

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES**  
**FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y FINANCIERAS**  
**CARRERA DE ECONOMIA**



**TESIS DE GRADO**

**MENCIÓN: GESTIÓN DE PROYECTOS Y PRESUPUESTOS**

**“LA CONTRIBUCIÓN DE LA FASE DE EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS  
DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR SALUD EN EL DEPARTAMENTO  
DE LA PAZ EN EL PERIODO 2006-2022”**

**POSTULANTE:** ESPEJO SANTOS ANDRES EDUARDO  
**TUTOR:** LIC. SHIRLEY NAVIA CACERES  
**RELATOR:** M.SC. RAMIRO REYES REYES

La Paz - Bolivia

2024

***DEDICATORIA***

*La presente Tesis va dedicada con mucho cariño a mi familia, especialmente a mi madre  
quien me ha apoyado a lo largo de mi vida y de mi formación profesional.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A Dios quien me ayudo y guio para el lograr mis objetivos dándome fuerzas en todo momento.*

*A la Universidad Mayor de San Andres y a la Facultad de Ciencias Económicas y Financieras la cual me acogió a lo largo de mi formación profesional.*

*Agradezco a mi Tutora Lic. Shirley Navia Caceres por su apoyo y comprensión en todo este tiempo la cual fue importante y decisiva para la elaboración, desarrollo y culminación de la presente tesis.*

*A mi Docente Relator Lic. Ramiro Reyes Reyes, por brindarme su colaboración para la realización de la presente tesis.*

## INDICE

<b>Capítulo I: REFERENCIA METODOLÓGICA DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Delimitación del Tema. ....</b>	<b>1</b>
a) Temporal. ....	1
b) Espacial.....	1
c) Restricciones a nivel de categorías y variables económica. ....	1
<b>1.2. Planteamiento del objeto de la investigación. ....</b>	<b>1</b>
<b>1.3. Pregunta de investigación. ....</b>	<b>2</b>
<b>1.4. Planteamiento del problema.....</b>	<b>2</b>
a) Problematización.....	2
b) Identificación del problema central. ....	2
c) Justificación de la investigación.....	3
<b>1.5. Planteamiento de objetivos.....</b>	<b>3</b>
Objetivo general. ....	4
Objetivos específicos. ....	4
<b>1.6. Planteamiento de la Hipótesis. ....</b>	<b>4</b>
<b>1.7. Operacionalización de las Variables.....</b>	<b>4</b>
<b>1.8. Metodología.....</b>	<b>5</b>
1.8.1. Método de investigación. ....	5
1.8.2. Tipo de investigación.....	5
1.8.3. Fuentes de información.....	5

<b>1.8.4. Procesamiento de datos.....</b>	<b>6</b>
<b>1.9. Fundamento Teórico de la Investigación. ....</b>	<b>6</b>
<b>1.9.1. Marco Conceptual – definiciones.....</b>	<b>6</b>
<b>1.9.1.1 Inversión pública. ....</b>	<b>6</b>
<b>1.9.1.2. Proyecto. ....</b>	<b>6</b>
<b>1.9.1.3. Gestión de proyectos.....</b>	<b>6</b>
<b>1.9.1.4. Proyectos de inversión.....</b>	<b>7</b>
<b>1.9.1.5. Presupuesto. ....</b>	<b>7</b>
<b>1.9.1.6. Presupuesto de inversión pública.....</b>	<b>7</b>
<b>1.9.1.7. Financiamiento.....</b>	<b>7</b>
<b>1.9.1.8. Ejecución de presupuestaria.....</b>	<b>7</b>
<b>1.9.1.9. Sector salud. ....</b>	<b>8</b>
<b>1.9.1.10. Mortalidad infantil. ....</b>	<b>8</b>
<b>1.9.1.11. Esperanza de vida. ....</b>	<b>8</b>
<b>1.9.2. Marco Teórico. ....</b>	<b>9</b>
<b>1.9.2.1. Teoría del Ciclo del Proyecto.....</b>	<b>9</b>
<b>1.9.2.2. Teoría del sector publico .....</b>	<b>13</b>
<b>1.9.2.2.1. Funciones del Estado.....</b>	<b>13</b>
<b>1.9.2.2.2. Acciones del Estado.....</b>	<b>14</b>
<b>1.9.2.2.3. Los fallos de la intervención del Estado .....</b>	<b>16</b>
<b>1.9.2.3. Teoría del Capital Humano. ....</b>	<b>17</b>
<b>1.9.2.4. El Capital Humano y la Salud. ....</b>	<b>20</b>

1.9.2.5. Economía de la salud.....	20
<b>CAPÍTULO II: MARCO DE POLÍTICA, LEGAL E INSTITUCIONAL.....</b>	<b>25</b>
<b>2.1. ASPECTOS DE POLÍTICAS.....</b>	<b>25</b>
2.1.1. Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien” 2006-2011. ....	25
2.1.1.1. Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud. ....	25
2.1.1.2. Rectoría.....	26
2.1.1.3. Movilización Social. ....	26
2.1.1.4. Promoción de la Salud.....	26
2.1.1.5. Solidaridad. ....	27
2.1.2 Plan de Desarrollo Sectorial 2011-2015.....	28
2.1.3 Plan de Desarrollo Económico y Social 2016-2020.....	31
2.1.4. Plan de Desarrollo Económico y Social 2021-2025.....	32
2.1.5. Plan de Desarrollo Departamental de La Paz 2007-2010. ....	33
2.1.5.1 La Paz Solidaria. ....	33
2.1.6. Plan de Desarrollo del Departamental de La Paz 2011-2020. ....	34
<b>2.2. ASPECTOS LEGALES.....</b>	<b>34</b>
2.2.1. Constitución Política del Estado 2009. ....	34
2.2.2. Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM).....	37
2.2.3. Programa Desnutrición cero. ....	39
2.2.4. Bono Madre Niño-Niña “Juana Azurduy” (Bono Juana Azurduy). ....	40
2.2.5. Ley Marco de Autonomías Descentralización “Andrés Ibáñez”. ....	41

2.2.6. Ley 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia. ....	45
2.2.7. Subsidio Universal Prenatal por la Vida.....	47
2.3. ASPECTOS INSTITUCIONALES.....	48
2.3.1. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP). ....	48
2.3.2. Viceministerio de Presupuesto y Contabilidad Fiscal (VPCF).....	49
2.3.3. Ministerio de Planificación del Desarrollo (MPD). ....	50
2.3.4. Viceministerio de Inversión Pública Y Financiamiento Externo (VIPFE). .....	50
2.3.5. Ministerio de salud.....	52
2.3.6. Gobierno Autónomo Departamental de La Paz. ....	53
<b>CAPITULO III: FACTORES DETERMINANTES DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN. ....</b>	<b>57</b>
3.1. Aspectos Generales.....	57
3.1.1. Localización y Límites. ....	57
3.1.2. Características del Departamento de La Paz. ....	57
3.1.3. División Política y Administrativa. ....	58
3.2. Programación y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud del Departamento de La Paz.....	61
3.4. Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en Proyectos Capitalizables y No Capitalizables en el Sector Salud en el Departamento de La Paz. ....	65
3.5. Evolución de la Esperanza de Vida en el Departamento de La Paz. ....	71

<b>3.6. Evolución de la tasa de mortalidad infantil en el Departamento de La Paz.</b>	<b>76</b>
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.</b>	<b>81</b>
<b>5.1. Conclusiones.</b>	<b>81</b>
<b>5.2. Verificación de la Hipótesis.</b>	<b>83</b>
<b>5.3. Recomendaciones</b>	<b>84</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.</b>	<b>86</b>
<b>ANEXOS.</b>	<b>90</b>



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Grafico N° 1:</b> Programación Y Ejecución Del Presupuesto De Inversión Pública En El Departamento De La Paz 2006-2022. ....	61
<b>Grafico N° 2:</b> Comparación Programación Y Ejecución Del Presupuesto De Inversión Pública En El Departamento De La Paz 2006-2022. ....	64
<b>Grafico N° 3:</b> Presupuesto De Inversión Pública Por Tipo De Inversión En El Departamento De La Paz 2006-2022. ....	66
<b>Grafico 4:</b> Presupuesto De Inversión Pública Por Tipo De Proyecto En El Departamento De La Paz 2006-2022. ....	67
<b>Grafico 5:</b> Evolución De La Esperanza De Vida En Bolivia En El Periodo 2006 – 2022. ....	72
<b>Grafico 6:</b> Evolución De La Esperanza De Vida En El Departamento De La Paz En El Periodo 2006-2022. ....	73
<b>Grafico 7:</b> Partos Atendidos En El Departamento De La Paz En El Durante El Periodo De 2006 -2022. ....	75
<b>Grafico 8:</b> Tasa De Mortalidad Infantil De Bolivia En El Periodo Del 2006 -2022.....	76
<b>Grafico 9:</b> Tasa De Mortalidad Infantil En El Departamento De La Paz En El Periodo Del 2006 -2022. ....	77
<b>Grafico N° 10:</b> Relación De La Programación Y Ejecución De Los Proyectos Del Presupuesto De Inversión Pública Del Sector Salud Con La Esperanza De Vida Al Nacer Y La Tasa De Mortalidad Infantil Del Departamento De La Paz Periodo: 2006-2022 (En Millones De Bs. Y Años). ....	83

## **ANEXOS**

<b>Anexo 1:</b> Presupuesto Programado Y Ejecutado En El Departamento De La Paz 2006-2022.....	91
<b>Anexo 2:</b> Inversión Ejecutada En Capitalizable Y No Capitalizable En El Departamento De La Paz 2006-2022.....	92
<b>Anexo 3:</b> Presupuesto De Inversión Pública Destinado Por Tipo De Proyecto En El Departamento De La Paz 2006-2022.....	93
<b>Anexo 4:</b> Esperanza De Vida De Bolivia 2006-2022.....	94
<b>Anexo 5:</b> Esperanza De Vida En El Departamento De La Paz En El Periodo De 2006-2022.....	95
<b>Anexo 6:</b> Tasa De Mortalidad Infantil De Bolivia 2006-2022.....	96
<b>Anexo 7:</b> Tasa De Mortalidad Infantil En El Departamento De La Paz En El Periodo 2006-2022.....	97
<b>Anexo 8:</b> Establecimientos De Salud En El Departamento De La Paz En El Periodo De 2006-2022.....	98
<b>Anexo 9:</b> Establecimientos De Salud En El Departamento De La Paz En El Periodo De 2006-2022.....	99
<b>Anexo 10:</b> Matriz De Consistencia.....	100

## **Introducción**

En la presentación investigación se pretende determinar la contribución de la fase de ejecución de los proyectos de inversión pública en el departamento de La Paz y el efecto que ha llegado a tener en la población de este Departamento.

De acuerdo a la Constitución Política del Estado (CPE), la salud se establece como un derecho fundamental donde el Estado tiene la responsabilidad de promoverla, a través de la implementación y ejecución de proyectos de inversión pública, mejorando la calidad de vida, aumentando los indicadores de la esperanza de vida al nacer y reduciendo la tasa de mortalidad infantil. Así mismo el Estado tiene la obligación de mantener, proveer los establecimientos de salud, servicios básicos, insumos y demás suministros para mejorar el nivel de atención de la población, así como controlar el uso eficaz y eficiente del Presupuesto de Inversión Pública

Para esta investigación se estructura en 4 capítulos:

El capítulo 1, se tiene el marco metodológico referencial donde delimitaremos el tema de investigación, se reconocerán las categorías y variables económicas, y se establecerá el objetivo general y los objetivos específicos y la hipótesis. Se presentará el marco conceptual y teórico del trabajo de investigación, donde se reconoce las bases teóricas que respaldan la presente investigación.

El capítulo 2, estará enfocado en marco de políticas, legales e institucionales referidas al tema de investigación, donde se identificarán y describirán las políticas nacionales y departamentales. También se establece el marco legal y el marco institucional vigente.

El capítulo 3, se describe y analiza el comportamiento que tuvo la programación y ejecución del presupuesto de inversión pública del sector salud en el departamento de La Paz en el periodo del 2006 al 2022, donde se observa una tendencia ascendente la cual llega a su pico más alto en el año 2019, posteriormente se tendría una reducción en el presupuesto programado para los años siguientes. También se describe la evolución que

tuvo el nivel de esperanza de vida y la tasa de mortalidad infantil de la población del departamento de La Paz a lo largo del periodo de investigación.

El capítulo 4, se tiene las conclusiones del presente trabajo, la aceptación o rechazo de la hipótesis planteada y las respectivas recomendaciones.

**CAPÍTULO 1**  
**MARCO**  
**METODOLÓGICO**

## **Capítulo I: REFERENCIA METODOLÓGICA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.1 Delimitación del Tema.**

a) Temporal.

La presente investigación comprenderá un periodo de 16 años de estudio el cual estará comprendido desde el año 2006 al 2022.

b) Espacial.

El espacio geográfico de la presente investigación es a nivel departamental, el departamento de La Paz se encuentra ubicado al noroeste de Bolivia con una extensión territorial de 133.985 Km<sup>2</sup>.

c) Restricciones a nivel de categorías y variables económica.

Categorías económicas:

**C.E1:** Presupuesto de inversión pública

**C.E2:** Sector salud

Variables económicas:

**V.E.1.1:** Programación y ejecución del presupuesto de inversión pública.

**V.E.1.2:** Presupuesto de Inversión Pública programado y ejecutado en Proyectos Capitalizables.

**V.E.1.3:** Presupuesto de Inversión Pública programado y ejecutado en Proyectos No Capitalizables.

**V.E.2.1:** Esperanza de vida al nacer

**V.E.2.2:** Tasa de mortalidad infantil

**V.E.2.3:** Gasto de funcionamiento del sector salud

### **1.2. Planteamiento del objeto de la investigación.**

La contribución de los proyectos de inversión pública en el sector salud en el departamento de La Paz 2006-2022.

### **1.3. Pregunta de investigación.**

¿Los proyectos de inversión pública en el sector salud contribuyen para mejorar el bienestar de la población en el departamento de La Paz?

### **1.4. Planteamiento del problema.**

#### **a) Problematización.**

El sector salud es uno de los sectores más importantes para cualquier país que quiera alcanzar el desarrollo económico, se debe priorizar país los proyectos de inversión pública en el sector salud para mejorar la calidad de vida de los habitantes. En Bolivia los proyectos de inversión pública tanto en infraestructura y en equipamiento no han logrado el impacto esperado, esto se puede corroborar con los indicadores de la tasa de mortalidad infantil y el nivel de esperanza de vida al nacer, debido a que realizando una comparación con el resto de países de América Latina y el Caribe aun nos encontramos en los últimos lugares de acuerdo a los datos del banco mundial, como departamento de La Paz los indicadores de esperanza de vida y tasa de mortalidad infantil se encuentran por debajo de lo indicadores del país.

Los problemas que actualmente tiene sector salud es la insuficiencia que existe en infraestructura y equipamiento médico, de acuerdo con la OMS lo recomendado en cuanto a establecimientos de salud de 3er nivel es 1 por cada 75.000 habitantes, esto no se da en Bolivia ya que según los últimos datos se tienen solo existen alrededor de 31 hospitales de 3er nivel en Bolivia, donde solo se registra 9 hospitales de 3er nivel en el departamento de La Paz para más de 3.000.000 de habitantes, también la OPS recomienda que existan 23 profesionales en salud por 10.000 habitantes, pero en Bolivia de acuerdo con los datos del Banco Mundial solo existiría 1 medico por cada 1.000 habitantes.

#### **b) Identificación del problema central.**

La baja inversión en proyectos de inversión pública en la fase de ejecución en el sector salud del departamento de La Paz.

### **c) Justificación de la investigación.**

#### **Justificación económica.**

El sector salud es uno de los pilares fundamentales para el desarrollo económico de un país, la salud dentro de la economía de boliviana es un pilar fundamental la cual incide en el desarrollo físico, mental y emocional del bienestar de la población. La salud es un contribuyente al crecimiento económico en el largo plazo a través del rendimiento laboral, el número de años de vida útil que las personas pueden pasar trabajando, la relación de costo de mantenerse en buena salud con sus beneficios, el coste de los días de trabajo perdidos por enfermedad o accidente.

#### **Justificación teórica.**

La teoría keynesiana justifica la intervención del estado mediante varias políticas públicas que son orientadas a lograr el pleno empleo y la estabilidad de precios. El presente trabajo destaca la importancia del sector salud y de la intervención del estado mediante programas orientados a la ejecución de proyectos de inversión pública a través de la aplicación de la teoría y enfoque económicos que sean útiles para el desarrollo del tema.

#### **Justificación social.**

Se considera importante analizar la ejecución de los proyectos de inversión en el sector salud, estos mejoran los servicios para la salud lo cual satisface las necesidades de la población y contribuye en el desarrollo de las personas.

#### **Justificación mención.**

La mención de Gestión de Proyectos y Presupuestos se relaciona con el tema de la presente investigación, debido a que se desarrollará un estudio crítico en el cual se verá los efectos de la gestión del presupuesto de inversión pública en los proyectos y programas hacia el sector salud.

### **1.5. Planteamiento de objetivos.**



Objetivo general.

- Determinar la contribución de los proyectos de inversión pública en la fase de ejecución en el sector salud del departamento de La Paz.

Objetivos específicos.

- Identificar la programación y ejecución del presupuesto de inversión pública en el sector salud en el departamento de La Paz.
- Identificar la ejecución del presupuesto de inversión pública en proyectos capitalizables y no capitalizables en el sector salud en el departamento de La Paz.
- Determinar la evolución de la esperanza de vida al nacer en el departamento de La Paz
- Determinar la evolución de la tasa de mortalidad infantil del Departamento de La Paz.

### **1.6. Planteamiento de la Hipótesis.**

La baja inversión de los proyectos de inversión pública en la fase de ejecución no contribuyo significativamente en el sector salud en el departamento de La Paz.

### **1.7. Operacionalización de las Variables.**

<p style="text-align: center;"><b>Presupuesto de Inversión Pública</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programación y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública.</li> <li>• Presupuesto de Inversión Pública Programado y Ejecutado en Proyectos Capitalizables.</li> <li>• Presupuesto de Inversión Pública Programado y Ejecutado en Proyectos No Capitalizables</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Sector Salud</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esperanza de vida al Nacer.</li> <li>• Tasa de Mortalidad Infantil.</li> <li>• Gasto de Funcionamiento del Sector Salud.</li> </ul>

## **1.8. Metodología**

### **1.8.1. Método de investigación.**

El método utilizado en la presente investigación es el deductivo que conduce a realizar la investigación dentro de un contexto general para arribar a resultados particulares. (Sampieri). En la presente investigación, el análisis de la ejecución del presupuesto de inversión pública del sector salud en el departamento de La Paz nos permitiría evaluar el mejoramiento de los indicadores de calidad de vida de los habitantes del departamento de La Paz.

### **1.8.2. Tipo de investigación.**

El tipo de investigación es descriptivo, cuantitativo, explicativo, histórico y comparativo, para cuyo propósito se utilizará datos numéricos y cuantificables en relación entre el valor de los recursos invertidos en proyectos del sector salud e indicadores del Índice de Calidad de Vida de los habitantes de La Paz.

### **1.8.3. Fuentes de información.**

Las fuentes de información para realizar la presente investigación referida al análisis de la ejecución del presupuesto de inversión pública en los proyectos en el sector salud del departamento de La Paz, se basar en información secundaria obtenida de: boletines estadísticos, anuarios, investigaciones realizadas y revistas elaboradas por instituciones

especializadas como el Instituto Nacional de Estadística (INE), Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE), Ministerio de Salud y Deportes, Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), BANCO MUNDIAL, etc.

#### **1.8.4. Procesamiento de datos.**

Para la presente investigación se usará información documental y estadística recopilada y se realizará el procesamiento de datos mediante tablas, cuadros y gráficos.

### **1.9. Fundamento Teórico de la Investigación.**

#### **1.9.1. Marco Conceptual – definiciones.**

##### **1.9.1.1 Inversión pública.**

Se entiende por Inversión Pública todo gasto de recursos de origen público destinado a incrementar, mejorar o reponer las existencias de capacidades físicas de dominio público y/o de capital humano con el objeto de ampliar la capacidad del país para la prestación de servicios, o producción de bienes.<sup>1</sup>

##### **1.9.1.2. Proyecto.**

Un proyecto es, ni más ni menos, la búsqueda de una solución inteligente al planteamiento de un problema que tiende a resolver, entre tantos, una necesidad humana.<sup>2</sup>

##### **1.9.1.3. Gestión de proyectos.**

La gestión de proyecto, entonces, es el uso de conocimientos, habilidades y técnicas para ejecutar proyectos de manera eficaz y eficiente. Se trata de una competencia estratégica para organizaciones, que les permite vincular los resultados de un proyecto con las metas establecidas.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Ley 1178 SNIP, Art.8, pg. 3

<sup>2</sup> Nassir Sapag Chain, Reinaldo Sapag Caín, José Manuel Sapag P. “Preparación y evaluación de proyectos”

<sup>3</sup> Dr. William Wallace. “Gestión de Proyectos”, 2002.

#### **1.9.1.4. Proyectos de inversión.**

Es el plan prospectivo de una unidad de acción capaz de materializar algún aspecto del desarrollo económico o social. Esto implica desde el punto de vista económico, proponer la producción de algún bien o la prestación de algún servicio, con el empleo de ciertas técnicas y con miras a obtener un determinado resultado o ventaja económica o social.<sup>4</sup>

#### **1.9.1.5. Presupuesto.**

El presupuesto muestra los gastos que el gobierno planea en sus programas y los ingresos que espera en un año dado. El presupuesto suele contener una lista de programas específicos, así como las fuentes de ingresos.<sup>5</sup>

#### **1.9.1.6. Presupuesto de inversión pública.**

El presupuesto de inversión pública es el conjunto de recursos asignados para la realización de los proyectos del Programa de Inversión Pública, que deben ser incorporadas en los Presupuestos Institucionales de cada entidad pública y en el PGN para cada gestión fiscal. Solo forman parte del Presupuesto de Inversión Pública los proyectos del Programa de Inversión Pública que cuenten con financiamiento asegurado.<sup>6</sup>

#### **1.9.1.7. Financiamiento.**

El financiamiento es el proceso por el que se proporciona capital a una empresa o persona para utilizar en un proyecto o negocio, es decir, recursos como dinero y crédito para que pueda ejecutar sus planes. En el caso de las compañías, suelen ser préstamos bancarios o recursos aportados por sus inversionistas<sup>7</sup>

#### **1.9.1.8. Ejecución de presupuestaria.**

La ejecución del presupuesto comprende los procesos administrativos de capacitación de recurso de realización de desembolsos o pagos y de ajustes al presupuesto aprobado, sujetos a las regulaciones contenidas en las normas legales inherentes a la materia.<sup>8</sup>

---

<sup>4</sup> Edmundo Pimentel. "Formulación y Evaluación de Proyectos de inversión", 2008

<sup>5</sup> Paul Samuelson, William Nordhaus. "Economía con aplicaciones a Latinoamérica". Edición 19

<sup>6</sup> Ley 1178 SNIP, Art.12, pg.4

<sup>7</sup> BBVA, Argentina.

<sup>8</sup> Normas Básicas del Sistema de Presupuesto, Cap2; Art.25

### **1.9.1.9. Sector salud.**

El sector salud se define como el conjunto de valores, normas, instituciones y actores que desarrollan actividades de producción, distribución y consumo de bienes y servicios cuyos objetivos principales o exclusivos son promover la salud de individuos o grupos de población.<sup>9</sup>

### **1.9.1.10. Mortalidad infantil.**

La mortalidad infantil es un término usado para describir la muerte de un bebé que ocurre entre el nacimiento y el primer año de edad. Si el bebé muere antes de los 28 días, la muerte también se puede clasificar como mortalidad neonatal. La tasa de mortalidad infantil es decir, la cantidad de muertes por cada 1.000 nacimientos vivos es un factor importante para entender la salud general de una población, ya que muchos factores que contribuyen a las muertes de los bebés también afectan la salud de la población en general.<sup>1</sup> Por ejemplo, el acceso a medicamentos, proveedores de cuidado de la salud calificados, agua limpia y alimentos afecta la salud de todos, pero también pueden tener un efecto dramático en las tasas de mortalidad infantil.

El término "mortalidad infantil" se refiere únicamente a las muertes que ocurren después del nacimiento. Las muertes que ocurren antes del nacimiento generalmente se clasifican como pérdida de embarazo o nacimiento de un niño muerto. El nacimiento de un niño muerto es la muerte de un feto de 20 o más semanas de embarazo. La pérdida del embarazo, o aborto espontáneo, es la pérdida del feto en una etapa anterior del embarazo.<sup>10</sup>

### **1.9.1.11. Esperanza de vida.**

Es el Número de años que en promedio esperaríamos vivir una persona si durante toda su vida estuviera sujeta a las condiciones de mortalidad por edad observadas en el período de estudio.<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> <https://www.paho.org/es;Organización Panamericana de Salud>

<sup>10</sup> Centers for Disease control and prevention, Estados Unidos

<sup>11</sup> Comisión Económica para América Latina (CEPAL).

## **1.9.2. Marco Teórico.**

### **1.9.2.1. Teoría del Ciclo del Proyecto.**

De acuerdo con Ernesto Fontaine<sup>12</sup>:

#### **1. El perfil de los proyectos:**

Un proyecto nace con la idea, que motiva un estudio de perfil, donde se elaborara un estudio de Prefactibilidad del proyecto, es importante tener claro cuáles serán los objetivos y las alternativas que pueda llegar a tener el proyecto. Cuando se realice la evaluación del perfil, la autoridad correspondiente deberá tomar una decisión en las que están: archivar el proyecto para una reconsideración futura, desechar el proyecto o solicitar un estudio de Prefactibilidad.

#### **2. Estudio de Prefactibilidad:**

Buscará mejor la información que tiene la autoridad para que pueda tomar una decisión sobre el futuro del proyecto, este estudio demanda dinero y tiempo para recolectar toda la información necesaria, este estudio debe contar con un profesional economista que definirá el proyecto y los sub proyectos, además de aportar con juicios y herramientas que permitan efectuar el proyecto de inversión.

Este estudio deberá ser evaluado por un equipo distinto al que elaboro el estudio de Prefactibilidad, esta evaluación debe ser técnica, económica, financiera, legal y administrativa. Los resultados de la evaluación del estudio de Prefactibilidad se deben llevar a un comité de inversiones para su conocimiento y acción, este comité ordenara su reestudio, su rechazo, su reconsideración o la elaboración de un estudio de factibilidad.

#### **3. El estudio de factibilidad:**

Persigue disminuir el riesgo de equivocación del proyecto, para este estudio se convocará a expertos mucho más especializados que realizaran mayores investigación y precisiones. Este estudio debe establecer los aspectos técnicos más fundamentales como: la

---

<sup>12</sup> Ernesto R. Fontaine “Evaluación Social de Proyectos”. Pág. 36

localización, el tamaño, la tecnología, el calendario de ejecución, puesta en marcha y el lanzamiento. El estudio de factibilidad por norma lleva a la aprobación final del proyecto, en el sector público rara vez se rechazó un proyecto que cuenta con el estudio de factibilidad debido a que ya existe expectativas e interés por el proyecto, además que la autoridad está interesada en mostrar una buena imagen hacia la sociedad, esto principalmente en periodos de elecciones.

#### **4. La ejecución de proyectos:**

El estudio de factibilidad debe incluir un capítulo sobre el plan de ejecución del proyecto y la organización necesaria. Se debe definir minuciosamente las tareas y métodos de construcción y operación, efectuar un balance de recursos con estimación de flujos financieros. La ejecución del proyecto puede ser ejecutada por la autoridad correspondiente, entregada íntegramente o por licitación de terceros.

#### **5. Las “etapas” de un proyecto:**

Existe constantemente dudas sobre cómo seguir con la obra, la autoridad deberá evaluar los costos y beneficios de las etapas que le falta cumplir, por lo que es muy importante realizar la evaluación ex post de los costos de la etapa recién cumplida, para que pasemos a la siguiente etapa veremos si se cumplió con lo establecido en la etapa anterior y verificar si existe los beneficios esperados.

#### **6. Evaluaciones ex post:**

Estas evaluaciones cumplen 2 propósitos importantes: (i) aprender de los errores de apreciación que se puedan haber cometido, esto para adquirir experiencia y mejorar los estudios futuros sobre la formulación y evaluación de proyectos, (ii) otorgar permisos y castigos que vengán a incentivar la buena calidad de los futuros estudios de proyectos. El comité de proyectos tendrá más cuidado en dar el visto bueno para el próximo paso dentro del ciclo del proyecto si se sabe que los resultados de estos serán evaluados.

De acuerdo a los Hermanos Sapag Chain<sup>13</sup>:

El estudio del proyecto como proceso cíclico, según los hermanos Sapag Chain, se llega a identificar cuatro etapas principales:

### **1. La etapa de idea:**

Esto corresponde a un proceso sistemático continuo de búsqueda de nuevas ideas de proyectos, a partir de la identificación de los problemas que buscan solucionarlos y las oportunidades que se pueden presentar, se inicia el estudio de los proyectos en base a determinadas alternativas.

### **2. La etapa de preinversión:**

Se deben realizar tres estudios de viabilidad que son: perfil, pre factibilidad y factibilidad.

- Perfil: Es el que se elabora tanto en base a la información disponible como en base a la habitual valoración y opinión que da la experiencia.
- Estudio de Prefactibilidad: Es donde se amplía el estudio y se basa principalmente en información de fuentes secundarias para determinar, con cierta aproximación, las principales variables relacionadas, entre otras cosas, con el mercado, las opciones técnicas de producción y las capacidades financieras de los inversionistas.
- Factibilidad: Es elaborado sobre la base de información confiable obtenida de fuentes primarias de información. Las variables cualitativas son mínimas en comparación con estudios previos.

### **3. La etapa de inversión:**

Corresponde al proceso de implementación del proyecto, cuando todas las inversiones se materializan antes del lanzamiento.

---

<sup>13</sup> Nassir Sapag Chain, Reinaldo Sapag Caín, José Manuel Sapag P. “Preparación y evaluación de proyectos”. Pág. 21-24



#### **4. La etapa de operación:**

Las inversiones se llegan a materializar, están en ejecución, es decir, el proyecto está en marcha.

De acuerdo a Karen Mokate.<sup>14</sup>

El ciclo de vida del proyecto está influenciado por la formulación y evaluación de diversas alternativas, la selección de la mejor alternativa, su gestión, y se considera "terminado" solo con una evaluación posterior, cuyas conclusiones servirán de base para la determinación e implementación de futuros proyectos.

##### **1. Etapa de Formulación:**

En esta etapa, se desarrollan alternativas, se lleva a cabo una evaluación preliminar. Cree que la primera fase del ciclo corresponde a: preinversión; El objetivo es delinear y planificar los objetivos de la iniciativa propuesta, analizar, definir los aspectos técnicos, económicos, socioeconómicos, de mercado, ambientales, legales, organizacionales e institucionales. La información obtenida se procesa gradualmente para mejorar la seguridad de las inversiones, en relación con la elección de alternativas y proyectos.

Esta etapa se descompone en cuatro Fases:

- Identificación (diagnóstico y generación de ideas).
- Perfil (planteamiento de alternativas).
- Prefactibilidad (estudio de alternativas).
- Factibilidad (anteproyecto definitivo).

##### **2. Etapa de Gestión:**

Es la ejecución de actividades e inversiones, evaluación sobre la marcha. Incluido al momento del inicio de la inversión y al momento de la terminación del proyecto. La

---

<sup>14</sup> Mokate Karen. "Evaluación Financiera de Proyectos de inversion".2004. Pag.7

gestión se guía por los objetivos que dieron razón de ser al proyecto. Esta etapa consta de dos etapas: el diseño final del proyecto y el montaje y funcionamiento.

- Diseños finales: Una vez que se ha aprobado la realización de un proyecto, se adjudican los contratos para los diseños finales. (El estudio de factibilidad se refleja aquí, ya que los cambios realizados serán menores).
- Montaje o construcción y operación: El proceso de implementación del proyecto implica construirlos o ensamblarlos y administrarlos a lo largo de su ciclo de vida (operación). La evaluación es importante en esta etapa porque permite realizar ajustes en el diseño e implementación del proyecto para lograr las metas.

### **3. Etapa Ex Post:**

Generación de efectos y efectos a mediano y largo plazo, evaluación posterior. Este término se refiere a la etapa posterior a la finalización del proyecto. El propósito de esta fase es documentar la experiencia del proyecto y averiguar cómo funcionó el proyecto según lo programado para poder adquirir experiencia en proyectos futuros. La post-evaluación mide el impacto efectivo, positivo o negativo del proyecto.

#### **1.9.2.2. Teoría del sector público**

- **John Maynard Keynes**

Llego a plantear que para poder llegar al equilibrio mediante una plena ocupación es necesario la intervención del estado, debido a que este puede mantener el nivel del gasto y de la inversión, ya sea controlando las tasas de interés mediante políticas monetarias, o ejerciendo un control en los tipos de inversión.

##### **1.9.2.2.1. Funciones del Estado.<sup>15</sup>**

- **Función de Asignación**

---

<sup>15</sup> Musgrave, R., “Hacienda pública teórica y aplicada”, México, McGraw-Hill Editores, 2º Edición, 1973.

Esta encargada de cubrir las necesidades sociales a través de la capacitación de impuestos y su posterior inversión en bienes y servicios públicos suministrados libres de carga directa al consumidor, es decir sin ningún precio.

Debido a que existe bienes que no pueden proveerse directamente entre productores y consumidores, provocando que el mercado falle o provoca que funcione de manera ineficaz, estos son los bienes sociales donde no se puede excluir a ningún consumidor de la participación de los beneficios. Surge de esta manera un problema de cómo el gobierno deberá determinar la cantidad de estos bienes se proveerá y cuánto será el precio a pagar para los consumidores

- **Función de Distribución.**

El aspecto distributivo es un punto clave de controversia, ya que debe tenerse en cuenta que la distribución a través de los mercados implica un grado significativo de desigualdad, especialmente en la distribución de los ingresos del capital. La mayoría está de acuerdo en que es necesario algún ajuste, posiblemente con un "costo de eficiencia" que debe tenerse en cuenta al diseñar las políticas de distribución.

- **Función de Estabilización.**

Es un medio para contrarrestar los efectos de las crisis y de los auges a lo largo de los ciclos económicos.

Se cree ampliamente que el mercado y la empresa privada son las claves del éxito económico, y que el estado juega un importante papel complementario al mercado. Sin embargo, la naturaleza exacta de este papel es discutible.

#### **1.9.2.2.2. Acciones del Estado.<sup>16</sup>**

De acuerdo a Greenwald y Stiglitz “el estado debe intervenir en las áreas donde existen fallas de mercado y su intervención supone la mejora, participando activamente en el

---

<sup>16</sup> Joseph Stiglitz. “La Economía del Sector Público”. España, editorial Antoni Bosch, S.A. 3ª Ed. 2000. Pag.13-14.

mantenimiento de pleno empleo y en la reducción de la pobreza”. Las acciones que deberá tomar el estado son:

- **Acciones de Regulación.**

Su finalidad es hacer que los agentes económicos se comporten de determinada manera. El estado influye en las decisiones del mercado, tanto en la producción de bienes y servicios como en el establecimiento de instalaciones de producción. Sin embargo, también existen acciones cuyo único objeto es la propia regulación, y generalmente se caracterizan por la regulación. Esto se debe a que los países no necesitan movilizar directamente los recursos materiales y financieros requeridos para otro tipo de acciones para alcanzar sus objetivos.

- **Acciones de producción de bienes y servicios.**

El Estado tiene la responsabilidad de organizar y proporcionar servicios judiciales, policiales, de defensa, inmobiliarios y de otro tipo. Desde un punto de vista económico, la llamada "administración pública" se define como una unidad que produce servicios básicos específicos en una comunidad organizada que combina los factores de producción y crea valor agregado a través de la eficiencia de las funciones realizadas y los recursos asignado puede ser visto.

- **Acciones en el campo del financiamiento.**

Para que el estado obtenga los recursos y factores necesarios para la producción y acumulación, debe movilizar medios de pago que permitan la transferencia de estos recursos materiales al ámbito de la economía estatal.

El Estado lleva a cabo acciones encaminadas a cambiar el destino de los flujos financieros, mientras que su motivo central no es el uso de los recursos para sí mismos. En este sentido, sus objetivos son, en última instancia, modificar la distribución de la renta a favor del desarrollo de determinadas actividades, o proporcionar a determinados colectivos una renta relativamente superior a la que podrían obtener del juego.

- **Acciones de acumulación.**

Contribuyen a la constitución de un fondo de locales y equipamientos necesarios para la prestación de servicios públicos, como la construcción de una empresa de semillas, la adquisición de edificios de la administración pública, etc. Esto aplica a la ejecución delegada de activos fijos, ya que en la mayoría de los casos se trata de la construcción de equipos o instalaciones, el proyecto de ingeniería es realizado por el estado, y sólo su realización es responsabilidad del sujeto, en este caso sería encomendada a nuestros productores campesinos.

#### **1.9.2.2.3. Los fallos de la intervención del Estado<sup>17</sup>**

Hay cuatro razones para el fracaso sistemático del estado en lograr sus objetivos declarados: su información limitada, su conocimiento limitado de las empresas privadas a sus intervenciones, el debilitamiento del control sobre la burocracia y los límites impuestos por los procesos políticos.

##### **1. Información limitada:**

El gobierno no tiene información suficiente para tomar decisiones y las medidas tienen consecuencias complejas y difíciles de predecir.

##### **2. Control limitado de las empresas privadas:**

El Estado no controla totalmente las consecuencias de sus intervenciones, es sobre todo el sector privado el que sigue determinando los servicios y los precios.

##### **3. Control limitado de la burocracia:**

El Parlamento aprueba las leyes, pero delega su ejecución en los organismos públicos, quienes en muchos casos son los responsables del cumplimiento de la normativa.

##### **4. Limitaciones impuestas por los procesos políticos:**

---

<sup>17</sup> Joseph Stiglitz. “La Economía del Sector Público”. España, editorial Antoni Bosch, S.A. Págs. 24 a 26.

Las soluciones plantean cuestiones como; Se anima a los políticos a responder a determinados grupos de presión, soluciones sencillas a problemas complejos.

### **1.9.2.3. Teoría del Capital Humano.**

Los estudios acerca de la influencia que tienen en el crecimiento económico los cambios en la calidad de vida de las personas son relativamente recientes y se conocen como la teoría del capital humano. Esta corriente surge del planteamiento de los economistas teóricos acerca de la razón del crecimiento de las economías desarrolladas más allá de lo que podía explicarse por las inversiones en capital físico y la incorporación de más mano de obra.

Surge así el interés por estudiar la contribución de la salud y la educación al crecimiento económico. Si bien la investigación sobre el rendimiento de la inversión en las personas aún está en proceso, los primeros resultados apuntan a la presencia de un efecto multiplicador de la inversión similar al producido por la inversión en bienes de capital. Esta evidencia ha servido como justificante para que en los países desarrollados se impulse la inversión en salud y educación como parte de sus programas de desarrollo económico.

- **Alfred Marshall (1880).<sup>18</sup>**

Mencionaba que los primeros economistas razonaron como si el carácter y la eficiencia del hombre pudiera ser considerada una cantidad fija, también considera que la economía está prestando cada año una mayor atención a la flexibilidad de la naturaleza humana y la forma en la cual el carácter del hombre afecta y es afectado por los métodos prevaletentes de producción, la distribución y el consumo de la riqueza. También nos dice que “Estamos próximos a considerar las condiciones de las cuales dependen de la salud y la fortaleza física, mental y moral. Ellas son las bases de la eficiencia de la industria, de la cual depende la producción de riqueza material, recíprocamente, la mayor importancia de la riqueza material está en que, cuando es usada sabiamente produce un aumento de la salud y la fortaleza física, mental y moral de la raza humana”.

---

<sup>18</sup> Hacia una definición de la economía de la salud, Medellín Colombia, año 1999. Pág. 24.

Dublin y Lotka, demógrafos y estadísticos definieron el capital del hombre como un valor presente, descontado de los ingresos futuros del salario, reducido por los costos de nacimiento, educación y mantenimiento durante la vida laboral. En su estudio ellos llegan a recopilar las ideas que sobre el tema fueron presentadas en los trabajos de Adam Smith, Petty, William Farr, Frederick Engels, entre otros.<sup>19</sup>

- **Theodore William Schultz (1961).**

Es considerado el padre de la economía de la educación y uno de los pioneros en la teoría del capital humano. Entre 1959 y 1963 menciona que el acceso a la educación y a la salud era determinado por los diferentes ingresos. Los adelantos en conocimiento y el mejoramiento de la calidad de la población, son factores determinantes para el bienestar de la población, es por esto que se deben buscar la adquisición de habilidades por medio de la escolarización e inversión en salud, especialmente para las personas con bajos ingresos.

Menciona que “Al invertir en sí mismos, los seres humanos aumentan el campo de sus posibilidades. Es un camino por el cual los hombres pueden aumentar su bienestar. Cualquier trabajador, al insertarse en el sistema productivo, no sólo aporta su fuerza física y su habilidad natural, sino que, además, viene consigo un bagaje de conocimientos adquiridos a través de la educación”<sup>20</sup>

Invertir en escolaridad, salud, en la forma de crianza de los niños, en profesionales, en investigación es invertir en capital humano, lo que a su vez disminuye la brecha entre pobres y ricos<sup>21</sup>. Propone distinguir cinco factores que han contribuido a mejorar las capacidades humanas:

---

<sup>19</sup> U.S Department of Labor, Bureau of labor Statics.

<sup>20</sup> Marleny Cardona Acevedo, Isabel Cristina Montes Gutiérrez, Juan José Vásquez Maya. “Teoría del Capital Humano”.

<sup>21</sup> Díaz de Iparraguirre M. “Capital Humano, su Relación con la Promoción de la Competitividad y el Desarrollo Sostenible”. Caracas. Págs. 51-53.

1. Las inversiones en la salud y servicios entendidas de forma genérica, como gasto que afecta a la esperanza de vida, vigor y vitalidad de las personas.
2. Entrenamiento en el trabajo
3. Educación general en los niveles elementales, de segundo grado y mayores
4. Programas de estudios de adultos
5. Migración de familias jóvenes o individuos en busca de nuevas oportunidades

También defendió en su libro “Investing in people” hace énfasis en la economía de la pobreza, donde la clave para contribuir con el bienestar humano, es invertir en la calidad de la población ya que determina en gran parte las perspectivas futuras de la humanidad, considera que la calidad de la población consiste en verla como un recurso escaso, lo que implica que tiene un valor económico y un costo. Las inversiones en educación en servicios sanitarios en formación en el trabajo contribuyen que el capital humano crezca.

- **Gary Becker (1964).**

Cuyo interés es el capital humano y lo define como el conjunto de las capacidades productivas que un individuo adquiere por acumulación de conocimientos generales o específicos.

El modelo propuesto por Becker se distingue, como el primero, por su extrema sencillez. Decisiones familiares en materia de consumo, jornada laboral y educación. Becker desarrolla un modelo formal para examinar las decisiones familiares sobre cuánto capital humano "producir" con este modelo.

Becker estudia cómo cambian las variables anteriores a lo largo de la vida de una persona, explica por qué las personas dedican menos tiempo a la producción de capital humano con la edad; Capital humano e ingreso, Becker explica la relación entre la inversión en capital humano y la distribución del ingreso, la cantidad a invertir en capital humano será la que corresponda a la oferta y la demanda.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Falgueras I. “El Capital Humano en la Teoría Económica: Orígenes y su Evolución”. Volumen 2. Págs. 31-35.



#### **1.9.2.4. El Capital Humano y la Salud.<sup>23</sup>**

El vínculo entre el capital humano y la salud se basa en la idea de que las personas, como agentes de producción, mejoran su inversión en su salud, obteniendo rendimientos futuros permanentes del trabajo creado por esta inversión y ahorrando costos futuros de atención médica. el futuro debido a la menor morbilidad.

Con base en esta proposición, la salud puede ser un bien de consumo que entra directamente en la función de utilidad de los individuos, y un bien de capital que produce días de salud, es decir, la formación de capital en salud determina cuánto tiempo las personas pueden pasar trabajando, ganándose la vida. dinero y la producción de bienes, por lo que la mejora de la salud reduce el tiempo perdido por enfermedad.

Por lo tanto, la buena salud aumenta la productividad de los individuos y el crecimiento económico de los países. En este sentido, los beneficios de una mejor salud serán menos días de enfermedad, mayor productividad y más oportunidades de salarios más altos. Por otro lado, las inversiones en atención médica y prevención reducirán la tasa de depreciación del capital humano y reducirán la disminución de la productividad laboral relacionada con la edad.

En cuanto a las inversiones en salud preventiva, son más beneficiosas que las que resultan de su aplicación específica porque son capaces de establecer complementariedades positivas más allá de las que resultan únicamente de los efectos médicos directos.

#### **1.9.2.5. Economía de la salud.<sup>24</sup>**

Así como el capitalismo se caracteriza esencialmente por las fuerzas del mercado y sus correspondientes relaciones sociales de producción y distribución de bienes y servicios entre diversos "agentes racionales", la salud en este sistema se ha convertido en un bien o servicio económico, es decir la misma lógica del mercado.

---

<sup>23</sup> Félix Murillo Alfaro. "La Educación y la Circularidad de la Pobreza". 2000. Pág. 4.

<sup>24</sup> Armando Gil Ospina. "Economía de la salud, Antecedentes y Perspectivas" Pag.81.

Así como el capitalismo se caracteriza esencialmente por las fuerzas del mercado y sus correspondientes relaciones sociales de producción y distribución de bienes y servicios entre los distintos “agentes racionales”, la salud en este sistema se ha convertido en un bien o servicio económico, vale decir, está circunscrito en la misma lógica del mercado.

- **El mercado médico más allá de la economía clásica.**

Durante varios siglos la salud pública y la atención en los centros hospitalarios estuvo a cargo del Estado con un sentido de caridad y beneficencia, fundamentalmente; incluso, los médicos y las distintas empresas de la salud se han diferenciado en alguna medida de otros tipos de negocios, algo así como que los profesionales de la salud han tenido capacidad de trascender la norma del mercado – beneficio máximo – impulsados por el juramento hipocrático y la sensibilidad social de la enfermedad.

Es de conocimiento que dentro de la estructura del mercado el precio es un mecanismo por el cual se igualan la oferta y la demanda de los distintos bienes y servicios llegando a un equilibrio, sin embargo, esto no llega a ocurrir en todos los mercados debido a la acción libre de las fuerzas contrarias, se presentan fallos o inestabilidad en el mercado, ya sea por un exceso o déficit en la oferta o en la demanda. En estas situaciones el estado deberá enfrentar esta situación empleando las medidas necesarias.

Cabe señalar que, en gran medida, la demanda de atención médica está determinada por los proveedores de atención médica. Inicialmente es el paciente quien necesita atención médica, pero es él quien determina los servicios de atención cada vez más especializados; Así, un aumento en la oferta de médicos lleva a un aumento en los procedimientos médicos. La demanda debe, como cualquier mercado, ser regulada por el consumidor.

estar, como cualquier mercado, regulado por el consumidor.

- **Manuel Collazo Herrera.<sup>25</sup>**

---

<sup>25</sup> F. Manuel Collazo Herrera, Justo Cárdenas Rodríguez. “La Economía de la Salud”. Pág. 359.

Menciona que la estabilidad y el crecimiento económico son inconcebibles sin la prosperidad de la sociedad en su conjunto, es decir, sin igualdad de servicios médicos y oportunidades sociales para todos. Alcanzar la salud implica satisfacer las necesidades expresadas en la demanda, requiere una función de producción que combine eficientemente los recursos para lograr el máximo efecto social posible, sirviendo como herramienta para alcanzar la justicia.

La rentabilidad de la salud se relaciona con el conocimiento de los esfuerzos de salud, los costos y la medición de los beneficios de las actividades relacionadas, no solo en términos monetarios, sino también en términos de producto.

- **Alberto Baly Gil (2001).**<sup>26</sup>

Recuérdese que la evaluación económica de la salud analiza explícitamente las diferentes opciones de elección de procedimientos, servicios o tecnologías médicas para solucionar o prevenir un problema de salud, es decir, H. identifica las opciones, los costos y los beneficios de cada uno.

Las necesidades de la industria son ilimitadas, pero los recursos son limitados. Esto significa que los recursos utilizados en una actividad relacionada con la salud limitan la eficacia de otras actividades dentro o fuera del sector.

El objetivo para evaluar el sector salud en la economía es estudiar la distribución de los escasos recursos disponibles para lograr el máximo rendimiento posible, medido por la mejora de los indicadores de cantidad y calidad de la salud.

Amartya Sen desataca la importancia de la salud y establece que, junto con la educación, constituyen las capacidades básicas que confieren valor a la vida humana. Más allá de ello, Nussbaum y Sen desatacan que la salud se encuentra entre las libertades sustantivas básicas del hombre y por lo tanto es un componente fundamental de la calidad de vida y

---

<sup>26</sup> Alberto Baly Gil, María Eugenia Toledo, Félix Rodríguez. “La Economía de la Salud, la Eficiencia y el Costo de Oportunidad”. Pág. 395.

el desarrollo humano.<sup>27</sup> Por esta razón en el sector salud es importante la intervención del estado mediante el diseño y ejecución de políticas públicas de mediano y largo plazo.

Se consideró la teoría del ciclo del proyecto debido a que es importante tener el conocimiento de la metodología que se usa para la elaboración de un proyecto y las etapas que tiene a lo largo de su ciclo de vida.

La teoría del sector público se consideró debido a que nos menciona la importancia del rol del estado en la economía y su intervención, como el estado deberá intervenir en ciertos aspectos principalmente se destaca el de que deberá cubrir las necesidades que la población demanda, pero también se hace mención en esta teoría que el estado presentara algunas fallas en su intervención las cuales ocasionaría que no llegue a lograr sus objetivos planteados.

La teoría del capital humano sirve para sustentar la importancia de la inversión del estado en los sectores de educación y salud en el desarrollo de un país, se menciona en esta teoría que desde tiempos de la revolución industrial los grandes economistas empezaron a notar la importancia del hombre en la producción y por lo cual se debe hacer lo posible para mejorar la calidad de vida de los trabajadores ya que estos son el pilar de la producción y el desarrollo de una nación.

---

<sup>27</sup> Economía y Sociedad, año XI, No 17. Pág.19

**CAPÍTULO 2**  
**MARCO DE**  
**POLÍTICA,**  
**LEGAL E**  
**INSTITUCIONAL**

## **CAPÍTULO II: MARCO DE POLÍTICA, LEGAL E INSTITUCIONAL.**

### **2.1. ASPECTOS DE POLÍTICAS.**

#### **2.1.1. Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien” 2006-2011.<sup>28</sup>**

El Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien” 2006-2011 define políticas a favor del Sector Salud con el objetivo de la eliminación de la exclusión social, que se conseguirá con la implementación del Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, que asume la medicina tradicional. Este sistema será inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y calidez. El sistema de salud generará un ambiente sano y sostenible vigilando el ámbito productivo, los desechos industriales, residuos hospitalarios y suelos (minería, agricultura, hidrocarburos y otros). Para ello se crearán políticas, normas y sistemas.

##### **2.1.1.1. Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud.**

Esta política permitirá el acceso a los servicios de salud del 100% de la población boliviana bajo el Sistema Único, Intercultural y Comunitario, mediante la promoción de hábitos y conductas saludables en individuos, familia y la comunidad, logrando una población sana y productiva, que participe en la transformación económica, social y cultural, con la aplicación de un modelo de salud familiar, plurinacional y comunitaria.

La estrategia de esta política es la Universalización del acceso al Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, orientada a superar toda forma de exclusión en salud, que se traduce en altos índices de enfermedad y muerte, pero también en personas con hábitos no saludables.

Para la implementación del programa Modelo de Salud Familiar y Comunitaria Intercultural se fortalecerán las redes de salud (infraestructura, equipamiento, insumos, medicamentos y capacitación del personal de las redes de servicios de salud, redes

---

<sup>28</sup> Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien”.2006-2011. Pág. 38-42.

sociales e intersectoriales) en todo el ámbito nacional (nueve prefecturas y 327 municipios) para aumentar la capacidad resolutoria de enfermedades y discapacidades.

#### **2.1.1.2. Rectoría.**

Esta política recuperará la soberanía y la rectoría del sistema liderando la intersectorialidad para la salud; con mayor capacidad de gestión que permitirá garantizar la sostenibilidad financiera del Sector para proteger la salud de los bolivianos, sus condiciones de vida, de trabajo y de su relación con el ambiente. También se buscará que el Sistema de Salud cuente con un marco jurídico normativo, administrativo y financiero independiente de condicionamientos externos.

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

#### **2.1.1.3. Movilización Social.**

Esta política plantea promover la ciudadanía activa, participativa y responsable de su salud (gestión social, movilización social y control social) creando consejos de salud a nivel nacional, departamental y municipal. Esto permitirá aumentar los años de vida saludable de la población y con ello se logrará contar con más gente sana y, por ende, mayor productividad para el país.

La estrategia de esta política es la revalorización de la salud en las prioridades de los hombres, mujeres, comunidades y familias bolivianas, orientada a la promoción de una ciudadanía activa, participativa y responsable, con influencia en la creación de una atmósfera espiritual para la percepción del desarrollo físico y mental en el hogar, en el trabajo y en la colectividad, en el marco de la responsabilidad para la sostenibilidad del ambiente sano y productivo.

#### **2.1.1.4. Promoción de la Salud.**

Propone la recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y localidad de vida, orientada a intervenir coordinadamente entre el sector salud y los demás sectores del Estado en los factores determinantes de la exclusión social en salud,

incrementando el acceso de la población a servicios básicos, como educación, trabajo digno o decente, seguridad, energía limpia, vivienda, saneamiento básico, nutrición y salud para el Vivir Bien.

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

Para lograr esta estrategia se implementará el programa «Intersectorialidad», como una acción intersectorial, integral, articulada y sostenible para contribuir a mejorar la capacidad del Estado para enfrentar los problemas de los diferentes grupos sociales, logrando aumentar la calidad de vida y alcanzar la equidad por sobre intereses excluyentes, contribuyendo con ello a la dignidad nacional.

#### **2.1.1.5. Solidaridad.**

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

La estrategia es la Alianza nacional para la erradicación de la desnutrición, la violencia y la inclusión de grupos más desprotegidos que viven en extrema pobreza, orientada a eliminar la exclusión social en salud más intolerable y la inserción de esos grupos en mejores niveles de vida.

Para lograr esta estrategia se implementará el programa Solidaridad, que busca mejorar la calidad y la cantidad de los alimentos y, sobretodo, cambiar los hábitos alimentarios, focalizando las intervenciones en forma inmediata, en tanto se vayan modificando las estructuras sociales y del Estado para el “bien vivir”. Asimismo, se plantea luchar contra



la violencia, fundamentalmente en niñas menores de cinco años.

### **2.1.2 Plan de Desarrollo Sectorial 2011-2015.<sup>29</sup>**

El propósito del presente Plan es consolidar el ejercicio del derecho a la salud a partir de la construcción y desarrollo del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, con acceso universal sin costo en el punto de atención, priorizando la promoción de la salud, la participación y el control social, con rectoría del Ministerio de Salud y Deportes.

El propósito busca la integración de los diferentes subsectores en el Sistema Único y la aplicación efectiva de la política sanitaria de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI). El Sistema Único de Salud estará regulado por ley para su aplicación en todo el territorio nacional.

Ejes de desarrollo.

A partir del mandato legal de la Constitución Política del Estado, del mandato estratégico del Plan Nacional de Desarrollo, del marco conceptual y del análisis situacional del Sector, se establecen los siguientes ejes de desarrollo que orientarán el accionar del Sector Salud para el periodo 2011-2015, y que se operativizan dentro del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural:

- Acceso Universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural
- Promoción de la Salud y Movilización Social
- Rectoría y Soberanía en Salud

Cada uno de estos Ejes de Desarrollo comprende categorías específicas de problemas:

- El primer Eje está orientado a garantizar el acceso universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, sin costo en el punto de atención y con

---

<sup>29</sup> Plan de Desarrollo Sectorial 2011-2015, Pág. 57-75.

calidad.

- El segundo Eje está orientado a incidir en las determinantes de la salud, promover el ejercicio pleno del derecho a la salud, la participación y control social en salud.
  - El tercer Eje está orientado a fortalecer la capacidad rectora del Ministerio de Salud y Deportes y el ejercicio de la autoridad sanitaria en todos los niveles de gestión y en todo el Sector.
- EJE 1 Acceso universal al Sistema Único SAFCI.

Busca efectivizar el acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad sin costo en el punto de atención, para toda la población, en sus diferentes ciclos de vida y en igualdad de condiciones, las metas que se busca son:

- Mejorar la calidad, capacidad resolutive y gestión de recursos humanos y servicios en todo el Sector, en las redes de salud funcionales.
  - Fortalecer, promover, y desarrollar saberes ancestrales, la Medicina tradicional de los pueblos indígenas originarios campesinos, la intraculturalidad y la interculturalidad en la atención en salud.
  - Garantizar el acceso a los servicios de salud sin costo en el punto de atención, asegurando prestaciones integrales que cubran las necesidades esenciales
- EJE 2 Promoción de la Salud y Movilización Social.

El incremento del acceso y de la calidad de los servicios de salud no tiene impacto sostenible en la salud porque no permite influir en las determinantes económicas, sociales, culturales y ambientales que explican el estado de salud de la población. En este sentido, el Sector Salud desarrollará procesos de Promoción de la Salud, como un conjunto de acciones orientadas a mejorar las condiciones de vida, la armonía y el equilibrio entre la mujer, el hombre, la familia, la comunidad con la Madre Tierra, el cosmos y el mundo espiritual para Vivir Bien; a partir de la gestión participativa y movilización social, del

control intersectorial de las determinantes en corresponsabilidad entre la población organizada, autoridades y el equipo de salud, y de la educación en salud para la vida. Los objetivos que tiene este eje son:

- Desarrollar acciones conjuntas, coordinadas y corresponsables entre la población, el sector salud, otros sectores de desarrollo y autoridades del poder ejecutivo, para transformar las determinantes de salud y erradicar la desnutrición.
- Disminuir las inequidades y desigualdades (sociales, de género y culturales), erradicar la violencia e integrar las personas con discapacidad fortaleciendo acciones de promoción y prevención en el ámbito familiar y grupos vulnerables.
- Generar actitudes de protección de la salud y movilización social mediante procesos de difusión, transmisión intercambio de sentires, saberes, conocimiento y prácticas.

➤ EJE 3 Rectoría y Soberanía en Salud.

Recuperar y ejercer la autoridad sanitaria soberana de las instituciones que conducen y dirigen el Sector en el marco de las Autonomías, para asegurar el cumplimiento eficiente y efectivo de las políticas, programas y proyectos sectoriales en todo el territorio. Los objetivos del eje son:

- Mejorar la conducción y regulación sectorial por parte del Ministerio de Salud y Deportes, además de su modulación financiera.
- Coordinar la alineación de las estrategias e intervenciones del Sector según disposiciones legales vigentes (Ley Marco de autonomías, Cartas Orgánicas Municipales, Ley del Sistema Único de Salud, SAFCI y otras.
- Desarrollar la producción y difusión del conocimiento, tecnología, e

industrialización en salud.

### **2.1.3 Plan de Desarrollo Económico y Social 2016-2020.<sup>30</sup>**

El rol del estado plurinacional de Bolivia es el de proveer una salud integral y universal, una educación descolonizadora y el acceso a diversas prácticas deportivas.

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

Para poder lograr los resultados se debe continuar y consolidar las acciones estratégicas que el sector salud viene implementando como ser:

- Consolidación del financiamiento del sector salud y la aplicación de la ley N° 475.
- Se continuará entregando el subsidio universal prenatal a todas las mujeres embarazadas.
- Consolidar el Sistema Único de Información en Salud.
- Ampliar las acciones MI SALUD y TELESALUD al ámbito municipal.
- Ampliar la capacidad de los servicios de salud.
- Brindar atención de salud medica casa por casa.
- Consolidar la participación social en salud a nivel municipal y departamental.
- Incidir sobre las determinantes de salud mediante acciones de promoción y prevención.

---

<sup>30</sup> Plan de Desarrollo Económico y Social, en el marco de desarrollo integral para vivir bien 2016-2020. Pág.96-104.

- Mantener e implementar actividades de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades.
- Construir, ampliar y equipar establecimientos de salud en los tres niveles de atención.
- Implementar un programa de formación e incorporación de especialistas en salud.
- Construir y equipar institutos de cuarto nivel de atención especializada y de investigación.
- Dotar de recursos humano calificados a los establecimientos de salud para mejorar su capacidad.
- Fortalece y rescatar los conocimientos y prácticas de la medicina tradicional.

#### **2.1.4. Plan de Desarrollo Económico y Social 2021-2025.<sup>31</sup>**

Para poder garantizar el acceso a la salud de todos los habitantes de la nación si exclusión alguna y de manera gratuita se implementó el Sistema Único de Salud Universal y Gratuito – SUS mediante la ley N° 1152 del 20 de febrero del 2019, que constituye una de las políticas principales del sector salud, esta política tiene como objetivo brindar atención medica de manera gratuita a todas las bolivianas y bolivianos que no están cubiertas por la Seguridad Social.

En el marco de la política Salud familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) se estableció la incorporación de las tecnologías de la información y comunicación aplicadas a la salud mediante el programa nacional de tele-salud, se democratizo la consulta médica especializada, superando las barreras geográficas y optimizando destrezas y capacidades de los recursos humanos.

Complementariamente se realiza la implementación de políticas integrales como la

---

<sup>31</sup> Plan de Desarrollo Económico y Social 2021-2025. Pág. 21-25.

universalización del acceso a los servicios de salud, la prevención de enfermedades, así como la ampliación y mejora de la capacidad de atención de los establecimientos médicos de salud con mejor infraestructura, equipamiento y recursos humano con enfoque intercultural, esperando una mejora en la calidad de vida de la población.

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.

#### **2.1.5. Plan de Desarrollo Departamental de La Paz 2007-2010.<sup>32</sup>**

El departamento de La Paz ha sufrido un estancamiento en la mayor parte de los indicadores de desarrollo provocando que pierda la posición de liderazgo que tenía en el pasado. Por lo que se plantean varias metas de desarrollo para contrarrestar esta situación.

##### **2.1.5.1 La Paz Solidaria.**

La política social del Plan Departamental busca focalizar las acciones públicas para el cumplimiento de los objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs) hasta el 2010, donde se desglosa 8 programas de los cuales el programa 4 hace énfasis en el sector salud.

- **Programa 4 “Salud con Calidad”**

Se realizarán todos los esfuerzos para lograr implementar el seguro universal de salud y la construcción de un sistema de salud integral que promueva la movilización y la eliminación de la exclusión social:

- 1) Vigilancia Epidemiológica: Que se realizara en todo el departamento de La Paz principalmente en enfermedades como el Chagas, tuberculosis, leishmaniasis, rabia, teniasis, cisticercosis, etc.

---

<sup>32</sup> Plan de Desarrollo Departamental de La Paz 2007-2010. Pág. 27-30.

- 2) Promoción de la Salud para todos: Se desarrollará un programa de promoción y prevención de la salud en las provincias con la participación comunitaria y la formación de brigadas estudiantiles de promoción.
- 3) Seguro Escolar: Se contempla la implementación del seguro escolar a partir de la atención primaria de salud y la atención de especialidades que mejoren el rendimiento escolar como son la prestación de servicios en las especialidades de oftalmología y la entrega de kits de higiene escolar que promuevan la educación en salud.

#### **2.1.6. Plan de Desarrollo del Departamental de La Paz 2011-2020.<sup>33</sup>**

Se busca promover la igualdad de oportunidades de acceso a los servicios de salud, educación deportes, gestión social, cultural, seguridad alimentaria, seguridad ciudadana y servicios básicos para mejorar de manera sostenible la calidad de vida de la población del Departamento de La Paz. Para este fin se plantea las siguientes políticas:

- Implementación de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI), con acceso universal, sin costo en el punto de atención.

Implementación del modelo de atención en salud basado en la promoción, prevención y atención (calidad de atención, cobertura, acceso). Fortalecimiento de la estructura social para la implementación del modelo de gestión. Ejercicio de la autoridad sanitaria en salud a nivel departamental.

## **2.2. ASPECTOS LEGALES**

### **2.2.1. Constitución Política del Estado 2009.<sup>34</sup>**

La Constitución Política del Estado Plurinacional que entro en vigencia desde febrero de 2009, pone al sector salud de manera objetiva e integral en el que se define de la siguiente manera:

---

<sup>33</sup> Plan de Desarrollo del Departamento de La Paz al 2020. Pág. 111-115

<sup>34</sup> Constitución Política del Estado de 2009. Art.18, 30, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42.

- A la salud como un Derecho Fundamental.

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, intercultural, 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 30.

- I.** Es nación y pueblo indígena originario campesino toda la colectividad humana que comparta identidad cultural, idioma, tradición histórica, instituciones, territorialidad y cosmovisión, cuya existencia es anterior a la invasión colonial española.
- II.** En el marco de la unidad del Estado y de acuerdo con esta Constitución las naciones y pueblos indígena originario campesinos 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.
  - 13.** Al sistema de salud universal y gratuito que respete su cosmovisión y prácticas tradicionales.

- Al Acceso Universal al Sistema Único y su Financiamiento.

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.
- A la medicina natural.

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 activos, así como la protección de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, 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.

### **2.2.2. Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM).<sup>35</sup>**

El SSPAM se creó mediante la Ley N° 3323, de 16 de enero de 2006, que es un seguro para personas mayores de 60 años, de carácter integral y gratuito. Las personas afiliadas al Seguro Médico Gratuito de la Vejez (SMGV) pasaron a ser automáticamente beneficiarios del SSPAM. Aquellos que no estuvieran afiliados sólo presentan un documento de identificación para afiliarse. La afiliación se realiza en los gobiernos municipales.

El SSPAM cubre la atención integral de salud del adulto mayor que incluye:

---

<sup>35</sup>A. Lorena Prieto, Camilo C. “Análisis del Sector Salud de Bolivia”. Banco Interamericano de Desarrollo, agosto 2010. Pág. 69.

- La atención ambulatoria.
- Servicios complementarios de diagnóstico.
- Atenciones odontológicas.
- Hospitalización.
- Tratamientos médicos.
- Quirúrgicos.
- La provisión de insumos.
- Medicamentos necesarios y productos naturales tradicionales, de acuerdo a un listado de prestaciones y costos.

Este seguro se financia mediante tres fuentes:

- El Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH).
- Ingresos propios.
- La asignación del Tesoro General de la Nación (TGN).

Los recursos humanos en salud son financiados por las SEDES, las cajas de salud o el sector privado según sea el caso. Mientras que los recursos humanos administrativos, personal adicional en salud (médicos, enfermeras y paramédicos), y de apoyo tendrían que ser contratados por los municipios con cargo a sus propios recursos, previa justificación.

Las municipalidades se clasifican según la capacidad de resolución (niveles de atención con los que cuentan) para la asignación de los fondos:

- Municipios capitales de departamento.
- Municipios intermedios.

- Municipios pequeños.

Los municipios de capitales de departamento reciben el total de la prima por el número de afiliados. Los otros dos tipos de municipalidades reciben una fracción de esta prima según los niveles de atención con los que cuentan. El cálculo de la transferencia pasa a ser la prima correspondiente por el número de asegurados y este monto se transfiere a la Cuenta Fiscal Municipal del SSPAM de las municipalidades (gestoras de los establecimientos). Las Asociaciones Municipales Departamentales (AMD) reciben el porcentaje restante de las primas a municipalidades medianas y pequeñas. Para tales efectos las municipalidades deben presentar cuatrimestralmente la actualización de la población asegurada. Finalmente, las municipalidades pagan por las prestaciones otorgadas dentro del SSPAM (por número de pacientes y nivel de atención) y las AMDs pagan por las prestaciones otorgadas a asegurados de municipios medianos y pequeños para las atenciones de los niveles no disponibles en su jurisdicción, en ambos casos, directamente a los establecimientos.

### **2.2.3. Programa Desnutrición cero.<sup>36</sup>**

El programa Desnutrición Cero se lanzó el año 2006 como un programa multisectorial y coordinado por el Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN). Está presidido por el Presidente de la República, y está conformado por representantes de la sociedad civil y nueve ministerios: Presidencia, Planificación del Desarrollo, Hacienda, Producción y Microempresa, Desarrollo Rural, Agropecuario y Medio Ambiente, Educación y Culturas, Salud y Deportes, Justicia, Agua. El Ministerio de Salud y Deportes (MSD) tiene el rol de Secretaría Técnica.

En el año 2007 se llega a consolidar la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) con los componentes AIEPI-Nut Clínico y Comunitario para contribuir con la erradicación de la desnutrición de la niñez. La estrategia AIEPI-Nut Clínico mejora las habilidades del personal de salud e incluye el AIEPI Neonatal. Por otro

---

<sup>36</sup> Natasha Morales, Eduardo Pando, Juliana Johannsen; “Comprendiendo el Programa Desnutrición cero en Bolivia: Un Análisis de redes y Actores, Banco Interamericano de Desarrollo, 2010. Pág.6-13.

lado, la estrategia AIEPI Comunitario mejora las prácticas familiares y comunitarias, con un enfoque hacia actores sociales y sus redes.

Las líneas de acción de este programa son:

- Promoción de las mejores prácticas de alimentación y cuidado de los niños y niñas, con participación social, a través de la estrategia AIEPI-Nut Comunitario, apoyada con la comunicación interpersonal.
- Fortalecimiento de la capacidad institucional para la atención nutricional y de las enfermedades prevalentes de los niños y niñas menores de 5 años e identificación de 66 tratamientos de niños desnutridos; para lo cual, las intervenciones principales son el AIEPI-Nut Clínico, la Iniciativa Hospitales Amigos de la Madre y el Niño (IHAMN), las Unidades de Nutrición Integral (UNI) y el manejo estandarizado del desnutrido severo en hospitales de referencia.
- Promoción del consumo de micronutrientes (Chispitas Nutricionales, Vitamina A, zinc) y del alimento complementario “Nutribebé” para niños de 6 a 24 meses y de otros complementos nutricionales para mujeres embarazadas desnutridas.

#### **2.2.4. Bono Madre Niño-Niña “Juana Azurduy” (Bono Juana Azurduy).<sup>37</sup>**

El Bono Juana Azurduy se establece mediante el Decreto Supremo No. 0066 el 3 de abril 2009 en el marco del Programa de Desnutrición Cero y las políticas de erradicación de la extrema pobreza. Su objetivo es incentivar a la maternidad segura y al desarrollo integral de la población menor de dos años para lograr disminuir la tasa de mortalidad materna e infantil y la desnutrición crónica de los niños y niñas menores de 2 años. Se establece el 27 de mayo de 2009 como la fecha del inicio del programa.

Se trata de un programa de transferencias condicionadas para mujeres gestantes y niños menores de dos años. Para cobrar los bonos, las mujeres gestantes deben acudir a cuatro controles prenatales, acceder a tener un parto institucional más el control post-natal. Los niños y niñas menores de dos años deben recibir un total de 12 controles bimestrales integrales de salud.

---

<sup>37</sup> Decreto Supremo N° 0066, Bono Madre Niño – Niña “Juana Azurduy”. Art. 1 a 7.

El Ministerio de Salud y Deportes (MSD) es el responsable de la administración, coordinación y pago del bono. Los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) apoyan con los servicios necesarios para la implementación del bono a nivel de redes de salud. Las municipalidades se encargan de la afiliación de los beneficiarios y de la provisión de los servicios de salud requeridos en la municipalidad. Una de las condiciones de entrada para las beneficiarias del Bono Juana Azurduy es estar inscritas en el SUMI y las corresponsabilidades de las madres del Bono tienen que cumplir una parte de las prestaciones del SUMI, con lo cual cumple el rol de provisión de los servicios correspondientes de oferta para el programa del Bono.

El Ministerio de Planificación del Desarrollo evalúa anualmente la implementación de este programa el cual se financia con recursos provenientes de:

- El Tesoro General de la Nación (TGN).
- Donaciones y créditos externos e internos.
- Transferencias de entidades e instituciones públicas y privadas.

El MSD es el responsable de efectuar los pagos a través de convenios o contratos con entidades públicas o privadas. En el primer año se coordinó con los militares y dos bancos grandes para realizar los pagos, hasta que se optó por la entrega de los pagos únicamente mediante entidades financieras a partir de junio de 2010.

#### **2.2.5. Ley Marco de Autonomías Descentralización “Andrés Báñez”.**

Es la ley que fue promulgada el 19 de julio de 2010, y que tiene por objeto la regulación del régimen de autonomías del país, puesto que nuestro país se reconoce como “un Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario, libre, independiente, soberano, democrático, intercultural, descentralizado y con autonomía”

#### **Artículo 81. (SALUD).**

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:

- 1) Elaborar la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionados con la salud.
- 2) Alinear y armonizar el accionar de la cooperación internacional a la política sectorial.
- 3) Representar y dirigir las relaciones internacionales del país en materia de salud en el marco de la política exterior.
- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) Promover y apoyar la implementación de las instancias de gestión participativa y control social.
- 9) 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.
- 10) 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.

11) 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:

**1. Nivel central del Estado:**

Garantizar la recuperación de la medicina tradicional en el marco del Sistema Único de Salud.

**2. Gobiernos departamentales autónomos:**

- Ejercer la rectoría en salud en el departamento para el funcionamiento del Sistema Único de Salud, en el marco de las políticas nacionales.
- Proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del tercer nivel.
- Proveer a los establecimientos de salud del tercer nivel, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.
- 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.
- Planificar la estructuración de redes de salud funcionales y de calidad, en coordinación con las entidades territoriales autónomas municipales e indígena originario campesinas en el marco de la Política Nacional de la Salud Familiar



#### Comunitaria Intercultural.

- 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.
- Acreditar los servicios de salud dentro del departamento de acuerdo a la norma del nivel central del Estado.
- Ejecutar los programas epidemiológicos en coordinación con el nivel central del Estado y municipal del sector.
- Elaborar y ejecutar programas y proyectos departamentales de promoción de salud y prevención de enfermedades en el marco de la política de salud.
- Monitorear, supervisar y evaluar el desempeño de los directores, equipo de salud, personal médico y administrativo del departamento en coordinación y concurrencia con el municipio.
- Apoyar y promover la implementación de las instancias departamentales de participación y control social en salud y de análisis intersectorial.
- Fortalecer el desarrollo de los recursos humanos necesarios para el Sistema Único de Salud en conformidad a la ley que lo regula.
- Informar al ente rector nacional del sector salud y las otras entidades territoriales autónomas sobre todo lo que requiera el Sistema Único de Información en salud y recibir la información que requieran.
- Ejercer control en el funcionamiento y atención con calidad de todos los servicios públicos, privados, sin fines de lucro, seguridad social, y prácticas relacionadas con la salud con la aplicación de normas nacionales.
- Ejercer control en coordinación con los gobiernos autónomos municipales del expendio y uso de productos farmacéuticos, químicos o físicos relacionados con la salud.
- Ejecutar las acciones de vigilancia y control sanitario del personal y poblaciones de riesgo 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 coordinación y concurrencia con los gobiernos municipales.

- Vigilar y monitorear las imágenes, contenidos y mensajes que afecten la salud mental de niños, adolescentes y público en general, emitidos por medios masivos de comunicación, asimismo las emisiones sonoras en general.

#### **2.2.6. Ley 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia.<sup>38</sup>**

La Ley N° 475, de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, establece y regula la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria descrita en la citada Ley, que no se encuentre cubierta por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo; así como establece las bases para la universalización de la atención integral en salud.

La presente Ley tiene por objeto:

1. Establecer y regular la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria descrita en la presente Ley, que no se encuentre cubierta por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo.
2. Establecer las bases para la universalización de la atención integral en salud.

Los principios que rigen la presente Ley son los siguientes:

- 1. Integralidad.** Articula los procesos de promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad, con calidad, calidez, pertinencia, oportunidad, continuidad e idoneidad, a la persona, familia y comunidad.
- 2. Interculturalidad.** Recupera, fortalece y revitaliza la identidad cultural de los pueblos y naciones indígena originario campesinos y afro bolivianos, en el proceso

---

<sup>38</sup> Ley 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral. Pág. 1.

salud - enfermedad de la persona, familia.

**3. Interculturalidad.** Reconoce, acepta y respeta los sentires, saberes, conocimientos y prácticas de los pueblos y naciones indígena originario campesinos y afro bolivianos, a través de acciones y servicios que asumen recíprocamente las lógicas culturales en salud, con la articulación de las medicinas tradicionales y académicas.

**4. Calidad en Salud centrada en la persona y la comunidad.** Responsabiliza y compromete a las organizaciones e instituciones de salud para aplicar los conocimientos y tecnologías disponibles, garantizando el buen trato y la capacidad resolutive adecuada a las necesidades y expectativas de las y los usuarios.

**5. Oportunidad.** Los servicios de salud se brindan en el momento y circunstancias que la persona, familia y comunidad los necesiten, obteniendo el máximo beneficio sin postergaciones que pudiesen generar perjuicios, complicaciones o daños. Y comunidad.

Son beneficiarias y beneficiarios de la atención integral y protección financiera de salud, todos los habitantes y estantes del territorio nacional que no cuenten con algún seguro de salud y que estén comprendidos en los siguientes grupos poblacionales:

- ✓ Mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis (6) meses posteriores al parto.
- ✓ Niñas y niños menores de cinco (5) años de edad.
- ✓ Mujeres y hombres a partir de los sesenta (60) años.
- ✓ Mujeres en edad fértil respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva.
- ✓ Personas con discapacidad que se encuentren calificadas según el Sistema Informático del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad – SIPRUNPCD.

- ✓ Otros que se determinen por Resolución del Consejo de Coordinación Sectorial de Salud, refrendado y aprobado por Decreto Supremo, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 12 de la presente Ley.

### **2.2.7. Subsidio Universal Prenatal por la Vida.<sup>39</sup>**

El presente Decreto Supremo tiene por objeto instituir el “Subsidio Universal Prenatal por la Vida” para mujeres gestantes que no están registradas en ningún Ente Gestor del Seguro Social de Corto Plazo, con la finalidad de mejorar la salud materna y reducir la mortalidad neonatal

#### **ARTÍCULO 3.**

I. Se instituye el “Subsidio Universal Prenatal por la Vida” para la madre gestante que no está registrada en ningún Ente Gestor del Seguro Social de Corto Plazo.

II. El “Subsidio Universal Prenatal por la Vida” consiste en la entrega a la madre gestante beneficiaria de cuatro (4) paquetes de productos en especie equivalentes cada uno a un monto de Bs300.- (TRESCIENTOS 00/100 BOLIVIANOS).

III. Los productos que integran el “Subsidio Universal Prenatal por la Vida” serán establecidos por el Ministerio de Salud en reglamentación específica, priorizando alimentos locales de alto valor nutritivo que contribuyan a mejorar el estado nutricional de las madres gestantes.

#### **ARTÍCULO 4 (Beneficiarias).**

Son beneficiarias del “Subsidio Universal Prenatal por la Vida” todas las mujeres gestantes que se encuentren inscritas en el Bono Madre Niño - Niña “Juana Azurduy”.

#### **ARTÍCULO 5 (Forma de Entrega).**

I. El “Subsidio Universal Prenatal por la Vida” será entregado mensualmente a las mujeres gestantes, a partir del quinto mes de embarazo.

---

<sup>39</sup> Decreto Supremo N° 2480 6 de agosto de 2015.

II. En todos los casos, las entregas se realizarán después de realizado y verificado el control prenatal que corresponda por el Bono Madre Niño - Niña “Juana Azurduy”.

## **2.3. ASPECTOS INSTITUCIONALES.**

### **2.3.1. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP).<sup>40</sup>**

El Ministerio de Economía y Finanzas Públicas tiene la misión “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 soberanasque 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”.

De acuerdo al Decreto Supremo N° 29894 aprobado el 7 de febrero de 2009, el Ministerio de Economía y Finanzas Publicas tiene las siguientes atribuciones y competencia<sup>41</sup>:

- Formular las políticas macroeconómicas en el marco del Plan General de DesarrolloEconómico y Social.
- Elaborar y proponer planes, políticas, estrategias y proveimientos de endeudamiento nacional y subnacional en el marco del Plan de Endeudamiento-PNE y el Programa Anual de Endeudamiento-PAE.
- Elaborar el proyecto de Presupuesto General de la Nación, en coordinación con los Órganos y Entidades del Sector Público, en el marco del Plan General de DesarrolloEconómico y Social.
- Controlar la ejecución presupuestaria de los Órganos y Entidades del Sector Público, establecidos en la Constitución Política del Estado.
- Asignar los recursos en el marco del PGE y de acuerdo a la disponibilidad del

---

<sup>40</sup> [www.economiayfinanzas.gob.bo](http://www.economiayfinanzas.gob.bo)

<sup>41</sup> Decreto Supremo N°29894, Organización del Órgano Ejecutivo, La Paz, 25 de enero 2009.

Tesoro General de la Nación.

- Recopilar, procesar y publicar información económica financiera de las entidades del sector público de los diferentes niveles territoriales.

### **2.3.2. Viceministerio de Presupuesto y Contabilidad Fiscal (VPCF).<sup>42</sup>**

El Viceministerio de Presupuesto y Contabilidad Fiscal tiene el objetivo de: “Elaborar y ejecutar la política fiscal y gestión presupuestaria en función a la Política Económica del Gobierno del Estado Plurinacional”.

En el marco del Decreto Supremo 29894 que establece la estructura del Órgano Ejecutivo, se detallan las funciones y atribuciones de los Viceministerios dependientes del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. Entre las atribuciones y competencias del Viceministerio de Presupuesto y Contabilidad Fiscal se encuentran:

- Diseñar, Proyectar y Desarrollar las Normas de Gestión Pública.
- Efectuar el control, seguimiento, recolección, análisis y evaluación de la ejecución presupuestaria, para la toma de decisiones durante el ejercicio fiscal.
- Evaluar la calidad de gasto público y el grado de cumplimiento de los objetivos y metas de los órganos y entidades del sector público.
- Desarrollar instrumentos presupuestarios y contables para mejorar la gestión financiera de las entidades públicas.
- Participar en la formulación y desarrollo de la política fiscal garantizando la distribución equitativa de los recursos públicos.
- Formular políticas presupuestarias que garanticen la aplicación del Modelo Economía Plural.

---

<sup>42</sup> [www.economiayfinanzas.gob.bo/viceministerio-de-presupuesto-y-contabilidad-fiscal.html](http://www.economiayfinanzas.gob.bo/viceministerio-de-presupuesto-y-contabilidad-fiscal.html).

### **2.3.3. Ministerio de Planificación del Desarrollo (MPD).**

“El Ministerio de Planificación del Desarrollo, es un gestor y articulador de los objetivos del desarrollo del Vivir Bien en armonía con la Madre Tierra, que apoya a las entidades del Estado en la planificación de la gestión pública plurinacional, aplicando políticas, estrategias e instrumentos de planificación integral estatal, inversión pública y financiamiento, fortaleciendo el rol del Estado y de los actores de la economía plural”.<sup>43</sup>

Tiene la Misión de: “Dirigir la Planificación Integral del Estado Plurinacional, hacia el logro de los objetivos del Desarrollo Integral para Vivir Bien en armonía con la Madre Tierra, en el marco de la Agenda Patriótica 2025”.

Entre sus atribuciones se tiene las siguientes<sup>44</sup>:

- Coordinar la formulación de las políticas y estrategias de desarrollo productivo, social, cultural y política en los ámbitos previstos por el Sistema de Planificación Integral Estatal para el desarrollo.
- Elaborar políticas presupuestarias de mediano y largo plazo sobre la base de los planes nacional, sectorial, intersectorial y territorial, en coordinación con los demás ministerios y otras entidades, y para el logro del Plan de Desarrollo Económico Social.
- Plantear y coordinar la ejecución de políticas y estrategias de erradicación de la pobreza y extrema pobreza, así como de otros Planes Estratégicos Nacional e Intersectoriales, en interacción, con Entidades Territoriales Autónomas y Descentralizadas, Organizaciones Sociales, Comunitarias y Productivas.

### **2.3.4. Viceministerio de Inversión Pública Y Financiamiento Externo (VIPFE).**

El Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo pretende coadyuvar a la gestión de la inversión pública, promoviendo la elaboración de estudios de Pre-

---

<sup>43</sup> <http://www.planificacion.gob.bo/>

<sup>44</sup> Decreto Supremo. N°29894, “Estructura Organizativa del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional” Art. 52. Pág. 22-23.

inversión con calidad, como un medio de apalancamiento de recursos financieros que contribuyan al crecimiento y desarrollo económico y social con equidad del Estado Plurinacional.<sup>45</sup>

Las atribuciones del Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo, en el marco de las competencias asignadas al nivel central por la Constitución Política del Estado, son las siguientes<sup>46</sup>:

- Diseñar las políticas de inversión y financiamiento para el desarrollo con participación y consulta con los actores económicos y sociales.
- Proponer, a las instancias correspondientes, políticas y estrategias de inversión pública y financiamiento según los lineamientos del Plan de Desarrollo Económico y Social.
- Formular programas de Preinversión sectorial y territorial, en coordinación con las entidades públicas.
- Realizar el seguimiento a los procesos de adquisiciones y contrataciones y a la ejecución de los mismos, efectuados por las entidades beneficiarias, en el marco de los convenios de financiamiento.
- Capacitar en procesos de adquisiciones y contrataciones de bienes, servicios y servicios de consultoría a las entidades beneficiarias de recursos de financiamiento externo.
- Realizar el seguimiento y evaluación del Presupuesto de Inversión Pública, así como de los convenios de financiamiento externo, en coordinación con ministerios, Universidades, Entidades Territoriales Autónomas y Descentralizadas y todas aquellas estatales que ejecutan inversión pública.

---

<sup>45</sup> <http://www.vipfe.gob.bo/>

<sup>46</sup> Decreto Supremo N°29894. Capítulo VIII. Ministerio de Planificación de Desarrollo. Artículo N°48



### **2.3.5. Ministerio de salud.<sup>47</sup>**

En el marco de la Constitución Política del Estado, el Ministerio de Salud, es el ente Rector y normativo del Sector Salud.

Tiene la Misión:

- Formular y asegurar la aplicación en todo el territorio de las políticas de salud delineadas en el plan social de desarrollo, para contribuir a la mejora del estado de salud y al Vivir Bien de toda la población.
- Desarrollar su capacidad rectora para construir y regular el Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, con planificación y control adaptados y eficientes.

Su Visión es que:

- El Ministerio de Salud contribuye a mejorar el estado de salud y al Vivir Bien de toda la población formulando políticas de salud oportunas y controlando su cumplimiento en todo el Sector.
- Ha consolidado su rectoría sobre el Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
- Cuenta con recurso humano altamente capacitado, con compromiso social, que actúa con eficiencia y transparencia.

Los objetivos Estratégicos del ministerio de salud son:

- ✓ Mejorar la situación de salud de la población.
- ✓ Implementar el Sistema Único de Salud (SUS) familiar Comunitario Intercultural.
- ✓ Fortalecer la Rectoría de la Autoridad Sanitaria.

---

<sup>47</sup> <https://www.minsalud.gob.bo/institucional/mision-y-vision>.

- ✓ Permitirá a la población el ejercicio de sus derechos y obligaciones en salud.
- ✓ Disminuir las Brechas de Recursos Humanos en salud.
- ✓ Mejorar el estado nutricional de la población.
- ✓ Instalar el Complejo Industrial Farmacéutico.
- ✓ Permitir a la población boliviana acceso a terapias ancestrales y productos naturales tradicionales en el Sistema Único de Salud.
- ✓ Realizar una Gestión Pública eficaz, eficiente y transparente.

### **2.3.6. Gobierno Autónomo Departamental de La Paz.**

El gobierno autónomo departamental de la Paz al 2020 tienen una visión institucional de “ser una entidad autónoma, desconcentrada y referente a nivel nacional como promotora del desarrollo departamental regionalizado a partir de una gestión concurrente y concertada con los diferentes niveles de gobierno y actores territoriales”.<sup>48</sup>

Tiene como objetivos:

- Contribuir al desarrollo de complejos productivos de economía plural, para mejorar los ingresos y empleo en el Departamento.
- Promover el desarrollo tecnológico para mejorar la calidad de vida el Departamento.
- Confrontar un sistema integral de gestión de riesgos para evitar contingencias.
- Implementar el manejo integral de los recursos naturales para la conservación y preservación del medio ambiente.
- Generar y mejorar la captación de recursos económicos para una gestión financiera sostenible.
- Optimizar los mecanismos de articulación de la entidad para el desarrollo del

---

<sup>48</sup> Gobierno Autónomo Departamental de La Paz, “Misión y Visión”. Disponible en el sitio web: <https://www.gobernacionlapaz.gob.bo/>

Departamento.

- Generar un marco normativo y operativo para el desarrollo del Departamento de La Paz.
- Contar con una administración eficaz y eficiente para una mejor gestión Departamental.

En relación al periodo de estudio en aspectos de políticas se considera al Plan Nacional de Desarrollo debido a que este es el primer plan implementado por el estado, el cual uno de los sectores que priorizara es el sector salud con el objetivo de lograr un acceso universal sin exclusión alguna esto mediante distintas políticas.

Otro será el Plan de Desarrollo Económico y Social el cual en el sector salud busca su universalización, también mejorar la capacidad de este sector mediante dotación de equipos médicos, personal y la creación de mejores infraestructuras y mantenimiento de las existentes. Una política que se destaca es la creación del Sistema Único de Salud (SUS) el cual tiene como objetivo lograr el acceso gratuito todos los bolivianos y bolivianas.

En aspectos legales se considera la Constitución Política del Estado (2009) donde se menciona a la salud como un derecho fundamental de todos los bolivianos, a lo largo de sus artículos se menciona el rol del estado y los objetivos que tendrá respecto a la salud respetando las prácticas de medicina tradicional de los pueblos indígenas originarios. Tenemos al Seguro de Salud para el Adulto Mayor, el cual está dirigido a las personas de la tercera edad y cuya función es brindar una atención integral en salud. También se destaca la Creación del Bono Juana Azurduy y del Subsidio Universal Prenatal por la vida, los cuales son una inversión que buscara lograr una maternidad segura y el desarrollo integral de la población menor para poder disminuir la tasa de mortalidad materna e infantil. La ley marco de Autonomías Descentralización se tomó debido a que nos menciona cual es el papel que cada institución pública asumirá referente al sector salud.

En aspecto institucional se consideró al Ministerio de Economía y Finanzas Publicas debido a que es el ente que genera el presupuesto general del estado y controla su

ejecución. El VPCF como institución que evalúa la calidad del gasto público y la que participa en la formulación de políticas presupuestarias. El MPD que busca lograr los objetivos del desarrollo integral para vivir bien en el marco de la agenda patriótica. El VIPFE entidad importante debido al seguimiento y la evaluación de la inversión pública que fue destinada a los diferentes sectores. El ministerio de salud el cual es el ente rector y normativo del sector salud que busca mejorar la calidad del servicio de salud.

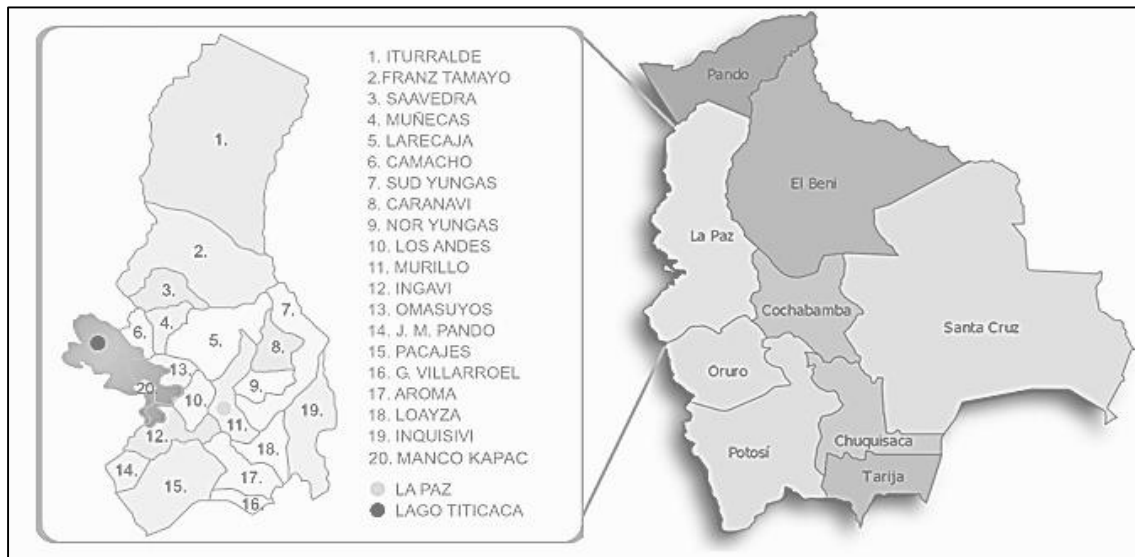
**CAPÍTULO 3**  
**FACTORES**  
**DETERMINANTES**  
**DEL TEMA DE**  
**INVESTIGACIÓN**

## CAPITULO III: FACTORES DETERMINANTES DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN.

### 3.1. Aspectos Generales.

#### 3.1.1. Localización y Límites.

**Figura N° 1 Ubicación del Departamento de La Paz**



Fuente: Elaboración Propia

El Departamento de La Paz está situado al noroeste de Bolivia. Superficie: La superficie total del departamento es de 133.985 km<sup>2</sup> La Capital, sede del Gobierno central, está situada entre los 16°30'00" de latitud sur y los 68°08'00" de longitud oeste del Meridiano de Greenwich, limita al norte con Pando; al sur con Oruro; al este con Beni y Cochabamba y al oeste con los países de Perú y Chile.<sup>49</sup>

#### 3.1.2. Características del Departamento de La Paz.

El departamento de La Paz se crea en enero de 1826, por el Mariscal Antonio José de Sucre y se funda el 20 de octubre de 1548, por Don Alonso de Mendoza. Nuestra Señora de La Paz o La Paz (ciudad de Bolivia), inicialmente ubicada en el municipio de Laja.

<sup>49</sup> <https://www.educa.com.bo/content/departamento-de-la-paz>.

Tiene una extensión territorial de 133.985 km<sup>2</sup> que equivale a un 12,20% del territorio nacional con una población de 2.719.334 habitantes de acuerdo al último Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) del 2012, esto representa el 27,04% de la población de Bolivia. La densidad demográfica es de 20 hab.-km<sup>2</sup>, convirtiéndose en el segundo departamento más densamente poblado de Bolivia, después de Cochabamba.<sup>50</sup>

### 3.1.3. División Política y Administrativa.

El departamento está dividido en 20 provincias, las provincias a su vez están divididas en 80 secciones municipales y estas divididas finalmente en 438 cantones, de acuerdo a las estimaciones y las proyecciones de población que realiza el Instituto Nacional de estadística para el 2022 se llegara a tener una población de 3.051.947.<sup>51</sup>

**Cuadro N° 1 Proyección de la Población del Departamento de La Paz por Provincias para el 2022**

#	Provincias	Población
	<b>General</b>	3.051.947
<b>1</b>	<b>Murillo</b>	2.114.663
<b>2</b>	<b>Omasuyos</b>	70.950
<b>3</b>	<b>Pacajes</b>	48.538
<b>4</b>	<b>Camacho</b>	46.105
<b>5</b>	<b>Muñecas</b>	25.080
<b>6</b>	<b>Larecaja</b>	75.500
<b>7</b>	<b>Franz Tamayo</b>	24.867
<b>8</b>	<b>Ingavi</b>	134.579
<b>9</b>	<b>Loayza</b>	40.815
<b>10</b>	<b>Inquisivi</b>	58.739

#	Provincias	Población
	<b>General</b>	3.051.947
<b>11</b>	<b>Sud Yungas</b>	102.543
<b>12</b>	<b>Los Andes</b>	65.027
<b>13</b>	<b>Aroma</b>	82.738
<b>14</b>	<b>Nord Yungas</b>	32.278
<b>15</b>	<b>Abel Iturralde</b>	19.398
<b>16</b>	<b>Bautista Saavedra</b>	12.618
<b>17</b>	<b>Manco Kapac</b>	20.582
<b>18</b>	<b>Gualberto Villarroel</b>	15.900
<b>19</b>	<b>José Manuel Pando</b>	6.690
<b>20</b>	<b>Caranavi</b>	54.337

Fuente: INE, Elaboración Propia

<sup>50</sup> [https://www.ecured.cu/Departamento\\_de\\_La\\_Paz\\_\(Bolivia\)](https://www.ecured.cu/Departamento_de_La_Paz_(Bolivia)).

<sup>51</sup> Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y Deportes, Instituto Nacional de Estadística. Estimaciones y proyecciones de población, Revisión 2020

La Paz como departamento está administrado por el Prefecto que es el representante del poder ejecutivo y encargado del cumplimiento de las leyes, mantenimientos de caminos y bienestar de los habitantes en general. En orden de jerarquía le sigue el Alcalde Municipal encargado de proporcionar los servicios básicos a las ciudades y municipios. Las provincias tienen como administrador al Subprefecto y en los cantones está el Corregidor.

#### **3.1.4. Estructura Organizativa del Sistema de Salud.**

El Sistema Nacional de Salud Boliviano se define como el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, reguladas por el Ministerio de Salud y Previsión Social. Integra al Sistema Público, Seguro Social de corto plazo, Iglesias, Instituciones Privadas con y sin fines de lucro y a la Medicina Tradicional Indígena. Establece cuatro ámbitos de gestión:

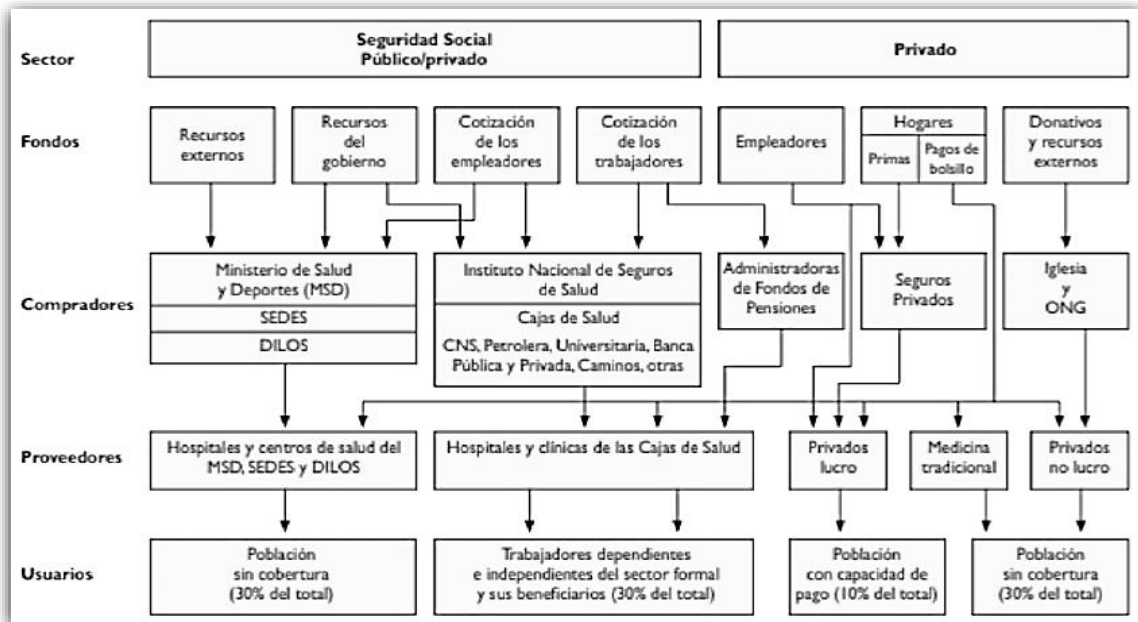
- Nacional, correspondiente al Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS).
- Departamental, correspondiente al Servicio Departamental de Salud (SEDES), dependiente de la Prefectura.
- Municipal, correspondiente al Directorio Local de Salud (DILOS).
- Local, correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y brigada móvil como nivel operativo.

El sistema de salud boliviano se encuentra organizado en dos grandes sectores: público y privado. El Ministerio de Salud y Deportes (MSD) atiende a menos de la mitad del total de la población a través del subsector público, que incluye al Seguro Universal Materno Infantil y el Programa de Extensión de Cobertura a Áreas Rurales. El subsector de seguridad social está compuesto por el Seguro Social Obligatorio para las personas pertenecientes al sector de economía formal, de corto plazo (servicios de salud), y el seguro de largo plazo (que tienen a su cargo las Administradoras de los Fondos de Pensiones). Este cubre a 28.4% de la población y opera con planes y agentes gestores relativamente independientes entre sí. El sector privado ofrece servicios para el 10% de la población y funciona fundamentalmente sobre la base de pagos directos de bolsillo. Alrededor del 30% de la población no tiene más acceso a servicios de atención a la salud



que el que le ofrece la medicina tradicional, con cargo directo a sus ingresos. El financiamiento del sector salud utiliza recursos propios para el gasto corriente y depende de recursos externos (donaciones, créditos) para proyectos de inversión en salud. El subsector público se financia con base en fondos públicos asignados a los municipios en términos de asignaciones per cápita (20% de los ingresos fiscales del gobierno central) y utiliza la infraestructura del MSD. El subsector de seguridad social se financia con cotizaciones y primas aportadas por los empleadores los trabajadores del sector formal y con recursos del Estado cuando éste funciona como empleador (personal de educación, salud, empresas públicas, instituciones descentralizadas/desconcentradas y ministerios) y cuenta con establecimientos y personal propios. En ocasiones el MSD llega a contratar los servicios de prestadores privados sin fines de lucro, principalmente vinculados con la Iglesia. El sector privado se divide en organizaciones con fines de lucro (seguros y servicios privados, consultorios, clínicas) y organizaciones sin fines de lucro (ONGs e Iglesia).<sup>52</sup>

**Figura N°2 Sistema de Salud de Bolivia**



SEDES. Servicios Departamentales de Salud – Niveles de Prefecturas

<sup>52</sup> Carmen Ledo, Ph.D René Soria, MC, MP, AS, Sistema de Salud en Bolivia, 2011.

DILOS: Directorio Local de Salud – Nivel de Municipios

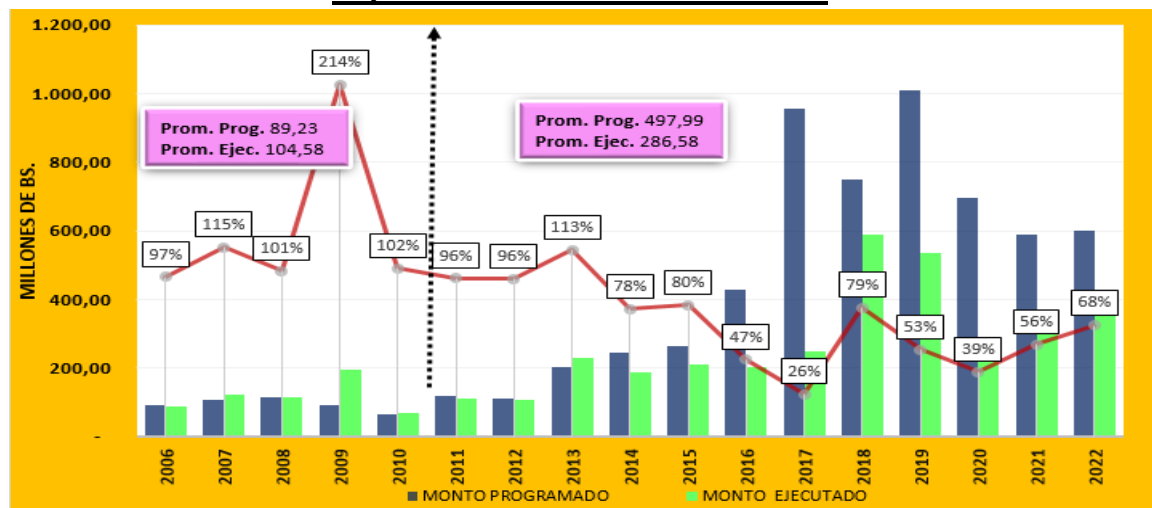
CNS: Caja Nacional de Salud

### 3.2. Programación y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud del Departamento de La Paz.

En el Grafico N°1 se puede observar el presupuesto programado y ejecutado en el Departamento de La Paz, donde se puede observar una tendencia cíclica en las variables de programación y ejecución del presupuesto a lo largo del periodo de estudio.

Como antecedente podemos tomar el presupuesto del año 2006 donde se tuvo una programación de Bs. 65 millones donde se llegó a ejecutar un 59% del presupuesto en el departamento, para el 2006 (Anexo N°1) en Bolivia inicia el Periodo del Modelo Plural donde la inversión pública programada para el sector salud tendría un incremento en los siguientes años, empezando el 2006 con un presupuesto programado de Bs. 91 millones, en el año 2010 existiría un mínimo de Bs. 66 millones y desde 2011 hasta el 2019 se tendría un incremento en la inversión llegando a un punto máximo de presupuesto programado de Bs. 1.011 millones y que posteriormente se tendría una reducción en el presupuesto debido a los cambios en el gobierno que se tuvieron en el 2020-2021.

**Grafico N° 1: Programación y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en el Departamento de La Paz 2006-2022.**



Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo - VIPFE

Elaboración propia

En el año 2006 inicia un nuevo periodo de gobierno el cual de acuerdo al Plan Nacional de Desarrollo (PND) busca eliminar la exclusión social por lo cual el gobierno destine un mayor presupuesto al sector salud cuyo objetivo era para el 2010 lograr que la población en un 100% acceda al servicio de salud. Como se puede observar en el Grafico N°1 que para el año 2006 el presupuesto programado para el sector salud en el departamento de La Paz fue de Bs. 91 millones los cuales se llega a ejecutar Bs. 89 millones representando una ejecución del 97% de lo programado, para los siguientes años el gobierno destinaria un presupuesto mayor a los Bs. 90 millones, donde se destaca que en estos 4 años se tuvo una ejecución del más del 100%.

Para el 2010 los ingresos por impuestos que tenían un comportamiento creciente en los presupuestos de los últimos años tendrá una disminución del 12%, esta disminución afectará tanto al Tesoro General de la Nación (TGN) como a la coparticipación de gobiernos subnacionales y universidades<sup>53</sup>. El Estado tendría un incremento en sus ingresos durante su gestión, esto proveniente de la renta de los hidrocarburos desde el año 2005 pero para el 2010 lo recaudado llegaría a estar por debajo de lo proyectado lo cual se debe diferentes factores como la crisis global del 2008 la cual para el 2010 se verían las consecuencias en la reducción de exportaciones bolivianas, la dependencia de exportación de recursos naturales como el gas y minerales la cual ante la disminución de los precios internacionales pudo haber afectado los ingresos del país. Esta situación se pudo controlar gracias a las donaciones internacionales destinadas a inversión que se incrementaron ese año, también se contaba con saldos no ejecutados de gestiones pasadas que fueron reprogramadas para los presupuestos, esto permitió que los gastos e inversiones en los diferentes niveles del gobierno no caigan tan drásticamente.

En el 2011 se llega a registrar un aumento en los ingresos del estado, esto debido a un aumento en la producción y un aumento en el precio del petróleo, esta situación beneficiaria a todos los sectores del estado generando un aumento en los presupuestos programados, en esta etapa se entraría a un periodo de Bonanza Económica el cual

---

<sup>53</sup> Fundación Jubileo "Análisis del Presupuesto General del Estado 2010" Pg.3

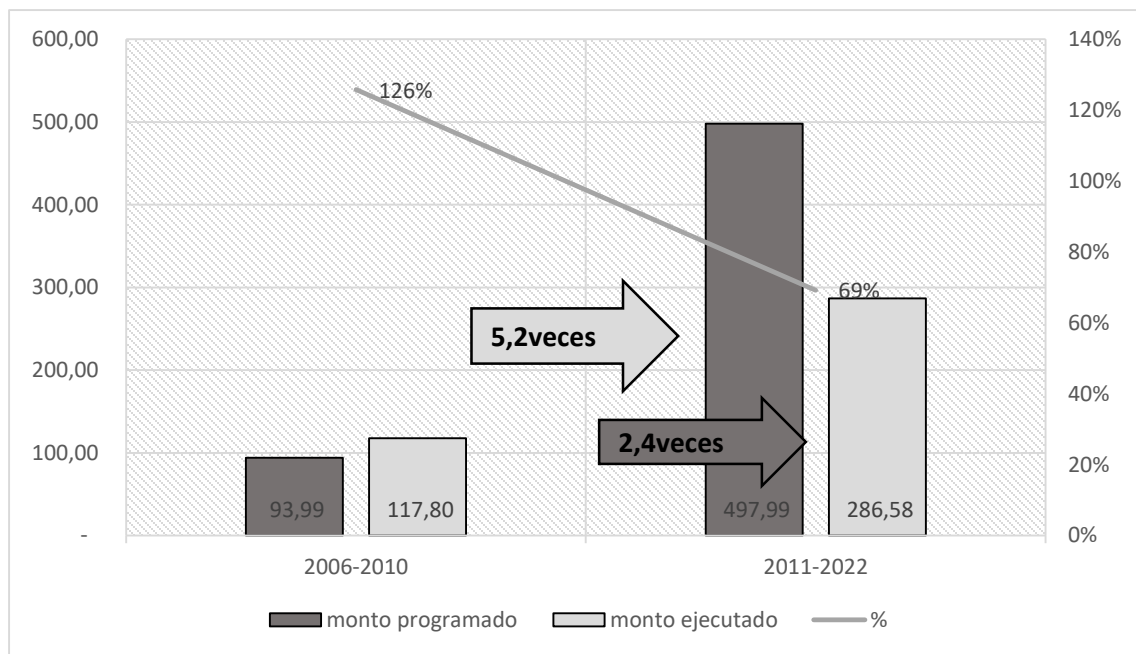
permitió que se aumente en gran medida el presupuesto destinado al sector salud en el departamento de La Paz, como se puede observar en el gráfico para el año 2011 el estado destinaria un presupuesto de Bs. 117.56 millones y a partir de ese año se tendría una tendencia creciente en el presupuesto destinado el cual llegaría a su punto máximo en el año 2019 donde el presupuesto destinado fue de Bs. 1.011,29 millones, a partir de ese año en adelante el presupuesto destinado tendrá una tendencia a la baja, esto debido a la reducción de los ingresos de los últimos años situación que llegaría a afectar a varios sectores aunque el sector salud seguía siendo un sector prioritario para el gobierno por lo cual el presupuesto destinado a este sector no sufriría una gran variación.

En el 2020 el presupuesto programado fue elaborado antes del cambio de gobierno y sin contemplar la llegada del covid-19, la caída del petróleo y la crisis del coronavirus ocasionaría una crisis en la economía boliviana para los años posteriores, también hay que tener en cuenta que en el año 2019 se tuvo una crisis política que desestabilizó al país, esta crisis se dio lugar en el último cuatrimestre del año la cual ocasiono un cambio en el gobierno boliviano, el nuevo gobierno tenía un enfoque económico muy diferente al del MAS, por lo que el nuevo gobierno tuvo un enfoque neoliberal la cual apuntaba a la reducción del gasto público, controlar la inflación y estabilizar la economía. El Covid-19 afecto de manera significativa los planes económicos y sociales del nuevo gobierno debido a las medidas impuestas para detener la propagación del virus, estas medidas fueron distanciamiento social y la paralización de actividades, el aumento de los casos de covid-19 ejerció una gran presión en el sistema de salud la cual mostro la escasez de equipos médicos, insumos, personal e infraestructura por lo cual se tendrían resignaciones presupuestarias y un mayor gasto para atender la crisis sanitaria, esto se puede ver reflejado en la ejecución del presupuesto (Anexo 1) donde solo se ejecutó un 39% de lo programado.

Para finales del 2020 se tendrá un cambio en el gobierno nacional, el cual haría cambios en las políticas económicas donde se volvería a tener un enfoque muy similar al establecido en el mandato del ex presidente Morales, este enfoque se orienta hacia una

participación activa del estado en la economía con la intervención en sectores estratégicos, para el año 2021 y 2022 los ingresos del estado disminuyeron debido a la crisis económica mundial y en el cual muchas economías están en proceso de recuperación, aun así, se incrementó el presupuesto destinado al sector salud esto para seguir fortaleciendo el sector salud del país, para el 2022 se tuvo un presupuesto destinado de Bs. 602 millones de los cuales se llegó a ejecutar un 68%.

**Grafico N° 2: Comparación Programación y Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en el Departamento de La Paz 2006-2022.**



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

En el Grafico N° 2, se puede observar una comparación entre 2 periodos distintos que tuvo la presidencia de Morales, para el primer periodo que abarca desde el año 2006 al 2010 se tiene un promedio de presupuesto programado de Bs. 93.99 millones y para el 2do periodo se tiene en promedio un presupuesto de Bs. 497.99 millones, lo que significa que existió un incremento de 5.2 veces.

En cuanto al presupuesto ejecutado en estos 2 periodos se puede observar que en promedio lo ejecutado en el primer periodo fue de Bs- 117.8 millones y en el segundo periodo fue de Bs. 286.58 millones, donde se tendría nuevamente un incremento de 2.4 veces.

Si se compara ambos periodos, la ejecución presupuestaria presenta en el primer periodo un promedio de 126% y que para el segundo periodo una ejecución en promedio de 69%, por lo tanto, existe una reducción en la ejecución presupuestaria. En estos 2 periodos se observa que la ejecución presupuestaria solo alcanzo el 100% en el primer periodo cumpliendo la programación financiera de ejecución del ciclo de vida del proyecto establecido en las Normas Básicas del Sistema Nacional de Inversión Pública, los autores Sapag Chain y Karen Mokate, en cambio para el segundo periodo donde se tuvo una mayor incremento en el presupuesto el porcentaje de lo ejecutado llego al 69% por lo que no se cumplió la fase de ejecución del ciclo de vida de los proyectos.

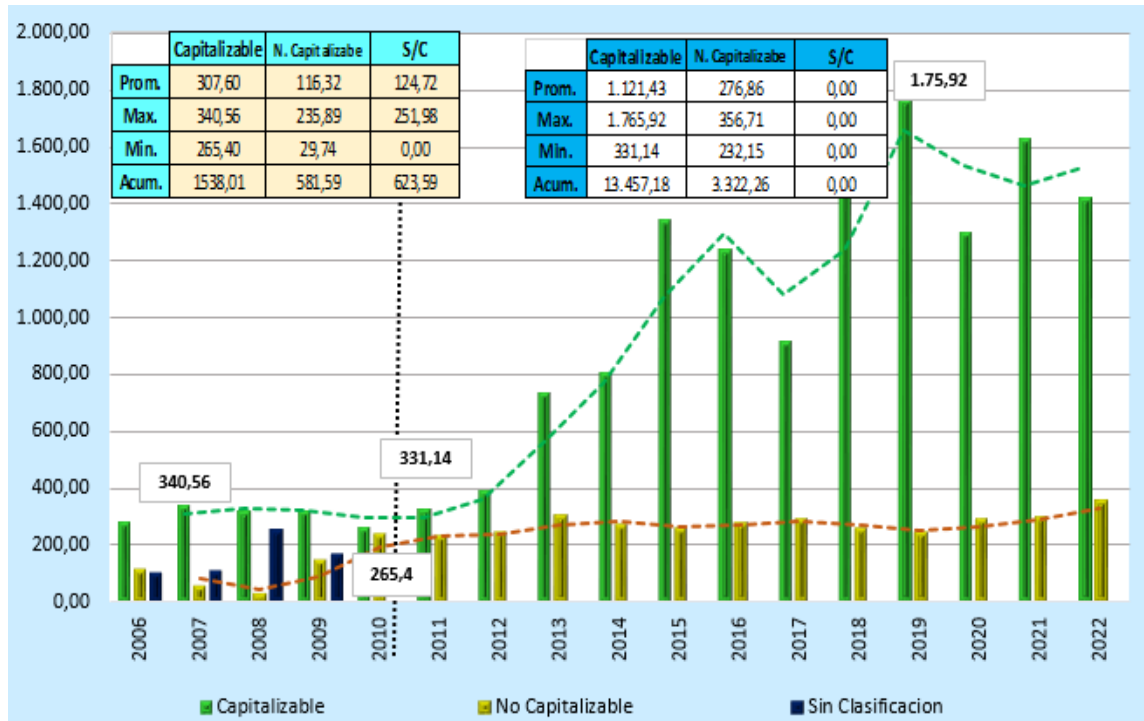
#### **3.4. Ejecución del Presupuesto de Inversión Pública en Proyectos Capitalizables y No Capitalizables en el Sector Salud en el Departamento de La Paz.**

En el Grafico N° 3 se puede observar la evolución del presupuesto programado en proyectos capitalizables y no capitalizables donde se puede observar que los proyectos de inversión capitalizables tuvieron mayor tendencia que las inversiones no capitalizables.

Para el 2006 se llegó a ejecutar Bs. 310 millones en inversión capitalizable y Bs. 114 millones en inversión No Capitalizable, para este año se destaca el aumento en inversiones No Capitalizables por parte del gobierno donde se llega a invertir más de Bs. 100 millones en este sector en relación con la gestión anterior.

De acuerdo al Plan Nacional de Desarrollo uno de los sectores con mayor prioridad es el sector salud por lo que desde el 2006 ha tenido una tendencia en incrementar las inversiones capitalizables en este sector.

**Grafico N° 3: Presupuesto de Inversión Pública por Tipo de Inversión en el Departamento de La Paz 2006-2022.**



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

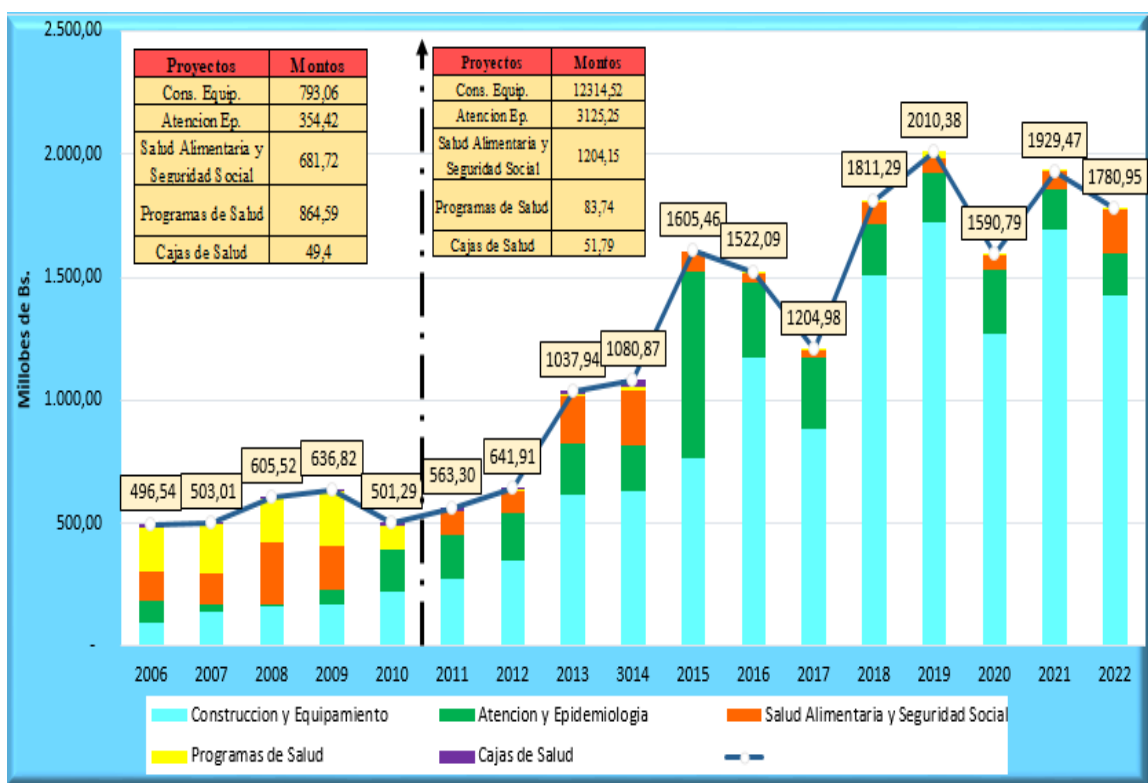
Como se puede constatar durante el 2006 al 2010 las inversiones Capitalizables tuvieron una tendencia horizontal debido a factores externos que afectaron los ingresos del país durante este periodo por lo que las inversiones Capitalizables alcanzaron un promedio de Bs. 307.6 millones y las No Capitalizables de Bs. 116,32 millones llegando a un máximo en el año 2007 en inversión Capitalizable de Bs. 340,56 millones y en el año 2010 un máximo de inversión No Capitalizable de Bs. 235.89 millones.

En cuanto a las inversiones No Capitalizables se observa que empezó a incrementarse a partir del 2009 donde la inversión es de Bs. 145 millones cifra muy superior a lo registrado en años anteriores donde se tuvo en el 2007 una inversión de Bs. 56 millones y para el 2008 la inversión fue de Bs. 29 millones. El incremento de la inversión No Capitalizable para el 2009 se debe a la implementación del Bono Juana Azurduy el cual otorga un pago

a las nuevas madres durante los meses correspondientes al periodo de gestación y hasta dos años después del nacimiento del niño. Este pago se otorgará en base a la asistencia de cuatro visitas médicas prenatales, atención del parto y postparto por el personal calificado y controles médicos para sus niños y niñas hasta que cumplan los dos años.

Las inversiones en proyectos No Capitalizables son importantes para mejorar el acceso al servicio de salud, pero como se puede evidenciar a partir del 2010 hasta el 2022 existe una tendencia lateral, todo lo contrario, ocurrió en las inversiones en proyectos Capitalizables donde se tuvo un incremento en las inversiones mostrando una tendencia creciente, registrando un promedio de Bs. 1.121,43 millones y un máximo en el año 2019 de Bs. 1.765,92 millones y un mínimo de Bs. 331,14 millones en el año 2011.

**Grafico 4: Presupuesto de Inversión Pública por Tipo de Proyecto en el Departamento de La Paz 2006-2022.**



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



Las inversiones Capitalizables y No capitalizables se distribuyeron en distintos tipos de proyectos dependiendo las necesidades de la población y de los objetivos que el estado plantea en su gestión.

Estas inversiones de acuerdo a tipo de proyecto fueron variando a lo largo de estos 16 años de estudio, en el Grafico N° 4 se puede observar las 5 categorías de proyectos de inversión que el estado llegó a ejecutar. Para los proyectos de construcción y equipamiento de hospitales para el Departamento de La Paz se empezó con una ejecución de Bs. 97 millones cifra que fue evolucionando y que para el año 2010 llegó a tener una mayor importancia este sector por lo cual la ejecución aumentó hasta los Bs. 222 millones, estas inversiones capitalizables que son muy importantes no fueron la principal inversión del estado en este periodo de tiempo, esto debido a que se priorizó 2 sectores como son la Salud alimentaria y Seguridad Social y los Diferentes Programas de Salud, esto de acuerdo al Plan de Gobierno el cual buscaba que todos los habitantes del país puedan acceder al servicio de salud sin discriminación y de manera segura.

Para el 2011 se tiene un incremento en los ingresos del estado y con los objetivos planteados por el gobierno el cual era lograr tener un seguro universal de salud gratuito se llegó a incrementar la ejecución en inversiones de construcción de hospitales y equipamiento y para este año la inversión registrada fue de Bs. 273 millones, llegando a un pico máximo de inversión en el año 2019 de Bs. 1726 millones y teniendo como último registro una ejecución en el 2022 de Bs. 1427 millones.

Los programas de salud y la salud alimentaria y seguridad social tuvieron reducciones considerables en estos años, donde para el año 2016 el estado sustituirá la inversión de seguridad alimentaria y social por inversión en investigaciones en salud donde empezaría con una inversión inicial de Bs. 37 millones y el cual aumentaría relativamente llegando a registrar para el 2022 una inversión de Bs. 179 millones, este cambio en la inversión que realizó el gobierno es de suma importancia porque de acuerdo a la Organización Panamericana de Salud (OPS) invertir en la investigación para la salud es de vital importancia para los países en vías de desarrollo dado que las personas deben tener la

expectativa de una vida plena y saludable a pesar de las disparidades económicas, este dinero que se invierte en la investigación llega a ser un impulsor de la economía, aumenta la competitividad y aborda los factores determinantes de la salud.

Se puede comparar 2 periodos que tuvo el gobierno el primero del 2006 al 2010 y el segundo periodo del 2011 al 2022 periodo donde se tendría la bonanza económica, para el primer periodo se observa que el acumulado de las inversiones registradas son Construcción y Equipamiento de Hospitales de Bs. 793,06 millones, Atención y Epidemiología Bs. 354,42 millones, Salud Alimentaria y Social de Bs. 681,72 millones, Programas de Salud Bs. 864,59 millones y Caja de Salud representando un total de Bs. 49,4 millones. Como se puede constatar la prioridad para el gobierno en ese periodo fue de programas de salud, seguridad social seguidas de Construcción y Equipamiento de médico. Para el segundo periodo y con un incremento en los ingresos del estado, las inversiones sufrieron un gran cambio debido a que se priorizaría la Construcción y Equipamiento Médico registrando un acumulado de Bs. 12.314,52 millones y los proyectos con menor ejecución fueron de los Programas de Salud donde en el acumulado registro Bs. 83,74 millones.

La construcción de hospitales y centros de salud son vitales para la adecuada implementación de programas que repercuten significativamente en la salud de la población y esto a su vez en la capacidad humana. Por lo tanto, se evidencia la teoría de Theodore Shultz, quien señala que uno de los factores más relevantes que contribuyen a mejorar la capacidad humana, es la inversión en equipos y servicios de salud, gastos que impidan afectar negativamente las expectativas de vida y mejorar la vitalidad de la población. Por lo que el estado en estos 16 años llevo a incrementar el número de establecimientos hospitalarios en el Departamento de La Paz y de acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) los establecimientos de salud desde el 2006 al 2022 fueron:

**Cuadro N°2 Establecimientos de Salud del Departamento de La Paz 2006 - 2022**

<b>Dep. La Paz</b>	<b>Año</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
1er nivel	Puesto de Salud	266	268	280	295	297	301	303	299
	Centro de Salud	312	325	334	339	348	366	368	381
2do Nivel	Hospital Básico	49	44	41	40	44	45	45	46
3er Nivel	Hospital General	6	7	7	6	6	6	6	6
	Instituto Especializado	11	12	12	10	12	10	10	10

<b>Dep. La Paz</b>	<b>Año</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
1er nivel	Puesto de Salud	136	129	75	78	78	79	79	79	84
	Centro de Salud	569	577	647	658	663	664	661	666	682
2do Nivel	Hospital Básico	25	23	23	24	24	29	33	35	35
3er Nivel	Hospital General	7	7	7	9	9	9	10	9	9
	Instituto Especializado	10	12	12	13	13	15	15	14	14

Fuente: INE  
Elaboración propia

En el Cuadro N°2 se puede observar el número de establecimientos de salud en el departamento de La Paz desde el 2006 al 2022, se puede observar que en los 3 niveles de infraestructura que existe en salud el 1er nivel donde se encuentran los puestos de salud y centros de salud estos son considerablemente superiores en número a los otros 2 niveles,

este primer nivel tiene como función la prevención de enfermedades y la atención primaria a las necesidades de salud de la población. En cuanto a los centros de 3er Nivel se puede observar que el número no supera los 30 establecimientos en el departamento de La Paz, esta situación debe llamar la atención a las autoridades correspondientes, debido a la gran importancia que estos tienen, ya que su función es proporcionar atención médica especializada y avanzada, manejar casos médicos complejos y acceder a tecnología y equipos médicos avanzados y contribuir al avance de investigación médica.

Como se puede constatar en el departamento de La Paz a lo largo de estos 16 años de la presente investigación en cuanto a infraestructura en el sector salud no ha existido un aumento considerable de establecimientos. Principalmente de establecimientos de 3er nivel los cuales de acuerdo a la OMS debe existir por lo menos 1 hospital de 3er nivel por cada 75.000 habitantes, esta situación no se da actualmente en Bolivia y sobre todo en el Departamento de La Paz. De acuerdo a las proyecciones del INE para el 2021 se alcanzaría una población de 3 millones de habitantes representando el 26% de la población nacional.<sup>54</sup> También se debe tener en cuenta que muchos de los hospitales de 3er nivel que existen no cuentan con los equipos ni la infraestructura necesaria para poder brindar un servicio de calidad y en algunos casos algunos centros médicos no se encuentran en funcionamiento.

### **3.5. Evolución de la Esperanza de Vida en el Departamento de La Paz.**

Es uno de los indicadores principales para evaluar la situación actual del sistema de salud de cualquier país que busca alcanzar el desarrollo económico y para resumir el estado de salud de una población.

Indica una estimación de la cantidad de años que una persona vivirá si es que no hay cambios en los patrones de mortalidad vigentes. Actualmente este indicador ha tenido una mejora en los países del mundo principalmente en países desarrollados y en vías de desarrollo, en el contexto latinoamericano de acuerdo a los datos del banco mundial como

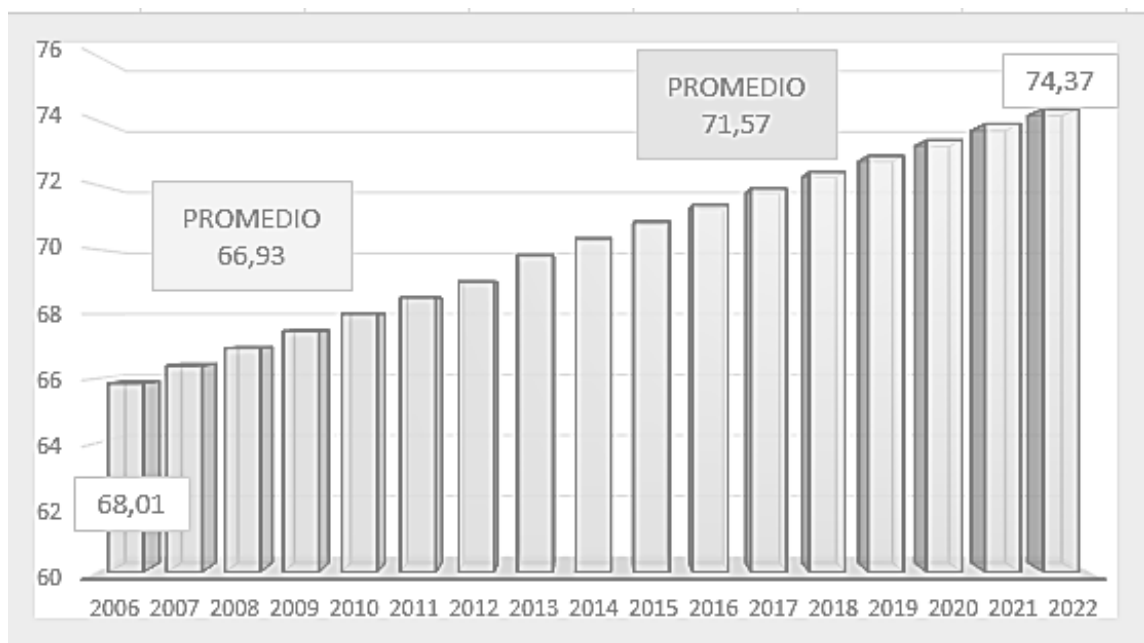
---

<sup>54</sup> <https://siip.produccion.gob.bo> > noticias.

país a un nos encontramos en los últimos lugares referentes a este indicador, debido a que los primeros países registran una Esperanza de Vida por encima de los 80 años y en nuestro caso la esperanza de vida es de 71 años.

Actualmente la esperanza de vida en nuestro país ha tenido la siguiente evolución desde el 2005 al 2022:

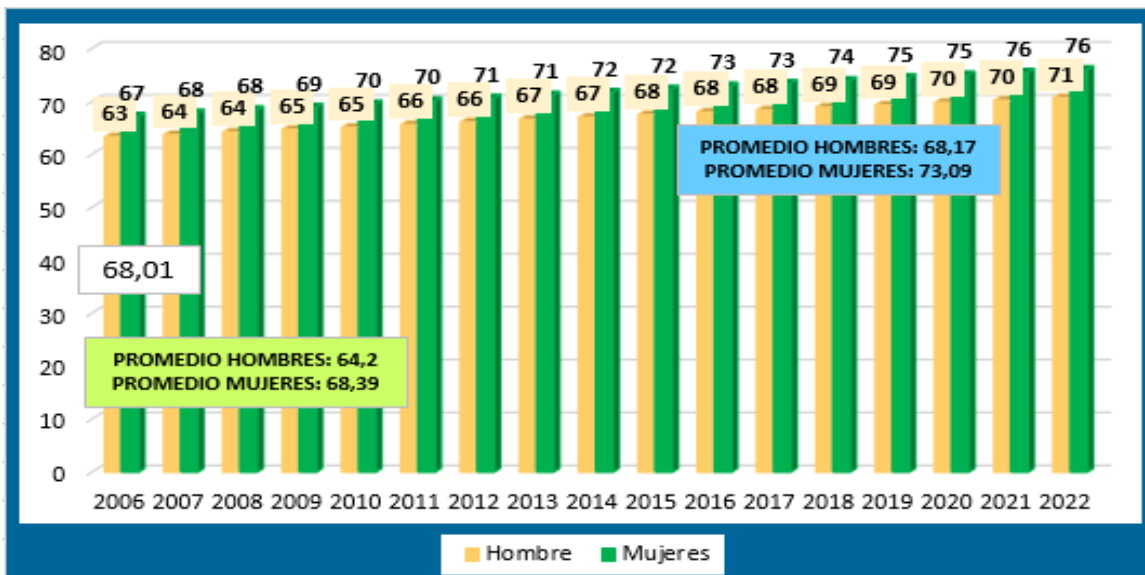
**Grafico 5: Evolución de la Esperanza de Vida en Bolivia en el periodo 2006 – 2022.**



Fuente: Datos del INE, Banco Mundial  
Elaboración propia

En el Grafico N° 5 se puede observar como la esperanza de vida en Bolivia fue evolucionando desde el 2006 al 2022, donde el promedio de vida en el año 2006 era de 65 años y para el 2022 se registra una esperanza de vida de 74 años, por lo que se evidencia una mejoría de 9 años, aunque comparando este indicador con el resto de países de la región aun nos mantenemos en los últimos lugares en cuanto al nivel de esperanza de vida. En el departamento de La Paz se llegó a tener la siguiente evolución en la esperanza de vida al nacer:

**Grafico 6: Evolución de la Esperanza de Vida en el Departamento de La Paz en el periodo 2006-2022.**



Fuente: Datos del INE, Banco Mundial  
 Elaboración propia

Se puede observar en el Grafico N°6 que en el año 2006 se registraba una esperanza de vida de 64 años en el departamento de La Paz, a partir de ese año se tuvo un acenso gradualmente hasta llegar al 2022 donde se llega a registrar una esperanza de vida de 73 años. Cifra que no difiere con la esperanza de vida nacional y queda ligeramente por detrás de la esperanza de vida que poseen los países latinoamericanos que en promedio llegan a superar los 75 años.

Esta evolución se hizo más notable en la esperanza de vida de las mujeres el cual supera a la esperanza de vida de los hombres, este incremento superior se asocia a varios factores como ser:

Reducción en la fecundidad: La baja fecundidad podría ser considerado en un problema debido a que se estaría encaminando al envejecimiento de la población y un crecimiento demográfico negativo en el futuro, pero no siempre es un problema debido que para algunos sectores de la población puede resultar de manera positiva debido a que se descomprime la carga para las familias y habilita la posibilidad de lograr sociedades más

equitativas desde el punto de vista del género, considerando que al menos hasta el momento las mujeres son las principales responsables del cuidado de los niños.<sup>55</sup>

En el departamento de La paz las áreas rurales son las que aún tienen niveles altos de fecundidad en cambio las áreas urbanas presentaron reducciones. Esto se debe al aumento en el conocimiento de métodos anticonceptivos y varias campañas de concientización en áreas urbanas y rurales. Actualmente el departamento de La Paz se encuentra entre los 3 departamentos que registran reducciones en la fecundidad.

También otro factor que llega a influir en la esperanza de vida en las mujeres es las mejoras en el sistema de salud, debido a que actualmente los partos no presentan los mismos riesgos que hace décadas atrás donde se llegaban a registrar en 1994 que de 360 mujeres murieron por cada 100.000 hijos nacidos vivos y que para el 2011 en el departamento de La Paz se registró que 289 mujeres mueren por cada 100.000 hijos nacidos vivos presentando una mejoría. Sin embargo, se debe mencionar que como país seguimos registrando un índice alto de mortalidad materna en América Latina.

Aunque podemos notar que se tuvo reducciones en los partos domiciliarios y un aumento en partos atendidos y en partos institucionales, esto se puede notar en el siguiente cuadro:

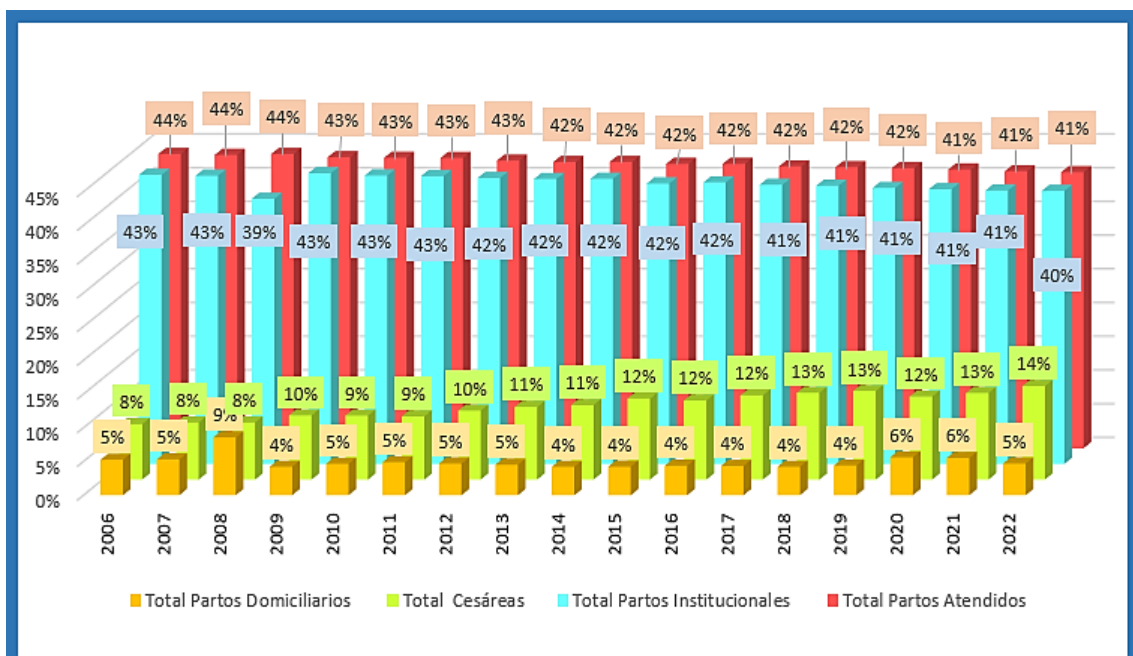
**Cuadro N°3 Partos Atendidos en el Departamento de La Paz en el Durante el Periodo de 2006 -2022**

<b>Dep. La Paz</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Total Partos Atendidos <sup>(1)</sup>	42.027	42.379	47.699	45.104	46.747	48.505	47.292	49.343
Total Partos Institucionales <sup>(2)</sup>	41.288	41.636	42.985	45.039	46.428	48.096	47.016	49.106
Total Partos Domiciliarios <sup>(3)</sup>	5.061	5.164	9.372	4.404	5.067	5.508	5.209	5.255
Total, Cesáreas	7.912	8.232	9.246	9.932	10.298	10.558	11.339	12.521

<sup>55</sup> Wanda Cabella, Mathlas Nathan. “Los Desafíos de la Baja Fecundidad en América Latina y el Caribe”

Dep. La Paz	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total Partos Atendidos <sup>(1)</sup>	48.977	51.641	48.030	46.640	46.603	45.969	43.901	38.900	40.462
Total Partos Institucionales <sup>(2)</sup>	48.763	50.929	47.546	46.188	46.105	45.266	43.264	38.387	40.015
Total Partos Domiciliarios <sup>(3)</sup>	4.864	5.182	4.963	4.842	4.706	4.870	5.965	5.220	4.646
Total Cesáreas	12.731	14.707	13.359	13.924	14.383	14.524	13.066	12.168	13.703

**Grafico 7: Partos Atendidos en el Departamento de La Paz en el Durante el Periodo de 2006 -2022.**



Fuente: Datos del INE  
Elaboración propia

En el Grafico N° 7 se puede comprobar como los partos en instituciones aumentaron considerablemente a lo largo de los años, en 2006 se llegó a registrar 41.288 partos institucionales llegando a un pico alto en 2015 donde se registró 50.929 partos institucionales y para el 2020 época de pandemia se llegó a registrar una reducción en los partos donde se registra 43.264 y para el 2021 los partos llegaron a 38.387.



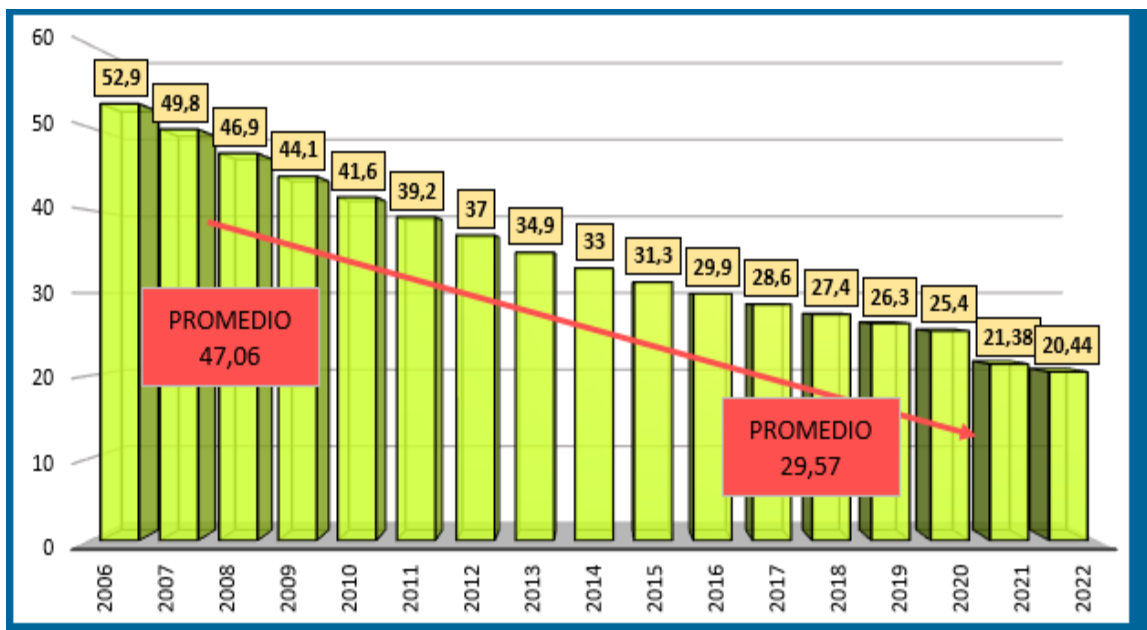
En cuanto a los partos domiciliarios tuvieron una ligera reducción en estos últimos 16 años, con un aumento leve aumento en los años 2020 y 2021 donde el país y el mundo se encontraban en pandemia por el covid-19 por lo que muchas familias optaron por estos partos debido a la sobre demanda que existía en los centros hospitalarios. Es importante que se tenga la reducción en los partos domiciliarios debido a que existe un riesgo de complicaciones médicas como convulsiones, trastornos del sistema nervioso para el bebé o en el peor de los casos pueden generar la muerte de la madre o del bebé.

### 3.6. Evolución de la tasa de mortalidad infantil en el Departamento de La Paz.

La tasa de mortalidad infantil de acuerdo al INE se define como el número de defunciones de niños y niñas menores a un año, ocurridas en un año dado por mil nacidos vivos en ese mismo año. Es un indicador muy útil del estado de Salud, no solo de los infantes sino también de la población en su conjunto y de las condiciones socioeconómicas en las que esta vive.

Actualmente en Bolivia se tiene la siguiente evolución de la mortalidad infantil:

**Grafico 8: Tasa de Mortalidad Infantil de Bolivia en el periodo del 2006 -2022.**

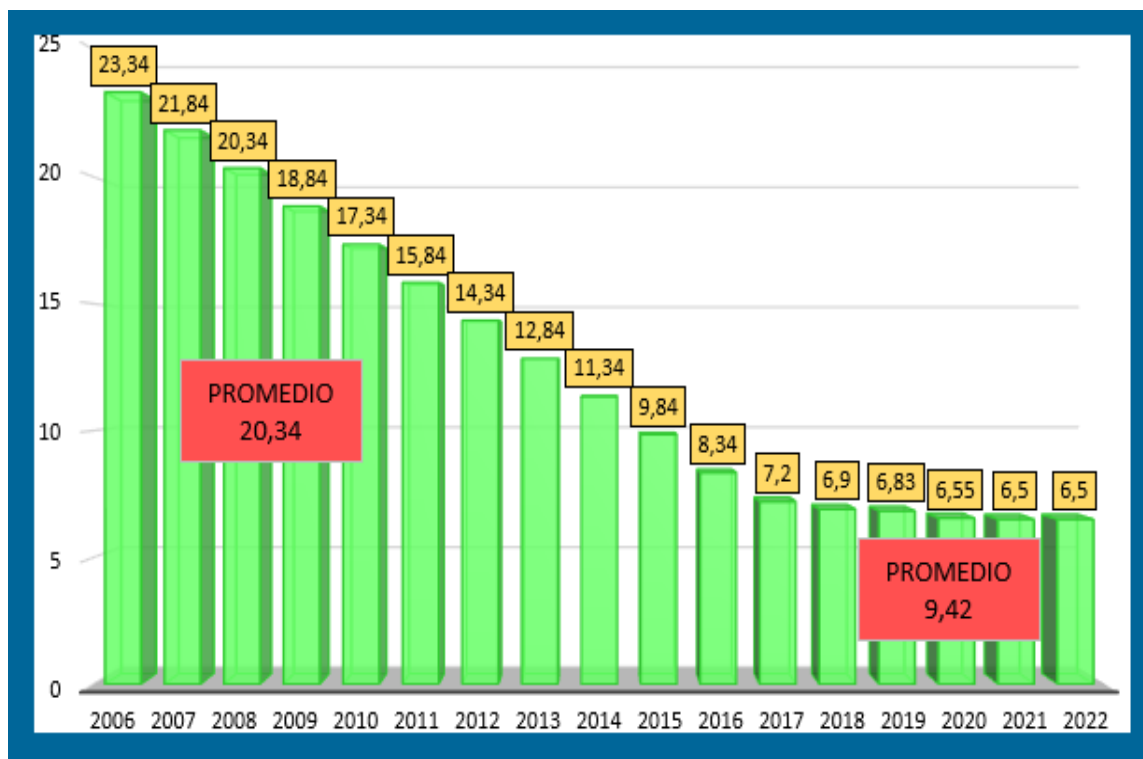


Fuente: Datos del INE  
Elaboración propia

En la Grafico N° 8 se puede observar cómo ha ido reduciendo la tasa de mortalidad desde el 2006 al 2022, teniendo un numero de 52.9 por cada 1000 niños en el año 2006 y llegando al 2022 a tener 20 por cada 1000 niños, pero aún estamos un poco alejados en comparación a los demás países de la región donde sus indicadores de tasa de mortalidad infantil se encuentran por debajo de 10 por cada mil nacidos vivos.

En el departamento de La Paz se llega a tener el siguiente comportamiento de la tasa de mortalidad infantil:

**Grafico 9: Tasa de Mortalidad Infantil en el Departamento de La Paz en el periodo del 2006 -2022.**



Fuente: Datos del INE

Elaboración propia

Como se puede observar en el Grafico N° 9 la evolución que tuvo la tasa de mortalidad infantil desde el 2006 hasta el 2022 es decreciente, en el año 2006 donde estábamos saliendo de una economía de mercado se llega a registrar una tasa de mortalidad infantil de 23,34 por cada mil nacidos vivos, para el año siguiente se llega a registrar una tasa de

mortalidad infantil de 21,84 por cada mil nacidos vivos, después de 16 años en el 2022 se registra y se estima que la tasa de mortalidad infantil en el departamento de La Paz es de 6,5 por cada mil nacidos vivos, estas cifras comparando con lo registrado a nivel nacional se observa que se tuvo un gran avance en el departamento de La Paz en reducir la tasa de mortalidad infantil, también las cifras registradas están casi iguales en comparación con los países de la región.

En cuanto al vínculo entre la muerte materna y la infantil se sabe que los niños que sobreviven a sus madres tienen de tres a diez veces más posibilidades de morir durante sus dos primeros años, que en el caso de que las madres hubieran permanecido con vida. Por cada mujer que muere, treinta más sufren lesiones derivadas del embarazo e infecciones que quedan discapacitadas para toda la vida. Más de una cuarta parte de todas las mujeres del mundo en desarrollo sufren discapacidades vinculadas con el embarazo. Los riesgos son particularmente elevados para las adolescentes. Las jóvenes embarazadas entre los 15 y 19 años tienen el doble de posibilidades de morir durante el alumbramiento que las mujeres de mayor edad, y para las niñas menores de 15 años el riesgo es mucho mayor”.<sup>56</sup>

Mortalidad infantil por causa de muerte, llega a tener distintas causas, donde la primera causa de muerte en menores de un año es la sepsis, que representa más del 20%, seguida de la prematuridad y la insuficiencia respiratoria con un porcentaje menor.

El comportamiento en la tasa de mortalidad infantil en el departamento de La Paz se asocia a varios factores como ser:

De acuerdo a un estudio realizado por UDAPE, sobre el impacto de los seguros de maternidad y niñez, se concluye que el riesgo de muerte para los infantes se habría reducido con la implementación de los seguros públicos (SNMN, SBS y SUMI); sin

---

<sup>56</sup> Montaña, S. El Derecho Al Cuidado Y La Mortalidad De Mujeres Y Niños, agosto, 2016, Pág. 14.

embargo, persisten brechas importantes entre áreas geográficas y entre departamentos del país.<sup>57</sup>

Bono Juana Azurduy (BJA) que es creado en abril del 2009 de acuerdo al Decreto Supremo N° 0066, el cual es un incentivo económico que reciben las madres bolivianas, cuyo objetivo es contribuir con la disminución de la mortalidad infantil y de la desnutrición crónica en niños y niñas de dos años en todo el país.

De acuerdo a las autoridades en salud en el año 2016 “La tasa de mortalidad infantil es de 24 por cada 1.000 nacido vivos, es decir, se han evitado la muerte de 7.788 niñas y niños menores de un año”, informó el jefe de la Unidad de Nutrición del Ministerio de Salud, Yecid Humacayo.<sup>58</sup>

Bolivia mantiene hoy un nivel de mortalidad infantil casi tres veces más alto que la media latinoamericana, una distancia ligeramente superior a la que tenía hace dos décadas. Solo Haití, cuya situación ha empeorado de forma notable en los últimos años, está por detrás. En promedio, la situación de Bolivia equivale a la del conjunto de países de ingresos medios y bajos, que incluye a regiones considerablemente más pobres que la latinoamericana.

---

<sup>57</sup> EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL PROGRAMA DE PAÍS 2008 - 2011, Oficina de Evaluación División de Control Interno, New York, diciembre de 2011, Pág. 35

<sup>58</sup>Página Web: <https://www.minsalud.gob.bo/es/3788-el-bono-juana-azurduy-coadyuvo-con-la-disminucion-de-la-mortalidad-infantil-en-52>

# **CAPÍTULO 4**

# **CONCLUSIONES Y**

# **RECOMENDACIONES**

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

### **5.1. Conclusiones.**

#### **Conclusión General.**

La información referida a la contribución de los proyectos de inversión pública en la fase de ejecución en el sector salud en el departamento de La Paz, muestra que existe un aumento en el presupuesto de inversión pública destinada a proyectos capitalizables y no capitalizables, pero se evidencia que existe 2 periodos, el primer periodo que abarca del 2006 al 2010 se tuvo en promedio una ejecución del 100% del presupuesto, esto se debe a que el gobierno priorizo al sector salud como uno de los pilares fundamentales de su plan de gobierno, pero desde el 2011 hasta el 2022 la ejecución del presupuesto en promedio llega a alcanzar un 69%, por lo que el gobierno deberá plantearse nuevas estrategias para una mejor ejecución y distribución de los recursos destinados a este sector.

#### **Conclusiones específicas.**

- Identificar la programación y ejecución del presupuesto de inversión pública en el sector salud en el departamento de La Paz.

Se identificó el comportamiento del presupuesto de inversión pública del sector salud tuvo un comportamiento en ascendencia donde se observó que durante el año 2006 al 2010 el presupuesto programado fue ejecutado en más del 90% y que para el año 2011 se tendría un gran crecimiento en el presupuesto destinado, llegando a un pico máximo en el año 2019 donde se presupuestó Bs. 1.011,29 millones, pero la ejecución del presupuesto no fue similar a la presentada en los años 2006 al 2010 debido que para este nuevo periodo la ejecución en promedio registro un 69% por lo que no existió un incumplimiento en las metas y objetivos del estado de ejecutar los recursos públicos de manera eficiente.

- Identificar la ejecución del presupuesto de inversión pública en proyectos capitalizables y no capitalizables.

Se llegó a identificar la ejecución de proyectos capitalizables y no capitalizables donde se puede constatar que el gobierno durante su primer mandato que abarca del 2006 al 2010 registro un promedio de Bs. 116,32 millones y en Capitalizables de Bs. 307,60 el estado priorizo los proyectos no capitalizables llegando a representar en promedio un 60% y un 30% destinado a construcción de hospitales y equipamiento, se concluye que el gobierno en estos años busco la integración de la población hacia el sistema de salud eliminando las barreras de discriminación de acceso, aunque esta situación cambia desde el 2011 en adelante donde los nuevos objetivos del estado hicieron un gran incremento en inversión Capitalizable donde se tuvo un promedio de Bs. 1.121,43 y en No Capitalizables de Bs. 276.86, donde los objetivos del gobierno eran mejorar las infraestructuras del país.

- Determinar la evolución de la Esperanza de vida al nacer en el Departamento de La Paz.

La esperanza de vida un indicador importante que nos muestra la efectividad del sistema de salud en cuanto a las políticas empleadas, este indicador llego a tener una evolución ascendente, donde se puede evidenciar que las políticas empleadas por el gobierno favorecieron al sector de las mujeres donde la esperanza de vida es superior que de los hombres, estas mejoras son importantes pero no serían las esperadas, debido a que comparando con el promedio de esperanza de vida del país aún como departamento nos encontramos por detrás y haciendo comparación como país con el resto de países de la región nos encontramos en los últimos lugares.

- Determinar la evolución de la tasa de mortalidad infantil del Departamento de La Paz.

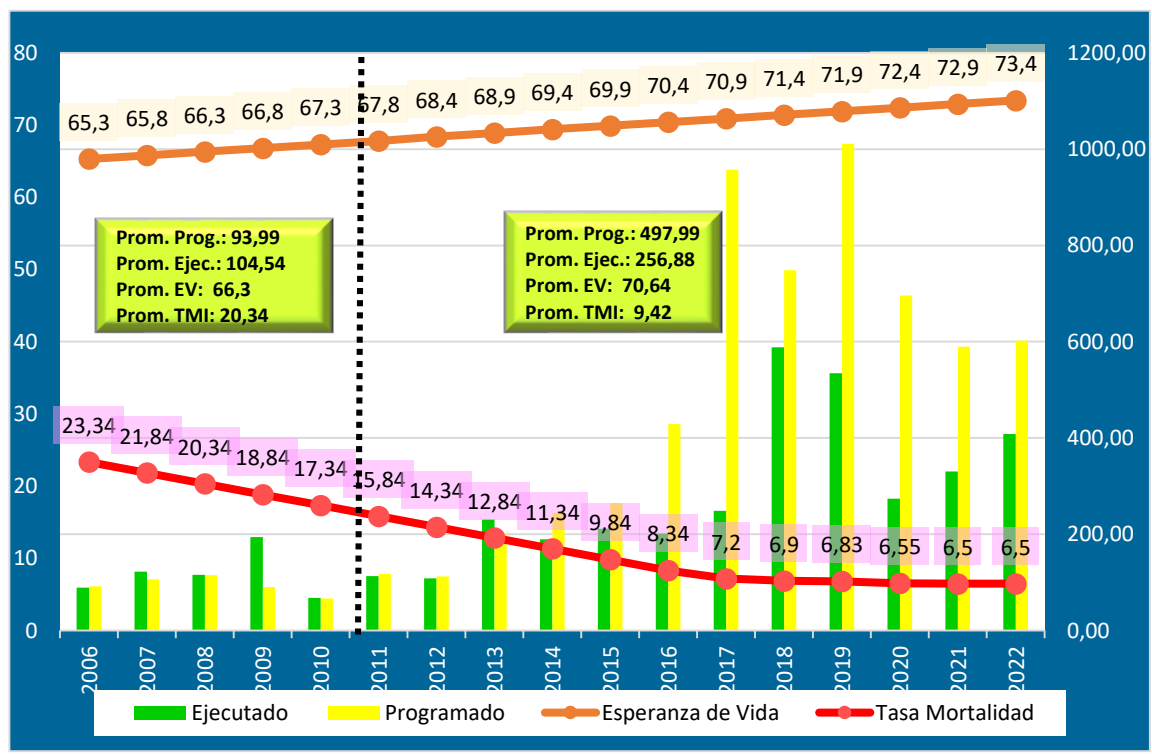
La tasa de mortalidad infantil otro indicador fundamental de las condiciones de vida y la efectividad del sistema de salud, este indicador muestra en el tiempo los cambios que se producen en medida que las personas y comunidades logran acceder a mejores condiciones de salud, para el 2006 la tasa de mortalidad infantil en el departamento de La Paz fue de 23 defunciones de menores de 1 año por cada mil nacimientos, desde entonces

se redujo esta tasa de mortalidad en el departamento aunque se deberá seguir fortaleciendo los programas y la atención de salud sobre todo en las regiones alejadas.

## 5.2. Verificación de la Hipótesis.

“La baja inversión de los proyectos de inversión pública en la fase de ejecución no contribuyo significativamente en el sector salud en el departamento de La Paz”.

**Grafico N° 10 Relación de la Programación y Ejecución de los Proyectos del Presupuesto de Inversión Pública del Sector Salud con la Esperanza de Vida al Nacer y la Tasa de Mortalidad Infantil del Departamento de La Paz periodo: 2006-2022 (En millones de Bs. y Años).**



Fuente: Datos del INE y del VIPFE  
 Elaboración propia

Se **acepta la hipótesis** planteada debido a que las inversiones en este sector no lograron mejorar en gran medida el sector salud del departamento como se evidencia en la esperanza de vida y en la tasa de mortalidad infantil. De acuerdo con las teorías de los hermanos Sapag Chain como de Karen Mokate un proyecto debe cumplir con el ciclo de



vida del proyecto por lo que debe existir una ejecución de lo programado. En el Grafico N° 10 se puede observar que durante el periodo del 2006 al 2010 se tuvo una ejecución del 100% de lo programado y por lo tanto se cumplía con la teoría, pero a partir del 2011 al 2022 se evidencio bajos porcentajes de ejecución del presupuesto evidenciando que los proyectos de presupuesto de inversión pública del sector salud no cumplen con el Ciclo de Vida del Proyecto ocasionando que no exista una mejora en el sector salud.

### **5.3. Recomendaciones.**

- Establecer controles en el cumplimiento de las leyes y políticas dirigidas al sector salud, este control deberá implicar la supervisión de las instituciones y profesionales en salud, además se evaluará la eficacia de las políticas implementadas con el fin de identificar posibles mejoras y ajustes que puedan ser necesario para lograr los objetivos propuestos por el Plan Nacional.
- Desarrollar criterios sobre la priorización de proyectos Capitalizables y No Capitalizables, se deberá tener en cuenta factores como la relevancia impacto del proyecto en la población, la factibilidad técnica y financiera, la sostenibilidad a largo plazo, la urgencia de la intervención, y la capacidad de ejecución por parte de los actores involucrados. Esto con el fin de optimizar la asignación de recursos para garantizar una atención de calidad y equitativa a la población del Departamento de La Paz, asegurando que se cubran las necesidades más urgentes y se logren mejoras significativas en la prestación de servicios de salud.
- Promover el aumento de inversión en investigación de la salud, debido a que este sector es crucial para garantizar el continuo avance en la calidad de los servicios sanitarios. Esto lograra una mayor comprensión de las enfermedades y se desarrollan tratamientos más efectivos y personalizados. Además, se promueve la innovación en tecnologías médicas y se fomenta la formación de profesionales altamente calificados, esto beneficiara tanto a los pacientes como al sistema de salud en su conjunto.

- Planificar proyectos que prioricen la construcción de hospitales de Segundo, Tercer y Cuarto Nivel en el Departamento de La Paz, se deberá considerar que la cantidad y la infraestructura de los hospitales estén en proporción al número de habitantes que residen en el Departamento de La Paz, de manera que se pueda garantizar el acceso a servicios de salud adecuados para todos los ciudadanos, será importante que los proyectos se enfoquen en la sostenibilidad a largo plazo, garantizando que los hospitales cuenten con los recursos necesarios para funcionar de manera óptima y brindar un servicio de calidad a la población.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Lorena Prieto, Camilo C. “Análisis Del Sector Salud De Bolivia”. Banco Interamericano De Desarrollo, agosto 2010. Pág. 69.
2. Alberto Baly Gil, María Eugenia Toledo, Félix Rodríguez. “La Economía De La Salud, La Eficiencia Y El Costo De Oportunidad”. Pág. 395.
3. Armando Gil Ospina. “Economía De La Salud, Antecedentes Y Perspectivas” Pag.81.
4. Banco Mundial, Esperanza De Vida En América Latina Y El Caribe.
5. Banco Mundial, Numero De Medico Por Cada 1000 Personas En América Latina Y El Caribe.
6. BBVA, Argentina.
7. Boletín Informativo INE Para El Departamento De La Paz 2005-2010
8. Boletín Informativo INE Para El Departamento De La Paz 2019
9. Canibaño C. El Capital Humano "Factor De Innovación, Competitividad Y Crecimiento". Universidad Rey Juan Carlos. Sexto Congreso De Economía De Navarra.
10. Cardona M. 2009. Capital Humano "Una Mirada Desde La Educación Y La Experiencia Labora". Universidad Eafit.
11. Carmen Ledo, PhD René Soria, MC, MP, AS, Sistema De Salud En Bolivia, 2011.
12. Centers For Disease Control And Prevention, “La Mortalidad Infantil”.
13. CEPB, "Inversiones Y Crecimiento En Bolivia: Desencuentros Recurrentes",2013.
14. Comisión Económica Para América Latina (CEPAL).
15. Constitución Política Del Estado De 2009.
16. Datos Demográficos De Bolivia 2006-2012
17. Decreto Supremo N° 0066, Bono Madre Niño – Niña “Juana Azurduy”. Art. 1 A 7.
18. Decreto Supremo N° 2480 6 De agosto De 2015.
19. Decreto Supremo N°29894, Organización Del Órgano Ejecutivo, La Paz, 25 De enero 2009.

20. Díaz De Iparraguirre M. “Capital Humano, Su Relación Con La Promoción De La Competitividad Y El Desarrollo Sostenible”.
21. DIAZ De Iparraguirre M. 2009.La Gestión Compartida Universidad-Empresa En La Formación Del Capital Humano, Su Relación Con La Promoción De La Competitividad Y El Desarrollo Sostenible. Caracas.
22. Directrices De Formulación Del Presupuesto De Inversión Pública Anual.
23. Dr. William Wallace, “Gestión De Proyectos”, 2002.
24. Economía Y Sociedad, Año XI, No 17.
25. Edmundo Pimentel. “Formulación Y Evaluación De Proyectos De Inversión”, 2008
26. Ernesto R. Fontaine. Evaluación Social De Proyectos. Edición 13, 2008 Por Pearson Educación De México S.A. De C.V.
27. Evaluación Independiente Del Programa De País 2008- 2011, Oficina De Evaluación División De Control Interno, New York, diciembre De 2011.
28. F. Manuel Collazo Herrera, Justo Cárdenas Rodríguez. “La Economía De La Salud”. Pág. 359.
29. FALGUERAS I. 2008. El Capital Humano En La Teoría Económica: Orígenes Y Evolución. Temas Actuales De Economía. Volumen 2.
30. Félix Murillo Alfaro. “La Educación Y La Circularidad De La Pobreza”. 2000. Pág. 4.
31. Fundación Jubileo, Análisis Del Presupuesto General Del Estado 2014, Elementos Para El Pacto Fiscal, Reporte De Coyuntura N° 23, marzo 2014.
32. Fundación Jubileo, Presupuesto Anual Del Departamento De La Paz, Años 2005 – 2020.
33. Fundación Milenio-Konrad Adenauer Stiftung, Morales Juan Antonio (Coordinador), Germán Molina, Et Al., ¿Dónde Está La Plata? -Los Ingresos Extraordinarios De La Bonanza 2006-2013, Primera Edición, septiembre De 2014.
34. Hacia Una Definición De La Economía De La Salud, Medellín Colombia, Año 1999. Pág. 24
35. INE, Número De Establecimientos De Salud, Bolivia 2006-2022

36. INE, Número De Partos Atendidos, Departamento De La Paz 2006-2022
37. José Félix García, “Salud Desde Una Perspectiva Económica”, 2017.
38. Joseph Stiglitz. “La Economía Del Sector Publico”. España, Editorial Antoni Bosch, S.A. Págs. 24 A 26
39. Lecturas Económicas, “Hacia Una Definición De La Economía De La Salud”.
40. Ley 1178 Sistema Nacional De Inversión Pública.
41. Ley 475 De Prestaciones De Servicios De Salud Integral. Pág. 1
42. Manuel Collazo Herrera, “La Economía De La Salud”, 2017.
43. Marleny Cardona Acevedo, Isabel Cristina Montes Gutiérrez, Juan José Vásquez Maya. “Teoría Del Capital Humano”.
44. Ministerio De Educación, Ministerio De Salud Y Deportes, Instituto Nacional De Estadística. Estimaciones Y Proyecciones De Población, Revisión 2020.
45. Mokate Karen. “Evaluación Financiera De Proyectos De Inversion”.2004.
46. Montaña, S. El Derecho Al Cuidado Y La Mortalidad De Mujeres Y Niños, agosto, 2016.
47. Musgrave, R., “Hacienda Pública Teórica Y Aplicada”, México, Mcgraw-Hill Editores, 2º Edición, 1973.
48. Nassir Sapag Chain, Reinaldo Sapag Caín, José Manuel Sapag P. “Preparación Y Evaluación De Proyectos”
49. Natasha Morales, Eduardo Pando, Juliana Johannsen; “Comprendiendo El Programa Desnutrición Cerón En Bolivia: Un Análisis De Redes Y Actores, Banco Interamericano De Desarrollo, 2010. Pág.6-13.
50. Normas Básicas Del Sistema De Presupuesto. Cap2; Art.25
51. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, GINEBRA.
52. Organización Panamericana De La Salud, “Sector Salud”.
53. Paul Samuelson, William Nordhaus. “Economía Con Aplicaciones A Latinoamérica”. Edición 19
54. Plan De Desarrollo Departamental De La Paz 2007-2010. Pág. 27-30.
55. Plan De Desarrollo Económico Y Social 2021-2025. Pág. 21-25.

56. Plan De Desarrollo Económico Y Social, En El Marco De Desarrollo Integral Para Vivir Bien 2016-2020. Pág.96-104.
57. Plan De Desarrollo Sectorial 2011-2015, Pág. 57-75.
58. Plan Nacional De Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva Y Democrática Para Vivir Bien”.2006-2011. Pág. 38-42.
59. Plan Territorial Autónomo Departamental De La Paz. Pág. 57-59.
60. U.S Department Of Labor, Bureau Of Labor Statics.
61. [Www.Economiayfinanzas.Gob.Bo](http://www.Economiayfinanzas.Gob.Bo)
62. [Www.Ecured.Cu/Departamento\\_De\\_La\\_Paz\\_\(Bolivia\)](http://Www.Ecured.Cu/Departamento_De_La_Paz_(Bolivia)).
63. [Www.Educa.Com.Bo/Content/Departamento-De-La-Paz](http://Www.Educa.Com.Bo/Content/Departamento-De-La-Paz).
64. [Www.Gobernacionlapaz.Gob.Bo/](http://Www.Gobernacionlapaz.Gob.Bo/)
65. [Www.Minsalud.Gob.Bo/Es/3788-El-Bono-Juana-Azurduy-Coadyuvo-Con-La-Disminucion-De-La-Mortalidad-Infantil-En-52](http://Www.Minsalud.Gob.Bo/Es/3788-El-Bono-Juana-Azurduy-Coadyuvo-Con-La-Disminucion-De-La-Mortalidad-Infantil-En-52)
66. [Www.Minsalud.Gob.Bo/Institucional/Mision-Y-Vision](http://Www.Minsalud.Gob.Bo/Institucional/Mision-Y-Vision).
67. [Www.Planificacion.Gob.Bo/](http://Www.Planificacion.Gob.Bo/)
68. [Www.Siip.Produccion.Gob.Bo](http://Www.Siip.Produccion.Gob.Bo) › Noticias.
69. [Www.Vipfe.Gob.Bo/](http://Www.Vipfe.Gob.Bo/)

# ANEXOS

**Anexo 1: Presupuesto Programado y Ejecutado en el Departamento de La Paz  
2006-2022.**

<b>Gestión</b>	<b>Monto Programado</b>	<b>Monto Ejecutado</b>	<b>%</b>	<b>Variación Prog. %</b>	<b>Variación Ejec. %</b>
2006	91,62	89,00	97%		
2007	106,26	122,36	115%	15,97	37,49
2008	114,92	115,73	101%	8,15	-5,42
2009	90,82	194,07	214%	-20,97	67,68
2010	66,33	67,85	102%	-26,96	-65,04
2011	117,56	113,12	96%	77,23	66,72
2012	112,71	108,19	96%	-4,13	-4,36
2013	203,14	230,50	113%	80,23	113,05
2014	244,49	189,62	78%	20,36	-17,73
2015	264,37	211,25	80%	8,13	11,41
2016	428,68	201,53	47%	62,15	-4,60
2017	957,08	248,74	26%	123,26	23,42
2018	748,82	588,27	79%	-21,76	136,50
2019	1011,29	534,82	53%	35,05	-9,09
2020	695,93	273,99	39%	-31,18	-48,77
2021	589,73	330,78	56%	-15,26	20,73
2022	602,04	408,08	68%	2,09	23,37
<b>Promedio</b>	379,16	236,94	0,86		
<b>Máximo</b>	<b>1011,29</b>	<b>588,27</b>	<b>214%</b>		
<b>Total</b>	6445,80	4027,91	14,60	312,36	345,37

Fuente: Datos del VIPFE  
Elaboración propia



**Anexo 2: Inversión Ejecutada en Capitalizable y No Capitalizable en el  
Departamento de La Paz 2006-2022.**

<b>Año</b>	<b>Capitalizable</b>	<b>No Capitalizable</b>	<b>Sin Clasificación</b>
2006	282,66	114,11	99,77
2007	340,56	56,16	106,30
2008	323,80	29,74	251,98
2009	325,60	145,69	165,53
2010	265,40	235,89	0
2011	331,14	232,15	0
2012	395,11	246,81	0
2013	737,01	300,93	0
2014	808,30	272,57	0
2015	1.345,27	260,19	0
2016	1.244,34	277,75	0
2017	916,95	288,04	0
2018	1.555,54	255,75	0
2019	1.765,92	244,46	0
2020	1.301,13	289,66	0
2021	1.632,23	297,24	0
2022	1.424,24	356,71	0
<b>Promedio</b>	882,07	229,64	36,68
<b>Máximo</b>	1.765,92	356,71	251,98
<b>Total</b>	14.995,19	3.903,85	623,59

Fuente: Datos del VIPFE  
Elaboración propia

**Anexo 3: Presupuesto de inversión pública destinado por tipo de proyecto en el  
Departamento de La Paz 2006-2022.**

<b>AÑO</b>	<b>Construcción y Equipamiento</b>	<b>Atención y Epidemiología</b>	<b>Salud Alimentaria y Seguridad Social</b>	<b>Programas de Salud</b>	<b>Cajas de Salud</b>
2006	97,65	86,49	123,01	176,79	12,61
2007	144,19	24,00	130,07	195,63	9,11
2008	159,96	12,44	253,00	175,82	4,31
2009	168,38	64,82	174,80	220,32	8,49
2010	222,87	166,68	0,84	96,02	14,88
2011	273,50	180,21	91,90	2,91	14,78
2012	351,36	187,58	92,20	9,95	0,83
2013	614,24	210,04	195,27	5,98	12,41
2014	627,25	189,33	221,78	18,75	23,77
2015	766,38	756,51	82,57	0,00	0,00
2016	1174,56	305,88	37,16	4,48	0,00
2017	884,72	288,61	27,23	4,43	0,00
2018	1509,53	206,83	91,00	3,93	0,00
2019	1726,00	199,99	56,07	28,32	0,00
2020	1266,31	267,02	56,99	0,46	0,00
2021	1693,47	162,46	72,81	0,74	0,00
2022	1427,20	170,78	179,18	3,79	0,00
<b>Prom.</b>	771,03	204,69	110,93	55,78	5,95
<b>Máximo</b>	1.726,00	756,51	253,00	220,32	23,77
<b>Mínimo</b>	97,65	12,44	0,84	-	-

Fuente: Datos del VIPFE  
Elaboración propia

#### Anexo 4: Esperanza de Vida de Bolivia 2006-2022.

<b>Año</b>	<b>Esperanza de Vida (Bolivia)</b>	<b>Variación %</b>
<b>2006</b>	65,85	
<b>2007</b>	66,4	0,84
<b>2008</b>	66,94	0,81
<b>2009</b>	67,48	0,81
<b>2010</b>	68,01	0,79
<b>2011</b>	68,52	0,75
<b>2012</b>	69,01	0,72
<b>2013</b>	69,83	1,19
<b>2014</b>	70,35	0,74
<b>2015</b>	70,87	0,74
<b>2016</b>	71,38	0,72
<b>2017</b>	71,89	0,71
<b>2018</b>	72,4	0,71
<b>2019</b>	72,9	0,69
<b>2020</b>	73,39	0,67
<b>2021</b>	73,89	0,68
<b>2022</b>	74,37	0,65
<b>Promedio</b>	70,20	0,76
<b>Máximo</b>	74,37	1,19
<b>Mínimo</b>	65,85	0,65

Fuente: Datos del INE – Banco Mundial  
Elaboración propia

**Anexo 5: Esperanza de Vida en el Departamento de La Paz en el periodo de 2006-2022.**

<b>Esperanza de Vida del Departamento de La Paz</b>				
<b>Año</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujeres</b>	<b>General</b>	<b>Variacion %</b>
<b>2006</b>	63	67	65,3	
<b>2007</b>	64	68	65,8	0,7657
<b>2008</b>	64	68	66,3	0,7599
<b>2009</b>	65	69	66,8	0,7541
<b>2010</b>	65	70	67,3	0,7485
<b>2011</b>	66	70	67,8	0,7429
<b>2012</b>	66	71	68,4	0,8850
<b>2013</b>	67	71	68,9	0,7310
<b>2014</b>	67	72	69,4	0,7257
<b>2015</b>	68	72	69,9	0,7205
<b>2016</b>	68	73	70,4	0,7153
<b>2017</b>	68	73	70,9	0,7102
<b>2018</b>	69	74	71,4	0,7052
<b>2019</b>	69	75	71,9	0,7003
<b>2020</b>	70	75	72,4	0,6954
<b>2021</b>	70	76	72,9	0,6906
<b>2022</b>	71	76	73,4	0,6859
<b>Promedio</b>	67	72	69	
<b>Maximo</b>	71	76	73	
<b>Minimo</b>	63	67	65	

Fuente: Datos del INE  
Elaboración propia

**Anexo 6: Tasa de Mortalidad Infantil de Bolivia 2006-2022.**

<b>Año</b>	<b>Mortalidad Infantil</b>	<b>Variación %</b>
2006	52,9	
2007	49,8	-5,86
2008	46,9	-5,82
2009	44,1	-5,97
2010	41,6	-5,67
2011	39,2	-5,77
2012	37	-5,61
2013	34,9	-5,68
2014	33	-5,44
2015	31,3	-5,15
2016	29,9	-4,47
2017	28,6	-4,35
2018	27,4	-4,20
2019	26,3	-4,01
2020	25,4	-3,42
2021	21,38	-15,83
2022	20,44	-4,40
<b>Promedio</b>	34,71	-5,73
<b>Máximo</b>	52,9	
<b>Mínimo</b>	20,44	

Fuente: Datos del INE  
Elaboración propia

**Anexo 7: Tasa de Mortalidad Infantil en el Departamento de La Paz en el periodo  
2006-2022.**

<b>Departamento De La Paz</b>		
<b>Año</b>	<b>Mortalidad Infantil</b>	<b>Variación %</b>
2006	23,34	
2007	21,84	-6,43
2008	20,34	-6,87
2009	18,84	-7,37
2010	17,34	-7,96
2011	15,84	-8,65
2012	14,34	-9,47
2013	12,84	-10,46
2014	11,34	-11,68
2015	9,84	-13,23
2016	8,34	-15,24
2017	7,2	-13,67
2018	6,9	-4,17
2019	6,83	-1,01
2020	6,55	-4,10
2021	6,5	-0,76
2022	6,5	0,00
<b>Promedio</b>	12,63	-7,57
<b>Máximo</b>	23,34	
<b>Mínimo</b>	6,5	

Fuente: Datos del INE  
Elaboración propia

**Anexo 8: Establecimientos de Salud en el Departamento de La Paz en el periodo de  
2006-2022.**

<b>Dep. La Paz</b>	<b>Año</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
1er nivel	Puesto de Salud	266	268	280	295	297	301	303	299
	Centro de Salud	312	325	334	339	348	366	368	381
2do Nivel	Hospital Básico	49	44	41	40	44	45	45	46
3er Nivel	Hospital General	6	7	7	6	6	6	6	6
	Instituto Especializado	11	12	12	10	12	10	10	10

<b>Dep. La Paz</b>	<b>Año</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
1er nivel	Puesto de Salud	136	129	75	78	78	79	79	79	84
	Centro de Salud	569	577	647	658	663	664	661	666	682
2do Nivel	Hospital Básico	25	23	23	24	24	29	33	35	35
3er Nivel	Hospital General	7	7	7	9	9	9	10	9	9
	Instituto Especializado	10	12	12	13	13	15	15	14	14

Fuente: Datos del INE  
Elaboración propia

**Anexo 9: Establecimientos de Salud en el Departamento de La Paz en el periodo de  
2006-2022.**

<b>Dep. La Paz</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Total Partos Atendidos <sup>(1)</sup>	42.027	42.379	47.699	45.104	46.747	48.505	47.292	49.343
Total Partos Institucionales <sup>(2)</sup>	41.288	41.636	42.985	45.039	46.428	48.096	47.016	49.106
Total Partos Domiciliarios <sup>(3)</sup>	5.061	5.164	9.372	4.404	5.067	5.508	5.209	5.255
Total, Cesáreas	7.912	8.232	9.246	9.932	10.298	10.558	11.339	12.521

<b>Dep. La Paz</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
Total Partos Atendidos <sup>(1)</sup>	48.977	51.641	48.030	46.640	46.603	45.969	43.901	38.900	40.462
Total Partos Institucionales <sup>(2)</sup>	48.763	50.929	47.546	46.188	46.105	45.266	43.264	38.387	40.015
Total Partos Domiciliarios <sup>(3)</sup>	4.864	5.182	4.963	4.842	4.706	4.870	5.965	5.220	4.646
Total Cesáreas	12.731	14.707	13.359	13.924	14.383	14.524	13.066	12.168	13.703

Fuente: Datos del INE  
Elaboración propia



**Anexo 10: Matriz de Consistencia.**

<b>1. Título del tema de investigación</b>	“La Contribución de la fase de ejecución de Los Proyectos de Inversión Pública en el Sector Salud en El Departamento De La Paz en el Periodo 2006-2022”	
<b>2. Objeto de la investigación</b>	La contribución de los proyectos de inversión pública en el sector salud en el departamento de La Paz 2006-2022.	
<b>3. Pregunta de investigación</b>	¿Los proyectos de inversión pública en el sector salud contribuyen para mejorar el bienestar de la población en el departamento de La Paz?	
<b>4. Planteamiento del problema</b>	<b>5. Planteamiento del objetivo.</b>	<b>6. Planteamiento de la hipótesis.</b>
La baja inversión en proyectos de inversión pública en la fase de ejecución en el sector salud del departamento de La Paz.	Determinar la contribución de los proyectos de inversión pública en la fase de ejecución en el sector salud del departamento de La Paz.	La baja inversión de los proyectos de inversión pública en la fase de ejecución no contribuyo significativamente en el sector salud en el departamento de La Paz.
<b>Categorías</b>	<b>Variables.</b>	<b>Objetivos específicos</b>
<b>C.E1:</b> Presupuesto de inversión publica <b>C.E2:</b> Sector salud	<b>V.E.1.1:</b> Programación y ejecución del presupuesto de inversión pública. <b>V.E.1.2:</b> Presupuesto de Inversión Publica programado y ejecutado en Proyectos Capitalizables. <b>V.E.1.3:</b> Presupuesto de Inversión Publica programado y ejecutado en Proyectos No Capitalizables.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar la programación y ejecución del presupuesto de inversión pública en el sector salud en el departamento de La Paz.</li> <li>• Identificar la ejecución del presupuesto de inversión pública en proyectos capitalizables y no capitalizables en el sector salud en el departamento de La Paz.</li> </ul>

	<p><b>V.E.2.1:</b> Esperanza de vida al nacer</p> <p><b>V.E.2.2:</b> Tasa de mortalidad infantil</p> <p><b>V.E.2.3:</b> Gasto de funcionamiento del sector salud</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Determinar la evolución de la esperanza de vida al nacer en el departamento de La Paz</li><li>• Determinar la evolución de la tasa de mortalidad infantil del Departamento de La Paz.</li></ul>
--	--	---