

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

La Pandemia COVID-19 fue un fenómeno mundial que tomó desprevenidos a muchos países, develando en su mayoría las deficiencias del Sistema Público de Salud. En el caso de Bolivia, se encontró con duros momentos, en los que la infraestructura, el equipamiento, el personal y los medicamentos no abastecían la demanda de los pacientes. Esto no fue diferente para el Departamento de Pando y también en el Municipio de Santa Rosa del Abuná.

Esta coyuntura que fue a nivel mundial, provocaron en la población una crítica a la gestión de sus autoridades respecto al sistema de salud, en esa línea no podía escapar del debate la infraestructura, y su eficiencia, entendiéndose además que parte del presupuesto del Impuesto Directo de Hidrocarburos (IDH) debía invertirse en ese ámbito; sin embargo, en medio de la pandemia se evidencia que hubo deficiencias.

En ese sentido la presente investigación plantea la necesidad de responder a la pregunta: ¿Cuál es el resultado de la inversión del impuesto directo a los hidrocarburos (IDH) en infraestructura del sector salud, Municipio de Santa Rosa del Abuná del Departamento de Pando, 2016-2020?

Teniendo en cuenta que hasta antes del 2020 se tenía un ligero aumento de presupuesto de IDH que debería de mostrar resultados. Por ello el objetivo de este trabajo es identificar los resultados de la inversión del impuesto directo a los hidrocarburos (IDH) en infraestructura del sector salud, Municipio de Santa Rosa del Abuná del Departamento de Pando, 2016-2020.

La estructura de este trabajo de investigación se encuentra desarrollado en base a los objetivos específicos determinados y definidos.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El sistema de salud nacional y mundial demostró su precaria situación en los últimos años. Producto de la pandemia por el covid-19 se evidenció la carencia de ítems, infraestructura, equipamiento y condiciones sanitarias de calidad. La polémica general fue que los hospitales públicos no sólo no podían atender los casos de Covid-19, sino también a las enfermedades generales. Lo que quiere decir que esto podría ser a causa de una mala administración pública, como la falta de recursos económicos.

El 2005 fue promulgada la Ley de Hidrocarburos N° 3058. Ya en sus primeros artículos, esta ley reconoce a los hidrocarburos como recursos estratégicos que deben coadyuvar a los objetivos de desarrollo económico y social del país. En ese marco se plantea que todos los beneficiarios destinarán los recursos recibidos por Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH), para los sectores de educación, salud y caminos, desarrollo productivo y todo lo que contribuya a la generación de fuentes de trabajo. Por lo que desde el 2005 a la fecha, el sector salud debería tener cambios significativos que se puedan medir y demostrar una inversión apropiada a sus necesidades.

Considerando que la descentralización de recursos financieros y la transferencia y ampliación de competencias iniciadas en 1994 con la Ley de Participación Popular, así como la profundización del proceso autonómico desde la promulgación de la Ley de Autonomías y Descentralización Administrativa “Andrés Ibáñez” en 2010, han incrementado sustancialmente el protagonismo de los gobiernos subnacionales en el desarrollo económico local, como ejecutores y financiadores de la inversión en Bolivia.

En esa realidad, se tiene entendido que los municipios deberán ajustar sus Planes Territoriales de Desarrollo Institucional (PTDI) 2021-2026, por lo que resulta necesario analizar los resultados de la inversión de “IDH” en el sector salud antes de definir lineamientos estratégicos para esta área sin un análisis profundo.

Es en este sentido que la responsabilidad de los gobiernos municipales es importante. Una inadecuada orientación en la asignación de recursos, puede traer consecuencias indeseables. Por ello la incorporación de un enfoque estratégico con criterios técnicos, así como, el involucramiento de los actores de la sociedad en las decisiones sobre el destino de estos recursos, son fundamentales para el logro de una política social efectiva, cohesionada y de calidad para el servicio de Salud.

Con el anterior planteamiento de problema se formula la siguiente pregunta: **¿Cuál es el resultado de la inversión del impuesto directo a los hidrocarburos (IDH) en infraestructura del sector salud, Municipio de Santa Rosa del Abuná del Departamento de Pando, 2016-2020?**

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

1.3.1. Económica

En la investigación se analizó las distintas necesidades insatisfechas de la población, a partir de la necesidad de mejorar la calidad de atención de salud y el impacto de la Inversión Pública del IDH, para mejorar y/o efectivizar su ejecución al Sector. De manera que el presupuesto correspondiente sea acorde a los requerimientos de la infraestructura.

1.3.2. Social

La relevancia de la inversión de IDH, se refleja mediante la satisfacción de necesidades, mejorando así la calidad de vida de los ciudadanos, por lo que la presente investigación se justifica socialmente ya que parte por comprender las necesidades de la sociedad, en este caso de los habitantes del municipio de Santa Rosa del Abuná, para comprender lo que falta por atender.

1.3.3. Institucional

La presente investigación, a partir del análisis de resultados, plantea la importancia de una correcta toma de decisiones para la disposición de lineamientos estratégicos y proyectos de inversión pública, orientando la inversión municipal a fortalecer el sector salud, destacando las políticas dentro del marco institucional correspondiente.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Identificar los resultados de la inversión del impuesto directo a los hidrocarburos (IDH) en infraestructura del sector salud, Municipio de Santa Rosa del Abuná del Departamento de Pando, 2016-2020

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar el presupuesto destinado a infraestructura, equipamiento, funcionamiento y programas del sector salud en el PTDI.
- Analizar la asignación presupuestaria e inversión por sectores económicos del municipio.
- Valorar los indicadores y factores determinantes respecto a la inversión de "IDH" en infraestructura del sector salud del municipio de Santa Rosa de Abuná.

1.5. PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS

“La inversión en proyectos de infraestructura financiados con recursos del IDH en el sector salud del Municipio de Santa Rosa de Abuná del Departamento de Pando (2016-2020) son insuficientes para el mejoramiento de las condiciones de salud de los habitantes”

1.6. ALCANCE Y DELIMITACIÓN

1.6.1. Temporal

La investigación se desarrolla entre la gestión 2016 y 2020.

1.6.2. Espacial

La investigación se aplica en el municipio de Santa Rosa del Abuná, de la provincia del Abuná, en el Departamento de Pando, del Estado Plurinacional de Bolivia.

CAPÍTULO II

2.1. MARCO TEÓRICO, CONCEPTOS Y DEFINICIONES

2.1.1. Estado

Para hablar sobre la gestión de la inversión pública del Impuesto Directo de Hidrocarburos (IDH) respecto a infraestructura para salud, debe iniciarse por definir desde el órgano matriz del Gobierno Autónomo Municipal, es decir, debe definirse el concepto de Estado, para ello se encontró tres perspectivas teóricas:

En primer lugar, se deben observar las relaciones contradictorias entre sus aspectos capitalista, burocrático y democrático. Estas dimensiones lo constituyen en el nivel social. En segundo lugar, el Estado puede ser visto como compuesto por redes organizacionales. Observando estructuras que difieren en su capacidad política y legal para controlar recursos internos y externos; los aspectos presupuestarios, al personal que integra su estructura y a los apoyos políticos que puedan existir. En tercer lugar, el Estado es también un ámbito en el que se definen decisiones sobre las que los diversos grupos tratan de influir. Los hechos resultantes pueden ser diversos y dependen de los intereses en disputa y de las capacidades que estos grupos puedan desplegar. Por lo tanto, resulta importante estudiar a los mecanismos con que cuentan aquellos que demandan políticas sobre el aparato gubernamental. (Zeller, 2015: 1991)

Por tanto, es desde el Estado de donde bajan las políticas nacionales de efecto estructural como institución que establece el orden, control y cuidado de los derechos democráticos de la ciudadanía. Además de buscar la transparencia en sus instituciones dependientes y en las instituciones territoriales.

2.1.2. Inversión Pública

Se entiende por inversión pública todo gasto de recursos de origen público destinado a incrementar, mejorar o reponer las capacidades físicas, humanas, culturales, ambientales, económicas y sociales del Estado para la producción de bienes y/o prestación de servicios.

La inversión pública es un programa específico del gasto público que crea una estructura de coste y demanda que hacen que la inversión privada sea ventajosa. La lucha por la estabilización ha reclamado un interés preferente de las inversiones públicas, tanto para conseguir la recuperación del paro como para dirigir el crecimiento de la renta por un camino de plena ocupación de los recursos. (Musgrave, 1992, pág. 8)

La inversión pública por tanto es el programa que se tiene desde el Estado y sus entidades territoriales para el uso del presupuesto público en beneficio de la población. Se debe entender que esta inversión debe tener una fundamentación que defina las razones de la estructura del programa.

2.1.3. Presupuesto público

El presupuesto público es de interés del presente trabajo por la siguiente definición:

El presupuesto público es la estimación y programación de ingresos y gastos del Sector Público para una gestión (1 año), es un instrumento de planificación y control que describe los planes y resultados esperados, expresados en la asignación de recursos. Por tanto, constituye la expresión financiera de los planes de gobierno; es un instrumento de política fiscal, entendiéndose esta como parte de la política gubernamental que se refiere a la obtención de ingresos y las decisiones sobre gasto público. (Quisbert, 2015, pág. 9)

Básicamente el presupuesto de inversión, es el conjunto de recursos asignados para la realización de los programas y proyectos en cada gestión fiscal, compatible con el plan de inversiones plurianual que incluyen las fases de preinversión y ejecución de la inversión. Esto incluye todas las fuentes de ingreso para una institución pública.

2.1.4. Presupuesto y contabilidad municipal

Si bien se entiende que el presupuesto que maneja el Gobierno Autónomo Municipal es público es importante tener en cuenta que el Alcalde del Municipio formulará y

ejecutará su Programa Operativo Anual y Presupuesto en el marco del Plan Territorial Integral de Desarrollo, bajo las normas y reglamentación establecidas por la norma vigente.

Es decir, el presupuesto municipal es:

Las previsiones de las asignaciones financieras de gastos y recursos necesarios para satisfacer necesidades colectivas durante un periodo de tiempo, asumidas como responsabilidad del sector público, requieren de un instrumento financiero específico. El presupuesto es bajo cualquier concepción tradicional o moderna el más importante instrumento de administración financiera. Su carácter de instrumento asignado de recursos financieros y de responsabilidades para resolver con el mayor grado de previsibilidad los problemas futuros, se ha extendido al sector privado. (Plaza, 2012, pág. 4)

Esta previsión sobre la asignación presupuestaria a gastos para satisfacer las necesidades de la población es en concreto el presupuesto municipal, entendiendo que se concentra en el Municipio en base a las normas jurídicas que se aplican para el manejo de recursos públicos.

2.1.5. Proyecto de Inversión Pública

Se entiende que un proyecto surge a causa de la identificación y priorización de unas necesidades, en este caso netamente de la población frente una institución pública, por lo que deben ser atendidas de manera determinada en la preparación y formulación del mismo.

Un paquete discreto de inversiones, insumos y actividades diseñado con el fin de eliminar o reducir varias restricciones al desarrollo; aumentando la productividad, mejoramiento de calidad de vida de un grupo de beneficiarios dentro de un determinado periodo de tiempo. (Quisbert, 2015, pág. 14)

Se entiende por ello que un proyecto es la búsqueda de una solución inteligente al planteamiento de un problema a resolver, ante una necesidad humana que surge de las necesidades individuales y colectivas de las personas.

2.1.6. Municipios

Se entiende Municipios como “Entidad local formada por los vecinos de un determinado territorio para gestionar autónomamente sus intereses comunes”. (RAE, 2021). Es en una entidad territorial municipal donde se aplicará la presente investigación.

2.1.7. Eficiencia municipal

En ese marco, el gobierno municipal deberá demostrar a lo largo de la aplicación de políticas públicas, y el manejo adecuado del presupuesto público eficiencia, es decir cumplimiento con los intereses y necesidades de la población que habita el territorio al que representa.

En el ámbito de los Municipio la eficiencia es un elemento importante tanto para la expansión de la producción, entendida como resultado en materia de ejecución de programas y proyectos en un periodo determinado y por otro, en la formulación de políticas coherentes con las necesidades reales del territorio. (Quisbert, 2015, pág. 11)

Es importante comprender entonces que la eficiencia municipal se entiende como una característica que dependerá de los resultados y beneficios que genere el propio municipio. Esto en el caso de salud y la infraestructura será medible en cuanto el uso de presupuesto, (IDH), y su aprovechamiento o mejora en la infraestructura del establecimiento de salud del municipio.

2.1.8. Políticas Públicas

Las políticas públicas son lo que comúnmente define y da sentido a las acciones de una representación política dentro un órgano de decisión. En su caso un Gobierno

es el encargado de hacer las cosas que requiere o necesita en interacción con actores políticos y sociales, más allá de sus intenciones. Como se define en la siguiente cita:

Una política puede ser una regulación, una distribución de diversos tipos de recursos (incentivos o subsidios, en efecto o en especie, presentes o futuros, libres o condicionados) y como una intervención redistributiva directa, más allá de dejar hacer a los ciudadanos. (Aguilar, 2012, pág. 85)

Entonces, las políticas públicas se pueden definir como una estrategia de acción colectiva, deliberadamente diseñada y calculada, en función de determinados objetivos. Es decir, son una serie de acciones que tienen el objetivo de responder a los intereses de los ciudadanos. Estas acciones deben ser debidamente diseñadas, en base a una estrategia que le permita cumplir con su finalidad, lo cual normalmente es resolver problemas de los ciudadanos.

Otros autores entienden la gestión pública como acción pública, lo cual es:

La construcción y la calificación de los problemas colectivos por una sociedad, problemas que ella puede delegar o no delegar a una o varias agencias gubernamentales, así como la elaboración de respuestas, contenidos, instrumentos y procesos para su tratamiento. (Cabrerero, 2003, pág. 4)

La acción pública entonces, semejante a la política pública, es la construcción de un plan para solucionar problemas colectivos, esto a través de instituciones públicas. En consecuencia, debe entenderse que estas políticas deben plantearse con base en una visión transformadora, provocar cambios en la sociedad, para que así tenga impacto en la sociedad.

Ciertamente los gobiernos, incluyendo los gobiernos municipales, tienen la obligación de resolver problemas trascendentales para la sociedad, como es la Salud, para resolver o incluso prevenir estos problemas resulta necesario la

eficiente implantación de las políticas públicas que se encuentren acorde a las necesidades de la población.

En ese sentido se entiende que “la política pública es necesaria para guiar, corregir y complementar al mercado en algunos aspectos; dentro de los objetivos del sector público, se incluyen:

1. La provisión de bienes sociales o el proceso por el cual el uso total de los recursos se divide entre bienes privados y sociales y por el que se elige la combinación de bienes sociales; esta provisión puede ser denominada función de asignación de la política presupuestaria.
2. El ajuste de la distribución de la renta y la riqueza para asegurar su adecuación a lo que la sociedad considera un estado equitativo o justo de distribución.
3. La utilización de la política presupuestaria como un medio de mantener un alto nivel de empleo, un grado razonable de estabilidad de los precios y una tasa apropiada de crecimiento económico que considere los efectos sobre el comercio internacional y la balanza de pagos; objetivos denominados función de estabilización. (Sepulveda, 2017, pág. 16)

La importancia de la política pública por tanto es la distribución de la riqueza de la nación en igualdad de condiciones para toda la población a través de acciones, medidas, o gestiones que mejoren las condiciones de vida de la población. Una relación directa entre presupuesto estatal con políticas públicas.

2.1.9. El Estado y sus funciones

Entendiendo que “El mecanismo de mercado por sí solo no puede realizar todas las funciones económicas. La política pública es necesaria para guiar, corregir y complementar al mercado en algunos aspectos” (Musgrave, 1992, pág. 6). Por lo que el Estado tiene entre sus funciones la disposición de estas políticas públicas.

2.1.9.1. Función de distribución

Puesto que el Estado gestiona los recursos económicos públicos, su distribución de la renta puede estar o no ajustada a lo que la sociedad considera una distribución correcta o justa. Es necesario hacer una distinción entre:

- Principio de que el uso eficiente de los factores precisa que los factores de producción sean valorados de forma competitiva.
- La proposición de que la distribución de la renta entre familias debería quedar fijada por el proceso de mercado. (Quisbert, 2015, pág. 13)

Se entiende por tanto que cada nivel de la administración pública tiene diferentes funciones de acuerdo al área de actuación:

- a. La producción de bienes y servicios y la regulación de la economía.
- b. La compra de bienes y servicios.
- c. La redistribución de la renta, es decir la transferencia de recursos económicos a determinados grupos o individuos. (Stigliz, 2002, pág. 10)

Por ello, la distribución de los recursos del Estado dependerá de las necesidades de la población y las áreas que requiera su implementación.

El Estado presta servicios en educación, salud, saneamiento básico, transporte, comercialización, comunicaciones, producción de materias primas y hasta en producción de ciertos artículos de consumo y de bienes de capital, no quiere decir, que todas estas actividades las realice la administración central, normalmente son desarrolladas por los gobiernos autónomos y locales, de acuerdo al marco legal establecido en cada país. (Stigliz, 2002, pág. 11)

En ese sentido, se entiende la relación entre los gobiernos municipales y el Estado respecto a la distribución de la inversión pública.

2.1.10. Programa de inversión pública

Entendiendo que:

El programa de Inversión Pública está conformado por el presupuesto de Inversión Pública que comprende proyectos financiados, y el Programa de requerimientos de financiamiento, que contempla los proyectos que no cuentan con financiamiento asegurado. (Bolivia, 2013, Art. 10)

Estos requerimientos son realizados a través de un proyecto, el cual surge de la identificación y priorización de unas necesidades, que serán atendidas de manera determinada en la preparación y formulación del mismo.

Un paquete discreto de inversiones, insumos y actividades diseñado con el fin de eliminar o reducir varias restricciones al desarrollo; aumentando la productividad, mejoramiento de calidad de vida de un grupo de beneficiarios dentro de un determinado periodo de tiempo. (Quisbert, 2015, pág. 14)

Un proyecto es la búsqueda de una solución inteligente al planteamiento de un problema a resolver, entre tantas una, necesidad humana que surge de las necesidades individuales y colectivas de las personas.

2.1.11. Presupuesto de Inversión Pública

Debe partirse porque “El objetivo del presupuesto de capital público no consiste en comprobar la solvencia financiera del gobierno, sino en medir la contribución del gobierno al stock de capital de la economía” (Quisbert, 2015, pág. 17). Este presupuesto de inversión pública por ende es el financiamiento público a las necesidades de los ciudadanos.

2.1.12. Hidrocarburos

Respecto a los hidrocarburos, se debe considerar este concepto en función de la propiedad sobre estos recursos para sacar provecho económico. En ese sentido,

de acuerdo al interés de la presente investigación, se señala los siguientes aspectos de este tema:

2.1.12.1. Propiedad de hidrocarburos

La propiedad de los hidrocarburos es un tema que tiene que ver con la económica y la soberanía del país. Es la capacidad que tiene el pueblo, a través del Estado, para decidir cómo se producen y consumen los recursos hidrocarburíferos y sobre la manera en que se invierten las ganancias. (Cedla, 2005, pág. 5)

Es decir, que la propiedad de hidrocarburos debe ser entendida desde el marco de la propiedad que se tiene sobre los mismos, es decir si es pública o privada, para de esa forma señalar la relación con la economía estatal. Los Hidrocarburos es de propiedad pública.

Este derecho de los bolivianos fue entregado a las empresas petroleras transnacionales en 1996, es por eso que en octubre del 2003 y en mayo y junio del 2005, masivas movilizaciones de trabajadores y pueblo en general salieron a las calles pidiendo la nacionalización de los hidrocarburos. (Cedla, 2005, pág. 5)

Esto por la riqueza producida a partir del aprovechamiento de este recurso, y cuando se devela que las transnacionales sacan provecho de su exportación, pero dejaban miserables regalías a cambio para los bolivianos, la población con justa razón exige que los recursos sean para el Estado.

Cuando la nueva ley de hidrocarburos 3058 se refiere a la propiedad de los hidrocarburos dice que por “mandato soberano del pueblo boliviano (...) y en aplicación del artículo 139 de la CPE, se recupera la propiedad de todos los Hidrocarburos en Boca de Pozo para el Estado Boliviano” (Cedla, 2005, pág. 11)

2.1.12.2. Regalías y participaciones

Respecto a las regalías, hay que definir que “una regalía petrolera es una compensación económica obligatoria a favor del Estado. Las transnacionales que

explotan nuestros hidrocarburos deben pagar cada mes un monto de dinero que se conoce como regalía petrolera. Las regalías son parte de las ganancias extraordinarias que obtienen las petroleras por la explotación de recursos naturales que no les pertenecen, pero ellas hacen ver como si estuvieran renunciando a sus ganancias. Por eso presionan para que los gobiernos, a través de las leyes, fijen tasas bajas para el pago de regalías.” (Cedla, 2005, pág. 16)

La anterior aclaración tiene importancia para comprender la significación de las regalías para el país, puesto que son parte de las ganancias de las petroleras, entendiendo que son elevadas ganancias, y al aprovecharse del recurso de este país deben pagar un costo adicional a los impuestos.

La ley 3058, aprobada por el congreso en mayo del 2005, dice que las empresas que trabajan en la explotación de los hidrocarburos, deben pagar regalías y compensaciones sobre la producción fiscalizada, el pago debe ser en dólares o su equivalente en moneda nacional o en especie. (Cedla, 2005, pág. 17)

Entonces, se propone el Impuesto Directo a los Hidrocarburos, “a diferencia de la producción de otros bienes, por los hidrocarburos y minerales se cobra una renta, adicional a los impuestos que en general existen para todos los sectores. Esta renta sería como el valor que se le da a las riquezas, que está dentro del precio de venta, independientemente de los costos de su extracción. Entonces, se explotan y se venden estos recursos naturales. A cambio, en el país, el Estado recibe una renta, que es justamente el Impuesto Directo a los Hidrocarburos y la regalía. La renta no se producto, de la capta.” (Jubileo, 2017, pág. 8)

El pago de las regalías deberá ser depositado en las cuentas bancarias del TGN, de las prefecturas de los departamentos de Santa Cruz, Cochabamba, Tarija y Chuquisaca (productores) y de los departamentos de Beni y Pando (No productores). (Cedla, 2005, pág. 18)

2.1.12.3. Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH)

Anteriormente ya se definió los Impuestos directo a los hidrocarburos (IDH). Toma importancia en cuanto se dispone su distribución. Básicamente, según la Ley 3058, el IDH debía ser distribuido entre las prefecturas y el TGN, además de los municipios, universidades, pueblos indígenas, comunidades campesinas, policía y Fuerzas Armadas, sin considerar el principio de coparticipación tributaria. (Cedla, 2005, pág. 22)

De esta forma, su distribución se encuentra definido en el artículo 57 de la Ley 3058, el cual determina que el IDH será distribuido de la siguiente forma:

- a) Cuatro por ciento para cada uno de los departamentos productores de hidrocarburos de su correspondiente producción departamental fiscalizada.
- b) Dos por ciento para cada departamento no productor.
- c) En caso de existir un departamento productor de hidrocarburos con ingreso menor al de algún departamento no productos, el Tesoro General de la Nación (TGN) nivelará su ingreso hasta el monto percibido por el departamento no productos que recibe el mayor ingreso por concepto de coparticipación en el IDH.
- d) El poder ejecutivo asignará el saldo de IDH a favor del TGN, pueblos indígenas y originarios, comunidades campesinas, de los municipios, universidades, fuerzas armadas, policía a nacional y otros. (Cedla, 2005, pág. 22)

En principio, la Ley de Hidrocarburos N° 3058 y el Decreto Supremo N° 28421 reglamentario establecen que el IDH sea coparticipado de la siguiente manera:

- 12,5% del valor total recaudado del IDH a favor de los departamentos productores de hidrocarburos. Equivale a 4% del valor de la producción fiscalizada para cada departamento productor.
- 31,25% del valor total recaudado del IDH, distribuido a los departamentos no productores de hidrocarburos en razón a 6,25% a cada una. Equivale a 2%

del valor de la producción para cada uno de los departamentos no productores.

- En caso de existir un departamento productor de hidrocarburos con ingreso menor al de algún departamento no productor, el Tesoro General de la Nación (TGN) nivela su ingreso.

El saldo del monto total recaudado del IDH, descontando lo mencionado precedentemente, se destina en favor del TGN, el cual está obligado a participar los siguientes conceptos:

- 9,5% del total de la recaudación del IDH destinado a un fondo de compensación para los municipios universidades de los departamentos de La Paz, Santa Cruz y Cochabamba, de acuerdo con el siguiente criterio: i) La Paz 46,19%, ii) Santa Cruz 36,02% y, iii) Cochabamba 17,79% Montos destinados: 80% para los municipios del departamento y 20% para las universidades públicas.
- 5% del total de la recaudación del IDH en favor del fondo indígena.
- Un monto otorgado mediante asignación presupuestaria a las Fuerzas Armadas de la Nación y la Policía Nacional de Bolivia.
- 5% para el Fondo de ayuda interna al desarrollo nacional destinado a la masificación del uso de gas natural en el país.

El 100% de los ingresos percibidos por cada departamento, de acuerdo a lo señalado anteriormente, el decreto supremo N° 29322 autoriza la distribución entre municipios, universidades y gobernación de cada jurisdicción departamental, de acuerdo con el siguiente detalle:

- 66,99% para el total de los municipios del departamento, el cual es distribuido de acuerdo con el número de habitantes de su jurisdicción municipal, según el último censo nacional vigente.

- 8,62% para la universidad pública del departamento. En caso de los departamentos que cuenten con dos o más universidades públicas, los porcentajes de distribución se determina de acuerdo con el reglamento.
- El saldo de 24,39% se destina al gobierno departamental. (Jubileo, 2017, pág. 17)

Impuestos de hidrocarburos departamentales

En lo referente a los ingresos de los gobiernos departamentales, estos se han incrementado, especialmente por el comportamiento de las regalías petroleras, que se constituye en la principal fuente de ingresos, además de otras regalías (mineras y forestales) originadas principalmente por el incremento de precios internacionales; actualmente representan, en promedio, 60% entre ambas (50% regalías por hidrocarburos y 10% otras regalías). Siendo que estos recursos se concentran en los departamentos productores, ocasionan importantes desbalances horizontales, cuando se comparan entre ellos. (Jubileo, 2017, pág. 12)

Impuestos de hidrocarburos municipales

La recaudación del IDH a partir de 2005 provocó una mejora sustancial de los ingresos de gobiernos municipales, constituyéndose en su segunda fuente de ingresos, representando 22,7% sobre el total en promedio en los últimos años. Las recaudaciones por coparticipación de impuestos nacionales, renta interna y aduana se constituyen en la principal fuente de ingresos, 39% promedio del total; la recaudación de impuestos de dominio municipal muestra una participación descendente de 17% a 13% del total de ingresos, el resto de ingresos son menores desde el punto de vista de su participación en la recaudación. (Jubileo, 2017, pág. 13)

2.1.12.4. YPFB

El único medio para que el Estado ejerza dominio soberano sobre los hidrocarburos es mediante el control monopólico de tres elementos centrales:

- Transporte y comercialización.
- Refinación y el almacenamiento.
- Determinación de los precios de exportación.

Para esto se crea Yacimientos Petrolíferos Fiscales Bolivianos, de acuerdo al artículo 17 de la Ley 3038, la cual dice: “la exploración, explotación, comercialización, transporte, almacenaje, refinación e industrialización de los hidrocarburos y sus derivados corresponden al Estado, derecho que será ejercido por sí, mediante entidades autárquicas o a través de concesiones y contratos por tiempo limitado, a sociedades mixtas o a personas privadas”. (Cedla, 2005, pág. 48)

2.1.13. Plan Territorial de Desarrollo Integral

El Plan territorial de Desarrollo Integral es el nuevo formato de lo que se conocía como los planes de desarrollo, entendiendo que:

- I. Los Planes Territoriales de Desarrollo Integral para Vivir Bien (PTDI) constituyen la planificación territorial de desarrollo integral de mediano plazo de los gobiernos autónomos departamentales, gobiernos autónomos regionales y gobiernos autónomos municipales. (Bolivia, 2016: Art. 17)

Por ende, su utilidad radica en su aprovechamiento para la planificación territorial, en base a un diagnóstico sobre la situación del municipio, previsto para cinco años de gestión, por lo que su importancia radica en la delimitación de los lineamientos estratégicos para la gestión de políticas públicas en beneficio del territorio. En ese marco los Planes Territoriales de Desarrollo Integral comprenden:

1. Planes de gobiernos autónomos departamentales que se elaborarán en concordancia con el PDES y en articulación con los PSDI.
2. Planes de gobiernos autónomos regionales y de gobiernos autónomos municipales que se elaborarán en concordancia con el PDES y el PTDI del gobierno autónomo departamental que corresponda, en articulación con los PSDI. (Bolivia, 2016: Art. 17)

2.1.14. Gestión Pública Municipal

Los gobiernos locales, concretamente los gobiernos municipales, son actores importantes para el fortalecimiento del desarrollo y el bienestar social, ya que ellos administran los recursos económicos de los ciudadanos para su beneficio propio. En ese sentido la gestión pública municipal se define como las “decisiones de gobierno que incorporan la opinión, la participación, la corresponsabilidad y el dinero de los privados, en su calidad de ciudadanos electores y contribuyentes” (Aguilar, 2012, pág. 94)

La Gestión Pública Municipal por tanto tendrá la labor de tomar decisiones que aplique a la población políticas públicas de salud, la cuales “tienen un enorme potencial en lo que se refiere a garantizar la salud de las comunidades. Representan un complemento importante de las reformas de la cobertura universal y de la prestación de servicios, pero, lamentablemente, en la mayoría de las sociedades dicho potencial está en gran medida desaprovechado y es muy común que no se llegue a implicar eficazmente a otros sectores”. (OPS, 2008, pág. 65)

Por lo que la gestión pública municipal será la aplicación de políticas públicas, lo que se definió anteriormente, entonces las acciones que se definan, se encontrarán delimitadas por la gestión pública municipal.

2.1.15. Gobiernos Municipales en la Política de Salud Pública

Los Gobiernos Municipales en la política de salud pública, son quienes tienen la atribución de definir, de acuerdo a las particularidades de su región, propuestas que permitan mejorar la salud pública, en ese sentido se puede entender que:

La política pública de salud se encuentra caracterizada por la interdisciplinariedad, pues el problema de salud es en realidad una cuestión de carácter integral. Por ello la acción de distintas dependencias incide de manera directa e indirecta en los efectos e impactos sobre la salud de la población. (Tancara, 2020, pág. 22)

De acuerdo a la Ley Marco de Autonomías el Gobierno Nacional, los Gobiernos Departamentales y Municipales tienen competencias específicas a la hora de la ejecución presupuestaria, por ello los Gobiernos Municipales deben de destinar recursos para implementar políticas de salud pública, formular y ejecutar el Plan Municipal de Salud, el Plan de Desarrollo Municipal, dotar de infraestructura adecuada y/o necesaria entre otras.

Por ello, para los gobiernos municipales las políticas de salud pública forman parte de la ejecución de su presupuesto, para que lo que el Gobierno Nacional no pueda cubrir, sea mejorado por los Gobiernos municipales.

2.1.16. Los Sistemas de Salud

Los sistemas de salud se puede definir como el “conjunto de organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo, primordial es proteger y mejorar la salud”(Peñazco, 2020, pág. 183). Entonces los sistemas de salud se encuentran compuestos por instituciones públicas y privadas, de las cuales sólo las instituciones públicas tienen impacto dentro la gestión pública que definan los gobiernos municipales para mejorar su servicio.

En ese marco la demanda de Salud difiere de la demanda por otros bienes/servicios tradicionales en el siguiente sentido:

1. La salud no se "vende" en el mercado por eso los consumidores tienen que producir su propia salud. Para ello tienen que dedicar tiempo y comprar en el mercado bienes y servicios médicos (asistencia sanitaria) para tratar de mantener o mejorar su salud.
2. La demanda de asistencia sanitaria es por tanto una demanda indirecta o derivada ya que el consumidor no le interesa "consumir" la asistencia sanitaria sino que lo hace para producir salud.
3. La salud es un bien de consumo y un bien de inversión. Un bien de consumo porque aumenta la utilidad de los individuos y un bien de inversión porque aumenta la productividad del individuo en el trabajo. (Sepulveda, 2017, pág. 20)

La importante diferenciación que hace Sepulveda entre el servicio de salud con otros servicios tradicionales es la caracterización de bien de consumo y bien de inversión, puesto que, a mejores condiciones de salud de los ciudadanos, mejor productividad y participación en la sociedad.

Desde una visión biológica y sociopolítica la salud tiene las siguientes definiciones:

Concepción tradicional. - La salud es la ausencia de enfermedades e invalideces, es la vida en el silencio del cuerpo.

Salud bienestar. - El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades.

Salud adaptación, equilibrio, capacidad de funcionar. - La salud es el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en dicho medio.

Salud como forma de vida.- La salud es una forma de vivir que es satisfactoria, autónoma, solidaria y feliz.

Salud positiva, potencial personal y factor de desarrollo humano. La salud es la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los problemas del ambiente;

La búsqueda de los determinantes sociales de la salud y las causas de las desigualdades. El concepto de desigualdad en salud alude al impacto que tienen, sobre la distribución de la salud y la enfermedad en la población, los determinantes sociales como la riqueza, la educación, la ocupación, el grupo racial o étnico, la residencia urbana o rural y las condiciones de habitabilidad o equipamientos del lugar en el que se vive o trabaja.(Palomino, 2016, pág. 77)

Estas diferentes definiciones de Salud ayudan a relacionar el concepto con el tema de investigación.

2.1.16.1. Infraestructura de salud

Para la presente investigación este concepto tendrá gran importancia, ya que es la forma más concreta de identificar el beneficio o inversión del presupuesto público respecto a la salud. En ese sentido, el concepto general de infraestructura puede ser definida como “las estructuras físicas y organizativas, redes o sistemas necesarios para el buen funcionamiento de una sociedad y su economía. Los diferentes componentes de la infraestructura de una sociedad pueden existir ya sea en el sector público o privado, dependiendo como son poseídos administrados y regulados (compartido con el sector gubernamental/privado según sea la propiedad y la administración, según ocurre en algunos casos).“ La infraestructura puede ser física o social, con las dos categorías definidas así:

- La infraestructura física constituye instalaciones públicas que unen partes de la ciudad y proporcionan los servicios básicos que la ciudad necesita para el funcionamiento, como la red de caminos y servicios públicos.
- La infraestructura social y económica incluye facilidades tales como hospitales, parques y jardines, centros comunitarios, librerías,

entretenimiento e instalaciones para hacer compras, y edificios educativos.
(UNDP, 2019, pág. 2)

En ese sentido, para el caso de la infraestructura de salud, se entendía como una infraestructura pública social, ya que su objetivo es brindar un beneficio para la población en cuanto al acceso a la atención de salud. Debe considerarse que dentro de este concepto también debe tomarse en cuenta el número de camas, ítems, etc.

2.2. MARCO DE POLÍTICAS

Las políticas generales del país están definidas en documentos oficiales del Estado en base a una estrategia de desarrollo nacional. Entendiendo que esta estrategia contiene diferentes dimensiones sociales, económicas, culturales e institucionales, se enfocara en el ámbito de la salud.

2.2.1. Primer periodo 2000-2005 (Modelo economía de Mercado)

El primer periodo, es denominado de esta forma por el enfoque político del gobierno de turno de ese entonces. El lineamiento estratégico era principalmente neoliberal, como reflejo de la mayoría de las políticas instaladas en los países vecinos. A manera de ilustrar esta característica de este periodo, se presenta la siguiente cita:

El decreto supremo N° 26875 (21 de diciembre del 2002) implanta el nuevo modelo de gestión. Establece la necesidad de profundizar la descentralización, incorporando a todos los actores relevantes responsables de la gestión en salud potenciando la participación interna y del personal de salud en los procesos decisorios y comprometidos directamente con el cumplimiento de la política y planes sectoriales y municipales, asegurando de esta manera la gestión compartida con participación popular en salud, en sus diferentes niveles. (Ministerio de Salud y Deportes, 2004, pág. 154)

Como se puede ver, este nuevo modelo de gestión que afianza la participación popular en la salud y sus diferentes niveles, es parte del enfoque neoliberal respecto a los derechos democráticos de todo ciudadano a participar en las decisiones del país.

Claramente, esos años la salud aún se encontraba en una situación precaria, que más adelante se desarrollará. La población estaba en crecimiento y los establecimientos de salud, en los cuales podía evidenciarse las condiciones de salud en el sistema público, no eran suficientes. Por ejemplo, en la siguiente tabla puede observarse lo siguiente:

Cuadro Nº 1 Establecimientos de Salud según tipo por departamentos, Bolivia 2004

Departamentos	Número de Redes	Establecimiento según tipo					Total
		Puestos de salud	Centros de salud	Hosp. Básico	Hosp. General	Institutos	
Beni	8	69	78	10	1	0	158
Chuquisaca	6	161	120	8	2	6	297
Cochabamba	15	179	210	22	8	3	422
La Paz	32	257	278	30	5	11	581
Oruro	3	79	59	8	2	0	148
Pando	3	35	18	2	0	0	55
Potosí	10	303	128	8	2	0	441
Santa Cruz	20	195	196	43	4	5	443
Tarija	6	94	65	11	2	0	172
Bolivia	103	1372	1152	142	26	25	2717

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes, 2004, pág. 156

Puede observarse que en la mayoría de los departamentos la cantidad un hospital general no estaba acorde a la población. Es decir, era una situación en la que no se abastecía la demanda. En el caso del Departamento del Pando, al cual pertenece el municipio de Santa Rosa del Abuná, no contaba con hospital general, solo tenía puestos de salud y centros salud, un hospital de tercer nivel con especialidades no estaba a disposición de la población de esa región en ese entonces.

Otro dato para describir la situación de la salud en el país en este periodo, es el de las camas por tipo de establecimiento, puesto que de esta forma podía medirse que

había suficiente espacio para la población, dependiendo de la región. Entendiendo, además, como indica el anterior cuadro, según el tipo de atención médica que requería el paciente debía dirigirse a un tipo de establecimiento. Al tener una menor cantidad de hospitales generales, estos tendían a hacinarse.

Cuadro N° 2 Camas por tipo de establecimientos, todos los subsectores, por regiones

Departamento	Puesto de Salud	Centro de Salud	Hospital Básico	Hospital General	Instituto Especializado	Total	Porcentaje
Beni	3	194	306	47	0	550	4.3
Chuquisaca	0	240	94	196	575	1105	8.7
Cochabamba	150	532	464	870	273	2289	18.1
La Paz	72	570	921	1239	591	3393	27.0
Oruro	0	155	143	311	0	616	5.0
Pando	0	27	53	0	0	80	0.7
Potosí	59	338	264	275	0	936	7.4
Santa Cruz	175	850	984	437	323	2769	22.0
Tarija	93	220	247	297	0	857	6.8
Total	559	3126	3476	3672	1762	12595	100
Porcentaje	4%	25%	28%	29%	14%	100	

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes, 2004, pág. 157

En los departamentos de mayor población, como ser La Paz, Santa Cruz y Cochabamba se observa que el número de camas no era menos de 1300. Es decir, menos del 1% de la población de cada departamento de ese entonces. En el caso de Pando sólo se contaba con camas en el centro de salud y el Hospital básico, teniendo como máximo 53. Es decir, esta cantidad era priorizada para los casos más urgentes o la recuperación materna. Las condiciones de los hospitales eran insuficientes, en este periodo.

a) Inversión Pública en Salud

Un aspecto importante para el interés de la presente investigación es cómo se realizaba la inversión pública. El uso del presupuesto estatal para mantener y mejorar el sistema de salud público. En este periodo:

El sistema de salud del país se caracteriza por ser segmentado, con presencia de varios subsectores: el público, de la seguridad social, Iglesia, ONGs, privados y

medicina tradicional. El tipo de prestaciones de atención en salud, tienen orientación principalmente a la atención individual. Es sector público provee la atención de salud pública, con énfasis en la promoción y prevención de la atención en salud colectiva. (Ministerio de Salud y Deportes, 2004, pág. 162)

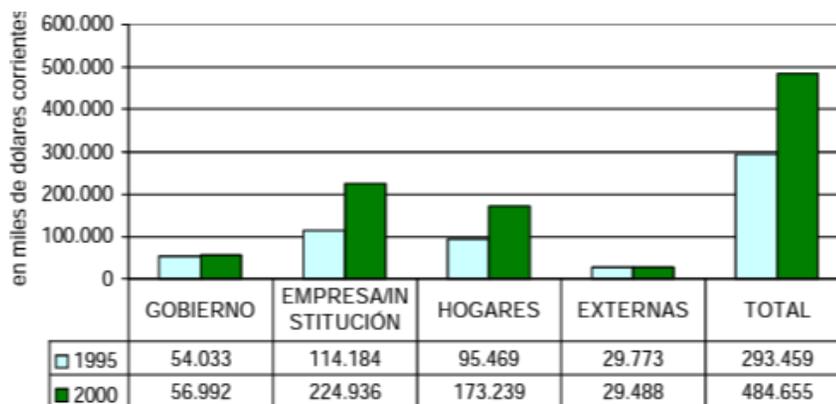
Lo que quiere decir, que el Estado no era el principal responsable de este ámbito, sino que recibía apoyo de otras instituciones, como ser la iglesia, ONGs, y la medicina tradicional. Recordando que en esta época no se había nacionalizado los hidrocarburos, básicamente la fuente de financiamiento, como ser el tesoro general de la nación, no era suficiente para la salud pública. Como mecanismos de financiamiento es válido mencionar a:

- Financiamiento publico
- Seguro social de salud
- Seguro de salud privado
- Tarifas que pagan usuarios
- Donaciones
- Préstamos (Ministerio de Salud y Deportes, 2004, pág. 163)

Esto demuestra que la inversión en la salud pública era limitada, además que en algunos casos tendía a privatizarse el acceder a este derecho. Por ello se cobraba a los usuarios tarifas por el acceso a la salud. Esto es de gran importancia para analizar la forma en la se financiaba en este periodo, y como cambiará esto en los siguientes.

En esta época, se debatía la necesidad de garantizar la gratuidad de los servicios básicos, entre estos estaba la salud. Por lo que gran parte de la población se encontraba descontenta por cómo se manejaba el sistema de salud público, ya que terminaba afianzándose la desigualdad social, es decir, quienes tenían ingresos económicos suficientes podían recibir una atención medica de calidad, en cambio quienes no lo hacían, debían recurrir a otras alternativas.

Figura N° 1
Gasto Nacional en salud según fuentes de financiamiento
Gestiones 1995-2000



Fuente: Ministerio de Salud, 2017, pág. 164

La principal fuente de financiamiento del sistema de salud lo constituye los aportes de empresas y otras instituciones (46%), seguido por los ingresos directos procedentes de los que utilizan los servicios de salud. Por ello se entiende que la salud no era un derecho totalmente público, sino que para los usuarios debía de pagarse monto para su atención. Esto aumentó con el pasar de los años, como se puede ver en la gráfica.

Ante esta situación, el Estado vio la necesidad de definir algunas políticas estratégicas acordes a esta realidad, entre estas políticas puede mencionarse:

- Fortalecimiento del sistema integrado de salud, en el municipio las condiciones de Salud de la población son deficientes. Los barrios periféricos y grupos vulnerables manifiestan bajos indicadores de Salud debido a problemas de acceso al servicio, insuficiente infraestructura, falta de equipamiento, mala calidad de las prestaciones y riesgos de transmisión de enfermedades.

- El objetivo al cabo de cinco años tiene el doble propósito de ampliar la cobertura y acceso a los servicios de salud, mejorando la calidad de la atención y prestaciones pública; y contribuir a preservar la Salud Humana Municipal.
- Preservar la salud de las personas sanas bajo el concepto de Municipio saludable, mediante proyectos de infraestructura y equipamiento.
- Gestionar el equipamiento, la construcción y el mantenimiento de la infraestructura de Salud.
- Contribuir el establecimiento de un Sistema de Salud. (Ticona, 2017, pág. 35)

Es decir, en su mayoría tenían el objetivo de ampliar la cobertura de la atención de salud, puesto que era evidente que esta era insuficiente. En ese contexto los municipios serán los encargados de desarrollar estas políticas junto al Estado, pero de manera ineficiente, como se vio en sus siguientes años. Esto puede evidenciarse en la situación de la salud poco antes de que inicie el siguiente periodo.

En forma sintética la situación de salud del país se caracteriza de forma general por altos niveles de mortalidad infantil y materna que afectan la salud materno-infantil y que constituye una prioridad del sistema sanitario; y un escenario de morbilidad por enfermedades transmisibles que se expresa por dos situaciones: enfermedades endémicas y enfermedades epidémicas. Entre las primeras se encuentran la Malaria, la enfermedad de Chagas, la tuberculosis y otras; y en las segundas (epidémicas o emergentes) los dos problemas relevantes en el 2004 fueron el Dengue y la Rabia. (Ministerio de Salud, 2017, pág. 166)

Será en este periodo en el que algunas enfermedades endémicas proliferarán y dañarán la salud de muchos habitantes, sobretodo la del Chagas, la cual fue un peligro para las poblaciones vulnerables y rurales principalmente. Un punto

importante que destacar de este periodo es la falta de visibilización de esta población, de los campesinos e indígenas.

2.2.2. Segundo periodo 2006-2015 (Modelo de economía plural)

En este periodo se realiza un cambio de gobierno en el país, ocurrieron hechos sociales y económicos que cambiaron el enfoque de política que exigían los ciudadanos, sobretudo de sectores populares. Entonces, las reformas en la política nacional partieron por criticar a su antecesor, el neoliberalismo.

La necesidad de reformar el Estado, se expresa a partir del desarrollo de una Asamblea Constituyente. Los principales elementos de transformación del Estado son la definición de un Estado Plurinacional, con una economía estatal, privada y comunitaria y la implementación de autonomías departamentales, municipales e indígenas. En este marco el sector salud ha desarrollado un proceso de asambleas pre-constituyentes en salud para elaborar una propuesta que ha sido presentada a la Asamblea Constituyente, que contiene: a) el derecho a la salud y acceso universal a la salud, b) intersectorialidad, c) interculturalidad, d) participación social y movilización social, e) descentralización y autonomías, f) financiamiento en salud. (OPS, 2007, pág. 18)

De esta forma el modelo de economía plural, propondría una economía comunitaria con una premisa principal, la del Estado Plurinacional, apelando a los sectores indígenas y campesinos que por muchos años fueron olvidados en el país. No obstante, estas reformas daban la impresión de realizarse únicamente en el nivel super-estructural.

Estos cambios se evidenciarían en la aplicación de un paradigma de desarrollo y vida, denominado "Vivir Bien", el mismo ya había sido desarrollado en otros países o planteado teóricamente como contrapropuesta al neoliberalismo, en base a un enfoque posmoderno. El cual en el país tendría la siguiente definición:

El vivir bien se constituye en la base de un modelo de vida comunitario, donde prevalece el “todos nosotros” sobre el “yo”, se privilegia la complementariedad, la armonía y la interdependencia, se desarrollan las condiciones materiales y al mismo tiempo las espirituales, las relaciones sociales, las redes sociales y la solidaridad; el bien común se privilegia sobre el bienestar particular, la plenitud es una condición permanente que expresa las relaciones entre las personas y el medio ambiente natural construido. (Ministerio de Salud y Deportes, 2010, pág. 2019)

Con este paradigma se delineó todas las políticas y reformas estatales. En el ámbito de la salud, las reformas serían lentas por las condiciones en las que se encontraba el sistema público de salud, no obstante, se buscó reformarlo en base a este paradigma y al nuevo enfoque político a nivel nacional.

La salud está concebida bajo el principio de integralidad, es decir como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, la Madre Tierra, el cosmos y el mundo espiritual; con el fin de que el personal de salud y la población implementen procesos de promoción para la salud, prevención, atención y rehabilitación de las enfermedades, de manera pertinente, oportuna, ininterrumpida e idónea, en el marco de los derechos garantizados por la Constitución Política del Estado Plurinacional. (Ministerio de Salud y Deportes, 2010, pág. 21)

Si bien no se observa un cambio sustancial en el ámbito de la salud, se esperaría que las reformas se basen en el financiamiento para este ámbito, además de ampliar la cobertura. Entonces, para este periodo sería el inicio de poner orden a lo que los ciudadanos exigían del Estado. Por ello, las estrategias emprendidas entre el 2006 y el 2009, serían:

- Formulación de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural como nueva forma de pensar y hacer la salud, que se implementa de manera progresiva en todo el territorio, mediante el decreto supremo N° 29601 del modelo SAFCI

- Elaboración de las propuestas de cambio en salud en las asambleas pre-constituyentes de salud, incorporadas en la Constitución Política del estado Plurinacional.
- Elaboración de la propuesta de Seguro Universal de Salud (SUSALUD) que fue aprobada en la cámara de Diputados y no tratada en el Senado Nacional.
- Implementación del Programa Multisectorial Desnutrición Cero, para erradicar la desnutrición en niños y niñas menores de 5 años.
- Organización y consolidación del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición CONAN, conformado por nueve ministros y presidido por el Primer Mandatario.
- Implementación del Bono Juana Azurduy en todo el territorio nacional para mujeres embarazadas y niños menores de 2 años no afiliados al Seguro Social de corto plazo, como incentivo a la mejora de la salud y nutrición materno-infantil.
- Implementación y reforzamiento de medidas de control y de la capacidad de respuestas institucional sectorial frente a desastres naturales y enfermedades transmisibles: principalmente rubeola, dengue, influenza AH1N1, fiebre amarilla, etc.
- Fortalecimiento de programa de atención a personas con insuficiencia renal terminal, mediante la dotación de equipos de hemodiálisis, creación de unidades y centros especializados.
- Introducción de la vacuna contra el rotavirus para controlar los casos de diarreas y contra el papiloma virus para controlar el cáncer de cuello uterino.
- Implementación de la residencia médica SAFCI y de los equipos móviles SAFCI en comunidades rurales estratégicas y de extrema pobreza.
- Conformación de la estructura de gestión participativa y control social en salud en los niveles local, municipal y departamental.

- Fortalecimiento del Ministerio de Salud y Deportes con la creación del Viceministerio de Medicina Tradicional e interculturalidad y Dirección General de Promoción de la Salud.
- Creación del Programa Nacional de Bancos de Sangres.
- Implementación del Proyecto Sonrisas Sanas Vidas saludables con 10 consultorios Odontológicos Móviles
- Implementación del programa de registro único nacional de personas con discapacidad
- Fortalecimiento del instituto nacional de laboratorios de salud (INLASA) en su capacidad de control de calidad de medicamentos y de alimentos.
- Proyectos de solidaridad internacional: brigadas médicas cubanas, operación milagro, construcción y equipamiento de establecimientos de salud de 1er, 2do y 3er nivel, dotación de ambulancias, proyecto misión solidaria Moto Méndez y otros.
- Organización de los juegos bolivarianos, olimpiadas especiales, y construcción de la vía olímpica de Sucre. (Ministerio de Salud y Deportes, 2010, pág. 29)

Como puede verse a lo largo de las estrategias emprendidas entre los años mencionados, varias políticas del anterior gobierno continuaron, o se ampliaron. Pero además se avanzó en generar que las instituciones de salud y las especialidades por enfermedades, sean más accesibles. Aunque esto no quiere decir que ya se tenían nuevos hospitales generales gran parte del país, se amplió la cobertura. Esto para atender las enfermedades o epidemias que proliferaban.

Otra de las reformas importante en este periodo, es la composición de los subsectores que formaban parte del sistema público de salud. Las cuales se realizaban en función de la accesibilidad para los usuarios.

- Subsector público, financiado por fondos públicos, descentralizado en su gestión.

- Subsector del seguro social de corto plazo, conformado por diversas cajas de salud que atienden a empelados, trabajadores con dependencia laboral formal, financiado por cotizaciones contributivas.
- Subsector privado, conformado por las entidades sin fines de lucro que actúan en salud (ONG, iglesia y otros) y por las entidades con fines de lucro, que atienden solamente a grupos poblacionales con capacidad de pago (establecimientos privados, seguros privados, etc).
- Subsector de la medicina tradicional, conformado por diferentes proveedores: parteras, Quilliris, Herbolistas, Amautas, Jampiris, Kallawayas, Chamanes, Kakuris, Aysiris, Ipayes y otros. (Ministerio de Salud y Deportes, 2010, pág. 32)

De esta forma se ordenaba los subsectores de la salud, para que el Estado tenga una coordinación institucional con cada uno de ellos. El más importante sería el subsector público y del seguro social de corto plazo. En el primer caso sería porque tendrían mayor cobertura, y en el segundo, porque gran parte de la población que pertenecía a una clase media, aportaría para su seguro médico.

De esta forma se establecería el financiamiento para los subsectores.

Cuadro Nº 3 Población y financiamiento del sector salud

Subsectores	Población	Fuentes Actuales financiamiento
Público	50 a 60% de la población en los 3 niveles de atención	TGN, recursos propios, IDH, FPS, coparticipación tributaria, créditos, donaciones, hogares (pagos directos)
Seguro Social de corto plazo	28% en los 3 niveles de atención (esencialmente	Cotizaciones afiliados e instituciones

	2do y 3er nivel) + atiende seguros públicos	empleadoras, hogares (afiliación voluntaria)
Privado	5 a 10% (esencialmente en el 1er y 2do nivel atención)	Hogares (pagos directos), seguros de salud privados, donaciones
Medicina tradicional	5 a 10% en el 1er nivel de atención	Hogares (pagos directos)

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes, 2010, pág. 32

Como puede observarse en el anterior cuadro, el subsector público era el que tenía mayor participación de la población, casi el 60%. Para lo cual ya se tenía como fuente de financiamiento no solo el Tesoro General de la Nación, sino también los Impuestos de Hidrocarburos "IDH". Esto da la muestra del cambio en un Estado por la utilización de recursos nacionales. Por lo demás, se vería una menor participación de la población, pero que implicaría que los establecimientos médicos aumenten su cobertura, disminuyan sus costos, y el Estado asuma un rol.

Para avanzar en las políticas de este periodo, se encuentran ejes de desarrollo, que continuarían con las reformas realizadas hasta el año 2009. Estos ejes orientaron el accionar el sector salud para el periodo 2011-2015, si operativizaron dentro el 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.

Estos ejes fueron los que iniciaron lo que hoy se tiene como resultado respecto al sistema de salud público. Cada uno de estos 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 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. (Ministerio de Salud y Deportes, 2010, pág. 60)

Evidentemente para el desarrollo de cada uno de los ejes se partió de un diagnóstico de la situación de la salud de la población. No obstante, no se observa a cabalidad la respuesta ante la falta de infraestructura e insumos que se requiere en cada establecimiento de salud público.

Una de las principales críticas realizadas actualmente es la falta de presupuesto para las reformas en el ámbito de la salud. En este periodo el financiamiento se tenía delimitado de la siguiente manera:

Cuadro Nº 4 Fuentes de financiamiento del sector salud

sector	Fuentes de financiamiento
Sub-sector publico	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos del tesoro General de la Nación que se transfieren esencialmente a prefecturas para el pago de salarios de los recursos humanos del Sector. • Recursos de coparticipación tributaria • Recursos HIPC (hasta el 2012) • Recursos IDH • Recursos externos provenientes de organismos financieros multilaterales, agencias de

	<p>cooperación y gobiernos de otros países, mediante convenios de crédito o donación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagos directos: son los pagos realizados por los usuarios cuando utilizan los servicios de salud del subsector público. Estos pagos directos desaparecerán con la gratuidad de acceso.
<p>Sub – sector del seguro social a corto plazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aportes de los empleadores, pagado para afiliar a los asalariados; constituyen la fuente de financiamiento principal y casi exclusiva del Seguro Social a corto plazo. • Recursos externos provenientes de organismos financieros multilaterales, agencias de cooperación y gobiernos de otros países, mediante convenios de crédito o donación.
<p>Sub-sector privado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos externos provenientes de organismos financieros multilaterales, agencias de cooperación y gobiernos de otros países, mediante convenios de crédito o donación. Estos recursos conciernen solamente el subsector privado sin fines de lucro. • Pagos directos: son los pagos realizados por los usuarios cuando utilizan los servicios de salud del subsector privado. • Cotizaciones a seguros de salud privados.
<p>Sub-sector de la medicina tradicional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pagos directos, monetarios o no, realizados por los usuarios

Fuente: elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud y Deportes, 2010, pág. 85.

Estas fuentes de financiamiento se mantendrían por muchos años. Su efectividad se evidenciaría en el siguiente periodo, entendiendo que en estos años el precio del barril del petróleo aumentó, por lo que los ingresos para el Estado fueron significativos y permitieron cambiar su política estatal.

2.2.3. Tercer Periodo 2016-2020

En este periodo ya se evidencia un avance significativo para las políticas de salud. El enfoque del gobierno no cambió, y se continuo con el plan estratégico que se tenía definido desde el anterior periodo. Sin embargo, las problemáticas de salud continuaban vigentes. Para este periodo sería:

- **Alta privación socio – biológica en las mayorías poblacionales**, determinantes sociales y políticas desfavorables para la calidad de vida y sus consecuencias para la salud colectiva; que se expresan en perfiles patológicos y epidemiológicos diferenciados según grupos sociales, etarios, culturales y según género, caracterizados por la alta incidencia de enfermedades de la pobreza, muertes, niños y niñas, personas adultas mayores, personas con capacidades especiales y pueblos indígenas, originarios y campesinos.
- **Sistema de salud inequitativo e ineficiente**, no se toma en cuenta la diversidad cultural social, étnica del país. Insuficiente capacidad resolutive de los establecimientos de salud expresado en niveles de gestión y atención desintegrados; sin criterio de calidad y eficiencia, desconectados entre sí, mal distribuidos, deficientemente equipados, con profesionales, técnicos y administrativos desmotivados y sin mecanismos de control social.
- **Sistema nacional de salud segmentado, fragmentado**, con débil rectoría. Gestión ineficaz e ineficiente, sin capacidad de seguridad sanitaria ni de contribuir a la protección social de la población, expresado en la presencia de varios subsectores, con planes y presupuesto no coordinados entre sectores; y de accionar

independiente, con recursos de cooperación mayoritariamente condicionados por las agencias cooperantes, con un marco jurídico disperso y contradictorio, en gran parte obsoleto; con concentración y duplicidad de servicios en focos urbanos y con áreas rurales sin servicios básicos de salud; con poca o ninguna experiencia o interés en coordinar intersectorialmente para intervenir sobre las determinantes de la salud y minimizar la exclusión social en salud.

- **Insatisfacción de los usuarios del sistema nacional de salud**, con expresión de la alineación sobre la valoración de la salud y escasa participación en la planificación, control social de la actividad sectorial, determinado por un entorno económico y social que ha minado el poder social y ha evitado el empoderamiento de la población, aun más el de las mujeres.
- **El sector salud no asume la medicina tradicional**, no hay complementación plurinacional en los servicios. Hay una falta de fomento a la práctica de los terapeutas tradicionales, a la valoración de conocimientos tradicionales de las mujeres mayores y parteras, a la investigación de la medicina ancestral, a la elaboración de una farmacopea y a la implementación de mecanismos regulatorios.
- **Los problemas alimentario nutricionales, que repercuten en la desnutrición** y malnutrición que general bajas defensas frente a las enfermedades y en el caso de la infancia causa disminución en sus capacidades de aprendizaje y desarrollo intelectual. (Ministerio de Salud, 2017, pág. 35)

Al ser las desigualdades sociales producto del orden estructural vigente en el país, los problemas para sectores de la población seguían partiendo por la falta de ingresos económicos para el acceso a la salud. Si bien se había ampliado la cobertura del sistema público, para muchos sectores el acceso a algunas medicinas, o el asistir a un centro de salud, seguía representando un gasto excesivo.

Ante estos problemas, dentro el Plan Estratégico de Desarrollo del Ministerio de Salud se plantearon programas para responder a las problemáticas mencionadas anteriormente. Puede observarse que se diversifican los programas y existe un ligero avance respecto a la situación de la salud.

Cuadro Nº 5 Programas Nacionales de Salud

Programas	Descripción
<p>Programa Bono Juana Azurduy</p>	<p>El programa Bono Juana Azurduy tiene como objetivo el de coadyuvar en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, desde el embarazo hasta los dos años de edad del niño y niña. (Ministerio de Salud, 2017, pág. 46)</p> <p>En pando se tenían 14.594 beneficiarias, con un presupuesto ejecutado de 5.930.885 bolivianos</p>
<p>Subsidio universal por la vida</p>	<p>Se instituyó el “subsidio universal prenatal por la vida” mediante el Decreto supremo Nº 2480 de 2015 para la madre gestante que no está registrada en ningún ente gestor del Seguro Social de Corto Plazo. Este subsidio consiste en la entrega de cuatro paquetes de productos en especie equivalentes cada uno a un monto de Bs. 300 (Ministerio de Salud, 2017, pág. 48)</p>
<p>Programa multisectorial desnutrición cero</p>	<p>El objetivo del PMDC es contribuir a erradicar la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años priorizando a los menores de 2 años. (Ministerio de Salud, 2017, pág. 48)</p>
<p>Proyecto Telesalud</p>	<p>Mediante el proyecto telesalud se aplican tecnologías avanzadas de telecomunicaciones que facilitan el intercambio de información médica y la provisión de servicios de salud a distancia; tele consulta, tele diagnóstico, educación continua en gerencia, vigilancia epidemiológica e investigación permitiendo que las familias, comunidades y recursos humanos de salud</p>

<p>Programa nacional de salud oral</p>	<p>accedan a servicios y productos con los que no se contaba. (Ministerio de Salud, 2017, pág. 48)</p> <p>Desde la gestión 2010, el proyecto de la salud oral a nivel nacional, dependiente del programa nacional de salud oral, está enmarcado en el plan nacional de desarrollo, plan sectorial en salud y la política de salud familiar comunitaria intercultural.</p> <p>Como misión principal en el marco de la promoción en salud se motiva a los padres de familia, escolares e instituciones, a desarrollar estilos de vida y hábitos integrales que tiendan a prácticas preventivas de la salud oral. (Ministerio de Salud, 2017, pág. 52)</p>
<p>Programa nacional de control de tuberculosis</p>	<p>El programa tiene como objetivo la reducción de la transmisión del Mycobacterium tuberculosis en la comunidad, disminuir la mortalidad y morbilidad por esta enfermedad, evitando la aparición de resistencia. En los últimos 6 años (2010 - 2015) la tasa de incidencia de tuberculosis en todas sus formas presenta una tendencia descendente (2% en promedio por año), similar comportamiento se presenta a nivel departamental. (Ministerio de Salud, 2017, pág. 52)</p>
<p>Programa nacional de control de la Malaria</p>	<p>En Bolivia, la malaria se produce por los protozoarios del género plasmodium vivax y plasmodium falciparum, ocasionando que la malaria sea un problema prioritario de salud pública ya que el 15% de la población vive en zonas endémicas (zona tropical y subtropical), reportándose casos en 52 de los 339 municipios del país. (Ministerio de Salud, 2017, pág. 54)</p>
<p>Programa nacional de zoonosis (rabia)</p>	<p>Los logros obtenidos en el periodo de gestión 2006-2015 son: coberturas de vacunación antirrábica canina arriba del 80%, dotación de vacuna antirrábica canina, a los 9 departamentos según plan de trabajo. Dotación de vacuna antirrábica humana para la atención de personas expuestas al virus rábico según análisis de casos reportados. (Ministerio de Salud, 2017, pág. 55)</p>

<p>Programa nacional de ITS, VIH, SIDA y hepatitis virales</p>	<p>Desde 1984, año que se diagnosticó el primer caso de VIH en Bolivia hasta marzo de 2015, se han notificado un total de 14.884 casos de VIH/ SIDA de los cuales 12.064 fueron casos de VIH y 2.820 en fase SIDA. (Ministerio de Salud, 2017, pág. 55)</p>
<p>Programa nacional de enfermedades no transmisibles</p>	<p>El programa nacional de enfermedades no transmisibles (ENT), tiene por objetivo contribuir al fortalecimiento de la política de salud, promoviendo y aplicando para la prevención, atención, seguimiento, control y vigilancia de las ENT identificadas como principales en el país, de manera oportuna, apropiada con calidad, calidez y de sus factores de riesgo, particularmente los que pueden ser modificables por el comportamiento. (Ministerio de Salud, 2017, pág. 57), por ejemplo, estas enfermedades pueden ser: diabetes, obesidad y cáncer.</p>
<p>Programa nacional de vigilancia y control de la leishmaniasis</p>	<p>La lesión cutánea tiene mayor prevalencia, seguida de la lesión mucocutánea, reportándose cero casos de leishmaniasis visceral desde hace más de 5 años. (Ministerio de Salud, 2017, pág. 58)</p>
<p>Programa nacional de vigilancia y control de las enfermedades transmitidas por alimentos</p>	<p>Un 20% de niñas/os menores de 5 años han tenido EDAS del 2012, de las cuales un 73,9% han sido atendidas institucionalmente. En la gestión 2013 se registraron 216.472 casos, demostrando que las determinantes de salud como saneamiento básico, acceso al agua energía y otras condiciones, son aún insuficientes y siguen afectando la salud de la población, especialmente a los niños menores de 5 años.</p>
<p>Programa nacional de vigilancia y control de la enfermedad de Chagas</p>	<p>El programa tiene por objeto contribuir a disminuir la morbilidad por enfermedad de chagas, a través de la interrupción de la cadena de transmisión epidemiológico del tripanosoma cruzi (vectorial, congénito, transfusional, trasplante de órganos, oral y accidental en laboratorio), desarrollando acciones integrales (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) y multisectoriales (vivienda, educación, servicios básicos) para el control y vigilancia entomológico y epidemiológico</p>

<p>Programa nacional de vigilancia y control de la influenza</p>	<p>con participación social, atención de chagas. (Ministerio de Salud, 2017, pág. 60)</p> <p>La aparición de virus pandémico de la influenza AHN1N1 pdm09, en el año 2009, junto con anteriores episodios de nuevos virus como la influenza aviar H5N1 generaron la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica a través del seguimiento sistemático de la gravedad clínica, medición del impacto en la población y detección oportuna de los cambios de la virulencia del virus de la influenza. (Ministerio de Salud, 2017, pág. 61)</p>
<p>Programa nacional de control de Dengue, chikungunya y zika</p>	<p>El programa tiene el objetivo de controlar la epidemia del dengue.</p>
<p>Programa ampliado de inmunizaciones</p>	<p>El objetivo del programa es proteger contra enfermedades inmunoprevenibles a la población en general, priorizando puntualmente a la población más vulnerable como son los niños (as) menores de 5 años y población en riesgo (personal de salud, mujeres embarazadas, enfermos crónicos, etc.). (Ministerio de Salud, 2017, pág. 62)</p>
<p>Programa nacional de salud renal</p>	<p>Desde la gestión 2010 el programa nacional de salud renal viene brindando mejor cobertura en la atención de los pacientes renales, en la detección de la enfermedad renal en estadio inicial. El 30 de diciembre del 2013 se promulgo la Ley N° 475 que instituye la gratuidad de las sesiones de hemodiálisis, el 23 de enero de 2014 se promulgó el decreto supremo N° 1870 para la realización de transplantes gratuitos. (Ministerio de Salud, 2017,pág. 65)</p>
<p>Programa nacional de sangre</p>	<p>El programa nacional de sangre tiene como objetivo conformar la red nacional de servicios garantizando la seguridad transfusional, autosuficiencia y</p>

hemocomponentes seguros, accesibles y al menor costo.
(Ministerio de Salud, 2017, pág. 67)

Fuente: Ministerio de Salud, 2017

Para estos programas se requiere un financiamiento elevado, puesto que el interés es alcanzar una mayor cobertura. Es decir que las poblaciones indígenas, o de sectores rurales, y en situación de pobreza puedan acceder a la salud pública. Para esto, en base al principio de que todas las personas tienen derecho a la salud, se define aumentar el financiamiento.

a) Inversión pública

Se elaboran proyectos de inversión pública, de los cuales se parte por el presupuesto del periodo anterior, teniendo en cuenta que entre el 2011-2015, el Ministerio de Salud se benefició de un importante crecimiento de su presupuesto asignado (+103%), pasando de 1.76 millones de bolivianos en el año 2011 (excluyendo el presupuesto correspondiente al Viceministerio de Deportes) a 2.386 millones de bolivianos en el año 2015. (Ministerio de Salud, 2017, pág. 177). En base a estos datos, se informa que dicho presupuesto habría aumentado.

Asimismo, mientras que, en el año 2011, el Ministerio de Salud tenía inscrito en su presupuesto recursos provenientes de 13 agencias de cooperación (incluyendo recursos de condonación de deuda), solamente 7 agencias proporcionan apoyo financiero al ministerio en el año 2016. En cambio, el Tesoro General de la Nación (TGN) incrementó su participación en el presupuesto del Ministerio de Salud de 52% en el año 2011 (613 millones de bolivianos) a 76% en el año 2015 (1.815 millones de bolivianos). Así, el importe del financiamiento del TGN al Ministerio de Salud fue multiplicado por tres entre 2011 y 2015 (+196%), beneficiando en mayor magnitud al financiamiento de la inversión pública (+221% entre 2011 y 2015, contra +155% para el gasto corriente financiado por el Tesoro General de la Nación) (ver gráfico 2). Cabe señalar que dentro de los recursos del tesoro General de la Nación, el Ministerio de Salud recibe cada año transferencias por parte de los Gobiernos

autónomos departamentales proveniente del Impuesto Directo a los Hidrocarburos (62 millones de bolivianos percibidos en el año 2014) y destinado, entre otros, al pago de los internos de medicina y otros recursos humanos en salud. (Ministerio de Salud, 2017, pág. 178)

Este presupuesto habría sido ejecutado, no obstante, aún se tenía financiamiento para la ejecución de los futuro proyectos de este periodo. De los cuales se observaba aumentaba mayores ítems de ingresos. Lo que quiere decir que el Estado tuvo que buscar mayores fuentes para garantizar sus programas, pero además el plan de implementar el Sistema Único de Salud. Estas fuentes serían:

- Tesoro General de la Nación (TGN)
- TGN papeles
- TGN recursos contravalor
- Impuesto Directos a Hidrocarburos (IDH)
- Impuesto Específico a Hidrocarburos (IEH)
- Otros TGN
- Recursos específicos
- Recursos HIPC
- Créditos
- Donaciones externas (organismos financieros multilaterales, agencias de cooperación) (Ministerio de Salud, 2017, pág. 179)

Es importante resaltar la estrategia de la universalización del acceso al Sistema Único, intercultural y comunitario de Salud, puesto que está orientada a superar toda forma de exclusión en salud para su mejor servicio. En base a esto, se planificó fortalecer las redes de Salud (infraestructura, equipamiento, insumos, medicamentos y capacitación del personal de las redes de Servicios de Salud para su mejor atención, redes sociales e intersectoriales) en todo el ámbito nacional (nueve prefecturas y 327 municipio) el proyecto de extensión de coberturas, desde

unidades fijas y unidades móviles de salud, para llegar a poblaciones más dispersas.

No obstante, una de las críticas más fuertes a esta política, es que no se reformó totalmente el número de hospitales en el país, para la aplicación del SUS. Que, si bien es un avance en la salud, generó conflictos en los establecimientos de salud ante la falta de personal médico, camas e infraestructura.

2.3. MARCO LEGAL

En esta sección se identificará normas legales de interés del presente trabajo. Para comprender el ordenamiento respecto a la administración de los recursos IDH y las competencias de los municipios al respecto. Todo esto relacionado a la dimensión de la salud pública.

2.3.1. Ley de Hidrocarburos

Desde el año 2005, la ley de hidrocarburos ha servido para definir la administración de los recursos de los Impuestos directos de Hidrocarburos, esto para transparentar su uso en función del interés de la Nación. Como respuesta de diferentes sectores movilizados se dispuso su distribución de acuerdo al siguiente artículo:

- a. Cuatro por ciento (4%) para cada uno de los departamentos productores de hidrocarburos de su correspondiente producción departamental fiscalizada.
- b. Dos por ciento (2%) para cada Departamento no productor.
- c. En caso de existir un departamento productor de hidrocarburos con ingreso menor al de algún departamento no productor, el Tesoro General de la Nación (TGN) nivelará su ingreso hasta el monto percibido por el Departamento no productor que recibe el mayor ingreso por

concepto de coparticipación en el Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH).

- d. El Poder Ejecutivo asignará el saldo del Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH) a favor del TGN, Pueblos Indígenas y Originarios, Comunidades Campesinas, de los Municipios, Universidades, Fuerzas Armadas, Policía Nacional y otros.

Todos los beneficiarios destinarán los recursos recibidos por Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH), para los sectores de educación, salud y caminos, desarrollo productivo y todo lo que contribuya a la generación de fuentes de trabajo. Los departamentos productores priorizarán la distribución de los recursos percibidos por Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH) en favor de sus provincias productoras de hidrocarburos. (Bolivia, Ley 3058, 2005: Art. 57)

La importancia de la anterior disposición es para comprender la distribución de los recursos IDH por departamentos. Lo importante a destacar de este aspecto es si el departamento es productor de Hidrocarburos, en el caso de no serlo, es la necesidad de mayor presupuesto desde el TGN para que sus proyectos puedan realizarse.

2.3.2. Normativa sobre IDH en salud

El impuesto Directo de Hidrocarburos, como se señaló en la anterior sección, debe disponerse para la ejecución de proyectos de salud, educación, carreteras, etc. y todo lo genere empleo. Sin embargo, esta disposición general requiere un orden específico para que los municipios y el Estado puedan coordinar el financiamiento de proyectos.

De acuerdo al Decreto supremo N° 29565, del 14 de mayo del 2008. Se definió el siguiente artículo respecto a la Distribución del Impuesto Directo a los Hidrocarburos – IDH y asignación de competencias.

Artículo 2°.- (Objeto del gasto) En el marco de lo establecido en el Artículo 57 de la Ley N° 3058 de 17 de mayo de 2005, de Hidrocarburos, sobre el destino de los ingresos provenientes del IDH a los sectores de educación, salud, caminos, desarrollo productivo y todo lo que contribuya a la generación de fuentes de empleo, se complementa el Decreto Supremo N° 28421 de 21 de octubre de 2005 en el punto II Competencias, inciso b); de la siguiente manera:

En el numeral 2. Salud, se agregan los siguientes incisos:

- a. En casos en los cuales el Ministerio de Salud y Deportes no pueda atender la demanda de ítemes en los Municipios, determinado este extremo por un Informe Técnico que evalúe el déficit de los mismos y a solicitud de los Gobiernos Municipales, se los autoriza excepcionalmente, en coordinación permanente con el Ministerio de Salud y Deportes de acuerdo a las políticas nacionales, utilizar recursos del Impuesto Directo a los Hidrocarburos - IDH, para financiar ítemes en Salud, imputables únicamente a la Partida 25220 “Consultores en Línea”, para Médicos y Paramédicos por el lapso de un (1) año, exceptuándose la contratación de personal administrativo. El perfil académico del Médico deberá llevar el visto bueno del Ministerio de Salud y Deportes, sin perjuicio de los ítemes asignados por dicho Ministerio.
- b. Construcción y mantenimiento de polideportivos en las Unidades Educativas que incluye: infraestructura adecuada, material de trabajo, dotación de equipos deportivos, indumentaria deportiva, servicios básicos y de comunicaciones, compra de alimentos nutritivos para los niños y niñas que practiquen deportes en estas instalaciones.
- c. Disposición de residuos hospitalarios.

- d. Financiamiento para infraestructura de salud, equipamiento, materiales, insumos, medicamentos, servicios básicos y comunicaciones y gastos necesarios para su funcionamiento.
- e. En los casos en los cuales exista contaminación que afecte la salud humana, se autoriza contratar servicios técnicos, comprar manuales, contratar profesionales especializados, imputables únicamente a la Partida 25220 “Consultores en Línea”, así como la provisión de equipamiento y/o materiales para este fin. (Bolivia, DS. N° 29565, 2008: Art. 2)

En general el IDH será usado para el mejoramiento de los servicios de salud, ya sea capacitando a sus recursos humanos, o ampliando y construyendo nueva infraestructura para mejorar su atención. No obstante, se observa que en gran medida se define variados usos del IDH para el tema de salud. Esto quiere decir que se terminaría sobrecargando a este recurso las necesidades o requerimientos de este ámbito. Por lo que su uso podría ser deficiente. Al respecto el mismo decreto señala respecto a los municipios, que:

1. Infraestructura.

Construir, equipar y mantener la infraestructura en los sectores de educación, salud, micro riego, caminos vecinales, vías urbanas, cordones, aceras, saneamiento básico, mantenimiento de desagües pluviales, ampliación de redes de desagüe pluvial, mantenimiento y canalización de torrenteras. (Bolivia, DS. N° 29565, 2008: Art. 2)

De esta forma el anterior artículo deja en claro que la competencia de los municipios será el de financiar la construcción de la infraestructura, su mantenimientos y cuidado. Evidentemente no se concentrará únicamente en el tema de Salud, sino también en otros ámbitos.

2.3.3. Recursos municipales

Los municipios tienen como institución administrativa y ejecutiva al Gobierno Autónomo Municipal. Por lo que quien administrará sus recursos será esta entidad. En ese marco de acuerdo a la Ley N° 2235, de 31 de julio de 2001 ley del dialogo nacional 2000. Se define que los recursos para programas municipales de infraestructura productiva y social será de la siguiente forma:

El ministerio de hacienda dispondrá la transferencia automática de los recursos establecidos en el inciso c) del artículo 9º de la presente Ley, que solo podrán utilizarse para financiar o cofinanciar, según corresponda, programas, proyectos y actividades, en las siguientes áreas:

- f. Ampliación, refacción y construcción de infraestructura escolar, infraestructura de salud y sistemas de alcantarillado y saneamiento básico. (BOLIVIA, Ley N° 2235, 2001: Art. 13)

De esta forma, se menciona que será el ministerio de Hacienda, en este caso el Ministerio de Economía Plural quien dispondrá la transferencia automática al municipio, según la asignación presupuestaria correspondiente. De ahí se menciona el inciso f. respecto al uso de su presupuesto para la refacción y construcción de infraestructura de salud, entre otros.

2.3.4. Presupuesto municipal

Para definir el presupuesto municipal se debe recurrir a la normativa sobre los gobiernos autónomos municipales, aprobada el 9 de enero de 2014, ley N° 482, ley de gobiernos autónomos municipales. Misma que define las competencias y asignaciones presupuestarias de los municipios.

En este caso, respecto al presupuesto municipal indica:

- I. El presupuesto municipal se elaborará bajo los principios de coordinación y sostenibilidad, entre otros, y está conformado por el

presupuesto del órgano ejecutivo y el presupuesto del Concejo Municipal.

- II. El presupuesto del órgano ejecutivo deberá incluir el presupuesto de las empresas y entidades de carácter desconcentrado y descentralizado.
- III. El concejo municipal aprobará su presupuesto bajo los principios establecidos en el párrafo I del presente artículo, y lo remitirá al Órgano ejecutivo municipal para su consolidación.
- IV. El concejo municipal aprobará el presupuesto municipal
- V. Conforme lo establecido en el párrafo I del artículo 340 de la constitución política del Estado, el Gobierno Autónomo Municipal contará con su propio Tesoro Municipal, el cual será administrado por el Órgano ejecutivo Municipal. El Tesoro Municipal efectuará las asignaciones presupuestarias correspondientes a cada uno de sus empresas e instituciones. Las empresas e instituciones municipales serán clasificadas institucionalmente de forma separada por el propio Gobierno Autónomo Municipal, en el marco de las directrices que emita el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. (Bolivia, Ley N° 482, 2014: Art. 6)

Se entiende por tanto que el presupuesto municipal, será administrado a través de las decisiones del concejo municipal, esto no quiere decir que el concejo puede decidir libremente sobre el presupuesto, sino que también deberá ceñirse a sus competencias y prioridades definidas. Como se pudo ver respecto a los gastos municipales del IDH, y TGN.

Para definir un orden al respecto, se cuenta con las disposiciones de la Constitución política del Estado, de 7 de febrero de 2009. El cual define las competencias exclusivas de los gobiernos municipales autónomos, dentro su jurisdicción.

- I. Son competencias exclusivas de los gobiernos municipales autónomos, en su jurisdicción:
 - a. Planificar y promover el desarrollo humano en su jurisdicción
 - b. Diseñar, construir, equipar y mantener la infraestructura y obras de interés público y bienes de dominio municipal, dentro de su jurisdicción territorial
 - c. Promoción y desarrollo de proyectos y políticas para niñez y adolescencia, mujer, adulto mayor y personas con discapacidad.
 - d. Planificación del desarrollo municipal en concordancia con la planificación departamental y nacional. (Bolivia, CPE, 2009: Art. 302)

Estas competencias generales serán definidas específicamente en base a lineamientos estratégicos aprobados por el consejo municipal, y su autoridad de turno, en el Plan Territorial de Desarrollo Integral, PTDI, definido para un tiempo de cinco años.

De esta forma en esta sección se desarrolló la normativa general que rige la administración municipal para la administración de IDH para la construcción de infraestructura en el ámbito de la salud.

2.4. MARCO INSTITUCIONAL

En esta sección se desarrollará algunos aspectos institucionales del Gobierno Autónomo Municipal de Santa Rosa del Abuná, que será de utilidad para comprender las características institucionales que rodean sus decisiones. A partir de información en el Plan Territorial de Desarrollo Integral, se definirá algunos aspectos sobre sus propuestas estratégicas, competencias y políticas en materia de desarrollo humano sostenible e infraestructura.

2.4.1. Gobierno Autónomo Municipal de Santa Rosa del Abuná

El Gobierno Autónomo Municipal de Santa Rosa del Abuná tiene caracterizó al municipio de Santa Rosa del Abuná de la siguiente forma:

Santa Rosa del Abuná es un Municipio productivo, ecológico, cultural y turístico, que construye día a día el vivir bien dentro las normas y principios de la Madre Tierra, planificando el territorio que garantice el desarrollo acorde a la planificación Departamental y Nacional, en cumplimiento a los pilares de la Agenda Patriótica 2025. (GAMSRA, 2016, pág. 4)

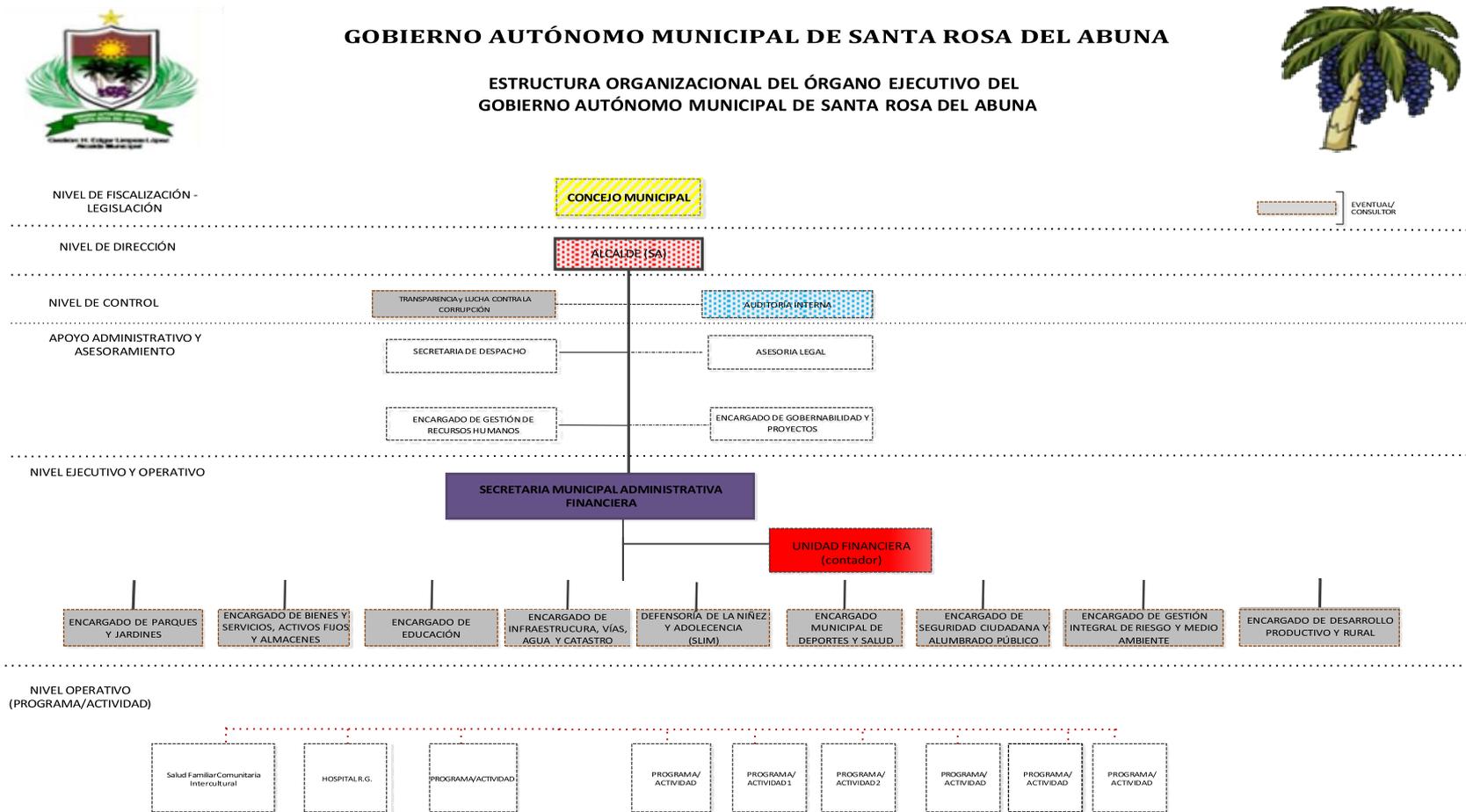
Esta caracterización precisa la imagen que se tiene del municipio, y por ende el enfoque político que nace desde esta descripción. Entendiendo que dentro el Gobierno Autónomo Municipal se tiene representantes que son definidos por elecciones democráticas. La autoridad de turno sigue una línea política. Por ende, sus objetivos y estrategias siguen esa línea.

Es por ello que el escenario de planificación de Santa rosa del Abuná, apunta al marco conceptual del Desarrollo Sostenible, siendo esta una concepción del desarrollo de sociedades, basada en la búsqueda de la articulación de 4 elementos de la realidad que se condicionan mutuamente: el crecimiento económico, laequidad social, el uso racional de los recursos naturales y la gobernabilidad del Municipio. (GAMSRA, 2016, pág. 59)

Este escenario de planificación será la guía general para que institucionalmente definan políticas de acuerdo a las necesidades del municipio. Esta planificación estará bajo el mandato del concejo municipal, y la alcaldesa, de acuerdo a la normativa para los gobiernos autónomos municipales.

Figura N° 2

Estructura organizacional del Organo Ejecutivo del Gobierno Autónomo Municipal de Santa Rosa del Abuná



Fuente: GAMSRA, 2020.

El anterior Organigrama dispone el orden jerárquico institucional interno del GAMSRA. Donde puede verse la distribución de acuerdo a los niveles de decisión y orden. Lo importante a señalar de este aspecto es la función de las secretarías, quienes deben ejecutar las decisiones del consejo municipal y el alcalde/sa, en el caso específico del presente trabajo de investigación, será la secretaria de infraestructura, y la secretaria de deportes y salud, quienes trabajarían por la construcción o ampliación de nueva infraestructura de salud para el municipio.

Con dicha estructura, definieron como objetivo general del GAMSRA con el Municipio:

Establecer y consolidar el funcionamiento Institucional, Organizativo y Productivo del Municipio, constituyendo una estructura capaz de administrar sus propios recursos y proporcionar un amplio acceso a las oportunidades de desarrollo de sus habitantes y su entorno. (GAMSRA, 2016, pág. 60)

Esto a partir de un balance en el que encuentran que la institución y condiciones de vida de los habitantes del municipio requieren mayor atención, y una administración de calidad y eficiente. Puesto que observan que sí el GAMSRA tiene un funcionamiento deficiente, las políticas que se planifiquen no tendrán éxito. En ese marco y con ese objetivo, definieron las siguientes estrategias políticas:

- Mejorar las condiciones de acceso al Municipio
- Mejorar las condiciones de manejo sostenible del bosque, actuales de explotación forestal e implementar complejos productivos que articulen a todos los actores del régimen forestal e instrumentar el acceso de nuevos actores, generando las capacidades necesarias para el manejo forestal sostenible.
- Introducir sistemas agrosilvopastoriles de producción a efectos de ajustar las condiciones de producción a la naturaleza del medio ecológico en el cual se desarrollan.

- Desarrollar la industrialización básica de productos y materias primas locales. (GAMSRA, 2016, pág. 60)

Estas estrategias parten de la realidad del municipio. Si bien más adelante se desarrolla estos aspectos, se debe resaltar que en este municipio una de las principales actividades económicas es la recolección de castaña, siendo esta una actividad no solo del municipio, sino de todo el departamento. En ese sentido, se entenderá que el movimiento económico existente es en función de la época de zafra.

Siendo el aspecto económico uno de los más importantes para el municipio, se definió dar énfasis a esa dimensión por las condiciones de vida de sus habitantes. No obstante, siendo el deber institucional del Gobierno autónomo municipal mejorar la infraestructura de salud, educación y redes camineras, también está entre sus políticas el atender este aspecto. Para lo cual cuenta con inversión pública de las siguientes fuentes:

- Programa Evo cumple y unidad de programas especiales (UPRE)
- Viceministerio de inversión pública y financiamiento externo (VIPFE)
- Transferencias del tesoro general de la nación
- Transferencias de crédito externo
- Recursos específicos
- Donación externa
- Tesoro general de la nación (TGN).- (GAMSRA, 2016, pág. 133)

A estas fuentes de ingreso debe sumarse el IDH, como parte del ingreso por municipios y departamentos.

2.4.2. Competencias del Gobierno Municipal de Santa Rosa del Abuná

Las competencias del Gobierno Autónomo Municipal de Santa Rosa del Abuná se ciñen a las competencias municipales de acuerdo a la norma. Estas competencias se traducen en políticas estratégicas respecto al contexto del municipio y sus necesidades. Por ello la planificación estratégica tiene el rigor de definir acciones acordes a estas necesidades y al presupuesto con el que se cuenta.

En este caso la actividad estratégica del Municipio está encaminada a fomentar el bien común y el bienestar de las personas, inspirado en otorgar más y mejores oportunidades de progreso, que generen tranquilidad, bienestar y dignidad para todos y plantea los siguientes objetivos de continuación.

- Promover un Desarrollo Integral de la Sociedad, con un rostro humano que fomente el bien común, el bien ser, la equidad, el respecto a la dignidad de la persona, la familia y la superación de la marginación.
- Construir un Hábitat más Digno en donde el resto sea cuidar y ampliar el patrimonio urbano y el capital social del municipio, sosteniendo la calidad de los servicios públicos, ampliando su cobertura y asegurando un crecimiento de la ciudad.
- Brindar una Seguridad Pública que, de confianza, donde la participación activa y comprometida de la gente sea el elemento más importante.
- Lograr una Gestión Municipal Participativa que garantice la sostenibilidad de la inversión pública que se realice en el Municipio.
- Ser un Gobierno Municipal al Servicio de la Sociedad, que, de buenos resultados, que administre con absoluta transparencia y

responsabilidad los recursos de todos, ofreciendo calidad en el servicio y manteniendo la salud de sus finanzas.

- Implementar una política municipal productiva (GAMSRA, 2016, pág. 107)

Lo importante de estas actividades estratégicas es que delimitaran las actividades concretas y específicas que realizaran para cumplir con sus objetivos. De esta forma el Municipio define el enfoque político por el que funcionará y promoverá resultados institucionales para el beneficio del municipio.

2.4.3. En materia de Desarrollo Humano sostenible

Respecto al Desarrollo Humano sostenible, las estrategias planteadas muestran un escenario prospectivo en base al análisis de su situación con las acciones planteadas en los diferentes niveles de planificación, en la que se consideran todos los proyectos del ámbito nacional, proyectos estratégicos gubernamentales, los proyectos dinamizadores PDES, y las acciones productivas, considerados en el PTDI, y registradas en las demandas de las comunidades, por la gestión quinquenal 2016 – 2020.

Básicamente la demanda quinquenal de las comunidades se resume principalmente en mejorar cuatro sectores con sensibles falencias:

1. Integración caminera interna y externa;
2. Sector de Salud (establecimientos, equipamientos, personal y otros);
3. Sector Educación (establecimientos, equipamientos, personal y otros);
4. Proyectos Productivos Integrales con la respetiva comercialización de los productos. (GAMSRA, 2016, pág. 99)

Puede reconocerse que estas demandas son generales y además tradicionales en la población, es decir, desde muchos atrás estas son demandas hechas, pero no resueltas. El problema es que hasta el momento no se puede satisfacer estas exigencias puesto que aún existe problemas de administración, presupuesto, y coordinación.

Podría decirse que la situación del desarrollo humano en el municipio es baja. Se espera llegar a un nivel regular-medio.

2.4.4. En materia de infraestructura

Respecto a la infraestructura, se pudo ver que el GAM tiene compromisos con el ámbito de la salud, educación y redes camineras. En este último punto las redes camineras por año fue también una necesidad urgente, puesto que tanto el municipio, como el Departamento, se caracterizan por redes camineras inestables, y la importancia de mejorar estas redes serviría de beneficio para el desarrollo económico del municipio.

Las respuestas a los problemas de infraestructura dependen del presupuesto asignado para su construcción o culminación, dependiendo del caso. Esto puede verse de manera comparativa por ejemplo en los montos asignados, en el POA 2016, en lo que se observa que el Municipio quizá disponer más recursos en el Pilar 3, “Educación y Deporte para la formación de un ser humano integral”, reconociendo principalmente la correspondiente meta: Acceso Universal al Servicio de Salud. (GAMSRA, 2016, pág. 142)

Cuadro N° 6 POA 2016, valores en Bs.

Nº	PILAR	2016	%
1	1	2.197.538,00	18,42
2	2	1.051.351,00	8,81
3	3	4.655.236,00	39,02

4	6	305.000,00	2,56
5	8	490.000,00	4,11
6	9	257.947,00	2,16
7	11	2.928.773,00	24,55
8	12	30.500,00	0,26
9	13	13.430,00	0,11
TOTAL		11.929.775,00	100,00
DEUDAS		0	0,00
TOTAL BS.		11.929.775,00	100,00

Fuente: GAMSRA, 2016, pág. 142

Puede verse, para el 2016, en el pilar 3 se tenía un presupuesto del 39,02% del total del presupuesto. Sin embargo, este aun no es suficiente para culminar con los proyectos de infraestructura de los distintos ámbitos. Puesto que el financiamiento depende de los ingresos IDH a nivel nacional que fluctúan de acuerdo al precio del barril del petróleo. Este monto variaría en función de los años, lo cual se evidenciará con mayor exactitud en el presente trabajo en la sección sobre el presupuesto.

2.5. MARCO GEOGRÁFICO MUNICIPIO DE SANTA ROSA

En este subtítulo se realiza una descripción del marco geográfico del municipio de Santa Rosa, en base a su ubicación y división político administrativa, para así tener claridad en cuanto las características del municipio. También se desarrolla los aspectos socioeconómicos y el estado de salud de los habitantes del municipio, y la infraestructura de este ámbito.

Empezar diciendo que el departamento de Pando, al cual pertenece el municipio de Santa Rosa del Abuná, es el más joven de Bolivia. Sobre todo, por su ubicación geográfica, en medio de la selva, para el país fue un territorio que se exploraba con

dificultades, ya sea por la zona selvática, como la falta de redes camineras. Sin embargo, el momento en que se lo conquista, se encuentra recursos como la goma para explotar.

El 24 de septiembre de 1.938 el Presidente Constitucional de la República TCNEL Germán Busch promulga la Ley del 24 de septiembre de 1.938, se crea el Departamento Pando cuyos límites serán: Al Norte y el Este, la frontera internacional con la República del Brasil, desde Bolpebra hasta la confluencia de los ríos Beni y Mamoré; Al Sur el río Beni, desde la mencionada confluencia hasta la barraca San Antonio sobre el mismo río, (entre las barracas Natividad y Todos Santos) de este punto siguiendo por una línea recta que va a terminar a la barraca San Pedro sobre el río Madre de Dios, frente a la barraca América y el arroyo Cuidalcandada conforme al mapa oficial compilado por la Comisión Cartográfica de Guerra y Colonización (La Paz, 1934); continuando de este punto por el citado río Madre de Dios hasta tomar la frontera con el Perú; Al Oeste la línea fronteriza hasta Bolpebra. (GAMSRA, 2016, pág. 6)

Con estos antecedentes, los municipios del departamento pasaron a fragmentarse y dividirse, esto sobre todo de acuerdo a los terratenientes o colonizadores que definían el asentamiento de sus barracas, por ende, en los lugares donde existía una concentración de población, fue donde se delimitó la formación de los municipios.

La Ley de Municipalidades N° 2028 de fecha 28 de octubre de 1.999, que regula el régimen Municipal establecido en la Constitución Política del Estado vigente en ese periodo, define que el Municipio es la Unidad Territorial, política y administrativamente organizada, en la jurisdicción y con los habitantes de la Sección de Provincia, base del ordenamiento territorial del estado unitario y democrático de Bolivia, por lo que, en la Primera Sección de la Provincia Abuná, se constituye el Municipio de Santa Rosa del Abuná, conformado por los cantones Nacebe con la Capital Santa Rosa del Abuná y Teduzara con la Capital Teduzara; que en la actualidad es solo una estancia ganadera. (GAMSRA, 2016, pág. 7)

De la anterior forma se definió la conformación del Municipio de Santa Rosa del Abuná, el tendrá una existencia desde la promulgación de Ley 1551 de Participación Popular. Posteriormente, el Decreto Reglamentario N° 23813 y los dos Decretos Supremos posteriores: N° 23943 y N° 242502 lo reconocen como sujeto de la recepción de recursos por coparticipación Tributaria y definen sus datos poblacionales oficiales.

2.5.1. Ubicación geográfica y límites

Primeramente, para ubicar al municipio se señala su lugar dentro del departamento de Pando:

Figura N° 3
Departamento de Pando



Fuente: <https://bo.reyqui.com/2017/08/santa-rosa-del-abuna-municipio-pandino.html>

El municipio se encuentra en la provincia del Abuná, la cual puede verse en el anterior mapa del departamento, aproximadamente a 216 Km. al este de la ciudad de Cobija. “Geográficamente está comprendida entre el meridiano 10° 13` y 11° 06`

longitud Sur y de 67° 0` a 67 ° 42` Longitud Oeste.” (GAMSRA, 2016, pág. 8).
Limitando:

- Al Norte con Brasil y la provincia Nicolás Suárez,
- Al Sur con la provincia Manuripi,
- Al Este con la Segunda Sección Ingavi de la provincia Abuná,
- Al Oeste con la provincia Nicolás Suárez Municipio de Bella Flor.
(GAMSRA, 2016, pág. 8)

Figura N° 4

Mapa del Municipio de Santa Rosa del Abuná



Fuente: https://www.familysearch.org/es/wiki/Abun%C3%A1,_Bolivia_-_Genealog%C3%ADa

2.5.2. Estado de Salud Habitantes

Respeto al estado de salud de los habitantes, habiendo desarrollado hasta aquí algunos aspectos de su vida, y de las condiciones en la que la desenvuelve, puede entenderse la siguiente cita como resultado de los desarrollado hasta ahora:

Al examinar los índices de morbi-mortalidad infantil, se detecta una alta correlación entre la pobreza y la salud de la población. La población con menores ingresos y en precarias condiciones de vida, presenta tasas de mortalidad infantil más elevadas.

Las principales causas para la morbi-mortalidad infantil en la zona están ligadas a las condiciones de insalubridad y a las características ambientales de la zona.

Las enfermedades de mayor prevalencia en el Municipio son la Malaria, las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas agudas y la Leishmaniasis. (GAMSRA, 2016, pág. 76)

Las condiciones de vida precarias de muchos habitantes promueven en los miembros de su familia más vulnerables se enfermen de epidemias o enfermedades contagiosas. No obstante, como pudo verse hasta aquí, entre los programas nacionales de salud, se encuentran tratamientos y atención preventiva a causa de estas enfermedades. Por lo que, de tener un sistema de salud eficiente, podría disminuirse la probabilidad adquirir este tipo de enfermedades.

De acuerdo a información recogida en trabajo de campo se han reportado también otros casos atendidos por las Brigadas SAFCI y en los Centros de Salud.

- Enfermedades Oculares (conjuntivitis) 20 pacientes mes promedio
- Enfermedades de la Piel (remasalada, alergias) 15 pacientes mes promedio
- Enfermedades Urinarias 30 pacientes mes promedio, mayormente mujeres

- Lumbalgias 20 pacientes mes promedio mayormente hombres
- Enfermedades Gastrointestinales (vesícula, colecistitis) 25 casos por mes promedio
- Leishmaniasis 2 casos por mes promedio mayormente varones
- Reumatismo articular en adultos mayores aproximadamente en un 70%
- Hipertensión Arterial en aproximadamente un 50% de la población adulta mayor
- Mal de Parkinson un paciente
- Enfermedades de la transmisión sexual (sífilis, candidiasis, tricomicosis), mayormente en varones y mujeres en edad fértil. (GAMSRA, 2016, pág. 78)

Con los anteriores datos puede verse las principales enfermedades de los habitantes del municipio. Observando que el adulto mayor es quien puede sufrir potenciales enfermedades. Entonces la población adulta es relativamente sana, a menos que sufra algún accidente a causa de las herramientas que utilice para la zafra o su actividad agrícola y maderera. En el caso de las mujeres, “La tasa de mortalidad materna es de 70 mujeres por mil habitantes en el Departamento de Pando” (Idem). A esto se debe sumar la tasa de natalidad, la cual es de 33,33% nacimientos al año por cada mil habitantes en el Departamento de Pando, no existiendo datos específicos por Municipios. (GAMSRA, 2016, pág. 79)

Ante todo esto puede entenderse que la necesidad de un establecimiento de salud equipado para el nacimiento de bebés, como la atención al adulto mayor son prioridades.

2.5.3. Estado de la Infraestructura de Salud

Para describir las características de la infraestructura de salud debe tomarse en cuenta algunas particularidades del municipio.

Si bien existe déficit en cuanto al personal médico y paramédico en el Municipio de Santa Rosa del Abuná, el principal problema es la dispersión poblacional, además de la poca población de las comunidades que componen el Municipio, debido a que está reglamentado desde el Ministerio de Salud Pública que para que exista un médico en las comunidades estas deben tener un mínimo de 1.500 habitantes. (GAMSRA, 2016, pág. 79)

En ese marco, por la cantidad de habitantes solamente existen 2 médicos para todo el municipio. Lo que quiere decir que en determinados momentos la cobertura médica es ineficiente para las necesidades de salud que requieren los habitantes de Santa Rosa del Abuná.

En el municipio de santa rosa del abuna cuenta con dos tipos de establecimientos:

1. Centro de salud, ubicado en la capital del municipio, Santa Rosa, infraestructura nueva, amplia y moderna, con bastante espacio para seguir edificando.
2. Posta sanitaria, una trasladada recientemente de Nacebe a la comunidad de Primero de Mayo y otra construcción nueva en la localidad de Monte video. (GAMSRA, 2005, pág. 15)

Quiere decir que el centro de salud del municipio puede continuar edificando consultorios o salas de internación, para casos necesario, según dicta la norma. En cuanto la posta sanitaria, como indica la anterior cita se está realizando una construcción nueva.

De acuerdo a la siguiente tabla podrá detallarse mayores condiciones de la infraestructura de salud.

Cuadro N° 7 Red departamental del Municipio de Santa Rosa del Abuná

	1º de Mayo	Las Abejas	Sta. Rosa	Montevideo
Infraestructura en salud, tipo de establecimiento	Posta Sanitaria	NO	Centro de Salud	Posta Sanitaria
Salud: estado y calidad Del establecimiento	Buena	NO	Buena	Buena
Numero de ambientes	1	NO	7	1 amplio
Personal médico Y paramédico	Tiene 1	NO	Tiene 5	No existe

Fuente: GAMSRA, 2005, pág. 15

Lo importante a destacar de este aspecto es que la actual infraestructura de salud puede mejorarse y ampliarse, además, en el caso de la posta de salud, se encuentra en construcción otra nueva. Más allá de la baja cantidad de población, la realidad es que existen otras comunidades dispersas que requiere que la cobertura de salud cuente con todas las condiciones para su atención.

CAPÍTULO III

3.1. METODOLOGÍA

3.1.1. Enfoque de investigación

El enfoque de la investigación es cuantitativa debido a que la finalidad es analizar los resultados de la inversión del IDH para infraestructura en el sector salud. Por lo cual se requerirá principalmente de un análisis de datos medibles respecto al presupuesto de inversión y ejecución, entre otros, y al mismo se requerirá de un análisis de factores o indicadores que determinaron los resultados obtenidos de la gestión definida.

Siguiendo esta línea a partir del anterior enfoque de investigación se plantea los siguientes métodos de investigación:

3.1.1.1. *Método deductivo e inductivo*

Un análisis deductivo, el cual se refiere a una mirada a lo general. Entonces el análisis a partir de la aplicación del método inductivo-deductivo será de lo particular a lo general y de lo general a lo particular.

3.1.1.2. *Método analítico-sintético*

Se entiende método analítico puesto que el “El análisis es un procedimiento lógico que posibilita descomponer mentalmente un todo en sus parte y cualidades, en sus múltiples relaciones, propiedades y componentes.” (Rodriguez, 2017, pág. 8). Por ende, el método analítico sintético sirve en la medida en la que se descompone por partes un problema, tema o hecho, para así encontrar sus relaciones. De esta forma la relación entre la inversión de IDH para infraestructura, y administración pública e institucional, etc. y otros conceptos tendrá unidad entre los mismos para comprender en general y particular su composición a la problemática planteada.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es descriptiva donde se utilizan datos numéricos y cuantificables en cuanto a la inversión pública de IDH para la infraestructura de salud.

También se usa la investigación estadística, y a que se describen los datos y características de la población o fenómeno en estudio. El objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables.

No se trata solo de tabulaciones, sino que recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento.

3.3. VARIABLES

De esta manera las variables de investigación serían:

Variable Independiente	Inversión del IDH
Variable dependiente	Infraestructura para el sector Salud

3.3.1. Operacionalización de variables

Objetivos específicos	Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Instrumentos
1. Identificar el presupuesto destinado a infraestructura, equipamiento, funcionamiento y programas del sector salud en el PTDI.	Presupuesto público para el sector salud	Presupuesto económico público financiado por IDH definido para la inversión en el ámbito de la salud, como ser infraestructura, mantenimiento, funcionamiento, programas, etc.	Objetivos y actividades estratégicas definidas por el PTDI del GAMSRA. -Construcción de infraestructura - Mantenimiento y funcionamiento -Equipamiento -Programas de salud	Revisión documental del presupuesto y PTDI del GAMSRA.
2. Analizar la asignación presupuestaria e inversión por sectores económicos del municipio.	Presupuesto público para el sector económico	Presupuesto económico público financiado por IDH definido para la inversión en el ámbito económico, programas socio productivos, inversión en rubros económicos del municipio.	Objetivos y actividades estratégicas definidas por el PTDI del GAMSRA. -proyectos socio productivos.	Revisión documental del presupuesto y PTDI del GAMSRA.
3. Valorar los indicadores y factores determinantes	Indicadores y factores para la inversión de IDH en	Particularidades del municipio y su población para determinar	-Población	Revisión documental del Diagnóstico

respecto a la inversión de "IDH" en infraestructura del sector salud del municipio de Santa Rosa de Abuná.	infraestructura .	la definición de objetivos estratégicos para el ámbito de salud.	-Condiciones económicas -Condiciones de Salud	de desarrollo humano del PTDI del GAMSRA.
--	-------------------	--	--	---

3.4. INSTRUMENTOS PARA EL ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN

Se utiliza la estadística descriptiva; en datos cuantificables de la inversión municipal respecto a la construcción de infraestructura de salud entre la gestión del 2016-2020.

3.4.1. Procesamiento de datos

En base a las estadísticas y los cuadros, se realizan tortas y barras que muestran el aumento o disminución de la inversión pública en el transcurso de los años para infraestructura, mantenimiento y funcionamiento en salud.

3.4.2. Fuentes de información

Para la presente investigación se ha definido las fuentes de información de la siguiente manera "Una fuente de información es todo aquello que nos proporciona datos para reconstruir hechos y las bases del conocimiento. Las fuentes de información son un instrumento para el conocimiento, la búsqueda y el acceso a la información" (Maranto, 2015, pág. 2). En ese caso, se ha determinado las fuentes de información son:

3.4.3. Secundaria

En el caso de las fuentes de información secundaria, se puede decir que:

Este tipo de fuentes son las que ya han procesado información de una fuente primaria. El proceso de esta información se pudo dar por una interpretación, un

análisis, así como la extracción y reorganización de la información de la fuente primaria. (Maranto, 2015, pág. 3)

Lo que querrá decir que todas las fuentes bibliográficas que se requirieron para la elaboración de este trabajo a causa de la necesidad de encontrar teorías o conceptos precisos, datos estadísticos, informes presupuestarios, etc. son fuentes de información secundaria.

3.4.4. Técnicas para recolección de información

Para lograr alcanzar el objetivo principal se requirió de una revisión documental de informes y archivos institucionales; por lo que se recurrió principalmente a fuentes secundarias de información.

Las técnicas de recolección de datos fueron principalmente bibliográfica y documental, sobre otros textos que contenían la sistematización de datos sociales, económicos y de salud del territorio de investigación.

3.4.4.1. *Revisión Documental*

El objetivo principal de la revisión bibliográfica fue recopilar información y análisis teórico ya existente sobre el problema definido. Se puede obtener esta información de diversas fuentes como, por ejemplo, revistas, artículos científicos, libros y otros trabajos académicos. La revisión bibliográfica proporcionó una visión sobre el estado del tema o problema elegido. La información obtenida permitirá determinar una adecuada solución al problema, partiendo por los siguientes datos:

- Presupuesto programado de IDH para infraestructura de salud en el Municipio de Santa Rosa del Abuná.
- Presupuesto ejecutado de IDH para infraestructura de salud en el Municipio de Santa Rosa del Abuná.
- Condiciones actuales de la infraestructura de salud en el Municipio de Santa Rosa del Abuná.

- Datos estadísticos generales de salud de la población del Municipio del Abuná.

CAPÍTULO IV

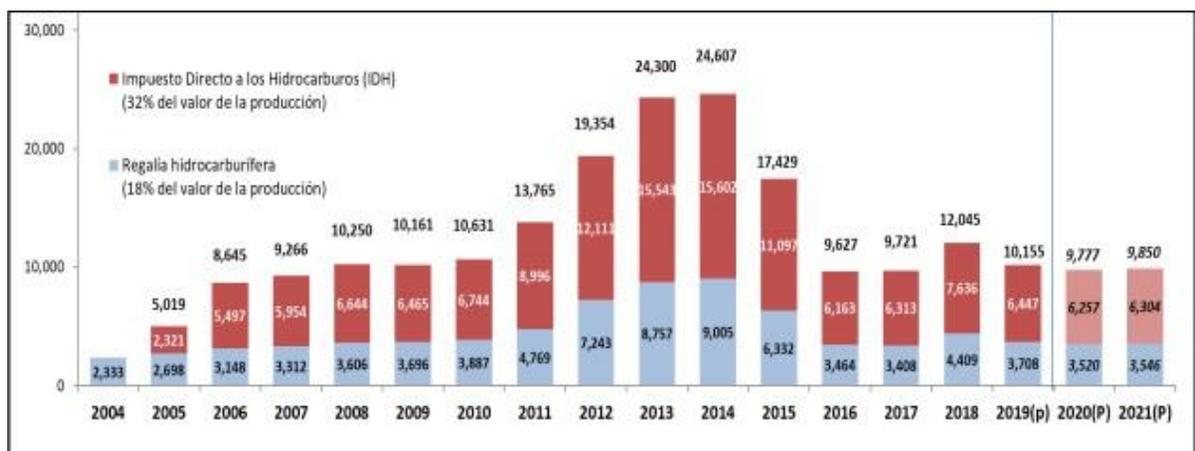
4.1. PRESUPUESTO IDH DEL MUNICIPIO

Antes de iniciar el análisis de los resultados de la inversión del presupuesto de IDH en el área de salud, se debe identificar el porcentaje de presupuesto de IDH para el municipio. Entendiendo que del 100% de los ingresos percibidos por cada departamento, de acuerdo al decreto supremo N° 29322 se autoriza la distribución entre municipios, universidades y gobernación de cada jurisdicción departamental, de acuerdo con el detalle de:

- 66,99% para el total de los municipios del departamento, el cual es distribuido de acuerdo con el número de habitantes de su jurisdicción municipal, según el último censo nacional vigente. (...)
- El saldo de 24,39% se destina al gobierno departamental.

Puesto que las regalías están distribuidas de acuerdo al ingreso de IDH y este monto es cambiante, los últimos años, a nivel nacional la renta de hidrocarburos ha aumentado y disminuido de la siguiente forma:

Figura N° 5 Renta por hidrocarburos (IDH y regalías en millones de bolivianos)



Fuente: Jubileo, 2021, pág. 3

Puede verse que el 2013 y 2014 alcanzó uno de los picos más altos respecto al IDH, bajando a un promedio arriba de los 9 millones de bolivianos. Como se explicó anteriormente de acuerdo a la norma esto debía de distribuirse por departamentos de acuerdo a su condición de productor, no productor y cantidad de población.

Esto puede verse en la siguiente tabla que se concentra en la gestión 2017.

Cuadro Nº 8 Distribución del IDH departamental - presupuesto 2017

Departamentos	En millones de bolivianos								
	IMPUESTO DIRECTO A LOS HIDROCARBUROS				FONDO DE COMPENSACIÓN 9,5%			TOTAL GENERAL	PORCENTAJE
	GOBERN. 24,39%	MUN. 66,99%	UNIV. 8,62%	TOTAL IDH	MUN. 80%	UNIV. 20%	TOTAL FONDO		
Chuquisaca	53,7	147,4	27,1	228,1			0,0	228,1	9%
La Paz	53,7	147,4	27,1	228,1	177,0	44,3	221,3	449,4	17%
Cochabamba	53,7	147,4	27,1	228,1	68,2	17,0	85,2	313,3	12%
Oruro	53,7	147,4	27,1	228,1			0,0	228,1	9%
Potosí	53,7	147,4	27,1	228,1			0,0	228,1	9%
Tarija	70,8	194,6	35,8	301,2			0,0	301,2	12%
Santa Cruz	53,7	147,4	27,1	228,1	138,0	34,5	172,5	400,7	15%
Beni	53,7	147,4	27,1	228,1			0,0	228,1	9%
Pando	53,7	147,4	27,1	228,1			0,0	228,1	9%
TOTAL DEPARTAMENTOS	500,1	1.373,5	252,7	2.126,2	383,2	95,8	479,0	2.605,3	100%

Fuente: Jubileo, 2017, pág. 19

Con excepción de Tarija, los demás gobiernos departamentales y municipales reciben la misma cantidad de porcentaje de IDH para su inversión pública. De esto generalmente puede verse que el IDH se distribuye en sectores sociales y económicos.

Cuadro N° 9 Distribución del IDH por sector - Gobierno Departamentales

DETALLE	En porcentaje						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Transporte (caminos y otros)	41,1%	41,3%	43,0%	42,9%	39,9%	18,8%	15,7%
Salud	20,0%	20,7%	18,8%	25,0%	33,1%	38,8%	36,9%
Agropecuario (riego y otros)	7,6%	11,9%	13,0%	8,6%	3,7%	11,0%	2,1%
Servicio de la Deuda	6,5%	4,9%	3,6%	1,0%	0,9%	2,0%	2,0%
Gestión Social	0,0%	4,4%	2,3%	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%
Energía (Electrificación Rural y otros)	15,4%	4,3%	4,9%	6,1%	3,2%	4,2%	4,1%
Urbanismo y Vivienda	0,5%	3,3%	3,0%	0,9%	1,8%	1,1%	1,5%
Educación	5,6%	3,2%	0,3%	2,0%	0,9%	0,9%	5,8%
Justicia y Policía	2,7%	3,0%					
Seguridad Ciudadana			4,9%	11,9%	11,5%	18,6%	27,8%
Cultura	0,3%	0,2%	0,0%	0,0%		0,2%	0,0%
Gasto Administrativo y Autonomías	0,1%	0,1%	2,6%	0,3%	0,1%	0,0%	0,0%
Saneamiento Básico	0,0%	0,1%			0,0%	0,1%	0,0%
Deportes			1,3%	0,0%	1,4%	1,0%	0,5%
Industria y Turismo	0,0%	0,02%	0,03%	0,04%	0,04%	0,0%	0,0%
Recursos Hídricos	0,03%	0,00%				0,4%	0,6%
Medio Ambiente, RRNN y Riesgos			0,68%	0,26%	0,14%	0,0%	0,1%
Defensa y Protección de Niñez y Mujer					2,9%	2,8%	2,8%
Otros	0,2%	2,5%	1,6%	0,8%	0,2%	0,2%	0,1%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Jubileo, 2017, pág. 28

Puede verse que la inversión de IDH fue elevada en el sector de transporte (una prioridad nacional), seguidamente del sector salud, el cual también se encontraba en una situación precaria. Este cuadro que representa la inversión a nivel nacional puede compararse con el gasto presupuestario de los municipios respecto al IDH. El cual se encuentra detallado de la siguiente forma:

Cuadro N° 10 Distribución del IDH por sector - municipios - período 2011 a 2017

DETALLE	En porcentaje						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Educación	27,6%	31,5%	29,7%	28,3%	30,5%	31,0%	38,9%
Infraestructura Urbana y Rural	18,2%	17,0%	18,9%	14,5%	12,3%	9,0%	7,0%
Salud	12,1%	13,9%	13,0%	12,5%	16,7%	16,6%	15,2%
Caminos (vecinales) y Servicios de Transporte	12,6%	10,7%	11,4%	17,2%	13,2%	17,0%	11,4%
Saneamiento Básico	6,0%	6,8%	5,8%	7,3%	6,8%	7,7%	4,0%
Servicio de la Deuda	4,1%	5,0%	5,4%	5,3%	3,6%	3,3%	5,1%
Agropecuario (incluye microrriego)	5,7%	4,9%	5,1%	4,4%	5,1%	4,4%	3,6%
Seguridad Ciudadana	2,1%	2,9%	5,4%	5,9%	5,2%	5,8%	7,8%
Desastres Naturales y Medio Ambiente	2,0%	2,3%	2,0%	1,5%	1,1%	2,1%	1,1%
Gasto Administrativo y Fortalecimiento Inst.	1,6%	1,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%
Desarrollo Económico/Productivo (incluye Turismo)	3,1%	1,0%	1,1%	1,0%	0,9%	0,9%	3,6%
Electrificación Rural y Alumbrado Público	1,5%	0,8%	0,4%	0,2%	1,0%	0,1%	0,1%
Deportes	0,4%	0,7%	0,4%	0,7%	2,0%	1,2%	1,1%
Recursos Hídricos	1,5%	0,6%	1,0%	0,8%	0,1%	0,2%	0,0%
Defensa y Protección de Niñez y Mujer	0,6%	0,6%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
Cultura	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Otros	0,6%	0,5%	0,2%	0,2%	1,5%	0,6%	0,8%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Jubileo, 2017, pág. 29

La educación fue el sector con mayor inversión de los municipios desde el 2011 al 2017. El sector Salud tiene el tercer puesto con la mitad del porcentaje de lo que utiliza para la educación. Esto entendiendo sobre todo por la creación de unidades educativas o núcleos educativos en el área rural.

4.1.1. Presupuesto IDH de la gestión 2016-2020

Del total del presupuesto que maneja el Municipio de Santa Rosa del Abuná. Se realizó una sistematización del presupuesto total de IDH del municipio por gestión, para considerar el porcentaje que representa el IDH en el total del presupuesto municipal.

De esta forma se obtuvo el siguiente cuadro:

Cuadro Nº 11 Presupuesto de IDH de la gestión 2016-2020 en porcentaje del total del municipio

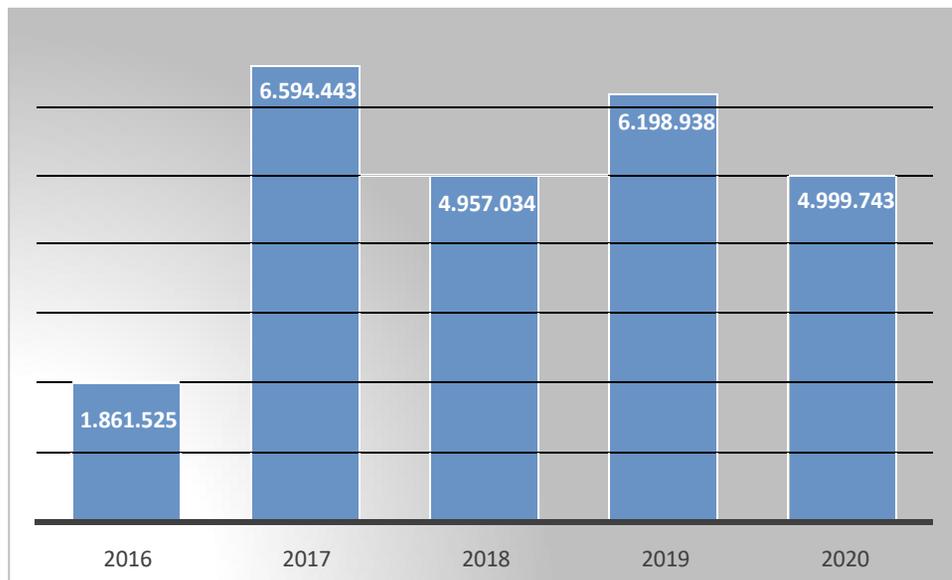
Gestión	Monto	Porcentaje
2016	1.861.525	20%
2017	6.594.443	79%
2018	4.957.034	59%
2019	6.198.938	73%
2020	4.999.743	62%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del GAMSRA, 2022

El 2016, se observa la menor cantidad de presupuesto de IDH para el municipio, recordando que, a nivel nacional, el IDH baja a una de las menores cantidades de casi los últimos 10 años. Extrañamente su representación porcentual del total del presupuesto del municipio es tan sólo del 20%, observado que esto aumenta seguidamente.

Concretamente, el presupuesto de IDH tiene mayor cantidad en la gestión 2017, manteniéndose cercano a ese monto de manera intercalada, hasta la gestión 2020.

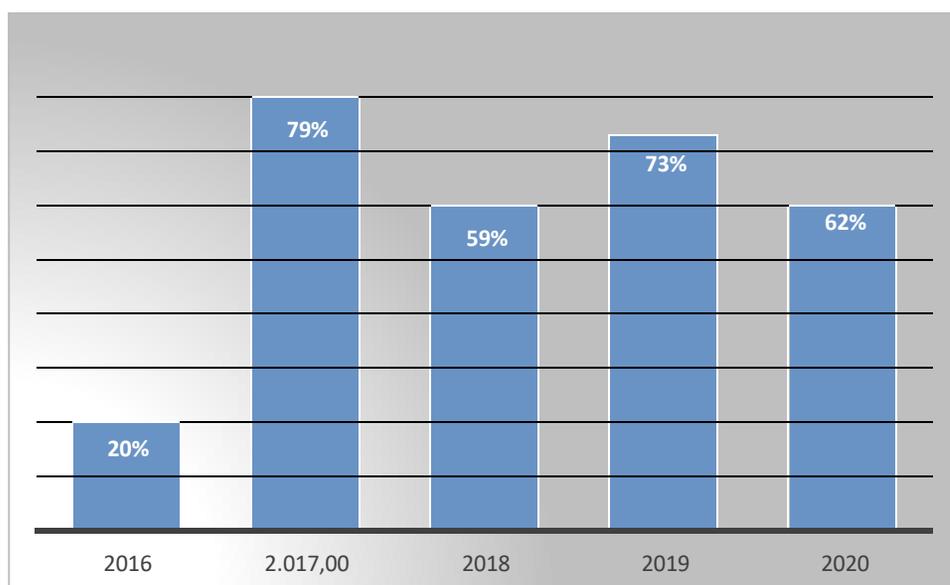
Figura Nº 6 Presupuesto Total de IDH del municipio (en bolivianos)



Fuente: Elaboración propia en base a datos del GAMSRA, 2022

Sorprende que, del total del presupuesto del municipio, considerando el TGN y coparticipación tributaria, en algunas gestiones el porcentaje de IDH es mayoritario. Como indica la siguiente figura, en la gestión del 2017, por ejemplo, el IDH representaba casi el 80% de todo el presupuesto del municipio. es decir, este recurso terminó representando la fuente de ingresos para el funcionamiento de los municipios, es decir para la gestión de políticas públicas.

Figura N° 7 Porcentaje del presupuesto de IDH respecto al presupuesto total del municipio



Fuente: Elaboración propia en base a datos del GAMSRA, 2022

4.2. PRESUPUESTO DESTINADO A INFRAESTRUCTURA DEL SECTOR SALUD

En esta parte del trabajo se aplica un análisis económico del presupuesto programado y ejecutado para el área del sector del Gobierno Autónomo Municipal de Santa Rosa del Abuná, de esto se resaltaré el presupuesto invertido para la infraestructura de este sector.

En el balance del PTDI del GAMSRA, debe reconocerse la siguiente conclusión:

En el pasado reciente la inversión en el sector público se orientó principalmente a la infraestructura de apoyo, manteniendo su participación en un siete por ciento entre 1990 y 2005. La nueva política asigna a la inversión pública un rol productivo en función de las prioridades de la matriz productiva orientadas a lograr los objetivos del “Vivir Bien”, la misma será plurianual y se proyecta aumentar su participación a un 9,5 por ciento en 2013. (GAMSRA, 2016, pág. 107)

Esto se comprobará en adelante concentrándose en al ámbito de la salud y en cierta medida en el sector económico. Entendiendo que entre los objetivos del “Vivir Bien” está mejorar las condiciones del sistema de salud público para la cobertura a toda la población, y generar mayor cantidad de empleo para mejorar la economía de las familias.

Sin embargo, el GAMSRA menciona que:

Considerando el monto demandado Bs. 11.929.775,00 (Once Millones Novecientos veintinueve mil setecientos setenta y cinco 00/100 Bolivianos), para la ejecución presupuestaria del presente año, para la ejecución de Proyectos y/o Programas, gastos de funcionamientos y otros, la evaluación global de los avances, no es satisfactoria. El motivo principal es la irregularidad, en plazos y montos, de los desembolsos recibidos cada mes en las cuentas del Municipio; irregularidad que a veces ha originado serios problemas de gobernabilidad. (GAMSRA, 2016, pág. 139)

Por lo que puede verse que existen problemas administrativos o institucionales dentro y/o fuera del GAMSRA que pueden ser motivo por el que el manejo del presupuesto institucional tiene efectos negativos.

4.1.1. Evolución de la inversión pública de IDH en salud

Respecto a la evolución de inversión pública de IDH en salud, se denomina evolución a la acción de cambiar de un estado anterior a otro. En este caso, puede observarse que respecto al presupuesto de IDH definido para el uso de salud, este

aumenta, llegando al 2019 en donde encuentra su pico más alto, no obstante, para el 2020, este disminuiría. Como indica en siguiente cuadro:

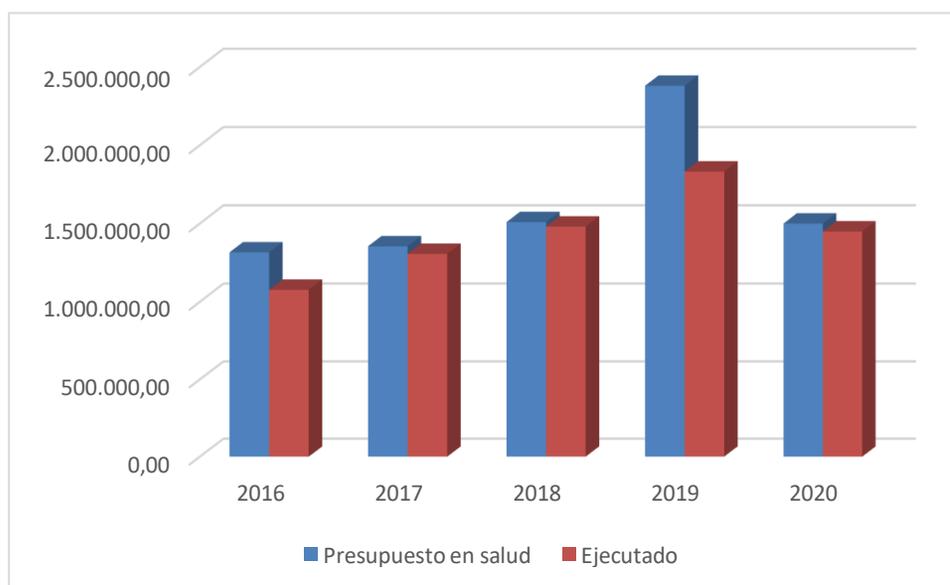
Cuadro N° 12 Presupuesto de salud, y ejecución por años

Años	Presupuesto en salud	Ejecutado
2016	1.315.397,00	1.076.287,73
2017	1.354.467,87	1.306.372,13
2018	1.509.134,12	1.480.428,04
2019	2.379.940,00	1.831.870,00
2020	1.499.697,00	1.449.695,00
TOTAL	8.058.635,99	7.144.652,90

Fuente: elaboración propia en base a datos de GAMSRA, POA 2016-2020.

Figura N° 8

Evolución de IDH EN SALUD



Fuente: : elaboración propia en base a datos de Dirección Administrativa Financiera GAMSRA, 2016-2020

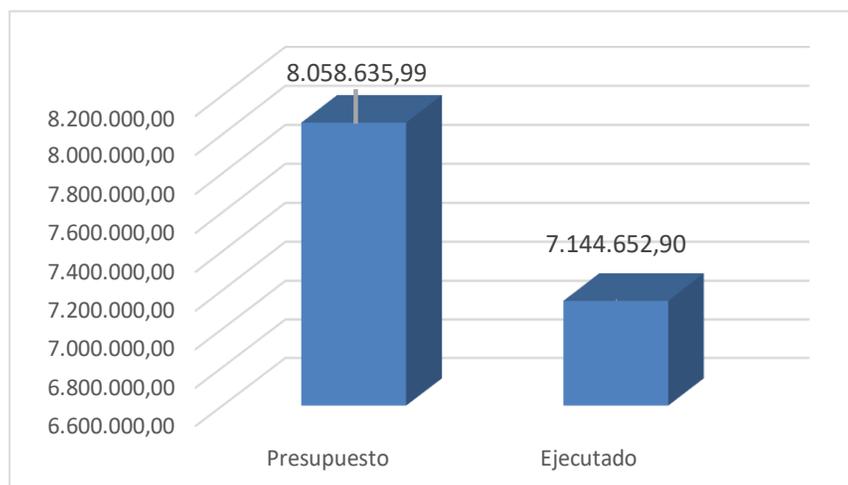
Como puede verse, respecto a la evolución general del presupuesto de IDH para salud, el presupuesto de salud aumenta, pero en comparación la ejecución de dicho presupuesto, en general es casi total de lo que se asigna, exceptuando el caso de la gestión 2019.

Esto quiere decir, que el financiamiento de IDH para el 2019 pudo ser una gestión de mayor provecho para el municipio, sobre todo para culminar los proyectos de salud y construcción y ampliación de una posta médica para el municipio. Este último aspecto se podrá ver en este trabajo más adelante, lo importante a destacar es el uso y ejecución del presupuesto, ya que generalmente una mayoría de las instituciones no usa la totalidad de su presupuesto. Además, cabe considerar que el 2019 a finales del año, hubo un escenario conflictivo en la política del país, lo cual probablemente afecto la administración del presupuesto, además que la gestión 2020, se cambia de dirección política en los Gobiernos Municipales.

En general del 100% del presupuesto para el sector de salud desde el 2016 hasta el 2020, se ejecutó un 88%, se medirá la efectividad del presupuesto en cuanto la mejora de las condiciones de salud de los habitantes del municipio.

Figura N° 9

Comparación de Presupuesto y Ejecución presupuestaria



Fuente: : elaboración propia en base a datos de Dirección Administrativa Financiera GAMSRA, 2016-2020

De la anterior forma pudo verse en comparación de los recursos presupuestados los recursos ejecutados. Entendiendo que gran parte de los mismos son para el funcionamiento del sector salud en el municipio, puede verse que es una ejecución sostenible.

Cabe mencionar que los proyectos de inversión pública dirigidos al sector salud se clasifican en capitalizables y capitalizables. La primera dirigida al mejoramiento en materia de infraestructura y equipamiento, y la segunda en proyectos de investigación y capacitación en salud.

En el caso de los proyectos capitalizables de inversión pública en construcción, en refacción y equipamiento de establecimiento de salud se debe responder a las políticas en salud de: estructurar el funcionamiento de la red de equipamientos de salud, fortaleciendo el primer y tercer nivel e implementando hospitales de segundo nivel, en el caso de los municipios en donde exista hospitales de este nivel, en el actual municipio, esto no es así, ya que en Santa Rosa del Abuná principalmente se debe generar nuevos establecimientos de salud de primer nivel por ser una zonade expansión; los mismos que tienen relación con la cobertura y la calidad de la salud publica además de influir de manera indirecta en los indicadores de salud como las tasas de mortalidad infantil y materna.

4.1.2. Presupuesto programado y ejecutado IDH de construcción de hospitales y centros de salud

Respecto al presupuesto para la construcción de hospitales y centro de salud, en el caso del municipio no se tiene planificado la construcción de un hospital de tercer nivel, lo que si se tenía planificado fue la construcción del centro de salud SAFCI en la comunidad de Santa Rosa, y la conclusión del Centro SAFCI en la comunidad Bernardirno Racua. No obstante, se observa que el presupuesto para estos objetivos se define únicamente desde la gestión 2019, que es cuando se tuvo mayor inyección presupuestaria.

No obstante, debe decirse que este presupuesto se concentra en la construcción del nuevo puesto de salud en la comunidad de Santa Rosa.

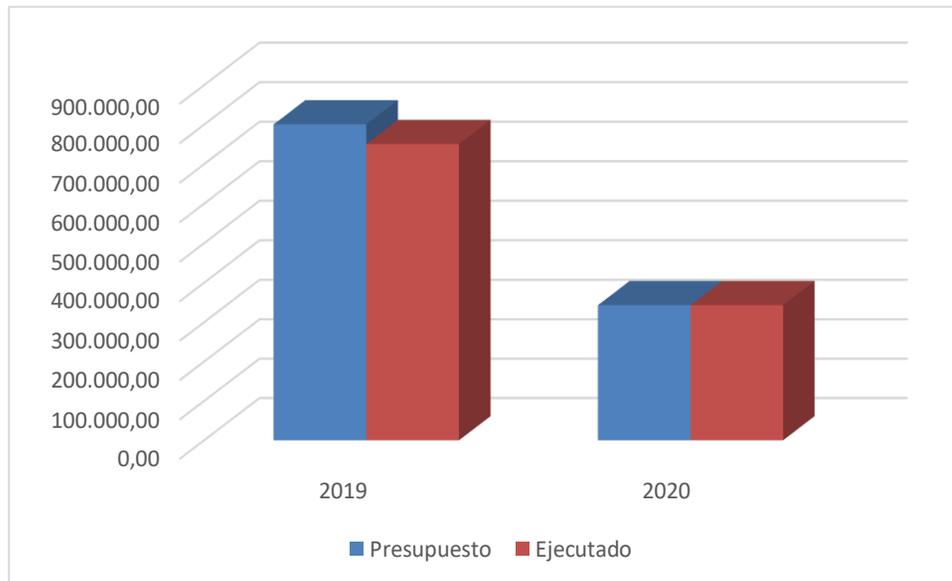
Cuadro N° 13 Presupuesto para construcción de infraestructura de salud

Const. Puesto de salud	2019	2020
Presupuesto	800.479,12	343.060,00
Ejecutado	750.730,90	343.062,48

Fuente: : elaboración propia en base a datos de Dirección Administrativa Financiera GAMSRA, 2016-2020

Figura N° 10

Presupuesto para construcción de infraestructura de salud



Fuente: : elaboración propia en base a datos de Dirección Administrativa Financiera GAMSRA, 2016-2020

El presupuesto para la construcción de infraestructura de salud, considerando que es únicamente para un puesto de salud en una comunidad, es un presupuesto elevado, siendo que, en el caso del 2019, del 100% del presupuesto ejecutado, para la construcción de este centro de salud es un 41%. En el caso de la gestión 2020,

del 100% del presupuesto ejecutado, sería un 24% lo que se usó para la construcción de este centro de salud.

Como se mencionó antes del inicio de esta sección, los presupuestos capitalizables como la construcción de un nuevo edificio son valorables para la inversión del municipio puesto que esto quedará para las nuevas generaciones, además de mejorar los servicios de atención a la salud en zonas donde existen poblaciones dispersas, como lo es el municipio.

Al no haber más información respecto a la construcción de otro edificio, o como indicaba en sus objetivos del GAMSRA, la culminación de uno de los puestos de salud, se entiende que esta es la única ejecución presupuestaria respecto a la construcción de nueva infraestructura, oficial.

4.1.3. Presupuesto programado y ejecutado IDH para el funcionamiento de hospitales y centros de salud

El presupuesto definido para el funcionamiento de los hospitales y centros de salud del municipio, mismo que es financiado por el IDH, comprende mayor cantidad de otros ítems, puesto que el mismo se concentra en los recursos humanos, servicios básicos, etc. que son vitales para el correcto funcionamiento del servicio de salud.

En ese sentido se tiene la siguiente distribución de presupuesto:

Cuadro N° 14 Presupuesto para el funcionamiento de salud

Año	Presupuesto Apoyo al funcionamiento de salud	Ejecución Apoyo al funcionamiento de salud
2016	800.631,00	797.946
2017	991.143,45	990.418,92
2018	1.109.361,64	1.105.110,98

2019	1.159.076,00	1.158.922,36
2020	1.094.051,39	1.094.049,35
Total	5.154.263,48	5.146.447,61

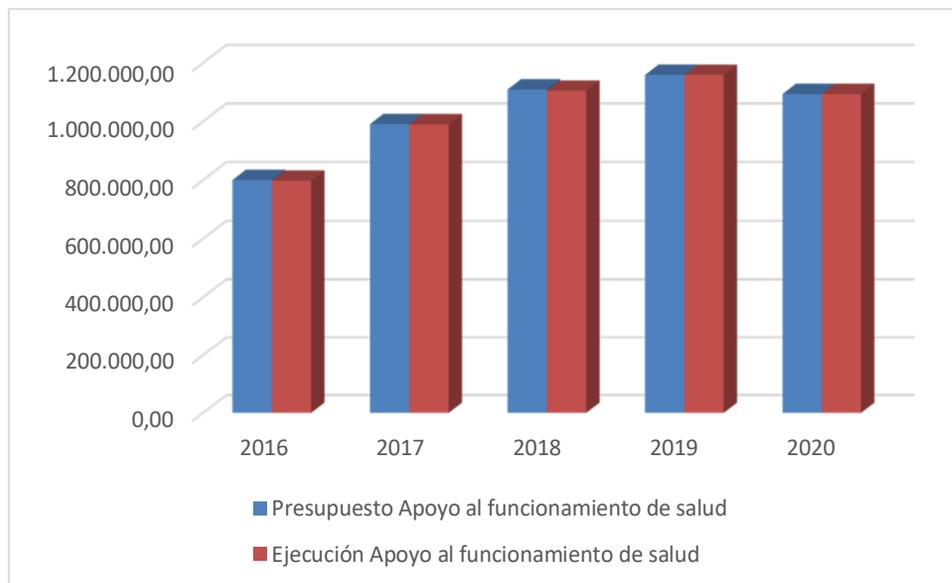
Fuente: : elaboración propia en base a datos de Dirección Administrativa Financiera GAMSRA, 2016-2020

El presupuesto para el funcionamiento de salud, al igual que los anteriores casos aumenta significativamente en la gestión 2019. Entendiendo que se debe finalizar la construcción del centro de salud en la comunidad de Santa Rosa, es claro que se necesitará este presupuesto aumente aún más para que el funcionamiento de todos los establecimientos de salud en la cobertura del municipio tenga el presupuesto suficiente.

Esta distribución de presupuesto y ejecución puede verse en el siguiente gráfico.

Figura N° 11

Presupuesto para el funcionamiento de salud



Fuente: : elaboración propia en base a datos de Dirección Administrativa Financiera GAMSRA, 2016-2020

Como puede observarse en la mayoría de las gestiones el presupuesto definido y su ejecución son proporcionalmente casi iguales. Es decir, en el caso del

funcionamiento del sector de salud, se utiliza casi la totalidad de presupuesto, por lo que como se dijo anteriormente, de abrir otro centro de salud, esta asignación debe aumentar.

4.1.4. Presupuesto programado y ejecutado IDH en equipamiento de hospitales y centro de salud

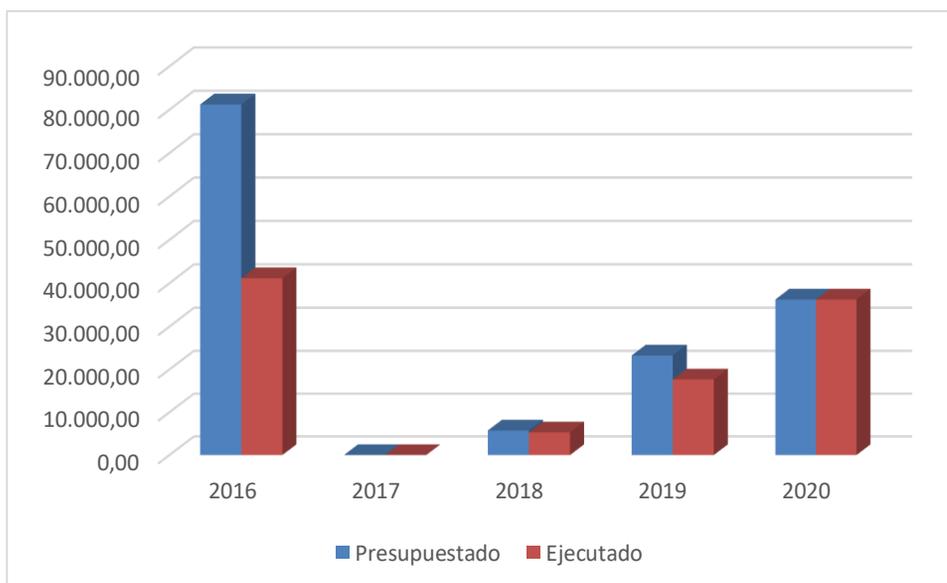
En el caso del presupuesto programado para el equipamiento de hospitales y centros de salud. En este caso puede verse que del presupuesto extrañamente para la gestión 2017, no se tiene un presupuesto para el equipamiento de salud, además, que se observa baja la cantidad de inversión que se realiza desde el 2018 hasta el 2020, en comparación de lo que se definió el 2016.

Cuadro N° 15 Presupuesto para equipamiento de salud

Año	Presupuesto Para el equipamiento de salud	Ejecución Para el equipamiento de salud
2016	81.200,00	41.149,00
2017	0	0
2018	5.735,00	5.295,00
2019	23.259,00	17.659,00
2020	36.236,96	36.236,96
Total	146.430,96	100.339,96

Fuente: : elaboración propia en base a datos de Dirección Administrativa Financiera GAMSRA, 2016-2020

Figura N° 12
Presupuesto para equipamiento de salud



Fuente: : elaboración propia en base a datos de Dirección Administrativa Financiera GAMSRA, 2016-2020

Como puede verse, en este ámbito, la inversión de los recursos es extraña. Sobre todo por el presupuesto del 2016 y la ejecución de menos de la mitad. Para que después el 2017 no se tenga definido un presupuesto y en adelante el presupuesto tenga un débil crecimiento en comparación de otros años. Puede ser que esto sea a razón de la falta de necesidad de equipamiento, puesto que son centros de salud de primer nivel y según nivel.

4.1.5. Presupuesto programado y ejecutado IDH en programas de salud

En el caso del presupuesto programado y ejecutado de IDH para programas de salud, se encontró cambios en los presupuestos asignados y ejecutados en todas las gestiones, desde el 2016 al 2020. Esto podrá verse con mayor claridad en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 16 Presupuesto y ejecución para programas de salud

Tipo de programa		2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Prog. Desnutrición cero	Presupuestado	20.000	21.107	20.178	18.741	25.346	105.372
	Ejecutado	9.274	21.107	20.178	18.741	25.346	94.646
Campaña De educación Oral	Presupuestado	24.050	0	0	345	0	24.395
	Ejecutado	0	0	0	345	0	345
Campaña Multiprogramática	Presupuestado	22.000	2.596	0	420	0	25.016
	Ejecutado	0	2.596	0	420	0	3.016
Programa Leishmaniasis	Presupuestado	90.000	0	0	0	0	90.000
	Ejecutado	0	0	0	0	0	0
Prestaciones de Servicio de salud integral	Presupuestado	288.536	9.060	0	0	0	297.596
	Ejecutado	244.254	0	0	0	0	244.254
Programa Malaria	Presupuestado	x	x	17.160	7.943	8.250	33.353
	Ejecutado	x	x	17.160	7.943	8.250	33.353
SUS	Presupuestado	x	x	x	x	265.576	265.576
	Ejecutado	x	x	x	x	265.576	265.576
Prevención, atención y control del COVID-19	Presupuestado	x	x	x	x	1.342.542	1.342.542
	Ejecutado	x	x	x	x	1.342.542	1.342.542

Fuente: : elaboración propia en base a datos de Dirección Administrativa Financiera GAMSRA, 2016-2020

Puede verse en el cuadro que la asignación presupuestaria para los programas de salud cambió de acuerdo a las particularidades y necesidades de la población. Por ejemplo, en el caso de la campaña de educación oral, el presupuesto no es significativamente elevado, no obstante, el 2016, y el 2019 se asigna y ejecuta su presupuesto.

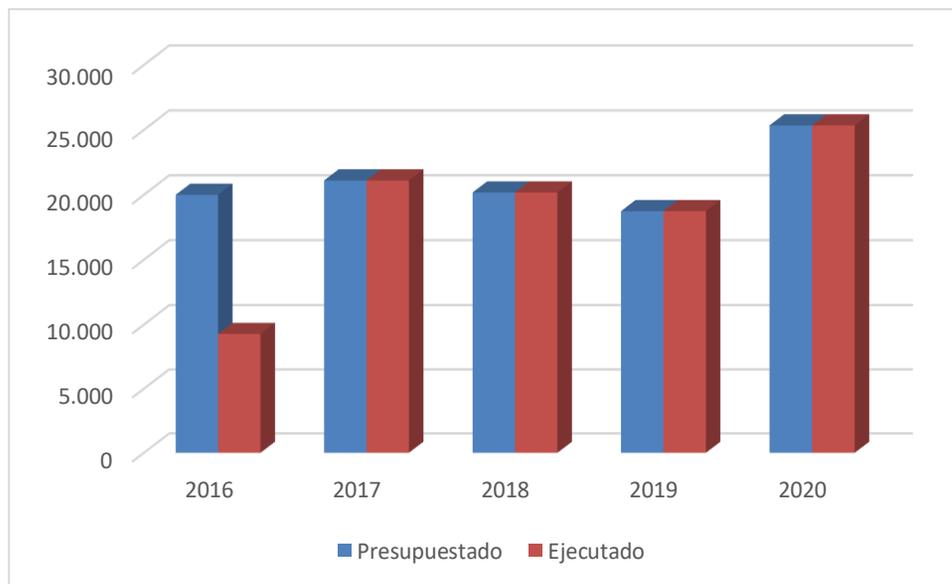
Se evidencia que existe una falta de planificación en los programas de salud estratégicos, puesto que, si bien algunos cuentan con presupuesto, no se ejecutan. Esto puede deberse a diversas razones, ya sea a causa de una mala administración como también porque son programas que no responden a las particularidades de la región. Una de las enfermedades más frecuentes y peligrosas en la zona llega a ser el dengue, no obstante, este no se observa en el anterior cuadro.

Otro punto importante a destacar es la inversión en el Servicio Universal de Salud "SUS", y la atención, prevención y control del COVID-19. En el primer caso, es producto de la política nacional la aplicación del SUS, esto implica aumento de la cobertura, por ello se observa mayor inversión. En el segundo caso una epidemia no prevista que afectó a toda la población a nivel nacional y empujó a los gobiernos municipales a usar presupuesto de IDH, que, si bien no estaba previsto, se resolvió su uso para que el sistema de salud atienda a la población afectada por la pandemia.

En ese marco, en adelante se graficará algunos de los programas con mayor inversión o de evolución a lo largo de los años 2016 al 2020, para analizar con detenimiento sus características.

- **Programa desnutrición Cero**

Figura N° 13

Presupuesto y ejecución del programa desnutrición cero

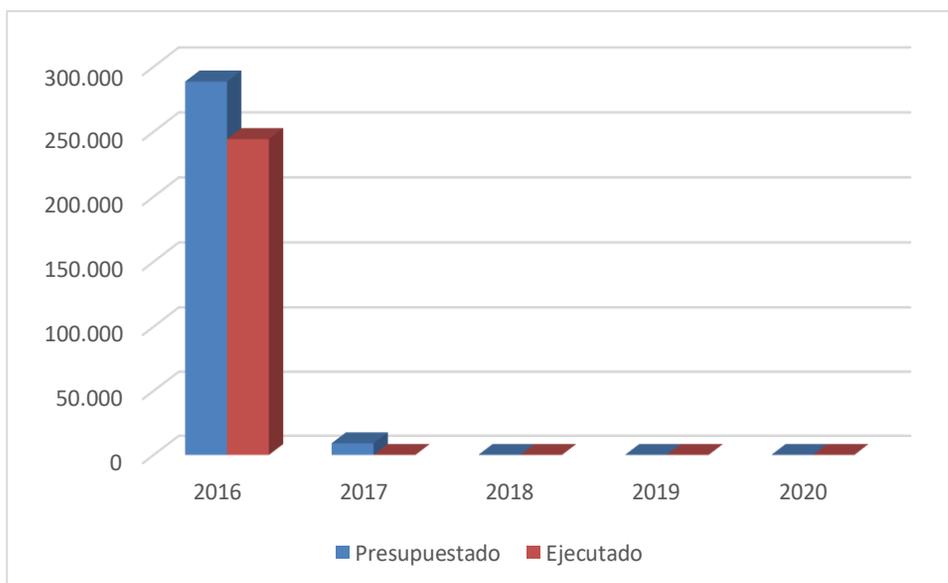
Fuente: : elaboración propia en base a datos de Dirección Administrativa Financiera GAMSRA, 2016-2020

Puede verse en el programa de desnutrición cero que el 2020 es donde aumenta su inversión y la ejecución se realiza en la misma proporción. En este programa es importante la inversión de presupuesto puesto que, a causa de las condiciones de vida de los pobladores y la condición de pobreza de una mayoría de la población, su alimentación es deficiente o no contiene todas las vitaminas, minerales, proteínas, etc. que requiere el ser humano para tener una vida saludable.

Por ello muchas veces el programa de desnutrición cero se concentra no solamente en canastas familiares que contengan alimentos sanos, sino también en enseñar a las familias a elaborar alimentación saludable.

- **Prestaciones de servicio de salud integral**

Figura N° 14
Presupuesto y ejecución de servicio de salud integral



Fuente: : elaboración propia en base a datos de Dirección Administrativa Financiera GAMSRA, 2016-2020

En este caso, se menciona el servicio de salud integral puesto que el 2016 inicia con un elevado presupuesto y este va bajando hasta llegar a cero el 2020.

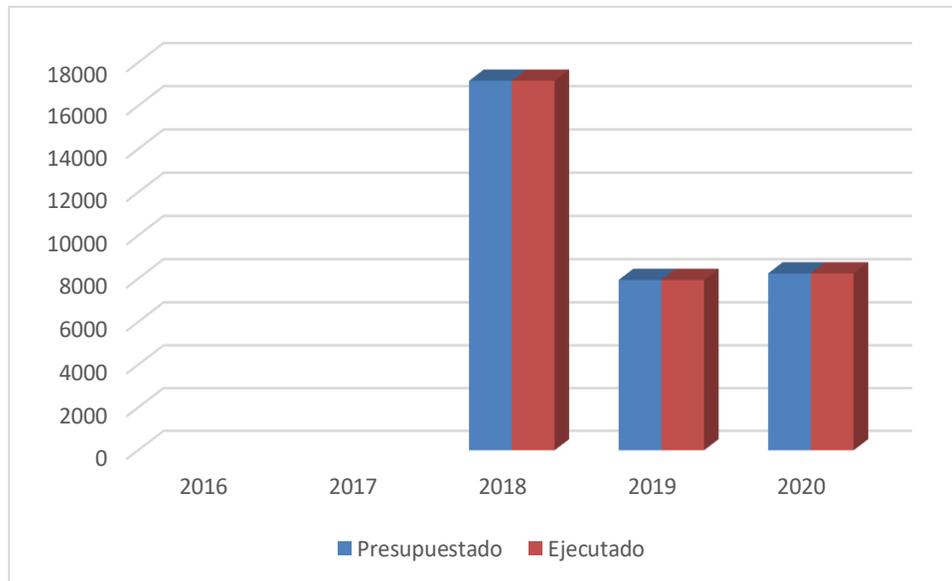
La importancia de este servicio es la información que puede ofrecer a los habitantes sobre distintos aspectos de su vida. El que llama la atención es la información sexual. Puesto que en el municipio y el departamento los casos de embarazo precoz son elevados, y estos puede afectar las condiciones de vida de las mujeres y varones. Entonces el servicio de salud integral también debe brindar información al respecto y realizar campañas u talleres sobre estos temas que también van ligados a la educación sexual sobre diferentes enfermedades de transmisión y contagio sexual.

Esto por mencionar algunas, por ello, se menciona este caso.

- Programa Malaria

Figura N° 15

Presupuesto y ejecución para el programa de Malaria



Fuente: : elaboración propia en base a datos de Dirección Administrativa Financiera GAMSRA, 2016-2020

En el caso de la malaria, se menciona este programa puesto que se inserta en el presupuesto del municipio desde el 2018. A comparación de los otros programas como de leishmaniosis, este recibe mayor presupuesto y atención, además su ejecución es en la misma proporción que lo presupuestado, por lo que puede verse que es una enfermedad que requiere atención médica, y se la está atendiendo de acuerdo a los programas nacionales y municipales.

4.2. ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA E INVERSIÓN POR SECTORES ECONÓMICOS DEL MUNICIPIO

Para comprender la priorización de actividades y políticas estratégicas de acuerdo al enfoque del municipio, se desarrolla en este subtítulo la asignación presupuestaria e inversión por sectores económicos del municipio, entendiendo que, a diferencia de otros municipios, como se describió en el subtítulo de las

características generales de Santa Rosa del Abuná, los pobladores se dedican principalmente a la agricultura, específicamente a la recolección de castaña para su venta.

Si bien el GAMSRA tiene el siguiente enfoque productivo:

Se constituirá un fondo específico para financiamiento de estudios superiores y tecnificación con tasas bajas y de plazos largos. Estos instrumentos de financiamiento se complementarán con otros de fomento, no reembolsables, como incubación de empresas rurales y urbanas, promoción de la asociatividad, inicio de operaciones en pequeñas y medianas empresas, subsidios para la formalización empresarial y para la certificación de calidad y promoción de mercados. Son prioridades a alcanzar, un desarrollo productivo con identidad y soberanía financiera, mejorar y ampliar la capacidad productiva industrial con tecnología, para que los bolivianos cuenten con un empleo productivo e ingreso digno, para vivir bien. (GAMSRA, 2016, pág. 108)

Se observa que, en la asignación presupuestaria, esto aún requiere de apoyo de otras instituciones, ONGs o el Estado, entonces los fondos IDH se concentran en el sector salud, educación y la construcción de redes camineras.

4.2.1. Inversión Pública ejecutada en el sector económico

En cuanto a la inversión pública ejecutada en el sector económico puede encontrarse en la información de la dirección administrativa financiera del GAMSRA, que a diferencia del sector de salud las políticas económicas varían según la gestión. El programa o actividad que se financia en todas las gestiones es la de Apoyo a la producción agropecuaria, referido a los huertos vecinales y la cría de ganado, esto en menor cantidad.

Por ello podrá verse en el siguiente cuadro la mención de este ámbito y otra actividad en la que el municipio financia la cual es la construcción de una planta

despulpadora de Asaí, un fruto amazónico de la región que tiene potencial productivo y comercial en el exterior.

Cuadro Nº 17 Inversión pública ejecutada en el sector económico

Tipo de programa	Partida	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Apoyo a la producción agropecuaria	Presupuestado	16.613	410.168	353.291	323.049	422.987	1.526.108
	Ejecutado	16.613	108.679	343.611	323.047	422.987	1.214.937
Despulpadora de asaí	Presupuestado	4.000	0	0	726.040	363.820	1.093.860
	Ejecutado	4.000	0	0	650.462	26.958	681.420

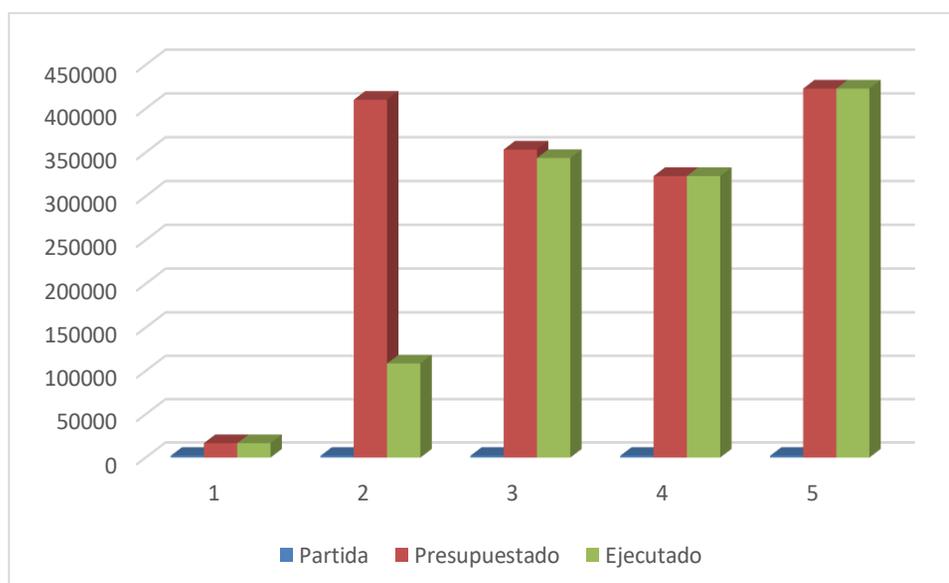
Fuente: : elaboración propia en base a datos de Dirección Administrativa Financiera GAMSRA, 2016-2020

Como puede verse, el presupuesto asignado tan solo en el apoyo de producción agropecuaria en un total de todos los años es mucho menor al presupuesto asignado para el sector salud.

- **Apoyo a la producción agraria**

Figura Nº 16

Inversión pública en apoyo productivo



Fuente: : elaboración propia en base a datos de Dirección Administrativa Financiera GAMSRA, 2016-2020

En el caso de la inversión pública en apoyo productivo se observa que este no se ejecuta suficientemente en la gestión del 2017, llegando a la gestión del 2020 con casi la misma cantidad de presupuesto y ejecución del mismo. Este apoyo productivo agropecuario permite a los habitantes obtener semillas para la producción de su alimento y supervivencia.

El objetivo en adelante es fomentar la formación de microempresas y emprendimientos productivos que sirva a los comunarios para generar mayores ingresos económicos.

4.2.2. Comparación presupuestaria de inversión en salud y sector económico

Teniendo hasta este punto una revisión general de la inversión de presupuesto público en el sector salud y económico, puede medirse las prioridades del municipio a partir de una comparación de su inversión, entendiendo además que existe ya una disposición general a lo largo de las últimas gestiones del uso del presupuesto municipal para estos ámbitos.

Cuadro N° 18 Presupuesto para Salud y Economía, desde la gestión 2016-2020 (expresado en bolivianos)

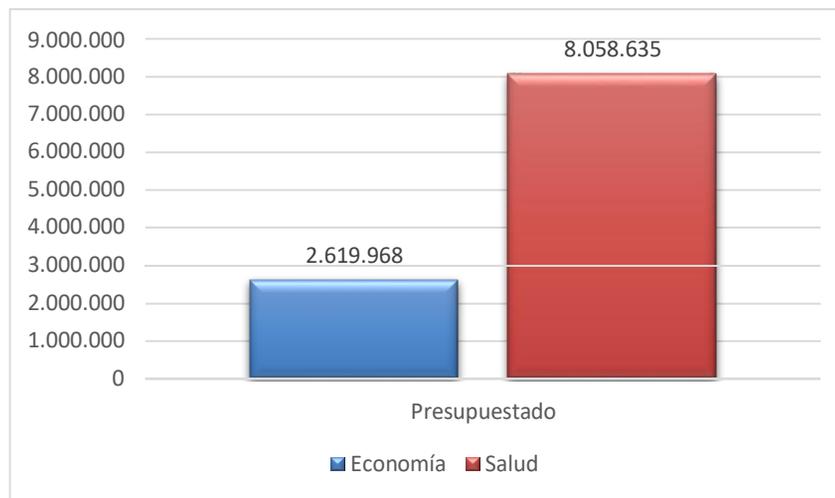
Ámbito	Presupuestado	Ejecutado
Salud	8.058.635	7.144.653
Económico	2.619.968	1.896.357

Fuente: : elaboración propia en base a datos de Dirección Administrativa Financiera GAMSRA, 2016-2020

Como puede verse, el presupuesto para salud, evidentemente es más elevado que el económico, no obstante, esto es porque se tiene ya ítems para el funcionamiento, mantenimiento, etc. en salud que requiere mayor presupuesto, en cambio en el caso del sector económico se elaboran proyectos de inversión nuevos cada gestión.

Figura N° 17

Comparación presupuesto Salud y económico, Gestión 2016-2020

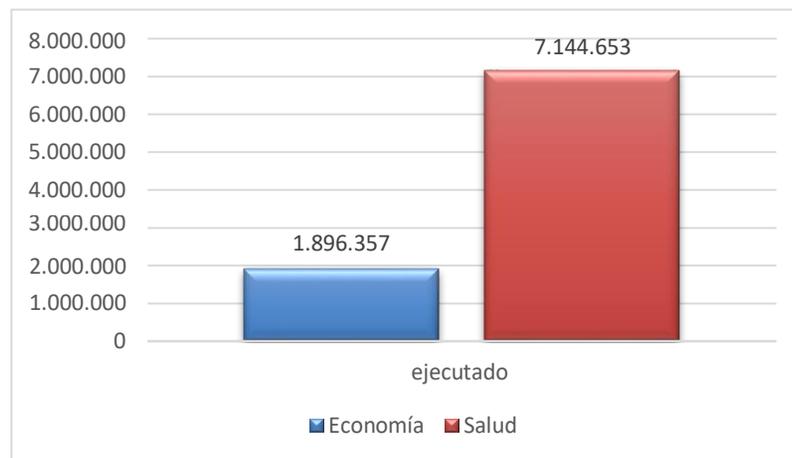


Fuente: : elaboración propia en base a datos de Dirección Administrativa Financiera GAMSRA, 2016-2020

En el caso del presupuesto, se observa una diferencia de más de 5 millones de bolivianos, entendiéndose que el 2020 se aumentó sustancialmente el presupuesto para salud a causa del Covid-19. Esto puede observarse de la misma forma en el caso de la inversión pública ejecutada.

Figura N° 18

Comparación ejecución de presupuesto para Salud y económico, Gestión 2016-2020



Fuente: : elaboración propia en base a datos de Dirección Administrativa Financiera GAMSRA, 2016-2020

Se tiene la impresión de que el ámbito de la salud es importante para el municipio, pese a que se observa que no se mejoró la infraestructura de salud, pero si se requiere un presupuesto elevado para su normal funcionamiento. Esto demuestra que puede haber un manejo económico desequilibrado, o que el presupuesto municipal no es suficiente para las necesidades del municipio.

Por ejemplo, de acuerdo al POA 2019, del Gobierno Municipal de Santa Rosa del Abuná, puede verse el siguiente cuadro respecto al presupuesto general del municipio.

**Cuadro Nº 19 Presupuesto de gastos a nivel programas gestión 2019
(EXPRESADO EN BOLIVIANOS)**

COD.	DENOMINACIÓN PROGRAMA	PRESUPUESTO 2019	PORCENTAJE %
0	Funcionamiento Órgano ejecutivo	155.956,00	1,84%
1	Funcionamiento órgano deliberativo	351.122,00	4,14%
10	Promoción y fomento a la producción agropecuaria	422.800,00	4,99%
11	Saneamiento Básico	91.000,00	1,07%
13	Desarrollo y preservación del medio ambiente	46.002,00	0,54%
16	Servicio de alumbrado público	31.000,00	0,37%

18	Gestión de caminos vecinales	150.000,00	1,77%
19	Servicio de catastros urbano y rural	78.930,00	0,93%
20	Gestión de salud	1.493.467,00	17,62%
21	Gestión de educación	1.708.592,00	20,16%
22	Desarrollo y promoción del deporte	57.467,00	0,68%
23	Promoción y conservación de cultura y patrimonio	10.000,00	0,12%
24	Desarrollo y fomento al turismo	10.000,00	0,12%
25	Promoción y políticas para grupos vulnerables y de la mujer	1.969.345,00	23,24%
26	Defensa y protección de la niñez y adolescencia	41.000,00	0,48%
31	Gestión de riesgos	58.502,00	0,69%
33	Servicios de seguridad ciudadana	195.267,00	2,30%
34	Fortalecimiento municipal	1.030.838,00	12,16%
36	Otros programas específicos	149.261,00	1,76%

97	Partidas no asignables a programas – activos financieros	321.854,00	3,80%
98	Partidas no asignables a programas – transferencias	42.102,00	0,50%
99	Partidas no asignables a programas – deudas	60.000,00	0,71%
TOTAL		8.474.505,00	100,00%

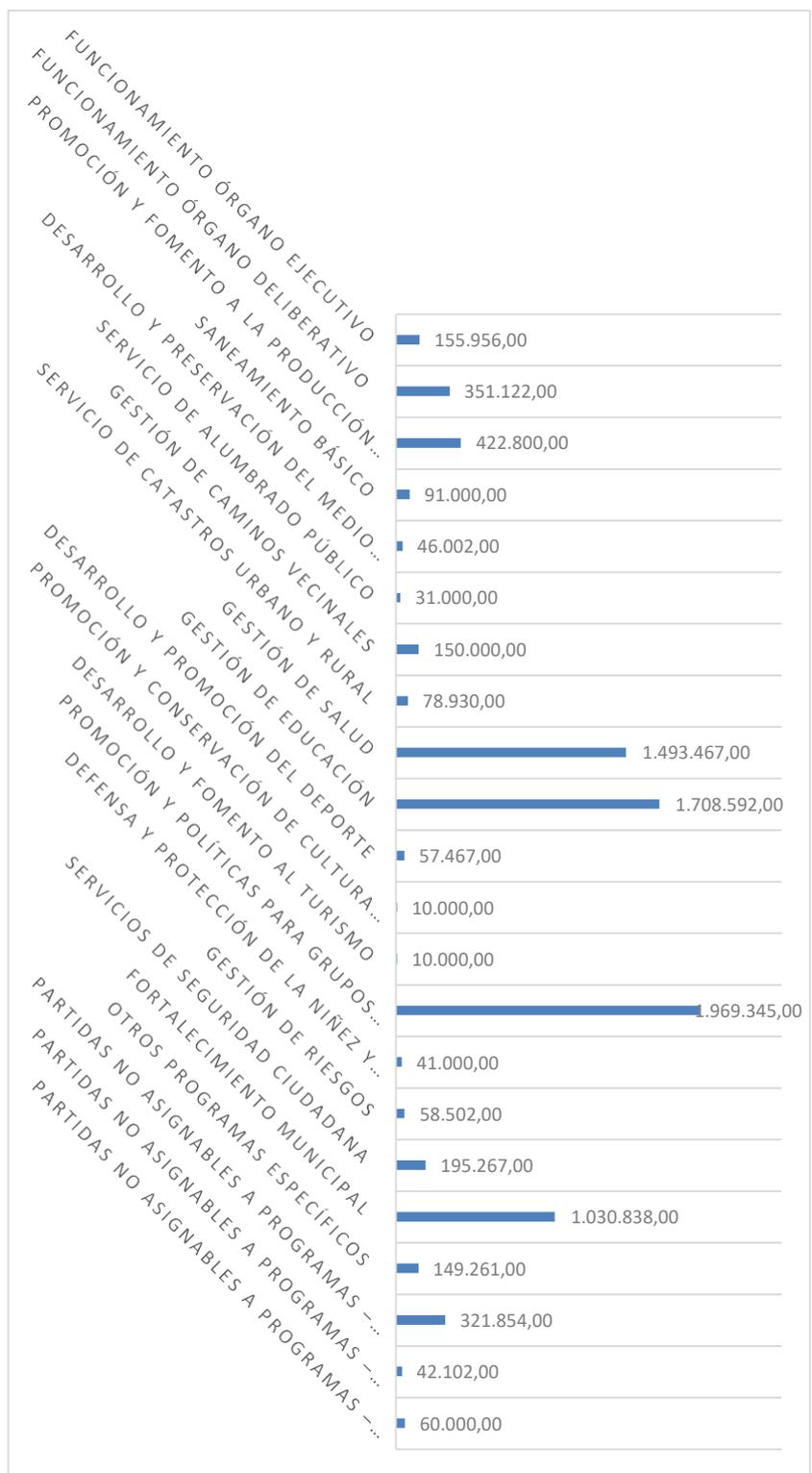
Fuente: GAMRA, 2019, pág. 33

Puede verse que en salud se tiene un presupuesto de 17,62% a diferencia del apoyo agropecuario, el cual es de 4,99%, por lo que tiene relación con los datos analizados anteriormente, no obstante, se resalta que esto no quiere decir que sea una prioridad, sino que el funcionamiento de estos sectores como salud, requiere mayor inversión, esto puede comprobarse observando que en ámbito educativo es el que tiene mayor inversión que todos, con más de 20% del presupuesto.

En definitiva, se considera que tanto la salud como el ámbito económico son de igual importancia para las familias del municipio, por lo que se debe mejorar la distribución del presupuesto público. Podrá observarse con mayor profundidad esta distribución en la siguiente figura:

Figura No 19

Presupuesto de gastos a nivel programas gestión 2019 (EXPRESADO EN BOLIVIANOS)



Fuente: elaboración propia en base a datos de GAMRA, 2019, pág. 33

CAPÍTULO V

5.1. CONCLUSIONES

Como conclusión: de acuerdo el objetivo general planteado se identificaron los resultados de inversión del impuesto directo a los hidrocarburos (IDH) en infraestructura, que pese al incremento de inversión pública en el sector salud desde la gestión 2019, el resultado presenta escasa mejora en la red de los establecimientos de salud; hasta el momento aún no se pudo concluir la construcción de un centro de salud en la comunidad de Santa Rosa y la culminación del centro de salud Bernardino Racua; por lo que la cobertura de salud aún es insuficiente.

5.1.1. Conclusiones específicas

De acuerdo a los objetivos específicos definidos, se tiene las siguientes conclusiones:

- Se describió los aspectos políticos, legales e institucionales que influyen en la inversión pública en salud en el municipio de Santa Rosa del Abuná. Se desarrolló un análisis respecto a la evolución de las políticas nacionales en cuanto el sector de salud, referente a la inversión, políticas y enfoque, en donde se pudo ver la forma en la que cambiaron las estrategias políticas sobre salud. Entendiendo que el ingreso del IDH tiene gran importancia para mejorar el sistema público de salud en todo el país.
- Se identificó el presupuesto destinado a infraestructura, equipamiento, funcionamiento y programas del sector salud en el PTDI. A partir de la valoración de los indicadores y factores determinantes respecto a la inversión de "IDH" en infraestructura del sector salud del municipio de Santa Rosa de Abuná. En el presupuesto de inversión pública en proyectos programados en salud aumentaron significativamente desde la gestión 2019, no obstante, ocurrieron problemas externos que afectaron su normal funcionamiento. Se observa en general que la inversión de IDH mejora desde el 2019 para adelante.

- Se encontró que para el caso del municipio de Santa Rosa del Abuná, desde la gestión 2016 a la del 2020, la gestión con mayor cantidad de IDH fue la del 2017, de Bs. 6.594.443, el cual representó un 79% del presupuesto total del municipio. Sin embargo, esto baja para la gestión 2020, teniendo un monto de IDH de Bs. 4.999.743 representado el 62% del total del presupuesto municipal, lo que indica una tendencia a disminuir el ingreso del IDH y municipal.
- Se encontró que de la gestión 2016 a la del 2020, el 2019 fue la gestión con mayor presupuesto en salud, siendo este de Bs. 2.379.940, gestión en la cual se tuvo el objetivo de finalizar la construcción de un establecimiento de salud, y la refacción de uno ya existente, sin embargo, a la fecha, estos proyectos aún no han sido finalizados.
- En la ejecución de inversión pública para la construcción de infraestructura se observa que existe una baja ejecución de proyectos; tan solo se logró continuar con la construcción de un centro de salud de una comunidad, no así mejorar los establecimientos existentes. No se puede negar, sin embargo, que esto presenta mejoras mínimas en la cobertura de servicios de salud.
- Las únicas gestiones con proyección de invertir en la construcción de infraestructura de salud fueron la gestión 2019 y 2020, en las cuales el 2019 tiene un presupuesto de Bs. 800.479 del cual se ejecuta más del 80%, no obstante, para el 2020 solo se define Bs. 343.060, del cual se ejecuta más del 100%, lo que quiere decir que se requiere decisiones políticas que justifiquen el uso de este presupuesto para garantizar la finalización de los proyectos de construcción de infraestructura de salud pública.
- Se Identificó el presupuesto destinado a infraestructura, equipamiento, funcionamiento y programas del sector salud en el PTDI e información de la dirección financiera del GAMSRA. En cuanto a la infraestructura en establecimientos de salud, esta mejora la cobertura de salud, aunque no de manera óptima, puesto que se observa el presupuesto si no se aumenta será una limitante para el funcionamiento de todos los establecimientos de salud.

- Respecto al equipamiento del sector salud se observa que la gestión con mayor cantidad de inversión, es la del 2016 con Bs. 81.200,00. Contradictoriamente al hecho de recibir mayor IDH en la gestión 2017, este año no se ejecuta presupuesto para equipamiento de salud. Lo que quiere decir que dichas gestiones existe un desequilibrio en cuanto las decisiones políticas respecto a la distribución presupuestaria.
- Se analizó la asignación presupuestaria e inversión por sectores económicos del municipio. Se evidencia que debe mejorarse la planificación estratégica para la ejecución de proyectos económicos, puesto que estos no tienen seguimiento ni consecución a lo largo de los años.
- A partir de una comparación, se observa que del presupuesto de salud y económico, el de salud, desde la gestión 2016-2020, la salud recibe un total de Bs. 8.058.635, en cambio, el ámbito económico percibe un total de Bs. 2.619.968 lo que quiere decir que salud es un rubro priorizado por el municipio, sin embargo, no se justifica las inversiones desequilibradas que han realizado a lo largo de los años.

Por lo tanto, la hipótesis planteada se acepta, de acuerdo a los resultados obtenidos y analizados.

5.2. RECOMENDACIONES

Se recomienda mayor priorización en proyectos en salud además de un estricto seguimiento en ejecución de proyectos para la culminación del ciclo de vida del proyecto, para poder satisfacer las necesidades de la población del municipio de Santa Rosa del Abuná, por ello realizar un monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud de la población.

- Las decisiones en la realización del presupuesto de inversión pública en proyectos de salud deben reflejar las prioridades, y necesidades locales de la población.

- Profundizar la participación social en el control de la gestión en la ejecución de proyectos de inversión pública en infraestructura de salud.
- Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública, mediante una investigación en salud pública.

El aporte profesional del presente trabajo sirve para el análisis del municipio. Las autoridades municipales de turno al elaborar el siguiente PTDI, deberán analizar la evolución del presupuesto de IDH, su representación en el presupuesto total, y también la atención que se brinda al sector salud. Observando que no existe consecuencia en la inversión de los proyectos, por lo que se requiere una planificación estratégica que más allá de usar más presupuesto de IDH, optimice su inversión y garantice su efectividad.