabla 12 Estadística descriptiva de la ejecución presupuestaria (p).....	83



ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Inversión pública total.....	96
Anexo 2 Inversión en el Sector Salud.....	96
Anexo 3 Inversión en Salud en porcentaje	97
Anexo 4 Alcaldía Municipal de El Alto	98
Anexo 5 Hospital del Sur de la Ciudad de El Alto	98
Anexo 6 Hospital del Norte en la Ciudad de El Alto.....	99
Anexo 7 Servicio de salud en la Ciudad de El Alto.....	99



RESUMEN EJECUTIVO

Dentro del desarrollo de una economía, los proyectos tanto privados como públicos, se constituyen en un importante aporte al desarrollo de los diferentes sectores, por tanto, el análisis de los proyectos de inversión pública, en un sector tan importante como es el de salud, ya que una población adecuadamente protegida logra generar mayores y mejores rendimientos en cuanto a productividad se refiere.

A partir de 1994, con la promulgación de la Ley de Participación Popular se inicia el proceso de descentralización administrativa, el inicio del proceso de las autonomías, de esta manera se genera nuevos desafíos para las diferentes instancias en el propósito de que las diferentes autoridades elegidas tanto a nivel gobernación, como alcaldías, tengan a disposición recursos con el propósito de mejorar las condiciones de vida de los diferentes departamentos, ciudades y distritos.

Con la disponibilidad de recursos de los diferentes órganos, tales como los diferentes municipios, los cuales en un principio no tuvieron el adecuado tratamiento de estos recursos, generándose inversión en proyectos y obras que no eran aconsejables. A partir de ese resultado, va surgiendo la necesidad de la formulación de programas y proyectos que contribuyan a mejorar de manera radical la forma de vida de los agentes económicos en los diferentes rincones del país.

Mediante la descentralización de recursos por parte del Estado a los diferentes municipios, como es el caso del Municipio de El Alto se puede señalar que si bien este organismo ha recibido recursos para el desarrollo de actividades, el sector salud ha sido beneficiado con los mismos, pero no de una manera eficiente, ya que si bien existen recursos, estos no han sido programados, ejecutados de una manera adecuada, por lo cual se sigue evidenciando la inadecuada distribución de recursos, especialmente para el sector salud, pero este hecho se debe tomar con mucha precaución en razón de que se ha trabajado con mucha información de carácter preliminar, por lo cual, las conclusiones no se tornan definitivas.



Capítulo I



Marco Referencial

y

Metodológico



CAPÍTULO I

1 MARCO REFERENCIAL Y METODOLÓGICO

1.1 Identificación del tema de investigación

El presupuesto programado y ejecutado se constituyen en una de las herramientas más importantes para llevar adelante el desarrollo fiscal, expresa los ingresos y gastos para el financiamiento de las políticas públicas de los Municipios y del Estado a través de programas y proyectos de inversión. Es el medio más efectivo de control del gasto público y en ellos se contemplan las diferentes alternativas de asignación de recursos para gastos e inversiones. Los proyectos de inversión pública responden en su gran mayoría a las necesidades de la población, en el caso del Sector Salud es mejorar la calidad en la atención a los pacientes.

El presupuesto aprobado mediante la Ley Financial debe ser ejecutada en la instancia institucional correspondiente. La responsabilidad de la ejecución presupuestaria de los proyectos recae sobre la autoridad ejecutiva de cada municipio.

El presupuesto programado es una previsión del dinero que ingresará al Estado y de cómo éste se administrará. Considera las prioridades de las políticas de gobiernos enmarcados en los principios y objetivos de la política fiscal establecido en la Constitución Política del Estado (CPE).

El presupuesto ejecutado de proyectos de inversión pública en salud comprende un conjunto de proyectos priorizados, para el mejoramiento en la atención al conjunto de la población. Las diversas entidades deben realizar la programación presupuestaria que proporcionará información relativa a los desembolsos esperados para la ejecución de los proyectos en cada gestión fiscal.

La programación presupuestaria debe realizarse en sujeción a los lineamientos y directrices establecidos por el órgano rector del sistema de presupuesto y el Artículo 28 de las normas básicas del Servicio Nacional de Inversión Pública (SNIP). El presupuesto ejecutado de



Proyectos de Inversión Pública muestra cuánto dinero ingresó y cuanto se gastó efectivamente con respecto al presupuesto programado.

La ejecución de proyectos de inversión pública es considerada en el Ministerio de Planificación del Desarrollo, a través del Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE), por tanto, el presente estudio analizó que política se debían ejecutar; y si evidentemente los resultados obtenidos son los esperados.

1.2 Dificultades técnicas e institucionales en la elaboración y ejecución de proyectos

La asignación y el uso de los recursos internos y externos es responsabilidad de la máxima autoridad ejecutiva de cada entidad. Su aplicación deberá enmarcarse en la normativa específica prevista para las distintas fuentes, así como los convenios de financiamiento interno y externo según corresponda.

Las entidades beneficiarias de transferencias con recursos del Tesoro General de la Nación (TGN), Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH), Impuesto Especial a los Hidrocarburos y Derivados (IEHD), regalías departamentales y coparticipación tributaria establecidas por norma expresa, deberán sujetarse a los techos presupuestarios, determinados por el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEyFP).

Los recursos de donación y crédito en efectivo o en especie, y recursos de contravalor destinados a proyectos y programas de inversión financiados por organismos internacionales o instituciones nacionales, deberán sustentarse en base a los convenios debidamente suscritos o documentos que acrediten su disponibilidad, de acuerdo al cronograma de desembolso.

Por todo lo anteriormente mencionado, el presente documento se trazó como objeto de investigación:

“El desigual financiamiento en la fase de ejecución de los proyectos de inversión pública en el Sector Salud del Municipio de El Alto”.



1.3 Delimitación del tema de investigación

1.3.1 Delimitación temporal

La presente investigación comprende un periodo total de 22 años, desde el año 2000 hasta el 2021. La investigación está de acuerdo a la mención Gestión de Proyectos y Presupuestos. Para la investigación, comprensión y análisis del estudio, se lo ha dividido en dos subperiodos:

Primer periodo: Del año 2000 al 2005, periodo en el que se instaura la economía de libre mercado, donde este mecanismo es caracterizado por constituirse como el mejor asignador de recursos.

Segundo periodo: Del año 2006 al 2021, periodo caracterizado por la intervención y regulación por parte del Estado. El Estado interviene directamente en la economía como agente de producción y consumo, especialmente caracterizado por los procesos de nacionalización de las principales empresas estratégicas.

1.3.2 Delimitación espacial

Se consideró realizar la presente investigación en el ámbito municipal, que comprende todo el territorio del Municipio de El Alto.

1.3.3 Delimitación sectorial

La presente investigación analiza el financiamiento de los proyectos del presupuesto de inversión pública en el Sector Salud.

1.4 Delimitación de categorías y variables económicas

Se ha restringido el estudio exclusivamente a las categorías y variables que intervienen en el tema de la investigación y son las siguientes:



1.4.1 Categoría económica

- Presupuesto de inversión pública del sector salud

El presupuesto de inversión pública es el conjunto de recursos asignado para la realización de los proyectos, que deben ser incorporados en el presupuesto institucional del Presupuesto General del Estado (PGE) para cada gestión fiscal. Forma parte del presupuesto de inversión pública del Ministerio de Planificación y Desarrollo (MPD) especialmente aquellos proyectos que cuentan con financiamiento asegurado.

1.4.1.1 Categoría económica 1:

Presupuesto de inversión pública.

1.4.1.2 Categoría económica 2:

Sector salud.

1.4.2 Variables económicas

1.4.2.1 Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública por Tipo de Financiamiento del Sector Salud.

El programa está conformado por el presupuesto de inversión pública que comprende proyectos financiados, y el programa de requerimientos de financiamiento.

1.4.2.2 Ejecución Presupuestaria por Tipo de Inversión del Sector Salud.

La ejecución presupuestaria, “comprende los procesos administrativos de captación de recursos, realización de desembolsos o pagos, y ajustes al presupuesto aprobado, sujetos a las regulaciones contenidas en las normas legales inherentes a la materia. Corresponde a las actividades relacionadas con los devengamientos y pago de obligaciones, a partir de la aprobación del presupuesto y la efectiva dotación de los recursos, una vez efectuada la solicitud.



1.4.3 Proyectos de Inversión Pública por Tipo de Financiamiento.

El concepto de financiamiento es “proporcionar los fondos necesarios para la puesta en marcha, desarrollo y gestión de cualquier proyecto o actividad económica” al decir financiamiento interno se refiere a los proyectos que se ejecutarán con recursos de origen interno, ingresos que el país haya generado, el financiamiento externo, se refiere a recursos obtenidos por concepto de donación, créditos, de otros países.

1.4.4 Proyectos de Inversión Pública por Tipo de Financiamiento del Sector Salud.

Son aquellos que están orientados a crear, ampliar y mejorar el capital humano social, cultural y medio ambiental (se excluye proyectos específicos de infraestructura y equipamiento).

1.4.5 Variables seleccionadas

1.4.5.1 Variable económica 1.1:

Proyectos de inversión pública

1.4.5.2 Variable económica 1.2:

Financiamiento de los proyectos de inversión pública en el sector salud.

1.4.5.3 Variable económica 1.3:

Ejecución presupuestaria en el sector salud.

1.5 Identificación del problema de investigación

El inadecuado financiamiento de los proyectos de inversión pública en fase de ejecución del Sector Salud en el Municipio de El Alto.



1.6 Justificación del tema de investigación

1.6.1 Justificación Económica

El acceso a la atención de la salud constituye un bien público de vital importancia, pues es determinante del bienestar de una sociedad en su conjunto, cuyos efectos inciden en la productividad laboral, el crecimiento económico y el desarrollo humano.

La salud es para la economía, el sector donde casi todas las decisiones tienen implicaciones económicas, que pueden apreciarse mediante el impacto que tiene el sistema de salud como condicionante del bienestar de la población.

1.6.2 Justificación Teórica

El gasto público en el sector salud de un país se considera una sobrecarga económica, como así también una “deuda” para el crecimiento económico y el panorama económico en general. A pesar de esas nociones populares, existen crecientes tendencias y evidencias que señalan en el sentido contrario, particularmente para las economías emergentes y algunas economías desarrolladas. Las inversiones en el sector de la salud benefician directamente al crecimiento económico de los países.

1.6.3 Justificación Social

La inversión en el sector social está destinada a proyectos de salud entre otros. Un aspecto importante de la inversión pública, es que la misma está concentrada principalmente en los gastos del Estado donde están constituidas las gobernaciones, municipios y gobierno central. Bolivia tiene los indicadores de salud más preocupantes de la región. Para 2018 el país contaba con la tasa de mortalidad infantil más elevada de Suramérica, con 21,2 fallecidos por cada 1.000 nacidos vivos. La mortalidad materna era de 155 mujeres fallecidas por cada 100.000 nacidos vivos.



1.6.4 Mención

El tema de los efectos de la ejecución del presupuesto de inversión pública en los proyectos y programas destinados al Sector Salud, guarda concordancia con la mención en Gestión de Proyectos y Presupuestos.

1.7 Planteamiento de los objetivos del tema de investigación

1.7.1 Objetivo general

Determinar la incidencia del financiamiento en la ejecución de los proyectos de inversión pública del Sector Salud del Municipio de El Alto.

1.7.2 Objetivos específicos

- Evaluar los proyectos de inversión pública y su importancia para la Ciudad de El Alto.
- Analizar el financiamiento de los proyectos de inversión pública en el sector salud para la ciudad de El Alto.
- Determinar el grado de ejecución presupuestaria de la inversión pública en el sector salud para la ciudad de El Alto.

1.8 Planteamiento de la hipótesis de investigación

1.8.1 Formulación de la hipótesis de investigación

El financiamiento de la inversión pública contribuye a mejorar el grado de ejecución de los proyectos del sector salud del Municipio de El Alto.

1.9 Operacionalización de variables

A continuación, se presentan las variables seleccionadas para su respectivo desarrollo para la obtención de resultados.



Tabla 1 Operacionalización de variables

<i>Variable</i>	<i>Dimensión</i>	<i>Concepto</i>	<i>Indicador</i>	<i>Técnica</i>	<i>Instrumento</i>
<i>Inversión Pública en Proyectos de Salud</i>	<i>Económica</i>	Aquel gasto con fines productivos que realiza el Estado a través del gobierno central o de las autoridades subnacionales o locales.	<i>Presupuesto En salud En bolivianos</i>	<i>Análisis Documental</i>	<i>Paquete Estadístico Y Econométrico Econometric Views</i>
<i>Financiamiento en proyectos de salud</i>	<i>Económica Financiera</i>	Mecanismo por medio del cual se aporta dinero o se concede un crédito a una persona natural o jurídica, para que esta lleve a cabo un proyecto.	Ejecución programada y ejecutada en el Municipio de El Alto	<i>Análisis documental</i>	<i>Paquete Estadístico Y Econométrico Econometric Views</i>

Fuente: Elaboración propia

Las variables de investigación son características del objeto de estudio cuya variabilidad puede medirse. Estas variables se determinan mediante observación y análisis del objeto estudiado por el investigador, las cuales posibilitan la recopilación de información teórica de sustento y respaldo a la investigación, ya que, a partir de los objetivos del Marco Teórico, se identifican las principales variables para el Marco Práctico.¹

1.10 Metodología del tema de investigación

1.10.1 Aplicación metodológica

El presente estudio utilizó el enfoque cuantitativo porque empleó la recolección y el análisis de datos estadísticos, para contestar las preguntas de investigación y analizar la hipótesis previamente establecida, con base a la medición numérica, el conteo y el frecuente uso de la estadística para establecer con exactitud los patrones de comportamiento del sector salud en el Municipio de El Alto, durante el periodo de investigación.

¹ Hernández, R.; Fernández, Carlos; Baptista, Pilar. (2004). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill Interamericana. Pág. 10.



1.10.2 Método de Investigación

En la presente investigación, se utilizó el Método Deductivo, este método se basa en el razonamiento de un aspecto general para concretarse en lo particular. La aplicabilidad de este método, permitirá acopiar, sistematizar, analizar, información desde el punto de vista general para que a través del tratamiento técnico-científico económico y social se pueda explicar cómo afecta al sector salud la asignación de presupuesto en el Municipio de El Alto.

1.10.3 Tipo de Investigación

- Descriptivo: Es aquella que se utiliza, para describir la realidad de situaciones, de la investigación, especifica, propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se someta a análisis.

- Explicativo: Parten de problemas principal bien identificados como su nombre lo indica ¿por qué ocurre un determinado fenómeno? y en ¿qué condiciones se manifiesta este fenómeno?

1.10.4 Técnicas de recolección de datos

La técnica de recolección empleada en el presente documento es de carácter documental, porque es un proceso sistemático y secuencial de recolección, selección, clasificación, evaluación y análisis de contenido del material empírico impreso y gráfico, físico y virtual que servirá de fuente teórica, conceptual y metodológica para el desarrollo de la investigación científica.

1.10.5 Instrumentos de investigación

La información que se utilizó en la presente investigación fue a través de los siguientes instrumentos: resúmenes contextuales y fichas bibliográficas.

1.10.6 Fuentes de Información

Para la presente investigación las fuentes de información fueron las siguientes:



Fuentes Primarias: Se utilizaron documentos, porque mantienen el contenido de los discursos provenientes de distintos autores, por tanto, representan una fuente fidedigna de información.

Fuentes secundarias: Se emplearon memorias institucionales, dossiers estadísticos, boletines informativos, que “permiten conocer hechos o fenómenos a partir de documentos o datos recopilados por otras instituciones e investigadores.

1.10.7 Instrumento de investigación

Debido a que la investigación tiene un enfoque cuantitativo, se utilizaron instrumentos de la estadística descriptiva, en relación a los indicadores económicos para el respectivo análisis e interpretación de los datos de series de tiempo. La información económica fue organizada y analizada mediante medios estadísticos en función a la hipótesis formulada al principio de la investigación.

1.10.8 Análisis de los resultados

En el presente trabajo de investigación se procesó información mediante cuadros estadísticos, gráficos comparativos, diagramas, tablas estadísticas y otros instrumentos que permitirán analizar en forma adecuada cada una de las variables seleccionadas:

- Descripción de las variables.
- Explicación de las variables.
- Comparación entre las variables.



Capítulo II



Marco Teórico

y

Conceptual



CAPÍTULO II

2 MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL

2.1 Marco teórico

2.1.1 Aspectos institucionales de la política fiscal

El efecto de una política fiscal sobre la actividad económica puede depender de factores institucionales. Una manifestación de esto son los rezagos internos y externos, los rezagos largos reducen los multiplicadores fiscales de corto plazo, los internos muestran el tiempo que toma reconocer que una política fiscal debe ser cambiada y luego aplicar las correspondientes medidas, éstos son una función del proceso político y la efectividad de la administración fiscal, los rezagos externos reflejan el tiempo que tarda la demanda agregada en asimilar las medidas fiscales (Blinder & Solow, 1974).

Es también necesario tomar en cuenta las consideraciones de economía política. Los déficits largos y persistentes pueden apuntar a la existencia de un sesgo deficitario que puede ser explicado por varios factores de política económica (Alesina & Perotti, 1995) tanto los votantes como gestores de política pueden estar sujetos a una ilusión fiscal, por la cual pueden no estar al tanto de las limitaciones presupuestarias inter temporales del gobierno y, por ende, podrían terminar a favor de déficits sobre superávits, es también posible que los votantes y gestores de políticas prefieran trasladar la carga del ajuste fiscal hacia generaciones futuras; la acumulación de deuda suele ser también una herramienta estratégica con el propósito de limitar el espacio de maniobra fiscal de los futuros gobiernos, las consolidaciones fiscales pueden retrasarse a causa de conflictos políticos relacionados con el repartimiento de costos de ajuste entre distintos grupos, dando como resultado déficits persistentes; las instituciones presupuestarias pueden funcionar de manera tal que conlleven persistentemente a gastar demasiado.



2.1.2 Análisis del financiamiento y gasto

El análisis de las fuentes de financiamiento y del gasto del sector de la salud es un tema relevante por su impacto no sólo en la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud, sino también en el acceso que efectivamente puede lograr.

El conocimiento del gasto nacional en salud y su financiamiento, es esencial para la toma de decisiones acerca de la asignación de los recursos del sector. El estudio de las cuentas nacionales en salud permite evaluar la equidad y eficiencia con que se asignan y utilizan estos recursos y es clave para comparar los esfuerzos que hacen las sociedades y gobiernos de los países para enfrentar los problemas de salud que afectan a sus poblaciones. Adicionalmente permite identificar con precisión las fuentes, agentes, proveedores y beneficiarios.

Respecto al financiamiento, Bolivia presenta un sistema fragmentado y con predominio de pago directo (de bolsillo) como mecanismo de financiamiento. Es así que los mecanismos de aseguramiento de corto plazo, solo benefician a los estratos medios de la población que cuentan con un trabajo asalariado, salvando en parte esta situación los seguros públicos como parte de la responsabilidad del Estado para con la población. Por su parte, los estratos superiores de ingreso y los inferiores (informales en su mayoría) buscan atención en servicios privados e informales o tradicionales respectivamente.

Algunas desigualdades, pueden ejemplificarse como:

- El 27% de la población accede al sistema de la seguridad social, misma que eroga el 42% de los recursos del sector.
- El subsector público que debe cubrir el restante 73% solo eroga el 23% del presupuesto.
- El 34% del presupuesto del sector salud constituye el “gasto de bolsillo”.
- Mientras que el sector público gasta alrededor de 12.2 dólares per cápita, la Seguridad Social gasta aproximadamente 87 dólares per cápita, registrándose casos como la Caja de la Banca Privada que gasta cerca de 414 dólares y COSSMIL cerca de 345 dólares.



El financiamiento del sector hace evidente dos hechos importantes que siguen la tendencia internacional hacia el libre mercado de salud:

- Por una parte, el Gobierno ha disminuido su aporte al gasto total en salud de 18.4% en 1995 al 11.8% el año 2000 y
- La segunda, que el gasto de los hogares en salud ha subido de 95 a 173 millones aproximadamente para el mismo periodo de tiempo. Por lo que hogares, se están constituyendo en una importante fuente de financiamiento del sector, sin considerar que en virtud a la crisis que afecta al país los ingresos de los hogares se han visto reducidos debido a una disminución del empleo formal, convirtiendo a la salud en una pesada carga financiera para los hogares particularmente para los de menores ingresos.

2.1.3 Determinantes de la inversión

La función de inversión depende de tres grupos de variables (Herrera Valencia, 2015): variables de cantidades, variables de precios y choques autónomos. Con el primer tipo de variable se recogen los efectos de la demanda agregada interna sobre las decisiones de inversión; en el caso de países subdesarrollados es importante considerar al producto (efecto acelerador) y la inversión pública. Las variables de precios expresan el costo de oportunidad de las decisiones de inversión, en las que se deben tomar en cuenta los precios relativos y la tasa de interés.

Los trabajos a nivel macroeconómico resaltan la importancia de las restricciones de liquidez y del mercado de fondos externos en las decisiones de inversión de las empresas. Igualmente, se ha encontrado que los factores causales de la inversión en el largo plazo son la producción, medida a través del Producto Interno Bruto (PIB) (influencia positiva); el costo de oportunidad, medido a través del precio relativo de los bienes de inversión con respecto a los bienes de consumo (influencia negativa) y la inversión pública (efecto desplazamiento).

Otro aspecto a destacar es que la inversión privada observada fluctúa alrededor de su tendencia estimada de largo plazo. A su vez, los elementos, que explican las fluctuaciones de



corto plazo de la inversión son: las variaciones respecto al nivel de producto, las tasas de interés de Estados Unidos (bonos del tesoro a tres meses) y la tasa de crecimiento de los flujos de inversión extranjera directa; la influencia de la tasa de interés interna (medida a través del costo porcentual promedio y las tasas activas).

2.1.4 Importancia de la inversión pública

Ha sido una discusión permanente el impacto que tiene el gasto público, y en particular el referido a la inversión, sobre el nivel de la actividad económica y el empleo. Sobre este asunto, existen dos grandes posturas. Una, desde la perspectiva clásica, asume que el gasto público representa un desplazamiento del gasto privado, además, por su propia naturaleza, el gasto público es ineficiente, por lo que el impacto de un excesivo gasto de inversión resulta contraproducente. La otra postura, desde la perspectiva keynesiana, plantea la importancia que el Estado tiene para impulsar la actividad económica por medio del gasto público, principalmente a través de la creación de infraestructura económica y social. En este sentido, entender la naturaleza e importancia de la infraestructura económica y social, resulta relevante para justificar o cuestionar el gasto de inversión pública en la economía.

Desde la perspectiva de (Ayala J. , 2004) la infraestructura económica puede definirse como las estructuras técnicas, equipos, instalaciones duraderas y servicios que proporcionan y son utilizados en la producción económica y los hogares; de esta manera, expresa todo el despliegue logístico de una economía o de una región, por lo que forma parte sustantiva del capital físico con el que cuenta una economía.

La infraestructura económica es relevante en varios aspectos, entre ellos (Lardé & Sanchez, 2014): la mejora en los servicios de infraestructura eleva el nivel de bienestar y fomenta el crecimiento económico; eleva la productividad y disminuye los costos de producción, contribuye a desarrollar la capacidad de un país para competir en la economía mundial; en este sentido, se genera una correlación positiva entre la inversión pública y la privada.

Por otro lado, el gasto público referido a infraestructura debe reunir ciertas características, tales como: complementar y apoyar las actividades determinadas por el mercado; la calidad



de las inversiones debe ser no solo atractiva desde el punto de vista económico, sino también desde el punto de vista técnico, administrativo y financiero; debe ampliarse con la rapidez suficiente para acoplarse al ritmo de crecimiento.

Resulta significativo tomar en cuenta los argumentos en que se basa el hecho de que el Estado participe en la creación de infraestructura; en este sentido, se pueden considerar las siguientes: el gasto en infraestructura es de larga maduración y la recuperación de la inversión es de largo plazo; en este tipo de obras se requiere un gran monto de capital; finalmente, los proyectos son generalmente de alto riesgo y se necesita del concurso de varios agentes.

Existen determinadas áreas estratégicas en toda economía que deben ser impulsadas en forma significativa por parte del Estado; entre ellas: la creación de infraestructura, la formación y capacitación de recursos humanos, el desarrollo científico y tecnológico, mayor equipamiento en tecnologías de información y comunicación, entre otras, que representan un reto en el que muy difícilmente el sector privado puede comprometerse, de esta manera, son tareas que el Estado debe asumir sobre un horizonte de planeación de largo plazo a fin de asegurar el crecimiento económico sostenido con equidad y sustentabilidad ambiental (Calva, 2001).

Desde el punto de vista de (Cuamatzin, 2006) la inversión pública debe servir de base a la inversión privada en actividades que generen un valor agregado y contribuyan a desarrollar competencias productivas frente al exterior. Así, la inversión pública de ninguna manera es excluyente de la inversión privada, todo lo contrario, la estimula a través de la dotación eficiente y oportuna de insumos de uso general y en la provisión de servicios de salud y educación que permiten una mano de obra más capacitada.

2.1.5 Inversión en salud

Lo que se destina en salud, claramente significa que no es gasto, si no una inversión. Existen cosas importantes como, por ejemplo: “que las condiciones de salud han mejorado más en los últimos cuarenta años que en toda la historia de la humanidad”.



El mejoramiento de la salud contribuye al crecimiento económico de cuatro maneras: 1) reduce las pérdidas de producción por enfermedad de los trabajadores; 2) permite utilizar recursos naturales que, debido a las enfermedades, eran total o prácticamente inaccesibles; 3) aumenta la matrícula escolar de los niños y les permite aprender mejor; y 4) libera, para diferentes usos, recursos que de otro modo sería necesario destinar al tratamiento de enfermedades.

Además de lo anterior, se tiene establecido que hay tres factores que tienen gran importancia en la disminución de la mortalidad y estos son: a) el aumento de los ingresos; b) los avances en la tecnología médica; y c) los programas de salud pública, en combinación con la divulgación de los conocimientos sobre la salud.

2.1.6 Gasto público social en Bolivia

El gasto público total es una herramienta fundamental de la política fiscal boliviana para la ejecución de políticas públicas. El gasto público total se ejecuta a través del Presupuesto General del Estado y comprende todas las erogaciones realizadas por las entidades pertenecientes al sector público.

El gasto público total contempla el gasto público no social y gasto público social. El primero considera todas las erogaciones realizadas por las entidades del sector público destinadas a promover servicios públicos en defensa, orden público y seguridad, y servicios en asuntos económicos entre otros.

El gasto público social es la suma de las erogaciones (gastos corrientes y de capital) realizadas por el sector público destinadas al financiamiento de los planes, programas y proyectos cuyo objetivo es generar un impacto positivo en la solución de problemas asociados a la pobreza, la distribución del ingreso y la promoción de condiciones para generar un mayor acceso a los servicios sociales básicos, coadyuvando así a mejorar la situación de la población más vulnerable. Por ello, el gasto público social más que un gasto es una inversión social.



La estimación del gasto público social para Bolivia fue realizada para el periodo 2000 – 2014. La estimación del gasto corresponde al gasto del Gobierno General y Empresas Municipales. Esta información fue presentada por UDAPE utilizando un clasificador funcional propio. Las funciones sociales consideradas son:

- Medio ambiente.
- Vivienda y servicios comunitarios.
- Salud.
- Actividades recreativas, culturales y de religión.
- Educación.
- Protección social.

2.1.7 Características del sector salud en Bolivia

El sistema de salud de Bolivia, refleja características de un sistema fragmentado, inequitativo, sectorial respondiendo cada uno a sus propias normas y responde en mayor o menor preponderancia a los elementos históricos, culturales, étnicos, sociales y económicos que caracterizan al país (Ledo & Soria , 2010).

Evidenciando, dos realidades entrelazadas que reflejan su tendencia histórica y colonial. Por un lado, gran parte de la población prefiere la medicina tradicional; y por otra, se evidencia la influencia de la medicina científica, reflejada en la medicina hospitalaria céntrica y de consulta particular, en la que se paga por acto médico y es accesible para una parte de la población que cuenta con suficientes recursos económicos (Loayza, 1997). El seguro social a corto plazo, beneficia a quienes cuentan con un trabajo relativamente estable y pueden cotizar, convirtiéndose en una barrera que limita el acceso a los servicios de salud (De Angulo & Lozada , 1992).

El sector salud comprende dos grandes ámbitos de competencia: el formal que comprende los servicios públicos, los seguros de salud y el privado con o sin fines de lucro, que a su vez comprende el ejercicio libre de la profesión en la práctica privada, a las Organizaciones No



Gubernamentales (ONG). El subsector informal conformado por la medicina tradicional en una amplia gama de modalidades de prestación, sobre todo en el área rural (Dorakis, 2002).

La medicina asistencial es ejercida por los servicios pertenecientes al subsector público, con centros débilmente organizados en base a la atención primaria de salud, y organizaciones religiosas y caritativas básicamente cristianas que prestan servicios a los estratos de menores ingresos de la población, cuando su preferencia por la asistencia informal de la salud se ve rebasada o su nivel de ingresos así lo permite, asociada a burocráticas redes de seguros de enfermedad y estructuras sanitarias asistenciales para los trabajadores asalariados (Franco, 2001).

2.1.8 Políticas sobre el sector salud

En la actualidad aproximadamente mueren casi siete millones menos de niños que en la década de los noventa. La esperanza de vida promedio a nivel mundial ha aumentado seis años desde 1990, de tal manera que un niño nacido hoy puede esperar vivir hasta los 71 años de edad (Francque, 2002)

Con base en estos logros, debidos mayormente a las inversiones en el sector salud, sería tentador para los responsables de la formulación de políticas concluir que ha llegado el momento de trasladar sus inversiones del sector salud hacia otros sectores, como el ambiental o el agrícola. Este desplazamiento de recursos podría amenazar el progreso obtenido recientemente y generar un marcado incremento en el número de muertes evitables (Grebe & Valdivia, 2008).

Después de la llamada “década dorada” para la salud, durante la cual la ayuda sanitaria internacional se triplicó, la salud está perdiendo importancia en la agenda de desarrollo. Este descenso es motivo de grave preocupación. Se puede señalar que la salud ha hecho la mayor contribución al desarrollo sostenido.

Por ejemplo, Arrow y sus colegas calculando la contribución de cinco sectores, educación, recursos naturales, climático, capital físico y salud, a la riqueza de cinco países durante el



periodo de 1995-2000. Encontraron que una mejor salud aporta más a la riqueza que los demás sectores combinados.

Los gobiernos de países en desarrollo enfrentan decisiones difíciles dado que su crecimiento económico se ha frenado en los últimos años. El África subsahariana, por ejemplo, creció a una tasa de sólo 3,4% en 2015 y se espera que crezca 3% en 2016, menos que su crecimiento de 2004 a 2013. En este contexto, los gobiernos deben guiarse por la mejor evidencia disponible cuando se trata de asignar recursos a los diferentes sectores.

El gasto en salud dirigido a intervenciones altamente costo efectivas es una inversión positiva que promueve el bienestar y la prosperidad económica. Las inversiones en salud correctas no son una carga para la economía; tienen el efecto contrario. Un examen objetivo de las evidencias sobre la inversión en salud sugiere que, en lugar de alejarse de la salud, los ministerios de finanzas de los PBI y los PIM y los organismos de ayuda internacional deben aumentar sus inversiones en salud.

2.1.9 Bolivia y su población

Bolivia se ubica geográficamente en el centro de América del Sur, cuenta con una superficie de 1.098.591 km². Tiene una población de aproximadamente 8.274.325 habitantes. El 60% de la población tiene menos de 25 años y sólo el 7% es mayor de 65 años. Se ha calculado que la esperanza de vida al nacer es de 64 años (Censo 2001). El 62.4% de la población boliviana reside en el área urbana, el 50.16% son de sexo femenino y presenta una tasa anual de crecimiento intercensal a nivel de 2.74% (Perales & Párraga, 2019).

2.1.10 Morbilidad y mortalidad

En 1993, las 10 primeras causas de morbilidad general fueron las enfermedades del aparato respiratorio (22%), las enfermedades infecciosas intestinales (16%) las enfermedades infecciosas y parasitarias y los efectos tardíos de las enfermedades parasitarias (3%), las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (1.6%), las enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo (1.4%), las enfermedades de los órganos genitales



femeninos (1.4%), las enfermedades de la cavidad bucal (1.2%), la tuberculosis (0.7%), las causas obstétricas directas (0.4%) y las fracturas (0.2%) (INE, Resultados del censo de población y vivienda 2012, 2013).

La tasa bruta de mortalidad en Bolivia era de 8.16 por mil habitantes estimada para el periodo 2000-2005. El pausado incremento de la esperanza de vida al nacer (promedio en las Américas de 73.4 años el 2003), se debe a la elevada mortalidad infantil y dentro de ésta a la mortalidad neonatal. Cuanto a más temprana edad muere la población más difícil es aumentar el indicador esperanza de vida al nacer.

La inercia del descenso de la tasa bruta de natalidad está determinada desde lo demográfico por la estructura de la población joven y la alta tasa de fecundidad, desde lo social y económico por la falta de oportunidades, capacidades y autonomías de las mujeres para decidir y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. La tasa bruta de mortalidad en América es 7.1 por 1000 habitantes (2003) y su descenso en las últimas épocas es demasiado lento (INE, ¿Qué podemos esperar del censo 2001?, 2001).

La dinámica de la población boliviana en función de los nacimientos y muertes determina que Bolivia aún esté creciendo como lo hacían los países desarrollados durante la década de los años 50 y 60 .

2.1.11 Problemas específicos de salud por grupos de población

2.1.11.1 La salud del niño

El perfil de mortalidad está dominado aún por un elevado número de muertes infantiles. La reducción de la mortalidad infantil en el periodo intercensal 1976-1992 está asociada sobre todo al impacto de las acciones de control de las enfermedades inmunoprevenibles.

En 1994, se registraron sólo un 3% de muertes infantiles atribuibles a estas enfermedades (ENDSA 94) y a partir del año 2001 ya no se notificaron más defunciones por causa de sarampión.



La tasa de mortalidad neonatal ha disminuido en 27% entre 1994 y 2003. La tasa de mortalidad infantil ha disminuido un 28%, y la de la niñez en un 35.3% en el mismo periodo de tiempo.

A nivel nacional la tasa de mortalidad neonatal es de 27 por mil nacidos vivos. Las disparidades por áreas geográficas son importantes, la tasa de mortalidad neonatal es superior en el área rural 35 por mil nacidos vivos, mientras que alcanza a 21 por mil nacidos vivos en el área urbano.

Las tres principales causas de muerte en niños menores de 28 días son infecciones 32%, trastornos relacionados a la duración corta de la gestión y bajo peso con 30% y como tercera causa se encuentran los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal que en su mayoría corresponden a asfixia con un 22%.

2.1.11.2 Mortalidad infantil

Bolivia es el país que presenta la tasa de mortalidad infantil más alta de Latinoamérica, la tasa de mortalidad infantil es 54 por mil nacidos vivos para el periodo 1990-2003. Esta cifra significa una brecha de 33.8% con respecto al promedio latinoamericano y un rezago de 50 años con respecto a los países con tasa más bajas del continente.

La estructura de la morbilidad en el menor de 5 años no ha variado sustancialmente en la década precedente a 1994. La proporción de muertes por diarrea y neumonía suma 56% del total.

La estructura de mortalidad en menores de 5 años está compuesta por enfermedades de tipo infeccioso diarrea e IRAs que en conjunto aportan el 56%, le siguen en importancia las enfermedades del periodo perinatal con 16% y las inmunoprevenibles.



2.1.11.3 Salud del adolescente

La población adolescente de 10 a 19 años representa el 22.1% de la población total del país. De los cuales el 49.3% son mujeres, el 50.7% son hombres, el 65% vive en área urbana y el 35% en el área rural.

Cerca del 27% de los niños y adolescentes de 7 a 18 años migraron del campo a la ciudad junto a sus familias, situación que les obligó a enfrentar los problemas emergentes de la urbanización y el crecimiento de los cordones de pobreza, deterioro ambiental, etc. Del total de población en edad de trabajar, el 39.3% corresponde a niños y adolescentes entre los 7 y 19 años.

La estructura de la mortalidad incluye, en los adolescentes, como primera causa, los accidentes, suicidios y homicidios, seguido de infecciones, complicaciones en el proceso reproductivo (embarazo, parto y puerperio), enfermedades infecciosas crónicas (tuberculosis) enfermedades digestivas, auto inmunes y malignas en menor porcentaje.

La violencia contra niños, niñas y adolescentes es una emergencia de salud pública que exige la atención médica efectiva, así como de la protección con el objetivo de contribuir a un adecuado desarrollo integral de su personalidad.

2.1.11.4 Salud de la mujer

El 49% de las mujeres en Bolivia se encuentran entre los 15 y 49 años de edad, 28% de ellas son cabeza de familia.

De acuerdo, a los resultados de los tres últimos censos, se observa que en 1976 la tasa global de fecundidad alcanzaba e 6.65 hijos por mujer, en 1992 esta tasa alcanzaba 4.97 hijos por mujer, mientras que el 2001, esta tasa alcanzaba a 4.39 hijos por mujer.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud en Bolivia (ENDSA 2003), reporta una Tasa Global de Fecundidad (TGF) de 3.8, en el área urbana de 3.1 y 5.5 en el área rural. Las



mujeres rurales con menos de 8 años de escolaridad tienen un promedio de 7.9 hijos, mientras las mujeres urbanas con más de 8 años de escolaridad tienen un promedio de 2.6.

La atención de cuatro controles sobre la base de mujeres con primer control pasó de 31% a 33% entre 1999 a 2000. La proporción de partos institucionalizados aumentó de 47% en 1994 a 52% en el 2000. Las mujeres entre 15 a 19 años, corren un riesgo dos veces mayor de morir durante el embarazo y parto.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, entre 1989 y 1998, la cobertura prenatal subió de 44.9% a 69%, y el parto en servicios de salud de 37.6% a 55.9%. La ENDSA 2003, establece una cobertura de asistencia de control prenatal de 70.2% y atención de parto por personal de salud de 57.1%.

Mediante la Encuesta Post Censal de Mortalidad Materna se estableció que la razón de mortalidad materna promedio nacional es de 235 decesos por cada 100 mil nacidos vivos. La cifra es muy alta, primero porque es de tres dígitos y segundo porque es más que el doble de 100.

Las principales causas de mortalidad materna identificadas son las hemorragias, sepsis y aborto. Durante el embarazo ocurren el 22% de las muertes maternas, en el parto ocurre el 36%, en el puerperio 42%.

2.1.11.5 Análisis de situación de salud y exclusión social

El análisis de situación de salud del país refleja la problemática de salud actual que si bien en las últimas décadas no se han producido cambios importantes en la forma de enfermar y morir de la población boliviana, sin embargo, empieza a advertirse un proceso de transición epidemiológica, con un incremento importante en los procesos crónicos no transmisibles y causas externas; condicionadas por un lado por la crisis socio económica y política del país, agravado por la falta de información y educación sanitaria de la población que no toma parte en el cuidado de la salud.



La crisis del sector salud ha conducido a una falta de priorización adecuada de acciones de intervención para controlar los problemas de salud, especialmente las enfermedades reemergentes y emergentes, que tienen una implicancia importante en la determinación de la exclusión social. Puesto que, se mantiene una priorización sobre los grupos etáreos tradicionales (menores de 5 años y mujeres embarazadas hasta los 6 meses después del parto), control de enfermedades transmisibles, sin haber profundizado en el análisis de otros grupos sociales excluidos como ser: diabéticos, pacientes con enfermedades neoplásicas, hipertensos y otras de naturaleza crónica, ligadas a trastornos metabólicos dependientes de estilos de vida sedentarios, hábitos alimenticios inadecuados y factores de tipo hereditario.

2.1.12 Situación demográfica del Municipio de El Alto

El Alto se constituye en el municipio más poblado del departamento de La Paz, y la ciudad de El Alto en la segunda ciudad más poblada de Bolivia, después de Santa Cruz de la Sierra. Resultante de altas tasas de crecimiento demográfico, al constituirse durante los años 1976 y 1986 en un lugar de asentamiento de inmigrantes de otras localidades, principalmente del altiplano norte del país, en especial de personas del área rural del país, provenientes mayoritariamente de los departamentos de La Paz, Oruro y Potosí, así como de Cochabamba y Chuquisaca.

Tabla 2 El Alto, población según Censos y Proyección (En habitantes)

	Municipio El Alto	Ciudad de El Alto	Grado de urb.
Censo de población 1992	414.528	405.492	97,80%
Censo de población 2001	649.958	647.350	99,60%
Censo de población 2012	848.452	846.880	99,80%
Proyección 2019	933.053	930.000	99,70%

Fuente: Elaboración propia en base a información del INE

El Municipio de El Alto, por sus características socio económicas vinculadas al comercio y los servicios, es un municipio altamente urbanizado, donde según el último censo nacional de población y vivienda, el 99.8% de la población total vive en el área urbana del municipio.

**Tabla 3 Municipio de El Alto, principales avenidas**

Principales Avenidas
Av. Juan Pablo II
Av.6 de marzo
Av. Ladislao Cabrera
Av. Bolivia
Av. Litoral
Av. Estructurante
Av. Periférica
Av. Buenos Aires
Av. Costanera
Av. Santa Fe
Av. Panorámica
Av. Circunvalación
Av. Cívica
Av. Elizardo Pérez
Av. Santa Veracruz
Av. Adrián Castillo
Av. Versalles
Carretera La Paz-Copacabana
Carretera La Paz-Oruro

Fuente: Elaboración propia en base a información de DAPRO

2.1.13 Situación económica

La actividad económica del Municipio de El Alto, se encuentra concentrada en las actividades de servicios principalmente comercio y transporte, seguido de la industria manufacturera y un pequeño sector agropecuario. Según algunas investigaciones el Producto Interno Bruto del Municipio de El Alto asciende a 16.558 millones de bolivianos, lo que determina un PIB per cápita anual de 18.358 bolivianos por persona.



aumento de los bienes en existencia o producción de nuevas fábricas, viviendas o herramientas; o bien que (Dornbusch & Fischer, 1988) el gasto de inversión es el gasto en nueva producción de maquinaria, vivienda estructuras industriales o agrícolas y existencias; en este sentido, aumenta la cantidad de capital físico de la economía. Mientras que la inversión financiera se hace en bienes de fácil realización, y no significa una ampliación de la capacidad productiva.

Una característica importante del gasto de inversión es que tiene un doble papel en la economía. Por un lado es un componente importante de la demanda agregada y, en este aspecto, determina el nivel de producción actual; por otro lado, en la medida en que representa un gasto destinado a la ampliación de la capacidad productiva, determina el nivel de producción tendencial; en otros términos, el gasto de inversión resulta relevante por sus efectos sobre la demanda actual de productos industriales y por su contribución al desarrollo económico futuro por medio de la expansión del acervo de capital.

2.1.15 Fallos del Mercado

Un fallo de mercado es una situación que se produce cuando el mercado no es capaz de asignar los recursos de forma eficiente. En economía, el sistema de precios de un mercado competitivo es capaz de abastecer todos los bienes y servicios de una economía.

Stiglitz identifica 6 casos que se consideran fallos del mercado:

- Fallo de la competencia.
- Bienes públicos.
- Externalidades.
- Mercados incompletos.
- Fallos de información.
- Paro, inflación y desequilibrio.



El Estado interviene en la economía para corregir cuatro grandes categorías de fallos: competencia imperfecta, información incompleta o imperfecta, externalidades y bienes públicos.

El Gobierno ofrece algunas soluciones a esas externalidades por medio de legislación; por ejemplo: los impuestos, subsidios, regulación a través de controles directos, regulación basada en incentivos de mercado, persuasión y gastos directos del Gobierno.

Otra consecuencia en los errores en los datos es el costoso efecto sobre los clientes ya que producen altos niveles de insatisfacción, al caer en errores como datos personales incorrectos, facturas con cantidades erróneas, o direcciones incorrectas, entre otros.

2.1.16 Funciones del Estado

El estudio del sector público y su intervención en el proceso económico, es y sigue siendo, de mucha importancia; viendo este tema desde el punto normativo surge la siguiente interrogante: ¿es necesario el sector público?; según Musgrave en su libro “Hacienda Pública Teórica y Aplicada”, habla de la importancia del sector público dentro de este proceso económico; el autor menciona que “el mecanismo de mercado por sí solo no puede realizar todas las funciones económicas; y la política pública es necesario para guiar, corregir y complementar al mercado en algunos aspectos” dicho de otro modo las políticas públicas corrige las limitaciones que tiene el mecanismo del mercado.

El Estado presta servicios en educación, salud, saneamiento básico, transporte, comercialización, comunicaciones, producción de materias primas y hasta en producción de ciertos artículos de consumo y de bienes de capital, no quiere decir, que todas estas actividades las realice la administración central, normalmente son desarrolladas por los gobiernos autónomos y locales, de acuerdo al marco legal establecido en cada país.



2.1.17 Sector público

El sector público como el conjunto de organismos administrativos (instituciones, corporaciones y oficinas) del Estado. Que pertenecen al Estado significa que son públicos, de todos los ciudadanos del país.

El sector privado, que se contrapone al sector público, es aquella parte de la economía que busca el lucro en su actividad y que no está controlada por el Estado. Por contraste, las empresas que pertenecen al Estado son parte del sector público.

Las principales funciones del sector público son:

- Fiscal: Establece impuestos y los crea.
- Reguladora: Dispone de leyes y disposiciones para regular la actividad económica.
- Proveedora de bienes y servicios: Mediante las empresas públicas.

Su objetivo central es formular normas y propuestas que permitan diseñar sistemas tributarios y de gasto público que minimicen la interferencia del estado en la asignación de los bienes y factores productivos, permitan alcanzar un estado de la distribución de la riqueza y la renta socialmente justos.

2.1.18 Planificación económica

La planificación económica se refiere al diseño de un plan en el que se recogen las decisiones económicas tomadas por la autoridad en orden a obtener determinados objetivos económicos o sociales para un período concreto.

Hace referencia a la toma de decisiones por parte de determinados agentes económicos. Esto, tras elaborar un plan y con el objetivo de revertir una situación o lograr un objetivo determinado.

Pasos para hacer un plan estratégico económico:

- Define las metas u objetivos que pretendes alcanzar.



- Elabora un plan de acción tanto administrativo como económico para esos objetivos que quieres lograr.
- Asigna los recursos a los trabajadores.
- Ejecuta el plan que diseñaste.

2.1.19 Planificación social

La Planificación Económica y Social es una profesión de naturaleza interdisciplinaria necesaria para interpretar la realidad socioeconómica actual con el propósito de diseñar y proponer estrategias de desarrollo que permitan a la población y sus organizaciones una participación más directa en la toma de decisiones.

La planeación Social es la unidad de aprendizaje que permite perfilar al profesional del Trabajo Social, en la acción social, implica pues demostrar la validez de su capacidad investigativa; la sensibilidad hacia las necesidades sociales que plantean los conglomerados sociales para los que trabajan.

La planeación requiere de la Entidad Estatal un proceso encaminado al conocimiento del mercado y de sus partícipes para utilizar sus recursos de la manera más adecuada y satisfacer sus necesidades generando mayor valor por dinero en cada una de sus adquisiciones.

2.1.20 Proyectos y presupuesto

El presupuesto es una herramienta que le permite saber cuáles son sus ingresos y gastos en un tiempo determinado, conocer cuánto puede destinar al ahorro para el cumplimiento de sus metas planteadas, identificar en qué está gastando su dinero, cuánto necesita para cubrir sus necesidades.

Un presupuesto es un cálculo anticipado de gastos e ingresos. Los presupuestos también se usan en el ámbito familiar, privado, institucional y empresarial para anticipar qué gastos pueden hacerse y lograr una utilización más eficiente de los recursos.



Un proyecto es una planificación, que consiste en un conjunto de actividades a realizar de manera articulada entre sí, con el fin de producir determinados bienes o servicios capaces de satisfacer necesidades o resolver problemas, dentro de los límites de un presupuesto y de un periodo de tiempo dados.

Los proyectos suelen constar de los siguientes elementos:

- Finalidad y objetivos. Apartado en que se explica el problema que el proyecto vendría a solucionar, los fines que persigue y las metas concretas, generales y específicas.
- Producto o servicio.
- Cronograma de actividades.
- Presupuesto.
- Resultados esperados.

Un proyecto es un conjunto de actividades relacionadas entre sí para conseguir un objetivo, en un periodo determinado y utilizando unos recursos disponibles. Por eso decimos, que cada proyecto es único, porque dispone de una fecha de inicio y otra de fin.

El presupuesto de un proyecto es más que simplemente dinero, también es un plan de gastos que te guía a través de la planificación, ejecución y entrega de tu proyecto. En otras palabras, hacer un presupuesto es simplemente sentarse a planear lo que quieres hacer en el futuro y expresarlo en dinero. Un ejemplo son los viajes. Uno se pone a planear, entre otras cosas, cuánto hay que gastar en pasajes o gasolina, comidas y hospedaje.

2.2 Etapas de un proyecto

Siguiendo a (Sapag Chain, 2011)Sapag (2001), existen muchas formas de clasificar las etapas de un proyecto de inversión. Una de las más comunes identifica cuatro etapas básicas: la generación de la idea, los estudios de pre inversión para medir la conveniencia económica de llevar a cabo la idea, la inversión para la implementación del proyecto y la puesta en marcha y operación.



La etapa de idea corresponde al proceso sistemático de búsqueda de posibilidades de mejoramiento en el funcionamiento de una empresa y que surgen de la identificación de opciones de solución de problemas e ineficiencias internas que pudieran existir o de formas de enfrentar las oportunidades de negocio que se pudieran presentar (Alvarez, 1995).

En el primer caso, de la identificación de problemas, son frecuentes los proyectos de outsourcing donde la alternativa de externalizar un servicio o proceso pudiera suplir un ineficiencia interna para trabajar en los niveles de costos adecuados o el reemplazo de un activo, donde el costo asociado al reemplazo es menor que el de continuar con él; o al de la internalización de procesos que se contratan externamente para, por ejemplo, aumentar la productividad del personal que no está plenamente ocupado (Baum, El ciclo de los proyectos, 1970).

En el segundo caso, de la identificación de oportunidades de negocio, se encuentran proyectos como los de ampliación o los de internalización de algún proceso para aumentar la productividad de los trabajadores, si existiera capacidad ociosa, cuando es posible observar capacidad subutilizada de una empresa para producir. Por ejemplo, cuando se tiene la posibilidad de producir más y no lo hace por razones fundamentalmente de falta de demanda o por inconveniencia económica (Blank & Tarquin, 1991).

La etapa de pre inversión corresponde al estudio de la viabilidad económica de las diversas opciones de solución identificadas para cada una de las ideas de proyectos, la que se puede desarrollar de tres formas distintas, dependiendo de la cantidad y la calidad de la información considerada en la evaluación: perfil, prefactibilidad y factibilidad (Canada, 1997).

El estudio en nivel de perfil es el más preliminar de todos. Su análisis es, en forma frecuente, estático y se basa principalmente en información secundaria, generalmente de tipo cuantitativo, en opiniones de expertos o en cifras estimativas. Su objetivo fundamental es, por una parte, determinar si existen antecedentes que justifiquen abandonar el proyecto sin efectuar mayores gastos futuros en estudios que proporcionen mayor y mejor información y, por otra, reducir las opciones de solución, seleccionando aquellas que en un primer análisis pudieran aparecer como las más convenientes (Conte, 2000).



Los niveles de prefactibilidad y factibilidad son esencialmente dinámicos; es decir, proyectan los costos y beneficios a lo largo del tiempo y los expresan mediante un flujo de caja estructurado en función de criterios convencionales previamente establecidas. En nivel de prefactibilidad se proyectan los costos y beneficios sobre la base de criterios cuantitativos, pero sirviéndose mayoritariamente de información secundaria. En factibilidad, la información tiende a ser demostrativa, recurriendo principalmente a información de tipo primario. La información primaria es la que genera la fuente misma de la información. Por ejemplo, mientras el costo promedio del metro cuadrado de construcción se usa en nivel de prefactibilidad por ser un promedio o estándar, en factibilidad debe realizarse un estudio detallado de cada uno del ítem, para determinar la cuantía de los costos específicos de esas construcciones en particular (Ferrá & Botteon, 2007).

Otros estándares comunes usados en nivel de prefactibilidad son el costo de combustible por unidad producida, la inversión por kilowatt de capacidad, el costo del transporte por tonelada/kilómetro movilizado, el costo de mantenimiento por unidad de producción, el porcentaje de pérdida por manipulación de insumos, los kilómetros recorridos por litro de gasolina, etc.

Dependiendo de lo completo del estudio y lo convincente de los resultados obtenidos en nivel de perfil, se decidirá si pasar a la etapa de prefactibilidad o ir directamente a la de factibilidad. En la casi totalidad de los casos el nivel de perfil proporciona informaciones tan generales que se hace imprescindible realizar la prefactibilidad del proyecto.

Contrariamente a lo sostenido por varios autores, lo que parece más conveniente para la empresa no es llevar todo un estudio de viabilidad en nivel de factibilidad, sino hacerlo sólo con aquellas variables respecto de las cuales se tenga mayor incertidumbre. Así, por ejemplo, se podrían calcular ciertos costos de producción en nivel de prefactibilidad cuando los estándares son conocidos y altamente confiables y, en el mismo estudio, estimar la demanda en nivel de factibilidad cuando hay dudas razonables de la magnitud de ella calculada con información aproximada, como la de tipo secundario.



La etapa de inversión corresponde al proceso de implementación del proyecto, donde se materializan todas las inversiones previas a su puesta en marcha.

La etapa de operación es aquella donde la inversión ya materializada está en ejecución, por ejemplo, con el uso de una nueva máquina que reemplazó a otra anterior, con la compra a terceros de servicios antes provistos internamente o con el mayor nivel de producción observado como resultado de una inversión en la ampliación de la planta².

2.3 Marco conceptual

2.3.1 Invertir en salud

Invertir en la salud es un compromiso de toda la sociedad y un requisito para el desarrollo sostenible. Los vínculos entre la salud, el desarrollo y el crecimiento económico están bien establecidos, con abundante evidencia que demuestra los beneficios que entraña una mayor inversión en la salud en el desarrollo humano sostenible, el crecimiento económico y el bienestar de la población (Andrade, 2013).

2.3.2 Proyectos

Conjunto de estudios de carácter técnico, económico y financiero que previa evaluación de su valor, permite implementar una actividad para la producción de bienes o servicios. Escritos, cálculos o dibujos que se hacen para dar una idea de cómo será una obra de arquitectura o ingeniería. En Economía, es el estudio de los factores económicos que trata de configurar la realización concreta por medio de programas de inversiones, de responsabilidad de la organización operativa, etc., y que debe someterse a una evaluación mediante ciertos indicadores o coeficientes de medición de proyectos me³.

² Nassir Sapag Chain. 2001. Evaluación de proyectos de inversión en la empresa. Buenos Aires. Editorial Prentice Hall.

³³ Simón Andrade Espinoza. 2013. Diccionario de Economía y Finanzas. Tercera edición. Editorial Andrade. Lima, Perú.



2.3.3 Inversión

El gasto de dinero que se realiza en un proyecto, con la intención de que los flujos de caja más que compensen el capital invertido. Existen cuatro métodos básicos de juzgar la bondad de la intervención; paybank, rentabilidad media sobre valor de beneficio, y valor actual neto, siendo este último el que mejor mide la creación de valor para los inversionistas (Andrade Espinoza, 2013) .

2.3.4 Servicio Público

Es la actividad de interés general, desarrollada por un poder público directamente, o por un concesionario al que se le adjudica su administración. El servicio público ha de dispensarse sin discriminaciones sin que sea posible el “reservado el derecho de admisión” (Andrade, 2013).

2.3.5 Solvencia

Capacidad para satisfacer las deudas contraídas; y por extensión, reconocimiento del público de la responsabilidad de una persona en los negocios. También se aplica a los Estados en lo que respecta al pago de su deuda exterior (Andrade, 2013).

2.3.6 Subvenciones

Transferencias generalmente de las administraciones públicas a las empresas o a las familias o instituciones sin fines de lucro, destinadas a enjugar pérdidas, fomentar actividades que impulsen el crecimiento económico, mantener el nivel de la demanda global, hacer posible la venta a precios políticos de ciertos servicios públicos, sostener el poder adquisitivo de agentes de producción (Andrade, 2013).

2.3.7 Subdesarrollo

Situación de los países menos avanzados, caracterizada por la baja renta per cápita, reducido nivel de ahorro, e insuficiencia de disponibilidades tecnológicas; todo lo cual impide un rápido crecimiento. Tal situación coincide, por lo general, con una fuerte expansión



demográfica. En el comercio exterior, el subdesarrollo se traduce en las oligo exportaciones (Andrade, 2013).

2.3.8 Inversión pública

Se entiende por inversión pública todo gasto de recursos de origen público destinado a incrementar, mejorar o reponer las existencias de capital físico de dominio público y de capital humano con el objeto de ampliar la capacidad del país para la prestación de servicios o producción de bienes (Andrade, 2013).

2.3.9 Presupuesto

Un presupuesto en economía, hace referencia a la cantidad de dinero que se necesita para hacer frente a cierto número de gastos necesarios para acometer un proyecto. De tal manera, se puede definir como una cifra anticipada que estima el coste que va a suponer la realización de dicho objetivo (Andrade, 2013).

2.3.10 Ejecución presupuestaria

Fase del ciclo presupuestario que comprende el conjunto de acciones destinadas a la utilización óptima del talento humano y los recursos materiales y financieros asignados en el presupuesto con el propósito de obtener los bienes, servicios y obras en la cantidad, calidad y oportunidad previstos en el mismo (Andrade, 2013).

2.3.11 Financiamiento

El concepto de financiamiento está muy vinculado al ámbito empresarial, como una forma de conseguir financiación para poner en marcha proyectos o afrontar obstáculos e imprevistos, pero también juega un papel muy relevante en la esfera personal para optimizar la economía familiar (Andrade, 2013)



Capítulo III



Marco Normativo



CAPÍTULO III

3 MARCO NORMATIVO

3.1 Constitución Política del Estado 7 de febrero de 2009

Por cuanto, el Pueblo Boliviano a través del Referéndum de fecha 25 de enero de 2009, ha aprobado el proyecto de Constitución Política del Estado, presentado al Honorable Congreso Nacional por la Asamblea Constituyente el 15 de diciembre de 2007 con los ajustes establecidos por el Honorable Congreso Nacional. Por la voluntad del soberano se proclama lo siguiente:

Constitución Política del Estado

Capitulo segundo

Derechos Fundamentales

Artículo 18

- i- Todas las personas tienen derecho a la salud.
- ii- El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.
- iii- El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

Capitulo Cuarto

Derechos de las naciones

Y pueblos indígenas originario campesinos

Artículo 30



ii- En el marco de la unidad del Estado y de acuerdo con esta Constitución las naciones y pueblos indígena originario campesino gozan de los siguientes derechos:

9.A que sus saberes y conocimientos tradicionales, su medicina tradicional, sus idiomas, sus rituales y sus símbolos y vestimentas sean valorados, respetados y promocionados.

11. A la propiedad intelectual colectiva de sus saberes, ciencias y conocimientos, así como a su valoración, uso, promoción y desarrollo.

13.Al sistema de salud universal y gratuito que respete su cosmovisión y prácticas tradicionales.

Capítulo quinto.

Derecho a la salud y a la seguridad social

Artículo 35

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

ii. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Artículo 36

- i- El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud.
- ii- El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley.

Artículo 37



El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Artículo 38

- i- Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado, y no podrán ser privatizados ni concesionados.
- ii- Los servicios de salud serán prestados de forma ininterrumpida.

Artículo 39

- i- El Estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado, regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley.
- ii- La ley sancionará las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica.

Artículo 40

El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud.

Artículo 41

- i- El Estado garantizará el acceso de la población a los medicamentos.
- ii- El Estado priorizará los medicamentos genéricos a través del fomento de su producción interna y, en su caso, determinará su importación.
- iii- El derecho a acceder a los medicamentos no podrá ser restringida por los derechos de propiedad intelectual y comercialización, y contemplará estándares de calidad y primera generación.

Artículo 42



- i- Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos.
- ii- La promoción de la medicina tradicional incorporará el registro de medicamentos naturales y de sus principios, así, como la producción de su conocimiento como propiedad intelectual, histórico, cultural y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.
- iii- La ley regulará el ejercicio de la medicina tradicional y garantizará la calidad de su servicio.

Artículo 43

La ley regulará las donaciones o trasplantes de células, tejidos u órganos bajo los principios de humanidad, solidaridad, oportunidad, gratuidad y eficiencia.

Artículo 44

- i- Ninguna persona será sometida a intervención quirúrgica, examen médico o de laboratorio sin su consentimiento o el de terceros legalmente autorizados, salvo peligro inminente de su vida.
- ii- Ninguna persona será sometida a experimentos científicos sin su consentimiento.

Artículo 45

- i- Todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la seguridad social.
- ii- La seguridad social se presta bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia. Su dirección y administración corresponde al Estado, con control y participación social.



- iii- El régimen de seguridad social cubre atención por enfermedad, epidemias y enfermedades catastróficas, maternidad y paternidad; riesgos profesionales, laborales y riesgos por labores de campo, discapacidad y necesidades especiales; desempleo y pérdida de empleo; orfandad, invalidez, viudez, vejez y muerte; vivienda, asignaciones familiares y otras previsiones sociales.
- iv- El Estado garantiza el derecho a la jubilación, con carácter universal, solidario y equitativo.
- v- Las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural; gozarán de especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo, parto y en los periodos prenatal y posnatal.
- vi- Los servicios de seguridad social pública no podrán ser privatizados ni concesionados.

Capitulo Quinto

Derechos de las Familias

Artículo 66

Se garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos.

Capitulo Quinto

Derecho de las Personas Adultas Mayores

Artículo 68

- i- El Estado adoptará políticas públicas para la protección, atención, recreación, descanso y ocupación social de las personas adultas mayores, de acuerdo con sus capacidades y posibilidades.

Capitulo Quinto



Derechos de las Personas con Discapacidad

Artículo 70

Toda persona con discapacidad goza de los siguientes derechos:

2- A una educación y salud integral gratuita.

Tercera Parte

Organización Territorial del Estado

Capítulo Octavo

Distribución de competencias

Artículo 298

- ii- Son competencias exclusivas del nivel central del Estado:
Régimen de Seguridad Social.
Políticas del sistema de educación y salud.

Artículo 299

- iii- Las siguientes competencias se ejercerán de forma concurrente por el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas.
Gestión del sistema de salud y educación.

Artículo 300

- i- Son competencias exclusivas de los gobiernos departamentales autónomos, en su jurisdicción:
Planificar y promover el desarrollo humano en su jurisdicción.
Promoción y desarrollo de proyectos y políticas para niñez y adolescencia, mujer, adulto mayor y personas con discapacidad.



Planificación del desarrollo departamental en concordancia con la planificación nacional.

Artículo 302

- i- Son competencias exclusivas de los gobiernos municipales autónomos, en su jurisdicción.
Planificar y promover el desarrollo humano en su jurisdicción.
Diseñar, construir, equipar y mantener la infraestructura y obras de interés público y bienes de dominio municipal, dentro de su jurisdicción territorial.
Promoción y desarrollo de proyectos y políticas para niñez y adolescencia, mujer, adulto mayor y personas con discapacidad.
Planificación del desarrollo municipal en concordancia con la planificación departamental y nacional.

Artículo 303

- i- La autonomía indígena originaria campesina, además de sus competencias, asumirá las de los municipios, de acuerdo con un proceso de desarrollo institucional y con las características culturales propias de conformidad de la Constitución y a la Ley Marco de Autonomías y Descentralización.
- ii- La región indígena originaria campesina, asumirá las competencias que le sean transferidos o delegados.

Artículo 304

- i- Las autonomías indígenas originaria campesinas podrán ejercer las siguientes competencias exclusivas:
Definición y gestión de formas propias de desarrollo económico, social, político, organizativo y cultural, de acuerdo con su identidad y visión de cada pueblo.

Sin lugar a dudas la presencia de ciertos artículos que indican lo que los actores sociales deben estar presentes para dotarle de credibilidad en cualquier investigación es necesaria.



Realizando el análisis de los artículos de la carta magna como es la Constitución Política del Estado, se puede indicar que en dicho documento se traza las políticas de desarrollo dentro de un país, con el propósito de dotarle de legalidad en cuanto al tema jurídico y económico, ya que de esta manera se designan diferentes actores institucionales que deben ocuparse de realizar labores de planificación y ejecución de obras a nivel local, departamental y nacional.

3.2 Gestión Municipal

Ley N° 031 de 19 de julio de 2010

Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”

Ley N° 031

Bases del Régimen de Autonomías

Artículo 7 (Finalidad)

- ii- Los gobiernos autónomos como depositarios de la confianza ciudadana en su jurisdicción y al servicio de la misma, tienen los siguientes fines:
Promover y garantizar el desarrollo integral, justo, equitativo y participativo del pueblo boliviano, a través de la formulación y ejecución de políticas, planes, programas y proyectos concordantes, con la planificación del desarrollo nacional. Favorecer la integración social de sus habitantes, bajo los principios de equidad e igualdad de oportunidades, garantizando el acceso de las personas a la educación, la salud y al trabajo, respetando su diversidad, sin discriminación y explotación, con plena justicia social y promoviendo la descolonización.

Artículo 8 (Funciones Generales de las Autonomías).

En función del desarrollo integral del Estado y el bienestar de todas las bolivianas y los bolivianos, las autonomías cumplirán preferentemente en el marco del ejercicio pleno de todas sus competencias, las siguientes funciones:



- La autonomía municipal, impulsar el desarrollo económico local, humano y desarrollo urbano a través de la prestación de servicios públicos a la población, así como coadyuvar al desarrollo rural.

Título II

Espacios de Planificación y Gestión

Artículo 18 (Espacios de Planificación y Gestión).

Las regiones y los distritos municipales que pudiesen conformarse serán espacios de planificación de la administración pública.

Título V

Alcance de las Competencias

Artículo 81. (Salud).

- i- De acuerdo a la competencia del Numeral 17 del Parágrafo II del Artículo 298 y la competencia concurrente del Numeral 2 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado, el nivel central del Estado tendrá las siguientes competencias:
 - Elaborar la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionadas con la salud.
 - Alinear y armonizar el accionar de la cooperación internacional a la política sectorial.
 - Representar y dirigir las relaciones internacionales del país en materia de salud en el marco de la política exterior.
 - Ejercer la rectoría del Sistema Único de Salud en todo el territorio nacional, con las características que la Constitución Política del Estado establece, de acuerdo a



la concepción del vivir bien y el modelo de salud familiar comunitario intercultural y con identidad de género.

Garantizar el funcionamiento del Sistema Único de Salud mediante la implementación del Seguro Universal de Salud en el punto de atención de acuerdo a la Ley del Sistema Único de Salud.

Elaborar la normativa referida a la política de salud familiar comunitaria intercultural y salud sexual en sus componentes de atención y gestión participativa con control social en salud.

Elaborar la legislación para la organización de las redes de servicios, el sistema nacional de medicamentos y suministros y el desarrollo de recursos humanos que requiere el Sistema Único de Salud.

Promover y apoyar la implementación de las instancias de gestión participativa y control social.

Desarrollar programas nacionales de prevención de la enfermedad en territorios de alcance mayor a un departamento y gestionar el financiamiento de programas epidemiológicos nacionales y dirigir su ejecución a nivel departamental.

Definir, coordinar, supervisar y fiscalizar la implementación de una política nacional de gestión y capacitación de los recursos humanos en el sector salud que incorpore la regulación del ingreso, permanencia y finalización de la relación laboral en las instituciones públicas y de la seguridad social.

Coordinar con las instituciones de educación superior mediante el sistema de la Universidad Boliviana y el Ministerio de Educación, la formación de los recursos humanos de pre y post grado, en el marco de la política sanitaria familiar comunitario intercultural.

Regular el uso exclusivo de los ambientes de los establecimientos públicos del sistema de salud, y de la seguridad social para la formación de los recursos humanos por la Universidad Pública Boliviana, en el marco del respeto prioritario del derecho de las personas.



- Definir la política salarial, gestionar los recursos y financiar los salarios y beneficios del personal dependiente del Sistema Único de Salud, conforme a reglamentos nacionales específicos, para garantizar la estabilidad laboral.
- ii- De acuerdo a la competencia compartida del Numeral 3 del Parágrafo II del Artículo 304 de la Constitución Política del Estado, se desarrollan las competencias de la siguiente manera:
 - i- Nivel central del Estado
 - a) Establecer la norma básica sobre la propiedad y los derechos intelectuales colectivos de los pueblos indígena originarios campesinos, sobre prácticas, conocimientos y productos de la medicina tradicional para el registro y protección, con validez internacional.
 - b) Garantizar la recuperación de la medicina tradicional en el marco del Sistema Único de Salud.
 - ii- Gobiernos indígena originario campesino:
 - a) Resguardar y registrar la propiedad y los derechos intelectuales colectivos de la comunidad sobre los conocimientos y productos de la medicina tradicional, en sujeción a la legislación básica del nivel central del Estado.
 - b) Desarrollar institutos para la investigación y difusión del conocimiento y práctica de la medicina tradicional y la gestión de los recursos biológicos con estos fines.
 - c) Proporcionar información sobre la medicina tradicional desarrollado en su jurisdicción, al Sistema Único de Información en Salud y recibir la información que requieran en aplicación del principio de lealtad institucional.
 - d) Promover la elaboración de la farmacopea boliviana de productos naturales y tradicionales.
 - e) Fomentar la recuperación y uso de conocimientos ancestrales de la medicina tradicional, promoviendo el ejercicio de esta actividad.
 - iii- De acuerdo a la competencia concurrente del Numeral 2 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado se distribuyen las competencias de la siguiente manera:



- i- Gobiernos departamentales autónomos:
 - a) Formular y aprobar el Plan Departamental de Salud en concordancia con el Plan de Desarrollo Sectorial Nacional.
 - b) Ejercer la rectoría en salud en el departamento para el funcionamiento del Sistema Único de Salud, en el marco de las políticas nacionales.
 - c) Proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del tercer nivel.
 - d) Proveer a los establecimientos de salud del tercer nivel, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.
 - e) Coordinar con los municipios y universidades públicas el uso exclusivo de los establecimientos del Sistema de Salud público para la formación adecuada de los recursos humanos, en el marco del respeto prioritario del derecho a las personas.
 - f) Planificar la estructuración de redes de salud funcionales y de calidad en coordinación con las entidades territoriales autónomas municipales e indígena originario campesinos en el marco de la Política Nacional de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
 - g) Establecer mecanismos de cooperación y cofinanciamiento en coordinación con los gobiernos municipales e indígena originario campesinos, para garantizar la provisión de todos los servicios de salud en el departamento.
- ii- Gobiernos municipales autónomos:
 - a) Formular y ejecutar participativamente el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal.
 - b) Implementar el Sistema Único de Salud en su jurisdicción, en el marco de su competencia.
 - c) Administrar la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención organizados en la Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.



- d) Crear la instancia máxima de gestión local de la salud incluyendo a las autoridades municipales, representantes del sector de salud y las representaciones sociales de municipios.
- e) Ejecutar el componente de atención de salud haciendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en las comunidades urbanas y rurales.
- f) Dotar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del primer y segundo nivel municipal para el funcionamiento del Sistema Único de Salud.
- g) 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 supervisor y controlar su uso.
- h) Ejecutar los programas nacionales de protección social en su jurisdicción territorial.
- i) Proporcionar información al Sistema Único de Información en Salud y recibir la información que requieran, a través de la instancia departamental en salud.
- j) Ejecutar las acciones de vigilancia y control sanitario en los establecimientos públicos y de servicios, centros laborales, educativos, de diversión, de expendio de alimentos y otros con atención a grupos poblacionales, para garantizar la salud colectiva en concordancia y concurrencia con la instancia departamental de salud.
- k) Se debe incorporar un párrafo de conclusión del marco normativo

En cuanto al desarrollo municipal es sumamente importante citar la parte legal que da inicio a la gestión municipal, es de esta manera que los artículos anteriores mencionan las diferentes actividades tanto de carácter legal como económico que debe afrontar la gestión municipal, ya que de esta forma se establecen los diferentes objetivos que deben ser cumplidos por un ente edil, y mediante estos mecanismos, la gestión edil pueda establecer objetivos y metas en su gestión municipal.



3.3 Políticas

3.3.1 Primer periodo Modelo de Economía de mercado 2000-2005

3.3.2 Plan General de Desarrollo Económico y Social 1997-2002

3.3.2.1 Economía social de mercado

La acción del mercado, factor indispensable para el funcionamiento económico en el crecimiento de los países, necesita también una intervención del Estado para asegurar un desarrollo social justo. “Estamos convencidos que la Estrategia para un desarrollo social justo, es una responsabilidad que no puede quedar librada solamente a las fuerzas del mercado”.⁴

3.3.2.2 Pilar de oportunidad

Estas políticas transversales para la equidad social son el consenso de la coalición de gobierno, así como con el de las organizaciones sociales. El presidente de la República las ha enunciado al plantear que nuestro desafío inmediato reside en impulsar el crecimiento económico como parte inseparable del desarrollo humano, dando prioridad a la educación, la salud y el empleo estable, sin comprometer las condiciones de vida de las generaciones futuras. Por las características de nuestra realidad social no se puede profundizar la democracia al margen de un protagonismo cada vez más relevante de los pueblos indígenas, que representan alrededor de 60% de la población.⁵

⁴ Plan General de Desarrollo Económico y Social 1997-2000. Pág. 8.

⁵ Plan General de Desarrollo Económico y Social 1997-2000. Pág. 11.



3.4 Estabilidad macroeconómica, condición para el crecimiento

El pasado reciente ha demostrado que el crecimiento económico no conduce en forma automática al bienestar; este, en tanto permite la generación de ingreso y empleo, constituye un requisito necesario para el desarrollo sostenible.⁶

La estabilidad macroeconómica sin ser un objetivo en sí mismo, es una condición necesaria pero no suficiente para consolidar el crecimiento⁷. En este sentido, el PGDES buscara mantener la estabilidad a través de:

- a) El perfeccionamiento de la política fiscal, que promoverá el ahorro y la atracción de inversión privada nacional y extranjera
- b) Un sistema financiero que impulsara el ahorro y la inversión productiva, a través de instrumentos financieros que ofrezcan seguridad y rendimientos competitivos
- c) La consolidación del ahorro público, mediante el mantenimiento de finanzas públicas sanas, de un ejercicio del gasto corriente y de inversión pública que siga criterios de eficiencia social
- d) Una disciplina fiscal con estabilidad y certidumbre económica y financiera

3.4.1 Formación y salud integral

Esta política procura reducir las disparidades en las condiciones y en el acceso a la salud, lo que requiere mayor eficiencia en la asignación de recursos, mayor eficacia de las intervenciones y efectividad en la solución de los problemas que afectan, principalmente, a la niñez y a la adolescencia.⁸

Los objetivos son: generar condiciones para que el hombre y la mujer desarrollen sus capacidades y potenciales plenamente; incrementar la cobertura; mejorar la accesibilidad y la satisfacción de los usuarios de los servicios; disminuir la brecha nutricional infantil y

⁶ Plan General de Desarrollo Económico y Social 1997-2000. Págs. 15-16.

⁷ Plan General de Desarrollo Económico y Social 1997-2000. Pág. 16.

⁸ Plan General de Desarrollo Económico y Social 1997-2000. Pág. 80.



garantizar de manera sustentable el acceso universal a múltiples prestadores de servicios de salud, nutrición y educación inicial.⁹

3.5 Alimentación y nutrición básicas

El propósito es reducir la desnutrición global moderada y grave, y el déficit de micronutrientes en la infancia; coordinar políticas intersectoriales, articulando los gobiernos municipales con las organizaciones de base y los servicios de salud, nutrición y educación inicial.¹⁰

3.5.1 Promoción de la salud y medicina preventiva

Las políticas multisectoriales posibilitaran que las inversiones incidan en las condiciones de saneamiento, buscando la mayor eficacia y eficiencia en la utilización de los recursos asignados a las necesidades básicas de la población.¹¹

3.5.2 Atención primaria de salud (APS) universal

Paralelamente, se definirán las obligaciones que el seguro de corto plazo debe asumir en la atención primaria de salud universal. Esto requiere un proceso de separación jurídica y orgánica de las administraciones financieras (aseguradoras) y de prestaciones (servicios de salud), es decir, la separación de cotizaciones, recaudaciones y desembolsos, de la administración de prestaciones de salud, enfermedad, maternidad y riesgos profesionales de corto plazo, para permitir la integración de las prestaciones a la canasta básica, con lo que se incrementara la cobertura de atención.¹²

⁹ Plan General de Desarrollo Económico y Social 1997-2000. Pág. 80.

¹⁰ Plan General de Desarrollo Económico y Social 1997-2000. Pág. 81.

¹¹ Plan General de Desarrollo Económico y Social 1997-2000. Pág. 82.

¹² Plan General de Desarrollo Económico y Social 1997-2000. Pág. 83.



3.6 Segundo periodo Modelo de Economía Plural 2006-2021

3.6.1 Plan de desarrollo económico y social 2016 - 2020

En el período 2006 – 2014, se implementaron acciones que permitieron mayor acceso de la población a la salud, entre las que destacan las siguientes:

- i) El Programa “Mi Salud”, orientado a eliminar barreras administrativas, económicas y geográficas, para llevar los servicios de salud a las familias bolivianas a través de visitas domiciliarias, actividades preventivas y promocionales de salud
- ii) El fortalecimiento de los seguros públicos de salud, con la ampliación de prestaciones y la incorporación de las personas con discapacidad, permitiendo ampliar el acceso gratuito a la salud de grupos vulnerables con financiamiento de recursos públicos.

La Agenda Patriótica 2025, constituye el Plan General de Desarrollo Económico y Social del Estado Plurinacional de Bolivia, que orienta la formulación del Plan de Desarrollo Económico y Social en el marco del Desarrollo Integral para Vivir Bien 2016 - 2020 (PDES), al cual deben articularse los planes de mediano y corto plazo en el país.

La Agenda Patriótica 2025 está planteada en trece Pilares:

Salud, educación y deporte para la formación de un ser humano integral.

El Plan pretende profundizar los avances en las políticas sociales y en la erradicación de la extrema pobreza, incluyendo un mayor y mejor acceso a la educación y salud, haciendo efectivo el derecho humano a los servicios básicos.

El nuevo modelo económico social, promueve políticas de distribución y redistribución de la riqueza y los excedentes económicos, estableciendo como parte de sus principales propósitos, la erradicación de la pobreza en sus múltiples dimensiones y la reducción de las desigualdades económicas y sociales.



En esa línea, la reducción de la pobreza moderada y extrema es consecuencia del impacto de las Acciones que se desarrollarán en el marco de este Plan, y que fundamentalmente tienen que ver con las siguientes:

- Apoyar a las niñas, niños, adolescentes y jóvenes en situación de calle en materia de salud, nutrición, educación, formación laboral y apoyo psicológico.

Pilar 3: Salud, Educación y Deporte

Este pilar aborda dimensiones fundamentales para la vida como la salud, la educación y el deporte, siendo parte esencial para la formación de un ser humano integral.

3.6.2 Salud

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

Para la ejecución de las Acciones señaladas se requiere de una participación coordinada entre el nivel central del Estado y las Entidades Territoriales Autónomas, en el marco de sus competencias, destacándose la necesidad de un importante protagonismo por parte de los gobiernos autónomos departamentales y municipales en el equipamiento y mantenimiento de la infraestructura y servicios de salud. También se requiere de un proceso de coordinación intersectorial principalmente entre los Ministerios de Salud y de Educación, incluyendo una importante participación social y de las organizaciones sociales.

3.7 Plan de desarrollo económico y social 2021 - 2025

A fin de garantizar el derecho y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna y de manera gratuita, se ha implementado el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito - SUS, a través de la Ley N° 1152, de 20 de febrero de 2019, que



constituye una de las principales políticas del Sector Salud, que tiene como objetivo principal brindar atenciones en salud de manera gratuita a todas las bolivianas y bolivianos que no se encuentran cubiertas por la Seguridad Social de Corto Plazo, en línea a lo planteado en el Pilar 3 de la Agenda Patriótica 2025.

El Sistema Nacional de Salud todavía requiere fortalecer un funcionamiento más articulado donde se dé mayor relevancia a la salud preventiva y a los Establecimientos de Salud de primer nivel en el marco de un modelo de gestión de salud con mejor coordinación, mayor equipamiento y calidad en la atención de sus servicios y laboratorios, una mayor relevancia de la salud intercultural, y mejor información.

En este sentido, el Gobierno democráticamente electo en octubre de 2020, diseñó políticas públicas para la reconstrucción de la economía nacional, retomando los preceptos del Modelo Económico Social Comunitario Productivo, que al ser un modelo esencialmente redistribuidor del ingreso permitirá no solo financiar las políticas sociales de gran impacto en el país (como es el caso del Bono Juancito Pinto o la Renta Dignidad, entre otros), sino también financiar políticas de salud integrales para la atención y contención de la pandemia, en atención a la coyuntura actual que vive el mundo en general.

3.8 Plan territorial de desarrollo integral

En este proceso de construcción de una filosofía de vida en la que la comunidad tiene preeminencia sobre lo individual, donde lo colectivo adquiere una forma plena, no solo para la toma de decisiones y los procesos de gestión, sino para compartir el disfrute de los bienes materiales y el goce afectivo y espiritual, desde esta perspectiva durante la gestión denominada “El Alto Con vuelo propio”, bajo el mandato de la alcaldesa municipal se elaboró el documento PTDI 2016-2020, bajo los principios y enfoques que orientan y rigen este proceso de planificación del desarrollo integral.

Dentro el contexto urbano del municipio de El Alto se establece la construcción de una identidad propia en relación al mestizaje y el sincretismo cultural en que vive la ciudad, esta realidad va generado una profunda transformación, en el planteamiento de los objetivos del



desarrollo cultural visibilizando la diversidad étnico cultural, este nuevo escenario establece la visión definida con el término del paradigma de Ciudad Moderna: aspectos de infraestructura y servicios; Ciudad de Oportunidades: aspectos propios en la generación y dinamicidad de las actividades económicas; Ciudad Segura: aspectos sociales, culturales y de seguridad ciudadana; Ciudad con institucionalidad: aspectos que contribuyen a mejorar o revertir los problemas identificados mediante políticas de desarrollo, objetivos y acciones de las que proviene el concepto de “El Alto Con Vuelo Propio”.

3.9 Normas

3.9.1 Primer periodo Modelo de Economía de mercado 2000-2005

Constitución Política del Estado de 2004, del 13 de abril de 2004.

Derechos y deberes fundamentales de la Persona

Artículo 7

Toda persona tiene los siguientes derechos fundamentales, conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio:

- a. A la vida, la salud y la seguridad;

Régimen social

Artículo 158

I. El Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población; asegurará, la continuidad de sus medios de subsistencia y rehabilitación de las personas inutilizadas; propenderá asimismo al mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar.

Artículo 164



El servicio y la asistencia sociales son funciones del Estado, y sus condiciones serán determinadas por Ley. Las normas relativas a la salud pública son de carácter coercitivo y obligatorio.

Régimen familiar

Artículo 199

I. El Estado protegerá la salud física, mental y moral de la infancia, y defenderá los derechos del niño al hogar y a la educación.

3.9.2 Segundo periodo Modelo de Economía Plural 2006-2021

Constitución Política del Estado de 2009

Artículo 9. Son fines y funciones esenciales del Estado, además de los que establece la Constitución y la ley:

5. Garantizar el acceso de las personas a la educación, a la salud y al trabajo.

Artículo 18.

I. Todas las personas tienen derecho a la salud.

II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.

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

Artículo 35.



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

II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Artículo 36.

I. El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud.

II. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley.

Artículo 37.

El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Artículo 46.

I. Toda persona tiene derecho:

1. Al trabajo digno, con seguridad industrial, higiene y salud ocupacional, sin discriminación, y con remuneración o salario justo, equitativo y satisfactorio, que le asegure para sí y su familia una existencia digna.

Artículo 298.

II. Son competencias exclusivas del nivel central del Estado:

17. Políticas del sistema de educación y salud

Artículo 306



V. El Estado tiene como máximo valor al ser humano y asegurará el desarrollo mediante la redistribución equitativa de los excedentes económicos en políticas sociales, de salud, educación, cultura, y en la reinversión en desarrollo económico productivo.

Artículo 321.

I. La administración económica y financiera del Estado y de todas las entidades públicas se rige por su presupuesto.

II. La determinación del gasto y de la inversión pública tendrá lugar por medio de mecanismos de participación ciudadana y de planificación técnica y ejecutiva estatal. Las asignaciones atenderán especialmente a la educación, la salud, la alimentación, la vivienda y el desarrollo productivo.

IV. Todo proyecto de ley que implique gastos o inversiones para el Estado deberá establecer la fuente de los recursos, la manera de cubrirlos y la forma de su inversión. Si el proyecto no fue de iniciativa del Órgano Ejecutivo, requerirá de consulta previa a éste.

V. El Órgano Ejecutivo, a través del Ministerio del ramo, tendrá acceso directo a la información del gasto presupuestado y ejecutado de todo el sector público. El acceso incluirá la información del gasto presupuestado y ejecutado de las Fuerzas Armadas y la Policía Boliviana.

Artículo 341.

Son recursos departamentales:

4. Las transferencias del Tesoro General de la Nación destinadas a cubrir el gasto en servicios personales de salud, educación y asistencia social;

Artículo 344

II. El Estado regulará la internación, producción, comercialización y empleo de técnicas, métodos, insumos y sustancias que afecten a la salud y al medio ambiente.



LEY N° 482

3.9.3 Ley de Gobiernos Autónomos Municipales, De 9 de enero de 2014

Artículo 6. (PRESUPUESTO MUNICIPAL).

I. El Presupuesto Municipal se elaborará bajo los principios de coordinación y sostenibilidad, entre otros, y está conformado por el Presupuesto del Órgano Ejecutivo y el Presupuesto del Concejo Municipal.

II. El Presupuesto del Órgano Ejecutivo deberá incluir el Presupuesto de las Empresas y Entidades de carácter desconcentrado y descentralizado.

III. El Concejo Municipal aprobará su presupuesto bajo los principios establecidos en el Parágrafo I del presente Artículo, y lo remitirá al Órgano Ejecutivo Municipal para su consolidación.

IV. El Concejo Municipal aprobará el Presupuesto Municipal.

V. Conforme lo establecido en el Parágrafo I del Artículo 340 de la Constitución Política del Estado, el Gobierno Autónomo Municipal contará con su propio Tesoro Municipal, el cual será administrado por el Órgano Ejecutivo Municipal. El Tesoro Municipal efectuará las asignaciones presupuestarias correspondientes a cada una de sus Empresas e Instituciones. Las Empresas e Instituciones Municipales serán clasificadas institucionalmente de forma separada por el propio Gobierno Autónomo Municipal, en el marco de las directrices que emita el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.

Artículo 16. (ATRIBUCIONES DEL CONCEJO MUNICIPAL). El Concejo Municipal tiene las siguientes atribuciones:

29. Nominar calles, avenidas, plazas, parques y establecimientos de educación y salud, en función a criterios establecidos en la Ley Municipal.



3.10 Institucional

3.10.1 Ministerio de Economía y Finanzas Públicas

Consolidar y profundizar el Modelo Económico Social Comunitario Productivo, basado en la concepción del Vivir Bien, a través de la formulación e implementación de políticas macroeconómicas soberanas que preserven la estabilidad como patrimonio de la población boliviana, y promuevan la equidad económica y social; en el marco de una gestión pública acorde con los principios y valores del nuevo Estado Plurinacional.

El Estado Plurinacional de Bolivia es un Estado fuerte, redistribuidor del ingreso, promotor y protagonista del desarrollo, que dirige la economía, goza de estabilidad macroeconómica como instrumento de desarrollo económico y social, y avanza en la consolidación y profundización del Modelo Económico Social Comunitario y Productivo, que contempla el interés individual con el Vivir Bien.

Las bolivianas y bolivianos se benefician de una economía soberana, estable y en expansión, conducida por un estado que promueve políticas de producción, distribución y redistribución justa de los ingresos y de los excedentes económicos con políticas sociales de salud, educación, cultura, medio ambiente y en la reinversión en desarrollo económico productivo.

El Ministerio de Economía y Finanzas Públicas es reconocido por la población boliviana por una gestión pública que asegura la estabilidad económica del país, comprometida con los principios y valores del Estado Plurinacional, y con una conducción transparente, responsable y prudente de los ámbitos fiscal, monetario, cambiario, financiero y de seguridad social de largo plazo.

3.10.2 Ministerio de Planificación del Desarrollo

El Ministerio de Planificación del Desarrollo, antes Ministerio de Desarrollo Sostenible y Medio Ambiente, constituido por la Ley de Organización del Poder Ejecutivo (LOPE) N° 3351 de febrero de 2006, tiene la misión de proyectar los lineamientos de las políticas



gubernamentales que orienten a construir una sociedad y un Estado en el que los bolivianos y bolivianas “vivamos bien”. Este Ministerio fue creado con la siguiente estructura:

3.10.2.1 Competencias

El Ministerio de Planificación del Desarrollo, de acuerdo a los mandatos de la Constitución Política del Estado y el Decreto Supremo N° 29894 de Organización del Órgano Ejecutivo, tiene la responsabilidad de conducir el desarrollo planificado del país, y por tanto de dirigir los procesos de planificación y asignación de recursos.

El MPD cumple su mandato a través de la formulación de políticas de planificación, de ordenamiento territorial e intersectoriales principalmente en el ámbito económico y social; formula planes de desarrollo, instrumentos metodológicos y programación presupuestaria. Realiza la gestión y canalización de financiamiento externo y asigna recursos para la inversión pública.

Asimismo, asesora y acompaña en los procesos de elaboración, seguimiento y evaluación de planes, programas y proyectos de desarrollo, difunde y socializa los planes, metodologías, normas y reglamentos.

3.10.3 Viceministerio de Planificación y Coordinación

Ejerce las funciones de autoridad superior y administra el Sistema de Planificación Integral del Estado, incorporando el ordenamiento Territorial y la Gestión de Riesgos de Desastres, así como el Sistema de Información correspondiente, velando por la participación e incorporación en los diferentes procesos de planificación de la sociedad civil organizada.

3.10.4 Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo

El Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE) es la Autoridad Superior del Sistema Estatal de Inversión y Financiamiento para el Desarrollo (SEIF-D), tiene entre sus atribuciones: diseñar las políticas de inversión y financiamiento para el desarrollo, mejorar y establecer los instrumentos normativos y técnicos metodológicos del



SEIF-D, realizar el seguimiento y evaluación del Presupuesto de Inversión Pública, así como de los convenios de financiamiento externo y administrar los Sistemas de Información de Inversión Pública y Financiamiento Externo.

3.10.5 Viceministerio de Planificación Estratégica del Estado

En el marco del modelo económico plural diseña políticas e instrumentos para el fortalecimiento de las empresas públicas y su articulación con las formas de organización económica privada, social, cooperativa y comunitaria. Desarrolla procesos normativos orientados al fortalecimiento de la gestión empresarial pública y al abastecimiento de mecanismos, incentivos y condiciones para la promoción de la inversión boliviana y extranjera, pública y privada en el país.

3.10.6 Ministerio de Salud

Decreto Supremo N° 29894 “Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional” de 7 de febrero de 2009; Capítulo XVI. Marco de las competencias asignadas al nivel central por la Constitución Política del Estado:

- Formular, promulgar y evaluar el cumplimiento de los programas de salud en el marco del desarrollo del país.
- Regular, planificar, controlar y conducir el Sistema Nacional de Salud, conformado por los sectores de seguridad social a corto plazo, público y privado con y sin fines de lucro y medicina tradicional.
- Vigilar el cumplimiento y primacía de las normas relativas a la salud pública.
- Garantizar la salud de la población a través de su promoción, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación.
- Ejercer la rectoría, regulación y conducción sanitaria sobre todo el sistema de salud.
- Formular, desarrollar, supervisar y evaluar la implementación del modelo de atención en salud.
- Promover la medicina tradicional y su articulación con la medicina occidental, respetando los preceptos de interculturalidad.



- Formular políticas y planes de nutrición y de seguridad alimentaria.
- Formular políticas estrategias y planes de prevención, rehabilitación y reinserción para personas farmacodependientes.
- Regular el funcionamiento de todas las entidades formadoras y capacitadoras de recursos humanos del sector salud en coordinación con el Ministerio de Educación.
- Formular políticas y ejecutar programas promoviendo la salud física y mental.
- Establecer un adecuado equilibrio de género en instancias dependientes del Ministerio.
- Establecer niveles de coordinación entre el Ministerio de Transparencia Institucional y Lucha contra la Corrupción, Viceministerio de Transparencia y Lucha contra la Corrupción, para la detección, seguimiento y sanción de casos de corrupción.
- Elaborar normas de Auditoría Médica que evalúen la calidad de la atención de las prestaciones de salud para determinar casos de "mala praxis" medica.
- Elaborar normas y reglamentos para el ejercicio de los profesionales en el área de salud.
- Formular políticas de desarrollo de RRHH en salud; conformar El Consejo Nacional de Educación Superior en Salud, desarrollando políticas de Integración docente-asistencial.
- Promover políticas y programas "de prevención, rehabilitación, capacitación y reinserción de personas con discapacidad.
- Elaborar normas de registro sanitario de medicamentos y alimentos de consumo humano.
- Elaborar normas de apertura, evaluación de servicios de salud privados: clínicas, hospitales, laboratorios, farmacias y comercializadoras de medicamentos.
- Promover convenios con instituciones formadoras de recursos humanos para el desarrollo de programas de interculturalidad y equidad de género, aplicables al área de salud.
- Promover políticas de relacionamiento, coordinación y cooperación con organismos internacionales, alineados al desarrollo sectorial y a la política nacional de salud.



- Promover, elaborar e implementar la Carrera Profesional y Sanitaria.
- Promover y Patrocinar normas y reglamentos de participación social a nivel Nacional, Departamental, Municipal y Local.
- Elaborar Normas y Reglamentos de descentralización administrativa en el marco de las autonomías Departamental Municipal y de Organizaciones Campesinas.
- Elaborar normas y reglamentar la estructura, funcionamiento y fiscalización de las instituciones públicas descentralizadas y desconcentradas.
- Promover programas conjuntos de coordinación interinstitucional con las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, de respuesta inmediata en emergencias y desastres.
- Elaborar e implementar políticas que fomenten el acceso al deporte.
- Diseñar y llevar adelante políticas que promuevan el desarrollo de la cultura física y de la práctica deportiva en sus niveles preventivo, recreativo, formativo y competitivo.
- Promover y desarrollar políticas y programas de recreación y deportes

3.10.7 Instituto Nacional de Estadística

Los objetivos institucionales son:

- Sistematizar la demanda de información y avanzar en el diagnóstico de capacidades, fortalezas y debilidades del Sistema Estadístico del Estado Plurinacional – SEEP.
- Proveer información estadística y cartográfica estadística a los actores institucionales y sociales públicos, privados y organismos internacionales.
- Optimizar el uso de los registros administrativos en un entorno de sistemas informáticos ínter-operables aplicando buenas prácticas.
- Lograr una mayor participación en los foros internacionales de desarrollo de metodologías y generación de conocimientos.
- Utilizar intensivamente, en función a los recursos disponibles, la tecnología de la información y comunicación (TIC) en la captura, validación y consistencia, consolidación, monitoreo de la producción de las estadísticas de censos y encuestas y cartografía estadística.



- Iniciar la modernización de los procesos y procedimientos de administración, financieros y de gestión con soporte tecnológico.
- Desarrollar una gestión institucional eficiente estableciendo e implementando estrategias motivacionales y de formación del personal, orientados a ofrecer un servicio de calidad y calidez para responder oportunamente.

3.10.8 Gobierno Autónomo Municipal de El Alto

El Gobierno Autónomo Municipal de El Alto como Institución Pública, tiene como una de sus finalidades la satisfacción de las necesidades de la población y la mejora de sus condiciones de vida.

Se toma como análisis las zonas de vida y las unidades socioculturales, en busca de un equilibrio de la conservación de funciones ambientales, desarrollo de sistemas productivos sustentables y erradicación de la pobreza.

Se establece un análisis de riesgos y cambio climático a través de 3 acciones:

- a) amenazas en el territorio
- b) sensibilidad territorial
- c) capacidad de adaptación al cambio climático

El ordenamiento territorial se enfoca a partir de la estructura espacial y dinámica municipal alteña, a través del análisis previo de la territorialización de acciones, para luego realizar el análisis de armonización de sistemas de vida, gestión de riesgos y cambio climático que inciden en esta concepción de desarrollo territorial integral, plasmado en un sistema territorial municipal.

El principio holístico no puede ser entendido ni planificado, si no es como un todo, enmarcadas en las “Jacha Obras”, entendidas como proyectos con alto impacto sociocultural-económico, pero, además, su carácter de “integralidad” es decir, su orientación a la atención de macro problemas municipales.



De acuerdo al desarrollo del presente capítulo, se puede observar que la gestión municipal se desarrolla tanto desde un marco legal que señala claramente las funciones que debe realizar un gobierno municipal, para su respectivo desarrollo, tanto desde una perspectiva de índole jurídico, y pasando al tema económico, para que de esta manera, los diferentes gobiernos municipales desarrollen sus actividades teniendo objetivos claros que beneficien al conjunto de la población.



Capítulo IV



Marco Práctico



CAPÍTULO IV

4 MARCO PRÁCTICO

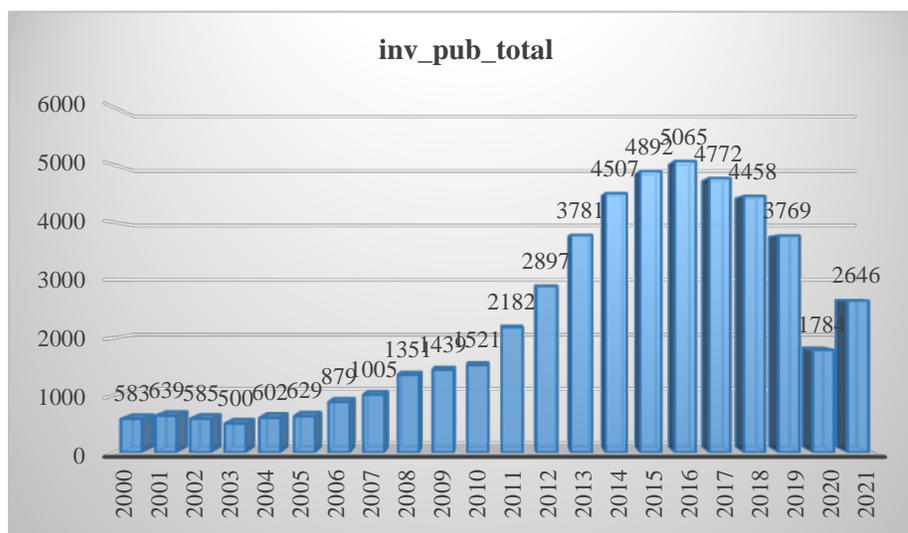
4.1 Aspectos generales

Dentro del desarrollo de cualquier entidad municipal, se encuentra en primer lugar, las fuentes de financiamiento, para el adecuado desarrollo de sus actividades en los diferentes sectores productivos.

4.2 Análisis descriptivo de las variables de respuesta

En el Gráfico 1 se puede apreciar la inversión pública total por parte del Estado para el periodo 2000 al 2021, en el cual se puede apreciar que la inversión, ha tenido un comportamiento diferenciado, en razón de que dicha variable presenta dos tendencias marcadas, la primera entre el año 2000 y el 2016, en el cual la inversión ha ido en constante incremento, y una segunda a partir del año 2017 al 2021, que muestra claramente una tendencia descendente.

Gráfico 1 Bolivia: Inversión pública total 2000-2021 (En millones de bs)



Fuente: Elaboración propia en base a información del MEyFP

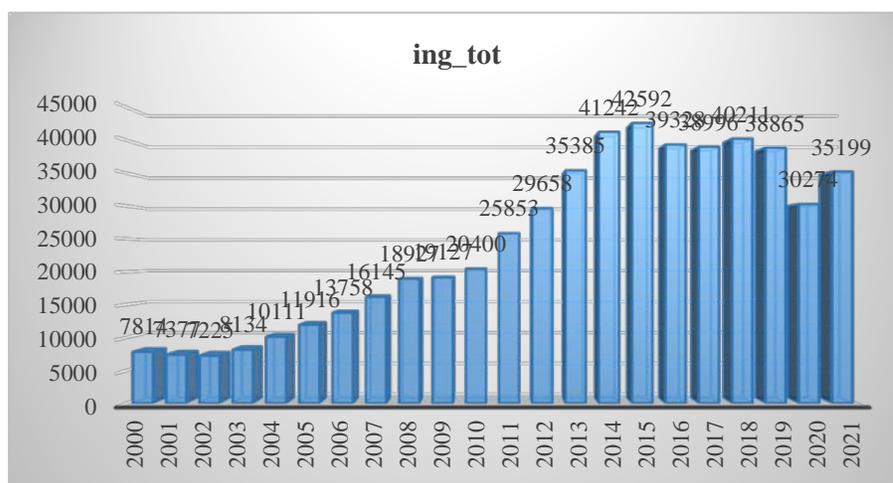


Tabla 4 Estadística descriptiva de la Inversión Pública total

Columna1	
Media	2294,81818
Error típico	356,200583
Mediana	1652,5
Moda	#N/D
Desviación estándar	1670,72883
Varianza de la muestra	2791334,82
	-
Curtosis	1,38910467
Coefficiente de asimetría	0,50335757
Rango	4565
Mínimo	500
Máximo	5065
Suma	50486
Cuenta	22
Mayor (1)	5065
Menor(1)	500
Nivel de confianza(95,0%)	740,759665

Fuente: Elaboración propia en base a información del MEyFP

Gráfico 2 Bolivia: Ingreso total 2000-2021(En millones de bs)



Fuente: Elaboración propia en base a información del MEyFP



El Gráfico 2 presenta el ingreso total de Bolivia para el periodo 2000 al 2021, en el cual se puede advertir que para el periodo 2000 al 2015, la variable ingreso mostró una tendencia positiva, mientras que en el periodo 2016 al 2021 la tendencia fue negativa.

Tabla 5 Estadística descriptiva de ingreso total en Bolivia

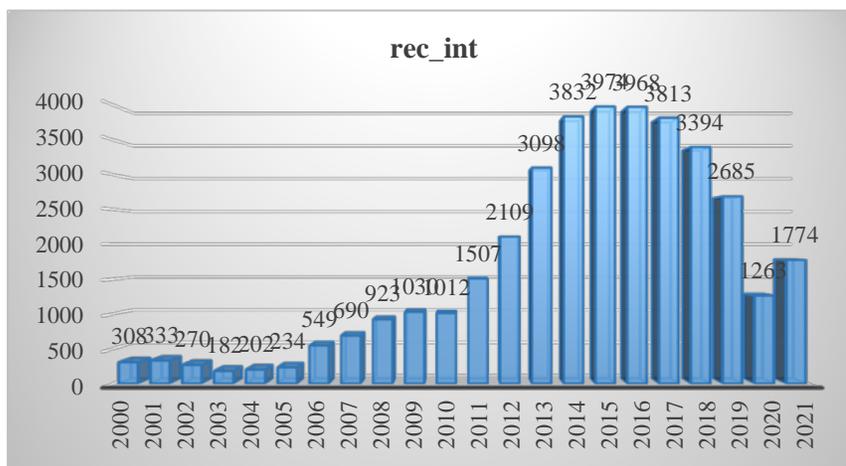
Columna1	
Media	24478,9545
Error típico	2772,2925
Mediana	23126,5
Moda	#N/D
Desviación estándar	13003,2044
Varianza de la muestra	169083325
	-
Curtosis	1,65578897
Coefficiente de asimetría	0,01041467
Rango	35367
Mínimo	7225
Máximo	42592
Suma	538537
Cuenta	22
Mayor (1)	42592
Menor(1)	7225
Nivel de confianza(95,0%)	5765,29786

Fuente: Elaboración propia en base a información del MEyFP

El Gráfico 3 presenta el comportamiento de la serie recaudación total de Bolivia para el periodo 2000 al 2021, en el mismo se puede observar una tendencia creciente para el periodo 2000 al 2016, mientras que se observa una tendencia decreciente para el periodo 2017 al 2021.



Gráfico 3 Bolivia: Recaudación total 2000-2021 (En millones de bs)



Fuente: Elaboración propia en base a información del MEyFP

Tabla 6 Estadística descriptiva de la recaudación total

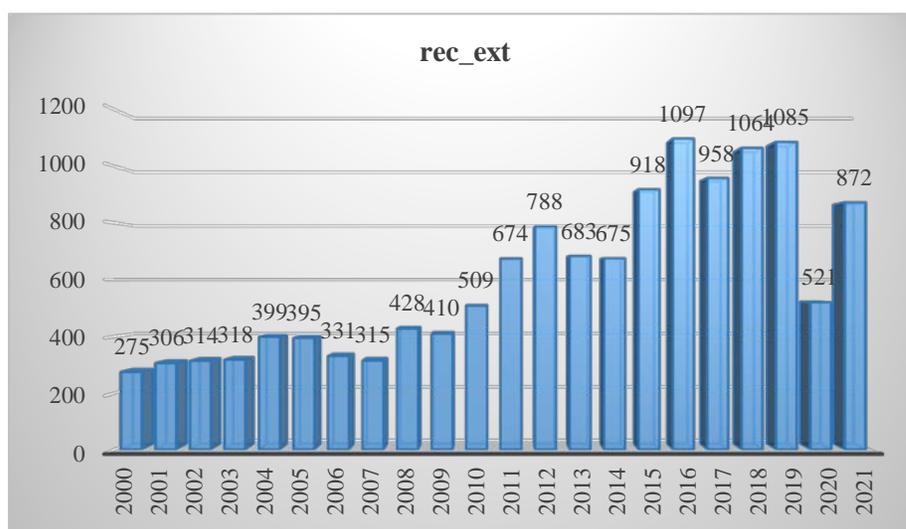
Columna1	
Media	1688,63636
Error típico	301,285497
Mediana	1146,5
Moda	#N/D
Desviación estándar	1413,15424
Varianza de la muestra	1997004,91
	-
Curtosis	1,28430871
Coficiente de asimetría	0,56927678
Rango	3792
Mínimo	182
Máximo	3974
Suma	37150
Cuenta	22
Mayor (1)	3974
Menor(1)	182
Nivel de confianza(95,0%)	626,55749

Fuente: Elaboración propia en base a información del MEyFP



El Gráfico 4 presenta el comportamiento de la serie Bolivia y la recaudación externa para el periodo 2000 al 2021, en la cual se puede advertir que la mencionada serie ha mostrado una tendencia creciente durante la mayor parte del tiempo de estudio, a excepción de los dos últimos años.

Gráfico 4 Bolivia: Recaudación externa 2000-2021 (En millones de bs)



Fuente: Elaboración propia en base a información del MEyFP

Tabla 7 Estadística descriptiva de la recaudación externa

Columna1	
Media	606,136364
Error típico	61,0674631
Mediana	515
Moda	#N/D
Desviación estándar	286,431791
Varianza de la muestra	82043,171
	-
Curtosis	1,22797553
Coficiente de asimetría	0,51963815
Rango	822
Mínimo	275
Máximo	1097
Suma	13335

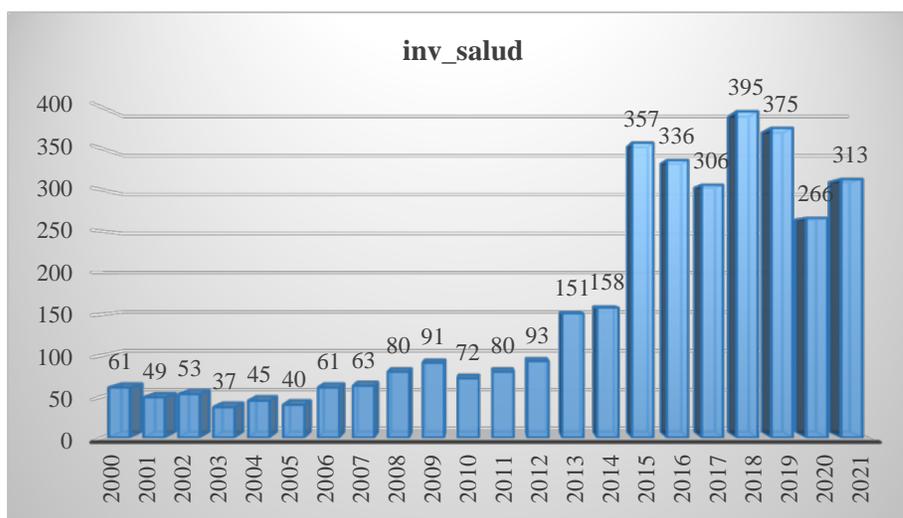


Cuenta	22
Mayor (1)	1097
Menor(1)	275
Nivel de confianza(95,0%)	126,996742

Fuente: Elaboración propia en base a información del MEyFP

El Gráfico 5 muestra el comportamiento de la serie de Bolivia y su inversión pública en el sector salud para el periodo 2000 al 2021, como se puede observar, la tendencia ha sido positiva durante la mayor parte de la serie de tiempo, a excepción quizás de los dos últimos años.

Gráfico 5 Bolivia: Inversión pública en el Sector Salud 2000-2021 (En millones de dólares)



Fuente: Elaboración propia en base a información del MEyFP

Tabla 8 Estadística descriptiva de la inversión pública en salud

Columna1	
Media	158,272727
Error típico	27,6239577
Mediana	85,5
Moda	61
Desviación estándar	129,567846

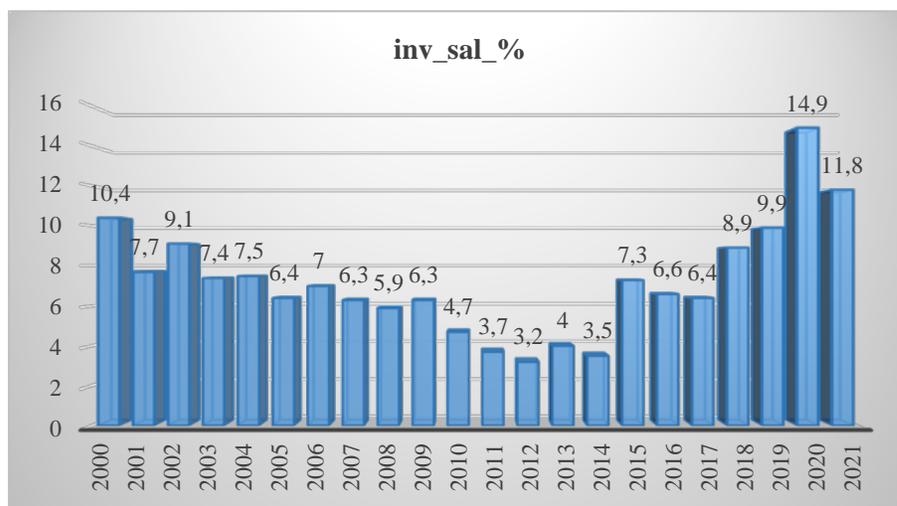


Varianza de la muestra	16787,8268
	-
Curtosis	1,15054022
Coefficiente de asimetría	0,79068603
Rango	358
Mínimo	37
Máximo	395
Suma	3482
Cuenta	22
Mayor (1)	395
Menor(1)	37
Nivel de confianza(95,0%)	57,4471648

Fuente: Elaboración propia en base a información del MEyFP

El Gráfico 6 presenta el comportamiento de la inversión en el sector salud, para el periodo 2000 al 2021, en lo que se puede advertir que existen dos periodos claramente definidos, uno que es decreciente desde el año 2000 al 2014 y el segundo del 2015 al 2021, en el cual es creciente, a excepción quizás del último año.

Gráfico 6 Bolivia: Inversión en el Sector Salud 2000-2021 (En porcentaje)



Fuente: Elaboración propia en base a información del MEyFP

**Tabla 9 Estadística descriptiva de la inversión en salud**

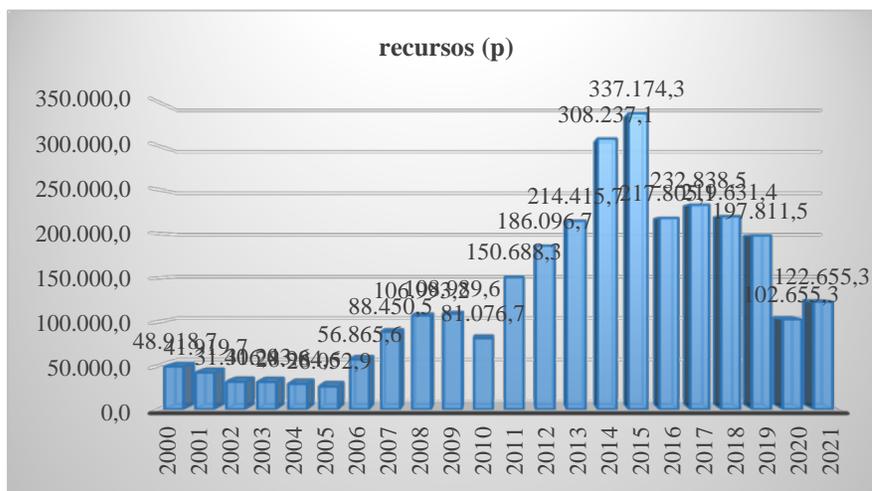
Columna1	
Media	7,22272727
Error típico	0,60352255
Mediana	6,8
Moda	6,4
Desviación estándar	2,8307717
Varianza de la muestra	8,0132684
Curtosis	1,3062249
Coefficiente de asimetría	0,91433408
Rango	11,7
Mínimo	3,2
Máximo	14,9
Suma	158,9
Cuenta	22
Mayor (1)	14,9
Menor(1)	3,2
Nivel de confianza(95,0%)	1,25509386

El Gráfico 7 presenta un estimado de los recursos de la Ciudad de El Alto para el periodo 2000 al 2021. Se debe aclarar que el mencionado municipio, en razón de las constantes pugnas que existen entre las diferentes autoridades, no se han podido conseguir los datos precisos en cuanto a lo destinado al sector salud, pero según apreciaciones de algunas autoridades, se puede señalar que aproximadamente entre un 25 a 30% de estos recursos se destinan al sector de la salud. Asimismo, se puede indicar que la renuencia de las distintas autoridades ha hecho que sea difícil conseguir las cifras de lo que se destina al sector salud.

Mediante el desarrollo de la presente investigación, se ha evidenciado que la inequidad en cuanto a la distribución de recursos al sector salud, continúa, este hecho se ha podido observar en los diferentes centros de salud que existen en esta ciudad, por tanto, este servicio básico es de carácter insuficiente para los habitantes de esta urbe.



Gráfico 7 Municipio de El Alto: Recursos 2000-2021 (En millones de bs)



Fuente: Elaboración propia en base a MEyFP, INE y DAPRO (p=preliminar)

Tabla 10 Estadística descriptiva de los recursos del Municipio de El Alto (p)

Columna1	
Media	138223,2
Error típico	22142,9785
Mediana	107991,392
Moda	#N/D
Desviación estándar	103859,775
Varianza de la muestra	1,0787E+10
Curtosis	0,80905
Coficiente de asimetría	1,05203626
Rango	382184,185
Mínimo	26052,9289
Máximo	408237,114
Suma	3040910,41
Cuenta	22
Mayor (1)	408237,114
Menor(1)	26052,9289
Nivel de confianza(95,0%)	46048,8447

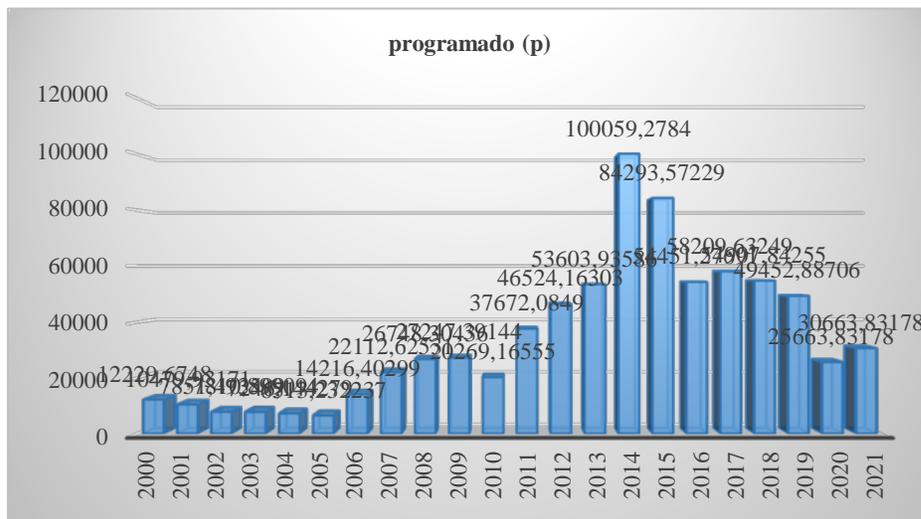
Fuente: Elaboración propia en base a MEyFP, INE y DAPRO (p=preliminar)



La salud se ha tornado en un sector bastante importante para el desarrollo de una economía, especialmente en Bolivia, y de esta manera, se ha podido observar que, durante el periodo de investigación, los diferentes gobiernos de turno han incrementado de manera gradual, los recursos para este sector, especialmente durante los últimos años en razón de la pandemia del COVID 19.

En el Grafico 8 se puede observar los recursos programados para el Sector Salud en el Municipio de El Alto en el periodo 2000 al 2021, en el cual se puede observar que la mencionada variable ha presentado una tendencia creciente entre el año 2000 al 2014, pero a partir del año 2015 la tendencia ha sido decreciente.

Gráfico 8 Municipio de El Alto: Programación presupuestaria en salud 2000-2021 (En millones de bs)



Fuente: Elaboración propia en base a MEyFP, INE y DAPRO (p=preliminar)

Tabla 11 Estadística descriptiva de la programación presupuestaria (p)

Columna1	
Media	34464,891
Error típico	5483,45578
Mediana	26997,8479
Moda	#N/D
Desviación estándar	25719,6874



Varianza de la muestra	661502322
Curtosis	0,65124957
Coeficiente de asimetría	1,0123792
Rango	93546,0462
Mínimo	6513,23224
Máximo	100059,278
Suma	758227,602
Cuenta	22
Mayor (1)	100059,278
Menor(1)	6513,23224
Nivel de confianza(95,0%)	11403,4706

Fuente: Elaboración propia en base a MEyFP, INE y DAPRO (p=preliminar)

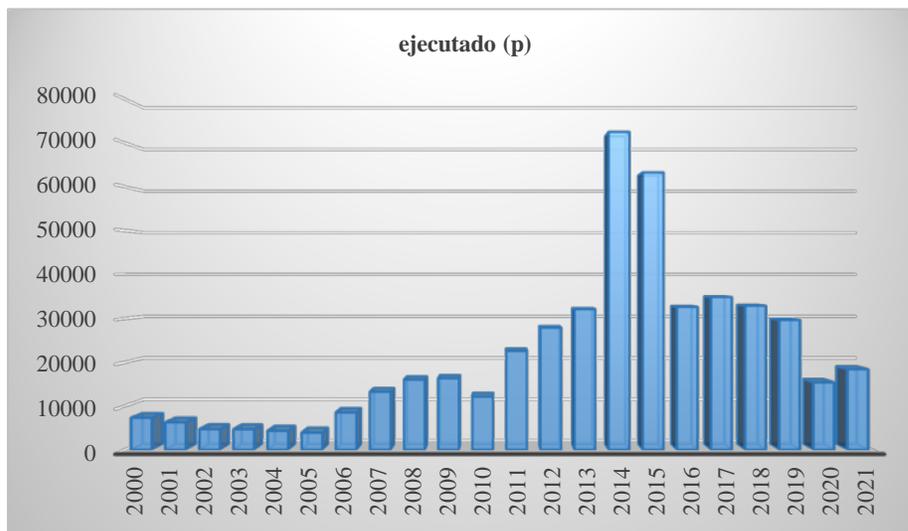
En el Gráfico 9 se puede observar la ejecución presupuestaria en el sector salud del Municipio de El Alto para el periodo 2000 al 2021, en el cual se puede observar que la distribución ha sido de manera volátil, esto confirma de cierta manera, la manera inadecuada la distribución de recursos. Pero esta distribución de recursos se ha de tomar con especial atención, este hecho se debe a que es una serie es de carácter preliminar, en razón de la escasa generación de datos a partir del Municipio de El Alto, por tanto, se ha realizado una recopilación de diferentes fuentes secundarias, con el propósito de averiguar de forma indirecta, las variables pertinentes para el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Como un ejemplo, se puede citar el Hospital del Norte, un complejo hospitalario considerado como el más grande de Bolivia, cuya inversión fue más de 127 millones de bolivianos. Este hospital es de Tercer Nivel cuenta con tecnología de punta. Este hospital cuenta con tres áreas: el área médica, donde están los servicios de Medicina Interna; el área quirúrgica y un área de atención intensiva.

La inversión en la construcción del Hospital del Sur en la Ciudad de El Alto fue de 69,5 millones de dólares y se alza en una superficie de 21,474 metros cuadrados, el mencionado hospital es de tercer nivel.



Gráfico 9 Municipio de El Alto: Ejecución presupuestaria en salud 2000-2021 (En millones de bs)



Fuente: Elaboración propia en base a MEyFP, INE y DAPRO (p=preliminar)

Tabla 12 Estadística descriptiva de la ejecución presupuestaria (p)

Columna1	
Media	21818,5054
Error típico	3898,2882
Mediana	16198,7087
Moda	#N/D
Desviación estándar	18284,5924
Varianza de la muestra	334326319
Curtosis	2,25409166
Coefficiente de asimetría	1,5008395
Rango	68554,1483
Mínimo	3907,93934
Máximo	72462,0877
Suma	480007,118
Cuenta	22
Mayor (1)	72462,0877
Menor(1)	3907,93934
Nivel de confianza(95,0%)	8106,93411

Fuente: Elaboración propia en base a MEyFP, INE y DAPRO (p=preliminar)



El Ministerio de Desarrollo Productivo y Economía Plural (MDPyEP) a través de su Dirección de Análisis Productivo (DAPRO) promueve el análisis y la investigación de los sectores productivos bolivianos a mayor nivel de detalle que posibilita la disponibilidad de datos actual. En ese afán, los analistas de esta dirección recopilan y sistematizan información estadística y producción bibliográfica relacionada a la actividad productiva.

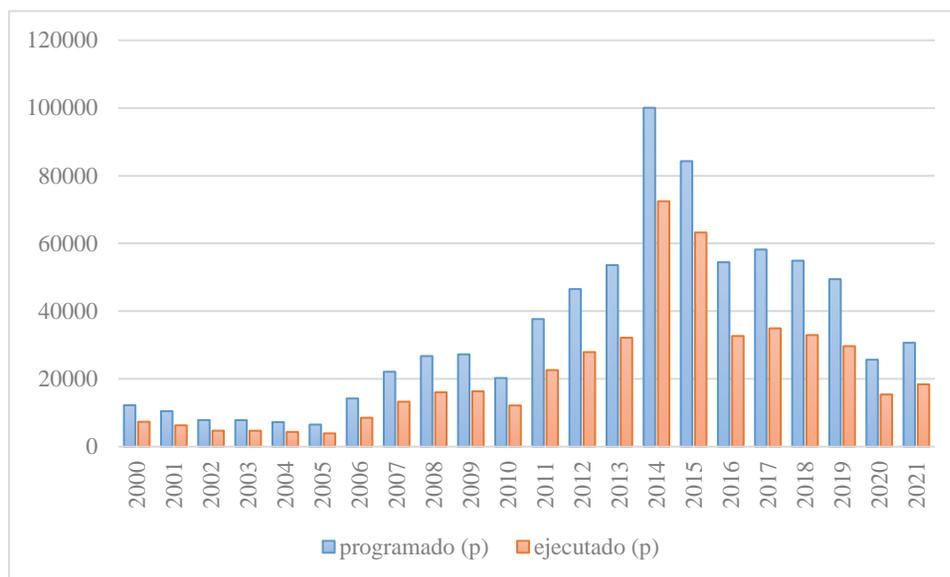
La Dirección de Análisis Productivo (DAPRO) administra y actualiza el Sistema Integrado de Información Productiva (SIIP) el cual es accesible de manera irrestricta y contiene información generada en diferentes instancias oficiales y empresariales. La DAPRO ha incursionado en el análisis productivo a nivel local, es decir, municipios y comunidades.

La prestación de servicios de salud en la Ciudad de El Alto, en el presente caso la ejecución presupuestaria si bien se cuenta con recursos, estos no alcanzan a cubrir las necesidades de esta ciudad, por tanto, se necesitan medidas de política económica que tengan como objetivo principal el de mejorar sustancialmente los servicios en esta urbe, asignando programas, proyectos que tengan como objetivo principal mejorar las condiciones del servicio de salud en el Municipio de El Alto. Este hecho contribuirá de manera efectiva en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población que habita en dicho municipio y coadyuvará a incrementar el alcance de este servicio a una gran parte de la población que vive en este municipio.

Según el Gráfico 10 se puede advertir que tanto la inversión programada y ejecutada, han mostrado tendencias crecientes para el periodo 2000 al 2014, y luego a partir del año 2015 al 2021 la tendencia fue negativa. Esta variabilidad en cuanto se refiere al desempeño de ambas variables se debe principalmente a la poca planificación de cada una de las autoridades municipales en cuanto al sector salud se refiere, y este hecho ha repercutido en forma escasa en mejorar la calidad de atención hacia los pobladores de este municipio. Nuevamente se debe tomar con mucho cuidado en razón de que se tratan de cifras preliminares.



Gráfico 10 Municipio de El Alto: Comparativa entre inversión programada y ejecutada en el Sector Salud 2000-2021 (En millones de bs)



Fuente: Elaboración propia en base a MEyFP, INE y DAPRO (p=preliminar)

El presente trabajo de investigación, se ha topado con muchos inconvenientes, el principal obstáculo ha sido la escasa información que las diferentes autoridades de esta urbe, han generado en el transcurso del periodo de estudio, por lo cual, se debe tener mucho cuidado en cuanto a los resultados generados, ya que como se mencionó anteriormente, son resultados de forma preliminar.

Es necesario aclarar que el Municipio de El Alto si bien tiene cifras en cuanto a asignación presupuestaria anual, esta información no se la ha podido conseguir, ya que las diversas autoridades no divulgan este tipo de información, este hecho ha repercutido en forma desfavorable en la realización del presente trabajo de investigación, si bien se han ejecutado diversos proyectos de salud, no existe una información fidedigna, por tanto, sólo se recurrió al esfuerzo de algunas fuentes secundarias que realizan estimaciones aproximadas acerca de los montos proyectados y ejecutados en el Municipio de El Alto.



Es necesario incorporar mayor rigurosidad en la descripción de las variables independientes con la variable dependiente, asimismo debes diversificar la descripción estadística y los gráficos para que se refleje un valor agregado.



Capítulo V



Conclusiones



CAPÍTULO V

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Una vez realizadas los respectivos análisis estadísticos, para cada uno de los objetivos planteados al inicio de la investigación, se llegaron a las siguientes conclusiones.

5.1 Conclusión general

Los datos acerca de los recursos que recibe el Municipio de El Alto, son de carácter preliminar, en razón de que no se cuentan con cifras reales acerca de esta información, por lo cual se procedió a estimar de manera aproximada, dicha información, pero es claro, que la inequidad en la distribución de recursos para el sector salud continúa hoy en la actualidad, en razón de que esta urbe no presenta una política adecuada de desarrollo, ya sea porque cada autoridad edilicia cuenta con diferentes visiones en cuanto a este servicio básico.

5.2 Conclusiones específicas

5.2.1 Conclusión específica 1

De acuerdo a las diferentes leyes nacionales tanto a nivel local, departamental y nacional, es de suma importancia el desarrollo e implementación de los proyectos de inversión pública, debido principalmente a que mediante dicha implementación se trata de mejorar las condiciones de la población, y también porque repercute en forma positiva sobre la calidad de vida de dicha población, por tanto los diferentes proyectos conllevan una mejora en diversos aspectos tanto a nivel institucional como es el desarrollo de un determinado municipio o región del país.

5.2.2 Conclusión específica 2

Revisando la información estadística se ha podido observar las cifras en cuanto al financiamiento de diversos sectores, uno de ellos, es el sector salud, cuyos montos destinados han ido creciendo durante el periodo de estudio, en beneficio de la población nacional, ya que de esta manera se ha enfocado en uno de los problemas como es el del sector salud, que



se había rezagado en forma alarmante, pero las autoridades de gobierno han tomado conciencia sobre la importancia de este sector, por lo cual, se ha tratado de subsanar este hecho con mayor inversión pública en dicho sector

5.2.3 Conclusión específica 3

En lo referente a la ejecución presupuestaria, se debe aclarar que la información pertinente a este rubro, en ciertos municipios, no es de dominio público, uno de ellos es el municipio de El Alto, cuya información es de carácter preliminar, acudiéndose a información de fuentes secundarias, que realizan investigaciones acerca de diversos proyectos de inversión, por lo cual el presente trabajo de investigación tomó dicha información y se trató de averiguar la ejecución presupuestaria tanto programada como ejecutada, pero se debe señalar que la escasa información hace difícil su interpretación. Por tanto, se puede indicar que el municipio de El Alto ha ido implementando mayores proyectos de inversión pública tratando de mejorar tanto la infraestructura como la atención del sector salud en dicha urbe.

Los montos económicos desembolsados para la implementación de los proyectos de inversión pública han ido incrementándose en forma anual, por lo cual se han destinado más recursos para los diferentes sectores, es de esta manera, que gracias a la mayor recaudación fiscal se llegan a realizar diferentes proyectos que han coadyuvado a generar más fuentes de desarrollo en los diferentes departamentos del país.

El sector de salud ha ido adquiriendo importancia, en razón de que los gobiernos de turno se han dado cuenta que este sector es sumamente importante para el desarrollo de la economía, ya que una población que goza de buena salud es sumamente importante para el desarrollo de cualquier actividad económica. De esta manera el municipio de El Alto de La Paz, también ha tratado de desarrollar este sector, con el propósito de mejorar las condiciones de vida de la población que habita en esta ciudad, y mucho más todavía, cuando se presentó la pandemia del COVID 19.



En lo referente a la ejecución presupuestario, se puede indicar que el Gobierno Municipal de El Alto ha destinado una gran cantidad de recursos a este sector, especialmente durante los años

5.3 Aporte de la investigación

El presente trabajo de investigación se ha topado con diversos obstáculos en su realización, a pesar de estos contratiempos, se ha establecida de manera preliminar que en el Municipio de El Alto existe una inadecuada distribución de recursos, en los diferentes sectores económicos, uno de los cuales es el sector salud, este hecho dificulta el acceso a este servicio por la mayoría de la población que habita en dicha urbe.

5.4 Aporte teórico de la investigación

Siguiendo a R. Musgrave y P. Musgrave (1959), quienes señalan que la teoría de los bienes sociales, o públicos, proporciona razones para la función de asignación de la política presupuestaria. Aunque difícil de resolver, tiene importancia fundamental para la economía del sector público, de mismo modo que las teorías del consumidor y de la empresa son importantes para la economía del sector privado.

5.5 Verificación de la hipótesis de investigación

Se acepta la hipótesis de investigación, en razón de que, gracias al financiamiento de la inversión pública, se contribuyó a mejorar el grado de ejecución de los proyectos en el Sector Salud, del Municipio de El Alto.

Asimismo, en base al análisis de la estadística descriptiva en cuanto se refiere a los recursos obtenidos y la ejecución programada y ejecutada en el sector salud en el Municipio de El Alto, se puede indicar que las diferentes autoridades ediles de dicha urbe, manejaron con diversos criterios, mostrando bastante desigualdad en cuanto al financiamiento del sector salud durante el periodo de investigación. La inequidad en la distribución de recursos, aún con una planificación realizada por las entidades municipales, continúa, en desmedro de la población que vive en la Ciudad de El Alto, por lo cual, los servicios de salud, no han llegado



a la mayor parte de la población que habita en dicha ciudad. Por tanto, se hace necesario seguir tratando de conseguir políticas de desarrollo que contribuyan de mejor manera a la atención de este servicio a la población en general.

5.6 Recomendaciones

Se recomienda a las autoridades edilicias publicar las cifras de recursos que reciben y su correspondiente distribución para cada sector de la economía del Municipio de El Alto, este hecho beneficiará de manera positiva a la planificación económica y social en este municipio.

Deben plantearse políticas tanto a nivel departamental como municipal y de los diferentes distritos en los cuales se invierten recursos de orden público, que tengan como prioridad el desarrollo tanto del sector salud como el educativo, como tareas importantes a desarrollar con el propósito de mejorar las condiciones de inequidad en la distribución de recursos que ha existido y que aún existe en el Municipio de El Alto.

Tratar de generar información a partir de las fuentes primarias, para un adecuado desempeño de las actividades por parte de los diferentes sectores económicos, asimismo, esta medida generaría políticas económicas que beneficien de mejor manera a toda la población que viven en esta urbe.



6 BIBLIOGRAFÍA

- Alesina , A., & Perotti, R. (1995). *The Political Economy*. International Monetary Found.
- Alvarez, C. (1995). *Evaluación Financiera de Proyectos*. Valparaiso Chile: Ediciones Universitarias .
- Andrade Espinoza, S. (2013). *Diccionario de Economía y Finanzas*. Lima-Perú: Andrade.
- Ayala, J. (2004). *Endeudamiento y coste de la inversión pública*. Cuadernos de Gestión.
- Ayala, J. (2005). *Economía del sector público mexicano*. México: Editorial Esfinge.
- Banco Central de Bolivia. (2018). *Soberanía monetaria, Estabilidad macroeconómica y Desarrollo económico y social*. Bolivia: Asesoría de Política Económica BCB.
- Banco Finandina. (11 de febrero de 2020). *Estabilidad económica: claves y características*. Obtenido de [bancofinandina.com: https://www.bancofinandina.com/finanblog/noticias/2020/02/11/estabilidad-economica-claves-y-caracteristicas](https://www.bancofinandina.com/finanblog/noticias/2020/02/11/estabilidad-economica-claves-y-caracteristicas)
- Baum, W. (1970). *El ciclo de los proyectos*. Finanzas y Desarrollo.
- Baum, W. (s.f.). *El ciclo de los proyectos*.
- Beltrán , A., & Cueva, H. (s.f.). *Evaluación privada de proyectos*.
- Bibliotecas Duoc UC. (2022). *Investigación Aplicada*. Obtenido de [bibliotecas.duoc.cl: https://bibliotecas.duoc.cl/investigacion-aplicada/definicion-proposito-investigacion-aplicada#:~:text=La%20Investigaci%C3%B3n%20Aplicada%20tiene%20por,del%20desarrollo%20cultural%20y%20cient%C3%ADfico](https://bibliotecas.duoc.cl/investigacion-aplicada/definicion-proposito-investigacion-aplicada#:~:text=La%20Investigaci%C3%B3n%20Aplicada%20tiene%20por,del%20desarrollo%20cultural%20y%20cient%C3%ADfico).
- Blank, L., & Tarquin, A. (1991). *Ingeniería Económica*. Bogotá: Mc Graw Hill.



- Blinder, A., & Solow, R. (1974). *Analitical Foundation for Fiscal Policy*. Theoretical Economics.
- Calva, J. (2001). *La economía mexicana en perspectiva*. Mexico: Revista de la UNAM.
- Canada, J. (1997). *Análisis de la inversión de capital para ingeniería y administración*. México: Prentice Hall.
- Cerezo, S., & Ticona, U. (2017). Bolivianización, demanda de dinero y señoreaje en Bolivia: evidencia empírica y una propuesta teórica. *Revista Latinoamericana de Desarrollo Económico*, 7-25.
- Conte, M. (2000). *Apuntes sobre evaluación de proyectos*. Ucema Edu.
- Cuamatzin, F. (2006). *Inversión pública e inversión privada: Excluyentes o complementarias*. Revista de la Facultad de Economía BUAP.
- De Angulo, J., & Lozada, L. (1992). *Salud Integral: explorando un nuevo modelo para el trabajo en salud*. La paz: MAP internacional.
- Dorakis, M. (2002). *Modelo de gestión municipal participativa en salud*. La paz: DDPC.
- Dornbusch, R., & Fischer, S. (1988). *Macroeconomía*. McGraw Hill.
- Ferrá, C., & Botteon, C. (2007). *Evaluación privada de proyectos*. Universidad Nacional de Cuyo.
- Fleury, S. (2010). *Modelos y dilemas de la atención en salud de América Latina*. Washington: Mimeo.
- Fleury, S. (s.f.). *Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina*.
- Franco, G. (2001). *Sistema previsionales, salud y reformas en América Latina*. Revista de Salud Pública.



- Francque, P. (2002). *El financiamiento de la salud en Bolivia*. Dirección General de Salud.
- Grebe, H., & Valdivia, J. (2008). *La descentralización y los cambios en el sector de salud en Bolivia*. Fundación Milenio.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2004). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Herrera Valencia, H. (2015). *Complementarity of long term and working capital investment for business opportunities*. Journal of Finance.
- Heyman , T. (2001). *Inversión en la Globalización*. México: Bolsa Mexicana de Valores.
- INE. (2001). *¿Qué podemos esperar del censo 2001?* Revista Varianza.
- INE. (2013). *Resultados del censo de población y vivienda 2012*. Revista Varianza.
- Kliksberg, B. (1979). *El pensamiento organizativo*. Buenos Aires: Paidos.
- Lardé, J., & Sanchez, R. (2014). *La brecha de infraestructura economica y las inversiones en América Latina*. Revista de la CEPAL.
- Ledo, C., & Soria , R. (2010). *El sistema de salud de Bolivia*. Cochabamba: Publicación de la Universidad Mayor de San Simón.
- Loayza, H. (1997). *Balance y perspectivas de la reforma en salud en Bolivia*. CECAPSO.
- Mendoza, S. (04 de 03 de 2022). *Subvención a los combustibles puede superar los \$us 1.000 MM en 2022*. Obtenido de lostiempos.com: <https://www.lostiempos.com/actualidad/economia/20220304/subvencion-combustibles-puede-superar-us-1000-mm-2022>
- Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. (18 de 01 de 2022). *El PGE 2022 fomenta la reactivación económica, los gobiernos locales tendrán más recursos económicos y se proyecta estabilidad de precios*. Obtenido de economyyfinanzas.gob.bo:



<https://www.economiayfinanzas.gob.bo/el-pge-2022-fomenta-la-reactivacion-economica-los-gobiernos-locales-tendran-mas-recursos-economicos-y-se-proyecta-estabilidad-de-precios.html>

Perales, V., & Párraga, M. (2019). *Census in Bolivia: Notes for construction of a multilocality indicator*. La paz: Temas Sociales.

Presidencia de la República. (1998). *Plan General de Desarrollo Económico y Social 1997-2002*. Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación.

Samuelson, P., & Nordhaus, W. (1987). *Economía*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

Sapag Chain, N. (2011). *Proyectos de Inversión: Formulación y Evaluación*. Santiago de Chile: Pearson Educación.

Villegas, R. (5 de junio de 2017). *El sistema financiero boliviano*. Obtenido de Sitio blog docente: <http://blogdocente.usfx.bo/ramiro-villegas/2017/06/05/el-sistema-financiero-boliviano/>



7 ANEXOS

Anexo 1 Inversión pública total

años	inv_pub_total
2000	583
2001	639
2002	585
2003	500
2004	602
2005	629
2006	879
2007	1005
2008	1351
2009	1439
2010	1521
2011	2182
2012	2897
2013	3781
2014	4507
2015	4892
2016	5065
2017	4772
2018	4458
2019	3769
2020	1784
2021	2646

Anexo 2 Inversión en el Sector Salud

años	inv_salud
2000	61
2001	49
2002	53
2003	37
2004	45
2005	40
2006	61
2007	63
2008	80
2009	91



2010	72
2011	80
2012	93
2013	151
2014	158
2015	357
2016	336
2017	306
2018	395
2019	375
2020	266
2021	313

Anexo 3 Inversión en Salud en porcentaje

años	inv_sal_%
2000	10,4
2001	7,7
2002	9,1
2003	7,4
2004	7,5
2005	6,4
2006	7
2007	6,3
2008	5,9
2009	6,3
2010	4,7
2011	3,7
2012	3,2
2013	4
2014	3,5
2015	7,3
2016	6,6
2017	6,4
2018	8,9
2019	9,9
2020	14,9
2021	11,8



Anexo 4 Alcaldía Municipal de El Alto



Fuente: GAMEA

Anexo 5 Hospital del Sur de la Ciudad de El Alto



Fuente: GAMEA



Anexo 6 Hospital del Norte en la Ciudad de El Alto



Fuente: GAMEA

Anexo 7 Servicio de salud en la Ciudad de El Alto



Fuente: GAMEA